

Τ.Ε.Ι. Πάτρας
Σχολή: Σ.Ε.Υ.Π.
Τμήμα: Νοσηλευτικής

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ
ΖΩΗΣ**



Εισηγήτρια:

Δρ.ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ
Καθηγήτρια

Επιμέλεια:

Βιτουλαδίτη Ελένη
Φοιτήτρια

ΠΑΤΡΑ 2012

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές μου για την υπομονή, την καθοδήγηση αλλά και τις χρήσιμες συμβουλές τους όλα αυτά τα χρόνια. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου, για την ψυχολογική και οικονομική τους υποστήριξη καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στον 21ο αιώνα που ζούμε η ιατρική επιστήμη καθώς και η τεχνολογία έχουν εξελιχθεί σε τέτοιο βαθμό που έχουν κατορθώσει να μειώσουν τον αριθμό των περιπτώσεων που στο παρελθόν οδηγούσε τον άρρωστο με σκλήρυνση κατά πλάκας αργά ή γρήγορα στο αναπηρικό καροτσάκι με το να ελέγχουν τη πορεία της νόσου. Παρ'όλα αυτά η σκλήρυνση είναι μια ασθένεια που παραμένει στο επίκεντρο της προσοχής της ιατρικής και επιστημονικής κοινότητας καθώς τα ποσοστά των ατόμων που πάσχουν από αυτή ολοένα και αυξάνονται τα τελευταία χρόνια.

Η νόσος αυτή αφορά ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού της γης, δεν είναι μεταδοτική ασθένεια ούτε ψυχική ή νευρική διαταραχή, αλλά αποτελεί χρόνια ασθένεια του κεντρικού νευρικού συστήματος και απαιτεί συμπτωματική και ατομική θεραπεία.

Οι πιο πολλοί έχουμε ακούσει για σκλήρυνση, αλλά αυτό που ξέρουμε συνήθως βασίζεται σε ό,τι έχουμε ακούσει από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ή έχουμε διαβάσει κατά καιρούς καθώς και σε αόριστη πληροφόρηση από κάποιον που πάσχει από αυτή. Όταν γίνει η διάγνωση το πιθανότερο είναι να σοκαριστούμε και να μπερδευτούμε. Αυτή η 'άγνοια' είναι τρομακτική από μόνη της.

Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας είναι μια ασθένεια που επηρεάζει όχι μόνο τον ίδιο τον πάσχοντα αλλά και το άμεσο οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον. Τα συμπτώματα της νόσου είναι ποικιλόμορφα και διαφέρουν από άνθρωπο σε άνθρωπο. Κάθε ασθενής αντιδρά διαφορετικά, ανάλογα με τη βαρύτητα, την οικογενειακή, οικονομική και ψυχολογική του κατάσταση.

Όμως, καθώς η ιατρική επιστήμη και η τεχνολογία συνεχίζουν να εξελίσσονται, προκύπτουν νέα δεδομένα για την αντιμετώπιση, τη θεραπεία και τον έλεγχο της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Οι έρευνες που γίνονται έχουν σαν αποτέλεσμα την ανακάλυψη νέων φαρμάκων και μεθόδων θεραπευτικής προσέγγισης.

Οι δυνατότητες και η εξέλιξη της ερευνητικής διαδικασίας είναι τεράστιες, που ακόμα κι αν δεν δώσουν την τελειωτική απαιτούμενη θεραπεία στο άμεσο μέλλον, μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής, περιορίζοντας κατά το δυνατό τις αντιδράσεις από τα συμπτώματα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγικά, η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας κεντρίζει το ενδιαφέρον των επιστημόνων, γιατί το ποσοστό των ασθενών που πάσχει από αυτή σε παγκόσμιο επίπεδο είναι συνεχώς αυξανόμενο. Επιπλέον, οι βλάβες που προκαλούνται από αυτή είναι πολλές φορές σοβαρές και μπορεί να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής.

Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας είναι η πιο γνωστή από τις απομυελινωτικές νόσους. Η αιτία της νόσου είναι άγνωστη, όμως διάφοροι παράγοντες συμβάλλουν στην εμφάνισή της, όπως λοίμωξη, αλλεργία, δίαιτα, κλίμα και διάφορες τοξίνες. Ενώ κάποια μορφή ιογενούς λοίμωξης μπορεί να είναι ο εκλυτικός μηχανισμός της νόσου, πιθανά μια λανθασμένη ανοσιακή απάντηση παίζει μεγάλο ρόλο στην παθογένεση της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας. Η νόσος συνήθως αρχίζει στην πρώτη ώριμη ηλικία, είναι λίγο συχνότερη στις γυναίκες και προσβάλλει συχνότερα άτομα των αγροτικών περιοχών και θεωρείται νόσος των εύκρατων κλιμάτων. Οι πλάκες απομυελίνωσης αναπτύσσονται σε ορισμένα σημεία του νωτιαίου μυελού, στην παρεγκεφαλίδα, στο εγκεφαλικό στέλεχος, στα ημισφαίρια ή στις οπτικές οδούς. Τα περιφερικά νεύρα δεν προσβάλλονται. Οι περισσότεροι άρρωστοι, που είναι νέοι κατά την εμφάνιση των συμπτωμάτων, αρχίζουν με μια πορεία έξαρσης και ύφεσης των συμπτωμάτων, με πλήρη ανάρρωση ανάμεσα στις εξάρσεις. Άλλοι άρρωστοι παρουσιάζουν μια χρόνια προοδευτική πορεία, με βαθμιαία έκπτωση των λειτουργιών του σώματος. Τέλος, σε άλλους αρρώστους η πορεία είναι καλοήθης, με συμπτώματα τόσο ήπια που επιτρέπουν κανονική ζωή. Για διάγνωση της νόσου γίνονται ηλεκτροφόρηση ΕΝΥ, υπολογιστική αξονική τομογραφία, εξετάσεις προκλητών δυναμικών, μαγνητική τομογραφία και ουροδυναμικές εξετάσεις. Προς το παρόν δεν υπάρχει θεραπεία για τη ΣΚΠ. Ενδείκνυται ένα εξατομικευμένο, οργανωμένο και λογικό θεραπευτικό πρόγραμμα, για απαλλαγή του αρρώστου από συμπτώματα και για παροχή συνεχούς υποστήριξης. Πολλοί άρρωστοι βρίσκονται σε σταθερή κατάσταση και χρειάζονται μόνο διακεκομμένη θεραπεία που στοχεύει στον έλεγχο των συμπτωμάτων, ενώ άλλοι βιώνουν σταθερή εξέλιξη της νόσου τους.

Συμπερασματικά, ο εκπαιδευμένος και καταρτισμένος νοσηλευτής διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, στο προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας, στην εφαρμογή του προγράμματος νοσηλείας, συνεργαζόμενος με άλλους επαγγελματίες υγείας καθώς και στην αξιολόγηση του αποτελέσματος της κάθε παρέμβασης.

SUMMARY

In introduction, Multiple Sclerosis attracts the attention of scientists because the proportion of patients suffering from it worldwide is growing. Furthermore, damage caused by the disease is often severe and can significantly affect quality of life.

Multiple Sclerosis is the best known demyelinating disease. The cause of the disease is unknown, but several factors contribute to its appearance, such as an infection, allergy, diet, climate and various toxins. While some form of viral infection may be the releasing mechanism of the disease, a mistaken immune response plays probably a major role in the pathogenesis of Multiple Sclerosis. The disease usually starts in the first maturity, is slightly more prevalent in women, it often affects people in rural areas and is considered a disease of temperate climates. The demyelinating plaques are developed in some parts of the spinal cord, cerebellum, brain stem, brain hemispheres or in the optic tract. Peripheral nerves are not affected. Most of the patients, who are young at the onset of symptoms, start with a relapsing-remitting course of symptoms with full recovery between bouts. Others have a chronic progressive course with gradual reduction of body functions. Finally, for other patients the course of the disease is benign with symptoms so mild that allow normal life. Tests for diagnosis of the disease include CSF protein electrophoresis test, computed axial tomography, evoked potential tests, MRI and urodynamic tests. At present, there is no cure for MS. An individualized, structured and logical treatment is indicated for the patient for relief of symptoms and for providing ongoing support. Many patients are in stable condition and require only intermittent therapy that aims to control symptoms while others are experiencing steady progression of their disease.

In conclusion, the educated and grounded nurse plays essential role in the estimate of the patient's situation, in the planning of nursing care, in the application of hospitalisation program, collaborating with other professionals of health as well as in the evaluation of the result of each intervention.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	02
Πρόλογος.....	03
Περίληψη.....	04
Summary.....	05
Συντομογραφίες.....	10
Εισαγωγή.....	11

Κεφάλαιο 1

Παθολογοανατομία του κεντρικού νευρικού συστήματος

1.1 Ανατομία.....	13
1.2 Παθοφυσιολογία.....	14

Κεφάλαιο 2

Αιτιοπαθογένεια – Συμπτωματολογία της Σκλήρυνσης κατα Πλάκας

2.1 Επιδημιολογία.....	16
2.2 Αιτιολογία-Προδιαθεσικοί παράγοντες παράγοντες.....	18
2.3 Κλινικά χαρακτηριστικά – Πρόγνωση.....	18
2.4 Μορφές της πάθησης.....	21

Κεφάλαιο 3

Διάγνωση της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας

3.1 Διαγνωστικά κριτήρια.....	24
3.2 Νευρολογική εκτίμηση του ασθενή.....	26

3.3 Εργαστηριακές εξετάσεις.....	27
3.4 Μαγνητική τομογραφία(MRI).....	28
3.5 Διαφορική διάγνωση.....	34

Κεφάλαιο 4

Θεραπευτική αντιμετώπιση

4.1 Φαρμακοθεραπεία.....	36
4.2 Φυσικοθεραπεία.....	38
4.3 Εναλλακτική Ιατρική.....	39
4.3.1 Βελονισμός.....	39
4.3.2 Γιόγκα.....	40
4.3.3 Χειροπρακτική.....	40
4.3.4 Οστεοπαθητική.....	41
4.3.5 Ομοιοπαθητική.....	41
4.3.6 Φυτοθεραπεία-Βοτανολογία.....	42
4.4 Παγοθεραπεία.....	42
4.5 Υδροθεραπεία.....	43
4.6 Έρευνα-Νέες θεραπείες.....	44

Κεφάλαιο 5

Ποιότητα ζωής και γενική αντιμετώπιση

5.1 Πόνος.....	51
5.2 Διατροφή.....	53
5.3 Οδήγηση.....	54

5.4 Ταξίδια-Διακοπές.....	55
5.5 Κάπνισμα-Αλκοόλ.....	56
5.6 Αθλητισμός-Άσκηση.....	57
5.7 Ερωτική ζωή.....	58
5.8 Γενικοί κανόνες πρακτικής αντιμετώπισης.....	59

Κεφάλαιο 6

Ατομική φροντίδα

6.1 Φροντίδα.....	62
6.2 Εργασία.....	62
6.3 Σπίτι-τεχνολογικός εξοπλισμός.....	63
6.4 Συνθήκες αντιμετώπισης στο σπίτι.....	63
6.5 Εργονομία.....	66
6.6 Οικογενειακός προγραμματισμός.....	67
6.7 Οικονομικές επιπτώσεις.....	69

Κεφάλαιο 7

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με Σκλήρυνση κατά Πλάκας με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας

7.1 Νοσηλευτική διεργασία.....	72
7.2 Σκοποί Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	72
7.3 Στάδια Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	72
7.4 Πρώτο περιστατικό.....	73
7.5 Δεύτερο περιστατικό.....	81

Συμπεράσματα-Προτάσεις	87
Βιβλιογραφία	88

Συντομογραφίες

ΣΚΠ:Σκλήρυνση κατά πλάκας

MRI: Μαγνητική τομογραφία

ΕΝΥ:Εγκεφαλονωτιαίο υγρό

IgG:γ-σφαιρίνη

ΚΝΣ:Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

ΗΕΓ:Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα

CT:Αξονική τομογραφία εγκεφάλου

PD:Ακολουθία πυκνότητας πρωτονίων

ΠΣ:Πολλαπλή Σκλήρυνση

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος που προκαλεί απομυελίνωση στο κεντρικό νευρικό σύστημα το οποίο αποτελείται από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό. Ο συνηθέστερος τύπος της σκλήρυνσης κατά πλάκας χαρακτηρίζεται από περιόδους ύφεσης και επιδείνωσης. Συνήθως εμφανίζεται μεταξύ των ηλικιών 20 με 50 και σπανιότερα νωρίτερα ή αργότερα. Η αιτία της νόσου δεν είναι γνωστή, θεωρείται όμως ότι κάποιος περιβαλλοντικός παράγοντας όπως βακτήρια, ιός ή κάποια χημική ουσία, συνδιαζόμενος με την κατάλληλη γενετική προδιάθεση είναι υπεύθυνος για την εμφάνιση της νόσου.¹

Η πρώτη καταγραφή της ΣΚΠ εμφανίζεται στο ημερολόγιο του Sir Augustu D' Este, νόθου εγγονού του Γεωργίου του Γ. Το Δεκέμβριο του 1822, από ό,τι έχει γράψει στο ημερολόγιό του, παρακολούθησε μια κηδεία όπου δεν μπορούσε να συγκρατήσει τα δάκρυά του. Όταν τελείωσε η τελετή, τα μάτια του ήταν τόσο θαμπά, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να διαβάσει ή να γράψει. Η όρασή του επέστρεψε αλλά, αργότερα, παρουσιάστηκαν άλλα συμπτώματα, όπως προοδευτική αδυναμία, μούδιασμα, δυσκολία στο περπάτημα, σπασμοί και κατάθλιψη. Πέθανε σε ηλικία 54 χρόνων, ψάχνοντας μάταια για μια θεραπεία της ασθένειάς του επί 26 χρόνια.²

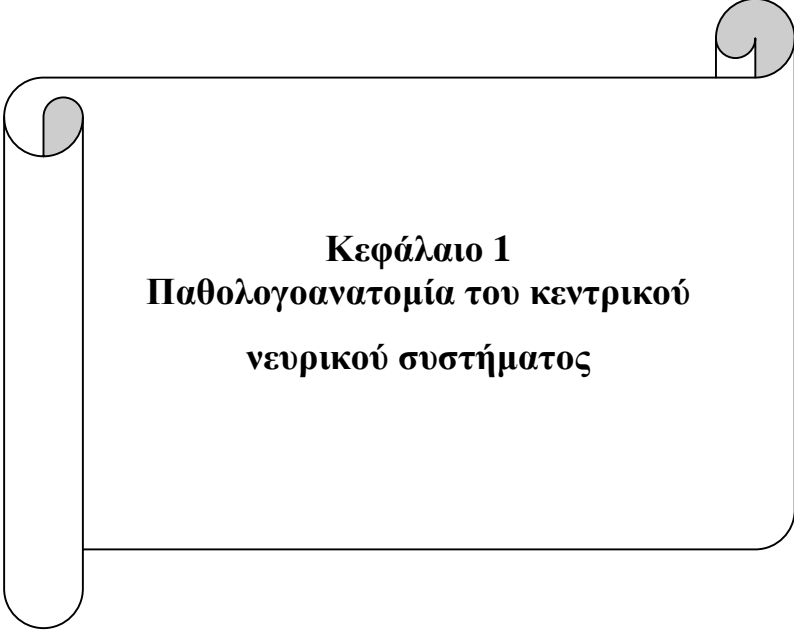
Σήμερα, η σκλήρυνση συνεχίζει να κεντρίζει το ενδιαφέρον των επιστημόνων, γιατί το ποσοστό των ασθενών που πάσχει από αυτή σε παγκόσμιο επίπεδο είναι συνεχώς αυξανόμενο. Επιπλέον, οι βλάβες που προκαλούνται από αυτή είναι πολλές φορές σοβαρές και μπορεί να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής.

Το πρώτο βήμα για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ΣΚΠ είναι να μάθουμε όσο το δυνατό περισσότερα για τη νόσο. Με αυτόν τον τρόπο μπορούμε να σχηματίσουμε μια ρεαλιστική εικόνα για τις βραχυπρόθεσμες και τις μακροπρόθεσμες αλλαγές που ενδεχομένως λάβουν χώρα στον τρόπο ζωής στο παρόν και στο μέλλον. Οι ειδικοί γενικά συμφωνούν ότι είναι σημαντική η αντιμετώπιση της ΣΚΠ με την πιο αποτελεσματική θεραπεία αμέσως μόλις διαγνωσθεί και επιβεβαιωθεί η νόσος.

Σημαντικό ρόλο στην προσέγγιση του κάθε ασθενή έχουν οι ομάδες υγείας και ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό που βρίσκεται σε συνεχή επαφή μαζί του. Εκτός από τη διάγνωση και την θεραπεία ο νοσηλευτής συμμετέχει στην διδασκαλία, την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και την κατανόηση του θεραπευτικού σχήματος από τον ασθενή.

Σκοπός της εργασίας: Είναι η καλύτερη κατανόηση της παθοφυσιολογίας της σκλήρυνσης, η παράθεση των σύγχρονων ιατρικών δεδομένων, η διεύρυνση των γνώσεών μας πάνω σε αυτή και τέλος, είναι να τονιστεί η σπουδαιότητα του ρόλου του νοσηλευτή στη θεραπευτική φροντίδα του ασθενούς μέσα και έξω από το νοσοκομείο.

Μεθοδολογία της εργασίας: Έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση και χρησιμοποιήθηκαν πηγές από ελληνικά και ξένα επιστημονικά βιβλία και περιοδικά, ενημερωτικά έντυπα καθώς και πληροφορίες από ιατρικές ιστοσελίδες μέσω του διαδικτύου με απώτερο σκοπό τη καλύτερη και ευκολότερη κατανόηση της φύσης της ασθένειας. Η εύρεση και η συγκέντρωση των παραπάνω πηγών για τη συγγραφή της εργασίας αυτής έγινε από τις 10/05/11 έως τις 31/01/12. Οι περισσότερες πηγές που ανευρέθησαν χρονολογούνται τη τελευταία πενταετία.



Κεφάλαιο 1
Παθολογοανατομία του κεντρικού
νευρικού συστήματος

1.1 Ανατομία

Το νευρικό σύστημα εξασφαλίζει ένα είδος γρήγορου μηχανισμού ελέγχου και συντονισμού του ανθρώπινου οργανισμού και των ψυχικών λειτουργιών του ατόμου. Αποτελείται από εκατομμύρια κύτταρα που συνδέονται μεταξύ τους με ειδικούς μηχανισμούς και κάθε διαταραχή των μηχανισμών αυτών οδηγεί σε εκδήλωση παθήσεων του Νευρικού συστήματος.^{3,4}

Ρυθμίζει επίσης τη λειτουργία του ανθρώπινου σώματος ανάλογα με τα εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα. Στις λειτουργίες του Νευρικού συστήματος προστίθενται και οι πνευματικές λειτουργίες, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την προσωπικότητα των ανθρώπων, όπως είναι η μνήμη, η σκέψη και το συναίσθημα.⁵

Το Νευρικό Σύστημα αποτελείται από δύο μέρη:

- το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και
- το Περιφερικό Νευρικό Σύστημα.

Κεντρικό Νευρικό Σύστημα

Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, που λαμβάνει τις πληροφορίες από το Περιφερικό Νευρικό Σύστημα και τις αισθήσεις, συντονίζει την κίνηση και είναι το κέντρο της μνήμης, της συνειδητής σκέψης, και άλλων αυτόματων σωματικών λειτουργιών, όπως η έκκριση σαλίου.

Αποτελείται από:

- τον εγκέφαλο και
- το ωτιαίο μυελό,

Περιφερικό Νευρικό Σύστημα

Περιλαμβάνει όλα τα νεύρα, που εξέρχονται από το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και διακλαδίζονται σε όλο το σώμα.

Τα νευρικά αυτά ερεθίσματα μεταδίδονται ως ωθήσεις νευρών από και προς το κεντρικό νευρικό σύστημα και άλλα μέρη του σώματος.

Το Περιφερικό Νευρικό Σύστημα αποτελείται από:

- το Σωματικό Νευρικό Σύστημα
- το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα και
- το Εντερικό Νευρικό Σύστημα

Επιπλέον το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα διαιρείται σε:

- Συμπαθητικό Νευρικό Σύστημα
- Παρασυμπαθητικό Νευρικό Σύστημα

Τα σημαντικότερα όργανα που το απαρτίζουν είναι:

- εγκέφαλος
- νεύρα
- Βασικά γάγγλια και παρεγκεφαλίδα,
- Νωτιαίος μυελός
- Κυτταρική οργάνωση του ΚΝΣ.

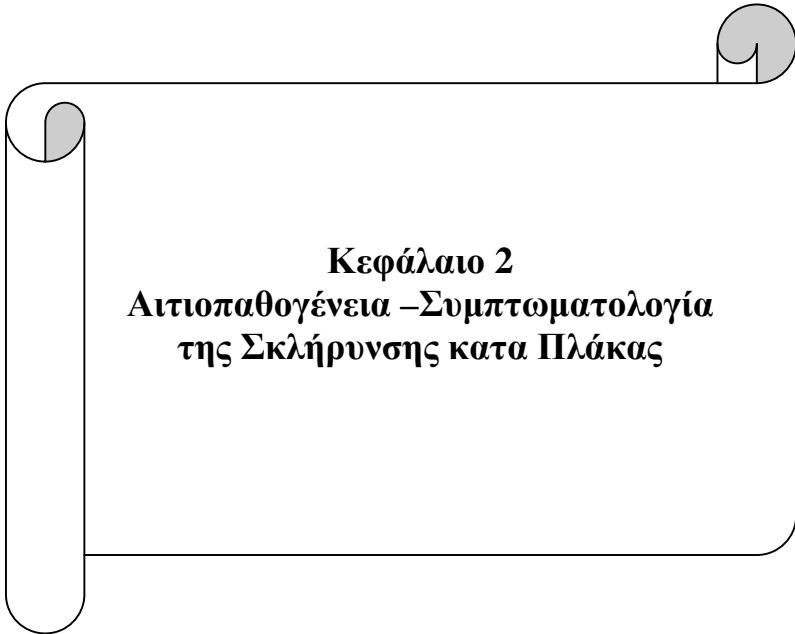
Ο εγκέφαλος μας μεταφράζει τα ερεθίσματα που προσλαμβάνουμε με τις αισθήσεις μας, δίνει εντολές για να κάνουμε τις διάφορες κινήσεις και για να αντιδρούμε στα ερεθίσματα των αισθητηρίων οργάνων. Αυτή η δραστηριότητα του εγκεφάλου αποτελείται από μια σειρά πολύπλοκων συστημάτων επικοινωνίας των νευρών που ξεκινάει από τον εγκέφαλο και διαμέσου του νωτιαίου μυελού απλώνεται σε όλα τα μέρη του σώματος. Κάθε νεύρο μπορεί να παρομοιαστεί με ένα καλώδιο ηλεκτρικού ρεύματος. Το εσωτερικό μέρος του νεύρου, ο άξονας, είναι φτιαγμένος από ένα είδος ιστού που επιτρέπει την επικοινωνία και μεταφέρει τα μηνύματα ή τις διεγέρσεις σε όλο το σώμα. Ο άξονας κάθε νεύρου καλύπτεται από ένα στρώμα μιας παχιάς ουσίας, τη μυελίνη, όπως ακριβώς και το πλαστικό επικάλυμμα του ηλεκτρικού καλωδίου. Η μυελίνη βοηθάει στη μεταφορά των μηνυμάτων από νεύρο σε νεύρο αλλά και μονώνει και προστατεύει το νεύρο.^{5,6}

1.2 Παθοφυσιολογία

Στη σκλήρυνση κατά πλάκα μέρος της μυελίνης των νευρών προσβάλλεται και ερεθίζεται. Όταν ο ερεθισμός υποχωρήσει μπορεί και να μην αφήσει καμία ουλή. Αν όμως η διαδικασία της απομυελίνωσης συνεχιστεί τότε καταστρέφεται η μυελίνη στο σημείο εκείνο, αφήνοντας μία ουλή που ονομάζεται πλάκα ή σκλήρυνση. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται απομυελίνωση. Επειδή δε οι ουλές αυτές εμφανίζονται σε διάφορα μέρη του εγκεφάλου ή και του νωτιαίου μυελού, για αυτό και η νόσος ονομάζεται Σκλήρυνση κατά Πλάκας.⁶

Όταν η μυελίνη και οι νευρικές ίνες πάθουν βλάβη, τα μηνύματα που ξεκινούν από τον εγκέφαλο, δεν μεταδίδονται σωστά με αποτέλεσμα να δημιουργείται πρόβλημα π.χ στη κίνηση ενός μέλους του σώματος. Το ίδιο συμβαίνει και αντίστροφα, όταν μηνύματα που έχουν σχέση με την αίσθηση μεταφέρονται από ένα μέρος του σώματος στον εγκέφαλο. Το αποτέλεσμα των δυσλειτουργιών αυτών είναι αργές και ασυντόνιστες κινήσεις καθώς και αλλοίωση των αισθητικών μηνυμάτων προς τον εγκέφαλο. Φυσιολογικά, ο αιματοεγκεφαλικός φραγμός προστατεύει τον εγκέφαλο από τοξίνες, ναρκωτικά και επιθετικά κύτταρα. Στη ΣΚΠ υποθέτουμε ότι ένα άνοιγμα στο φραγμό επιτρέπει στα T και B-λεμφοκύτταρα, υπεύθυνα για τα αντίδοτα, να μπουν στον εγκέφαλο και να καταστρέψουν τη μυελίνη.⁷

Η φλεγμονή, το οίδημα και η απομυελίνωση στη ΣΚΠ έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία πλακών. Στα πρώιμα στάδια της ασθένειας, οι περιοχές απομυελίνωσης μπορούν να θεραπευτούν και σε κάποιες από αυτές να επανέλθει η μυελίνη έτσι ώστε τα συμπτώματα να ελαττωθούν ή ακόμα και να εξαφανιστούν. Με την πάροδο όμως του χρόνου και τη συνεχή επίθεση από τα T-λεμφοκύτταρα πολλά από τα συμπτώματα μπορεί να γίνουν μόνιμα.^{6,7}



Κεφάλαιο 2
Αιτιοπαθογένεια – Συμπτωματολογία
της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας

2.1 Επιδημιολογία

Στη πολλαπλή σκλήρυνση, είναι σήμερα αποδεκτό, ότι περιβαλλοντικοί παράγοντες πυροδοτούν μία αυτοάνοση διαδικασία σε γενετικώς προδιαθετημένα άτομα. Ο κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου εξαρτάται από τον τόπο διαμονής και πιο συγκεκριμένα από τον τόπο που οι άνθρωποι έζησαν τα πρώτα 15 χρόνια της ζωής τους. Αυτό έχει δείχθει από εργασίες σε μετανάστες που όταν μετανάστευαν από χώρα με υψηλή συχνότητα εμφάνισης της νόσου σε χώρα με χαμηλή συχνότητα εμφάνισης τη συχνότητα της χώρας του προορισμού τους αν μετανάστευαν σε ηλικία μικρότερη των 15 χρόνων, ενώ εάν μετανάστευαν σε μεγαλύτερες ηλικίες εμφάνιζαν τη συχνότητα της νόσου της χώρας όπου είχαν ζήσει μέχρι αυτή την ηλικία.

Γενικά η επίπτωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας αυξάνει με την αύξηση του γεωγραφικού πλάτους οπότε η νόσος είναι συχνότερη στις χώρες που είναι απομακρυσμένες από τον Ισημερινό. Στην Ελλάδα η επίπτωση είναι 1,79 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους και ο επιπολασμός 29,5 ανά 100.000. Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της νόσου είναι η φυλή, το επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης, οι ώρες ηλιοφάνειας και η συγγένεια προς τους πάσχοντες από τη νόσο.

Υπάρχει ένας αριθμός μεθοδολογικών προβλημάτων που επηρεάζει τις επιδημιολογικές μελέτες για τη σκλήρυνση κατά πλάκας. Η διάγνωση της νόσου είναι ιδιαίτερα δύσκολη σε ορισμένες περιπτώσεις. Διαφορετικά κριτήρια έχουν προταθεί και χρησιμοποιούνται από διάφορους ερευνητές.

Επιπρόσθετα, μέχρι πρόσφατα, πριν την περίοδο της μαγνητικής τομογραφίας δεν υπήρχαν αξιόπιστες εργαστηριακές εξετάσεις για επιβεβαίωση της κλινικής διάγνωσης της ΣΚΠ. Η επίπτωση είναι δύσκολο να διευκρινιστεί άμεσα γιατί η ύπουλη εμφάνιση των συμπτωμάτων κάνει δύσκολο τον ακριβή καθορισμό της ημερομηνίας έναρξής της. Σε ορισμένες περιπτώσεις η διάγνωση μπορεί να επιβεβαιωθεί μετά από πολλά χρόνια παρακολούθησης. Ως εκ τούτου ο επιπολασμός είναι το πιο σύνηθες μέτρο.

Η παρατήρηση ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας δεν συμβαίνει σ' ένα ομοιόμορφο πρότυπο παγκόσμια άρχισε το 1920, περίπου μισό αιώνα μετά την αρχική περιγραφή της νόσου από το Charcot στο βιβλίο του "Lessons sur les Maladies du Systeme Nerveux" (1872).⁸

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΑ ΕΤΗ 1975-1995 ΕΠΙ ΤΗ ΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ ΣΤΗΝ Α' ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ Α.Π.Θ.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν τα εξής:

1. Υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα της νόσου στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (1,2 προς 1)
2. Ο αριθμός των ασθενών παρουσίαζε προϊούσα αύξηση (δηλαδή περισσότεροι ασθενείς με ΣΚΠ τα τελευταία χρόνια της εικοσαετίας από τα πρώτα), γεγονός που ίσως οφείλεται αφ' ενός στην πιο γρήγορη διάγνωση της νόσου (περισσότεροι μαγνητικοί τομογράφοι, ανοσολογικός έλεγχος, νευροφυσιολογικός έλεγχος κλπ) και αφ' ετέρου στην αλλαγή του τρόπου ζωής των Ελλήνων. Ο μέγιστος αριθμός των ασθενών παρουσιάστηκε στην τριετία 1985, 1986, 1987 και ίσως σχετίζεται με ατυχήματα που προκάλεσαν μόλυνση του περιβάλλοντος πχ έκρηξη αντιδραστήρα στο Γσέρνομιλ.
3. Στις γυναίκες ασθενείς η νόσος διεγνώσθη σε μικρότερη ηλικία γεγονός που ίσως έχει σχέση με το πόσο εύκολα προσέρχονται οι γυναίκες στο γιατρό ή με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων.

4. Παρατηρήθηκαν συχνότερες υποτροπές της ΣΚΠ την ανοιξη και το καλοκαίρι με κορύφωση το Μάιο. Το στοιχείο αυτό αναφέρεται και απο άλλους συγγραφείς και ίσως να οφείλεται στην ηλιοφάνεια, στην αύξηση της θερμοκρασίας, στην παρουσία ιώσεων, αλλεργιογόνων ή άλλων εξωγενών παραγόντων.

5. Τα συνηθέστερα συμπτώματα που παρουσιάστηκαν στην έναρξη της νόσου ήταν η διπλωπία και οι παραισθησίες (πχ μυρμηγκιάσματα, άτυποι πόνοι κλπ) ενώ στα τελικά στάδια της νόσου ήταν οι αισθητικές διαταραχές είτε με την μορφή των παραισθησιών ή της υπαισθησίας και η σπαστικότητα. Δύο ασθενείς κατέλειξαν από καρδιοαναπνευστική ανεπάρκεια. Είναι γνωστή η σχέση των αρχικών συμπτωμάτων με το πώς θα εξελιχθεί η νόσος. Αναφέρεται σαν καλύτερο προγνωστικό στοιχείο η έναρξη της νόσου με οπτική νευρίτιδα και χειρότερο με παρεγκεφαλιδικές διαταραχές (αστάθεια, ίλιγγοι, αταξία) και κινητικές διαταραχές.

6. Συχνές είναι οι ψυχιατρικές διαταραχές συνήθως όχι στην έναρξη της νόσου αλλά καθώς αυτή εξελίσσεται. Η επικρατέστερη διαταραχή ήταν η κατάθλιψη. Σε τέσσερις ασθενείς οι διαταραχές αυτές αποτελούσαν το αρχικό σύμπτωμα. Οι διαταραχές αυτές έχουν σχέση αφ' ενός με την προϊούσα λειτουργική έκπτωση των ασθενών (δηλαδή συχνότερες σε ασθενείς με αναπηρίες) και αφ' ετέρου με τις υποφλοιώδεις κροταφικές αλλοιώσεις της νόσου. Πολύ συχνά αγχώδης κατάσταση προηγείται των κλινικών συμπτωμάτων στην διάρκεια των υποτροπών.

7. Δεν είναι σπάνιες οι επιληπτικές κρίσεις στην σκλήρυνση κατα πλάκας είτε στην έναρξη της νόσου είτε στην πορεία.

8. Παρουσιάστηκε σχέση της εμφάνισης της νόσου με αλλεργικές αντιδράσεις όπως δερματίτιδες, λεύκη, ψωρίαση, βρογχικό άσθμα κλπ Η σχέση της σκλήρυνσης κατα πλάκας και των αλλεργιών είναι τόσο μεγάλη που οδήγησε αρκετούς μελετητές στην υπόθεση ότι αποτελούν την αιτία της νόσου.

9. Υπάρχει σχέση της εμφάνισης της νόσου με μετανάστευση σε χώρες που παρουσιάζουν μεγαλύτερη απο την Ελλάδα συχνότητα της ΣΚΠ δηλαδή συχνότερα παρουσιάζεται η νόσος σε άτομα που έζησαν την πρώτη δεκαπενταετία της ζωής τους στη Γερμανία, Σκαδιναβικά κράτη, Αμερική και γενικά χώρες με συχνότερη εμφάνιση της ΣΚΠ. Ο Alter είχε δείξει σε μεταναστες απο το Ισραήλ ότι κριτικής σημασίας είναι η ηλικία των 25 ετών όσο αφορά την έναρξη της νόσου καθώς και ότι οι μετανάστες φέρουν την συχνότητα της χώρας που γεννήθηκαν.

10. Η μελέτη των επιβαρυντικών παραγόντων έδειξε σαν τέτοιους το ψυχικό stress, επεμβάσεις με γενική αναισθησία, ιώσεις, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, πολύ υψηλές ή πολύ χαμηλές θερμοκρασίες και ορμονικούς παράγοντες.

11. Στην εργασία βρέθηκαν πέντε οικογενείς μορφές. Απ' αυτές φαίνεται ότι μεγαλύτερη επιβάρυνση παρουσιάζουν οι κόρες των μητέρων με ΣΚΠ στοιχείο που συμφωνεί και με διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα. Επίσης όταν η μία αδελφή πάσχει, η άλλη έχει μεγάλη πιθανότητα νόσησης. Αυτό έχει βέβαια σχέση και με την μεγαλύτερη επικράτηση της νόσου στις γυναίκες. Στην μοναδική περίπτωση ασθενούς με δίδυμο αδελφό ο τελευταίος δεν νοσούσε.

Το τελικό συμπέρασμα της επιδημιολογικής μας μελέτης, όπως και πολυάριθμων άλλων απο την διεθνή βιβλιογραφία, είναι ότι η ΣΚΠ παρουσιάζει εντελώς διαφορετική έναρξη και πορεία από ασθενή σε ασθενή. Ακριβώς το πολυσχιδές και απρόβλεπτο της νόσου είναι που την καθιστά δύσκολη στην αντιμετώπιση τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους γιατρούς.⁹



2.2 Αιτιολογία-Προδιαθεσικοί παράγοντες

Η αιτία της ΣκΠ δεν είναι ακόμη γνωστή, αλλά ερευνητές από όλο τον κόσμο,σχολαστικά,κάνουν έρευνες για την εύρεση της.

Η βλάβη στην μυελίνη, μπορεί να είναι αποτέλεσμα μίας ανώμαλης αντίδρασης του ανοσοποιητικού συστήματος του σώματος, όπου φυσιολογικά προστατεύει το σώμα από οργανισμούς που εισβάλλουν (βακτήρια και ιούς). Πολλά από τα χαρακτηριστικά της ΣκΠ, υποστηρίζουν ότι είναι μία αυτό-άνοση νόσος όπου το σώμα επιτίθεται στα δικά του κύτταρα και ιστούς, όπου στην περίπτωση της ΣκΠ είναι η μυελίνη. Οι ερευνητές δεν γνωρίζουν τι πυροδοτεί το ανοσοποιητικό σύστημα να επιτεθεί στην μυελίνη, αλλά πιθανολογείται ότι είναι συνδυασμός πολλών παραγόντων.

Μια θεωρία είναι ότι ένας ιός, πιθανόν διατηρείται ανενεργός στο σώμα, μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της ασθένειας και να διαταράξει το ανοσοποιητικό σύστημα ή άθελα να υποκινήσει την αυτό-άνοση διαδικασία. Μία μεγάλη έρευνα που έλαβε μέρος προσπάθησε να αναγνωρίσει έναν ιό που σχετίζεται με την Σκλήρυνση κατά Πλάκας. Είναι πιθανόν να μην υπάρχει κάποιος ιός της ΣκΠ, αλλά κάποιιο γνωστό ιοί όπως, ιλαρά ή ερυθρά, μπορεί να λειτουργήσουν ως εναρκτήρια για ΣκΠ. Αυτή η έναρξη ενεργοποιεί τα λεμφοκύτταρα στην αιματική ροή, τα οποία εισέρχονται στον εγκέφαλο, και κάνουν ευπρόσβλητους τους αμυντικούς μηχανισμούς του εγκεφάλου. Επίσης μέσα στον εγκέφαλο αυτά τα κύτταρα ενεργοποιούν άλλα στοιχεία του ανοσοποιητικού συστήματος με τέτοιο τρόπο που επιτίθενται και καταστρέφουν την μυελίνη.

Οι γυναίκες είναι πιο πιθανόν να αναπτύξουν ΣκΠ από τους άνδρες, με την νόσο να εμφανίζεται 50% συχνότερα στις γυναικές παρά στους άνδρες (3 γυναίκες για κάθε 2 άνδρες). Η ΣκΠ είναι ασθένεια των νεαρών ατόμων. Ο μέσος όρος έναρξης είναι περίπου από 29-33 ετών, αλλά το εύρος της έναρξης είναι εξαιρετικά διευρυμένο περίπου από 10-59 ετών.⁸

2.3 Κλινικά χαρακτηριστικά-Πρόγνωση

Η ΣκΠ είναι μία ποικίλης κατάσταση και τα συμπτώματα αυτής εξαρτώνται από το ποια περιοχή του Νευρικού Συστήματος έχει επηρεαστεί. Δεν υπάρχει κάποιο κοινό καλούπι στην ΣκΠ, και κάθε ασθενής εμφανίζει διαφορετική ομάδα συμπτωμάτων, τα οποία ποικίλλουν από χρόνο σε χρόνο και μπορεί να αλλάξουν σε σοβαρότητα και διάρκεια ακόμα και στο ίδιο το άτομο.

Δεν υπάρχει τυπική ΣκΠ. Οι περισσότεροι ασθενείς με ΣκΠ βιώνουν περισσότερο από ένα συμπτώματα, και ενώ υπάρχουν συμπτώματα κοινά σε πολλούς ανθρώπους, κανένα άτομο

δεν έχει όλα εκείνα. Τα πιο κοινά συμπτώματα περιλαμβάνουν:

Οπτικές Διαταραχές

- Θαμπή όραση
- Διπλή όραση (διπλωπία)
- Οπτική νευρίτιδα
- Ακούσια απότομη κίνηση ματιού
- Σπάνια, ολική απώλεια της όρασης

Προβλήματα ισορροπίας και συντονισμού

- Απώλεια ισορροπίας
- Τρόμος
- Ασταθές βάδισμα (αταξία)
- Ίλιγγος
- Αδεξιότητα των άκρων
- Απώλεια συντονισμού
- Αδυναμία: μπορεί να επηρεάσει τα πόδια και την βάδιση.

Σπαστικότητα

- Εναλλαγή μυϊκού τόνου και μυϊκή δυσκαμψία μπορεί να επηρεάσουν την κινητικότητα και την βάδιση
- Σπασμοί

Μετατροπές στην αισθητικότητα (δυσαισθησίες)

- Μυρμηγκιάσματα
- Μουδιάσματα
- Αίσθημα καψίματος
- Πόνος που συνδέεται με την ΣκΠ π.χ. πόνοι προσώπου (όπως νευραλγία τρίδαμου) και μυϊκοί πόνοι.

Διαταραχές στην ομιλία

- Επιβράδυνση του λόγου
- Αδυναμία εξεύρεσης λέξεων
- Αλλαγές στον ρυθμό του λόγου
- Δυσκολίες στην κατάποση (δυσφαγία)

Κόπωση

- Ένα εξουθενωτικό είδος κοινής κόπωσης το οποίο είναι απρόβλεπτο ή δυσανάλογο προς την δραστηριότητα. Η κόπωση είναι από τα πιο συχνά συμπτώματα της ΣκΠ.

Προβλήματα κύστης και εντέρου

- Τα προβλήματα κύστης εμπεριέχουν την ανάγκη για συχνή και/ή επιτακτική ούρηση, ατελές άδειασμα της ουροδόχου κύστης ή άδειασμα σε ακατάλληλες στιγμές.
- Τα προβλήματα του εντέρου εμπεριέχουν δυσκοιλιότητα και σπάνια απώλεια του εντερικού ελέγχου.

Σεξουαλικότητα και σεξουαλικές σχέσεις

- Ανικανότητα
- Ελαττωμένη διέγερση

- Απώλεια της αίσθησης

Ευαισθησία στη ζέστη

- Συνήθως τα συμπτώματα χειροτερεύουν με την ζέστη

Γνωστικές και συναισθηματικές διαταραχές

- Απώλεια της βραχυπρόθεσμης μνήμης
- Διάσπαση προσοχής, και διαταραχή της κρίσης, της σκέψης και του συναισθήματος

Ενώ κάποια από τα συμπτώματα είναι εμφανή, κάποια άλλα όπως η κόπωση, απώλεια της αισθητικότητας, προβλήματα μνήμης και συγκέντρωσης, δεν είναι καθόλου εμφανή. Αυτά μπορεί να είναι δύσκολα στην περιγραφή τους, και ορισμένες φορές οι συγγενείς και οι φροντιστές τους δεν αντιλαμβάνονται την επίδραση που μπορεί να έχουν στα άτομα με ΣκΠ και την εργασία τους, τις κοινωνικές δραστηριότητες και την ποιότητα ζωής τους.^{2,6,10}

Η πρόγνωση (η πορεία εξέλιξης της ασθένειας) εξαρτάται από διάφορους παράγοντες: τη μορφή της ασθένειας, το φύλο, ηλικία, φυλή, τα αρχικά συμπτώματα, και το βαθμό αναπηρίας που το άτομο βιώνει. Το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών με Σκλήρυνση κατά πλάκας είναι σχεδόν το ίδιο με το υγιή γενικό πληθυσμό. Αυτό οφείλεται κυρίως στις βελτιωμένες μεθόδους που καταπολεμούν την αναπηρία, όπως φυσιοθεραπεία και λογοθεραπεία, καθώς και στην επιτυχή αντιμετώπιση των συχνών επιπλοκών της αναπηρίας, όπως η πνευμονία και οι ουρολοιμώξεις. Παρόλο αυτά, οι μισοί θάνατοι των ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση οφείλονται άμεσα στις επιπλοκές της ασθένειας, ενώ 15% αυτών οφείλονται στις αυτοκτονίες.

Σε όσο νεαρότερη ηλικία εμφανίζεται η σκλήρυνση κατά πλάκας, τόσο πιο πολύ καθυστερεί η εξέλιξη της ασθένειας. Οι ασθενείς που είναι μεγαλύτεροι των 50 ετών όταν γίνεται η διάγνωση είναι πιθανότερο ότι θα έχουν μια χρόνια προοδευτική πορεία της ασθένειας, με πιο γρήγορη εξέλιξη της αναπηρίας. Οι ασθενείς που διαγιγνώσκονται πριν την ηλικία των 35, έχουν την καλύτερη πρόγνωση. Οι γυναίκες γενικά έχουν καλύτερη πρόγνωση από τους άντρες.

Γενικά, υπάρχουν κάποια σχετικά αξιόπιστα κριτήρια που επιτρέπουν μια αδρή εκτίμηση της πρόγνωσης της νόσου. Καλά προγνωστικά σημεία θεωρούνται όταν υπάρχει ελαφρά αναπηρία 5 χρόνια μετά την έναρξη της νόσου, όταν αυτή αρχίζει σε ηλικία κάτω των 35 ετών, όταν αναπτυχθεί μόνο ένα σύμπτωμα κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου, όταν υπάρχει πλήρης υποχώρηση των συμπτωμάτων μετά από το πρώτο οξύ επεισόδιο. Αντίθετα, όταν η πάθηση εμφανίζεται με πολλά συμπτώματα, ιδιαίτερα με παρεγκεφαλιδικά, αταξία, τρόμο ή πυραμιδικά σημεία, η πορεία είναι πιο δύσκολη. Η εκτεταμένη απομυελίνωση στο στέλεχος συνοδεύεται από χειρότερη πρόγνωση.

Ο βαθμός της αναπηρίας διαφέρει ανάμεσα στους ασθενείς με Σκλήρυνση κατά πλάκας. Γενικά, ένας στους τρεις ασθενείς θα μπορεί ακόμα να εργάζεται μετά από 15-20 χρόνια. 15% των ασθενών δεν περνούν ποτέ μια δεύτερη υποτροπή, και αυτοί έχουν πολύ μικρή ή καμία αναπηρία μετά από 15 χρόνια. Ο βαθμός της αναπηρίας μετά από πέντε χρόνια, έχει καλή συσχέτιση με την αναπηρία μετά από 15 χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι τα δύο τρίτα των ασθενών με ΣΚΠ με χαμηλή αναπηρία μετά από πέντε χρόνια από τη διάγνωση, δεν θα επιδεινωθούν πολύ τα επόμενα δέκα χρόνια. Προς το παρόν δεν υπάρχει κάποιος

εργαστηριακός δείκτης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως προγνωστικός παράγοντας, ή δείκτης ανταπόκρισης στη θεραπεία.

Λιγότερο από 5% των ασθενών με Σκλήρυνση κατά πλάκας έχουν την σοβαρή εξελισσόμενη μορφή, που οδηγεί στο θάνατο μέσα σε 5 χρόνια. Από την άλλη πλευρά, ένα 10-20% των ασθενών έχουν την καλοήγη μορφή της ΣΚΠ, με πολύ αργή ή καμία εξέλιξη της παθολογίας. Οι πιο σύγχρονες μελέτες δείχνουν ότι 7 στους 10 ασθενείς με ΣΚΠ είναι ακόμα ζωντανοί μετά από 25 χρόνια από τη στιγμή της διάγνωσης, συγκρινόμενοι με 9 στα 10 υγιή άτομα παρόμοιας ηλικίας. Γενικά, η ΣΚΠ μικραίνει το προσδόκιμο ζωής κατά 6 χρόνια στις γυναίκες, και κατά 11 χρόνια στους άνδρες. Οι αυτοκτονίες είναι ένα σημαντικός παράγοντας θανάτων στην ΣΚΠ, ιδίως σε νεαρούς ασθενείς.

Ο βαθμός της αναπηρίας που θα έχει ένα άτομο μετά από 5 χρόνια από τη στιγμή της διάγνωσης, σε γενικές γραμμές είναι περίπου το 75% της αναμενόμενης αναπηρίας που θα έχει μετά από 10-15 χρόνια. Μια καλοήγη πορεία τα πρώτα 5 χρόνια της ασθένειας, συνήθως υποδηλώνει ότι η ασθένεια δεν θα προκαλέσει μεγάλη αναπηρία.^{11,12}

2.4 Μορφές της πάθησης

Η νόσος μπορεί να πάρει τις ακόλουθες μορφές

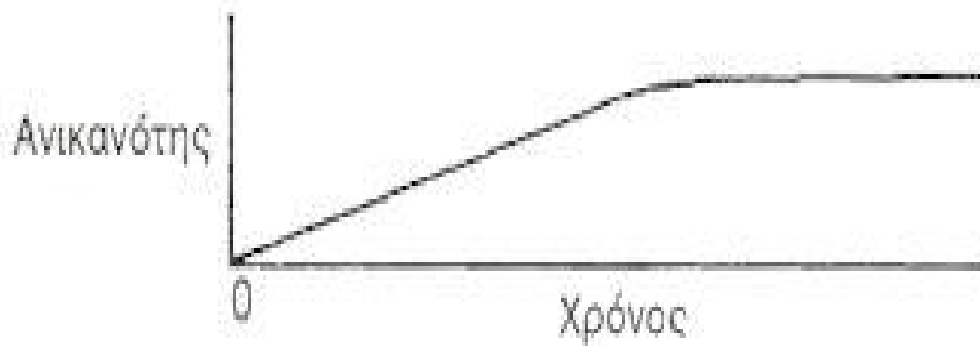
1. **Υποτροπιάζουσα μορφή**, όπου ένα οξύ επεισόδιο διαρκεί λίγες βδομάδες και ακολουθείται από σχεδόν πλήρη ύφεση ή βελτίωση. Συνήθως, μία οξεία έξαρση κορυφώνεται μετά από μερικές μέρες ή εβδομάδες και ακολουθείται από ύφεση, κατά την οποία τα συμπτώματα και τα αντικειμενικά σημεία βελτιώνονται ή εξαφανίζονται. Η μορφή αυτή, ανταποκρίνεται στην ενδοφλέβια χορήγηση κορτικοστεροειδών που ελαττώνουν ή εξαφανίζουν τα συμπτώματα γρήγορα και έχει λιγότερες πιθανότητες να μην αφήσει υπόλειμμα, τουλάχιστον στα αρχικά επεισόδια.

2. **Δευτερογενώς προϊούσα μορφή**, όπου η αρχικά υποτροπιάζουσα μορφή, παρουσιάζει ολοένα και συχνότερες εξάρσεις οι οποίες δεν ακολουθούνται από πλήρη βελτίωση, με αποτέλεσμα τη συσσώρευση υπολειμματος και μία πορεία ελαφρώς προοδευτική.

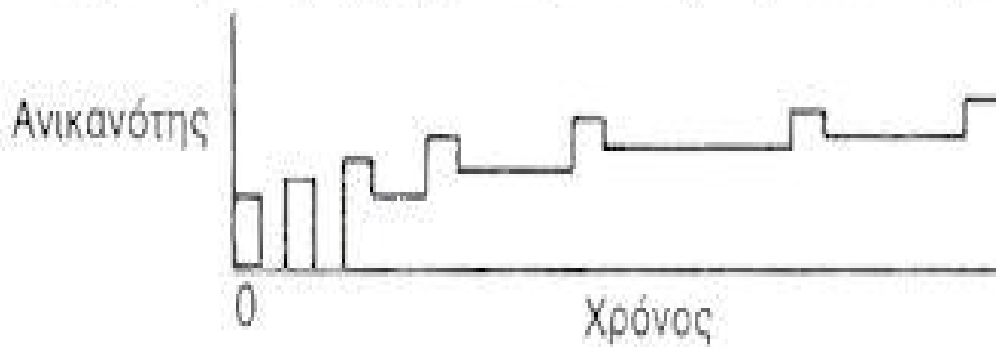
3. **Πρωτογενώς προϊούσα μορφή**, που αφορά στο 15% των ασθενών και ιδίως αυτούς που εμφανίζουν τη νόσο μετά την ηλικία των 40. Χαρακτηρίζεται από σταθερά προϊούσα συσσώρευση νευρολογικών υπολειμμάτων. Είναι η πιο δύσκολη μορφή διότι ανταποκρίνεται λιγότερο στις διάφορες θεραπείες.

4. **Καλοήγη μορφή**, που αφορά στο 15% των περιπτώσεων ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας που δε θα εμφανίσουν κλινικά καινούριο επεισόδιο, αν και η μαγνητική τομογραφία μπορεί να δείχνει εστίες διαφόρου ηλικίας.^{1,2,6}

1) Βραδέως προοδευτική μορφή

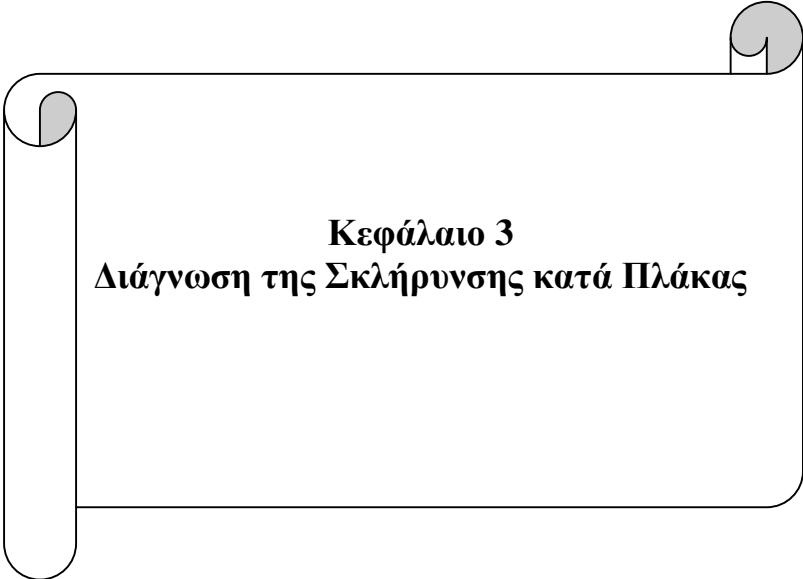


2) Υποτροπιάζουσα μορφή με επιπροστιθέμενη ανικανότητα



3) Καλοήθης μορφή





Κεφάλαιο 3
Διάγνωση της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας

3.1 Διαγνωστικά κριτήρια

Τα κριτήρια Poser προτάθηκαν το 1983 σαν ένας εκσυγχρονισμός στα κριτήρια του Schumacher για τη διάγνωση της ΣΚΠ. Αναπτύχθηκαν για να καθρεπτίσουν τις προόδους των τεχνικών ανίχνευσης (μαγνητική τομογραφία και οσφυονωτιαία παρακέντηση) οι οποίες έχουν βοηθήσει τους νευρολόγους να καθορίσουν την ύπαρξη βλαβών και άλλων παρακλινικών αποδείξεων.

Τα διαγνωστικά κριτήρια ΣΚΠ κατά Poser et al είναι τα εξής:

A. Κλινικώς βεβαία ΣΚΠ

1. Δύο ώσεις και κλινική απόδειξη δύο ιδιαίτερων βλαβών (εστιών)
2. Δύο ώσεις με κλινική απόδειξη μιας μόνο βλάβης (εστίας) και παρακλινική απόδειξη για άλλη (ιδιαίτερη) βλάβη (εστία).

B. Εργαστηριακά υποστηριζόμενη βεβαία ΣΚΠ

1. Δύο ώσεις με, είτε κλινική ή παρακλινική απόδειξη μιας βλάβης (εστίας) και ανάδειξη στο ENY ολιγοκλωνικών ζωνών IgG ή αυξημένης συνθέσεως IgG στο ΚΝΣ.
2. Μια ώση, κλινική απόδειξη δυο ιδιαίτερων βλαβών (εστιών) και ανάδειξη στο ENY OB/IgG.
3. Μια ώση, κλινική απόδειξη μιας βλάβης (εστίας), παρακλινική απόδειξη άλλης (ιδιαίτερης) βλάβης και ανάδειξη στο ENY OB/IgG.

Γ. Κλινικώς πιθανή ΣΚΠ

1. Δύο ώσεις και κλινική απόδειξη μιας βλάβης (εστίας)
2. Μια ώση και κλινική απόδειξη δυο ιδιαίτερων βλαβών (εστιών)
3. Μια ώση, κλινική απόδειξη μιας βλάβης (εστίας) και παρακλινική απόδειξη μιας άλλης (ιδιαίτερης) βλάβης (εστίας).

Δ. Εργαστηριακά υποστηριζόμενη πιθανή ΣΚΠ

1. Δύο ώσεις και παρουσία στο ENY OB/IgG.^{13,14}

Τα νέα διαγνωστικά κριτήρια (κριτήρια McDonald) της ΣΚΠ που θεσπίστηκαν το 2001, συμπεριέλαβαν απεικονιστικά κριτήρια από προηγούμενες μελέτες για την επιβεβαίωση της διασποράς της νόσου στο χώρο και το χρόνο (Πίνακας 2). Κάνουν χρήση αποκλειστικά και μόνο των ακολουθιών T2 και T1 με σκιαγραφικό. Η αυστηρότητα των κριτηρίων ως προς την πιστοποίηση της διασποράς στο χώρο οφείλεται στην προσπάθεια αύξησης της ειδικότητας, ενδεχομένως εις βάρος της ευαισθησίας.

Πίνακας 2

Κριτήρια διασποράς στο χώρο για τη διαλείπουσα και δευτεροπαθώς προϊούσα μορφή της ΣΚΠ	Κριτήρια διασποράς στο χρόνο για όλες τις μορφές της ΣΚΠ
<p>Πρέπει να πληρούνται τουλάχιστον 3 από τα ακόλουθα 4 στοιχεία:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Μια βλάβη που προσλαμβάνει σκιαγραφικό ή 9 βλάβες στην T2 ακολουθία, εάν δεν υπάρχει πρόσληψη σκιαγραφικού. 2. Τουλάχιστον μία υποσκηνίδα βλάβη. 3. Τουλάχιστον μία 'υποφλοιώδης' βλάβη (juxtacortical). 4. Τουλάχιστον τρεις περικουιλιακές βλάβες. <p>(Επί παρουσίας θετικού ENY αρκεί η παρουσία 2 ή περισσότερων εστιών συμβατών με ΣΚΠ.) (Μια μυελική βλάβη αντικαθιστά μια εγκεφαλική βλάβη.)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Εάν η πρώτη απεικόνιση γίνει 3 μήνες μετά την έναρξη της ώσης, η παρουσία μιας βλάβης που προσλαμβάνει σκιαγραφικό επαρκεί για την πιστοποίηση της διασποράς στο χρόνο, με την προϋπόθεση ότι δεν εντοπίζεται σε θέση που σχετίζεται με τα συμπτώματα της ώσης. Εάν δεν υπάρχει πρόσληψη σκιαγραφικού σε αυτή τη χρονική στιγμή, απαιτείται και δεύτερη απεικόνιση 3 μήνες αργότερα. Νέα βλάβη στην T2 ακολουθία ή πρόσληψη σκιαγραφικού σε αυτή τη δεύτερη απεικόνιση πιστοποιεί τη διασπορά στο χρόνο. 2. Εάν η πρώτη απεικόνιση γίνει σε διάστημα μικρότερο των τριών μηνών μετά την έναρξη της ώσης, μια δεύτερη απεικόνιση 3 μήνες μετά την έναρξη της ώσης που αναδεικνύει νέα βλάβη που προσλαμβάνει σκιαγραφικό πιστοποιεί τη διασπορά στο χρόνο. Στην περίπτωση που η δεύτερη απεικόνιση δεν αναδεικνύει εστία που προσλαμβάνει σκιαγραφικό, μια νέα απεικόνιση (3^η), τουλάχιστον 3 μήνες μετά την πρώτη απεικόνιση, που εμφανίζει μια νέα βλάβη στην T2 ακολουθία, πιστοποιεί τη διασπορά στο χρόνο.
<p>Κριτήρια διασποράς στο χώρο για την πρωτοπαθώς προϊούσα μορφή της ΣΚΠ</p>	
<p>Πρέπει να πληρείται ένα από τα ακόλουθα στοιχεία:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Εννέα ή περισσότερες βλάβες στην T2 ακολουθία της MRI εγκεφάλου. 2. Δύο ή περισσότερες μυελικές βλάβες. 3. Τέσσερις έως 8 βλάβες στην T2 ακολουθία της MRI εγκεφάλου και μία μυελική βλάβη. 4. Παθολογικά προκλητά δυναμικά και λιγότερες από τέσσερις βλάβες στην T2 ακολουθία της MRI εγκεφάλου και μία μυελική βλάβη. 	

Πέραν των στοιχείων που συμπεριλήφθηκαν στα κριτήρια, τα ακόλουθα διαφοροδιαγνωστικά χαρακτηριστικά μπορούν να αυξήσουν την ειδικότητα της απεικόνισης: (1) η παρουσία τουλάχιστον μιας εστίας μεγαλύτερης από 5 mm, (2) η παρουσία βλαβών στο μεσολόβιο και (3) το σχήμα και ο προσανατολισμός των βλαβών στο μεσολόβιο (ωοειδείς εστίες, ακτινωτή κατανομή στις οβελιαίες τομές).

Τα κριτήρια McDonald εφαρμόστηκαν σε ασθενείς με κλινικά μεμονωμένο σύνδρομο και διαπιστώθηκε ότι χαρακτηρίζονται από ευαισθησία 83%, ειδικότητα 83%, θετική προγνωστική αξία 75% και αρνητική προγνωστική αξία 89%.

Ασθενείς με πρωτοπαθώς προϊούσα ΣΚΠ εμφανίζουν χαμηλότερο αριθμό και όγκο βλαβών στην T2 ακολουθία της μαγνητικής τομογραφίας εγκεφάλου απ' ότι ασθενείς με διαλείπουσα ή δευτεροπαθώς προϊούσα ΣΚΠ. Αυτό συμβαίνει παρά τη συγκριτικά μεγαλύτερη αναπηρία των ασθενών αυτών. Η παρατήρηση αυτή αποτελεί μια από τις όψεις του "κλινικο-ακτινολογικού παραδόξου" στη ΣΚΠ. Επίσης, στην πρωτοπαθώς προϊούσα ΣΚΠ οι βλάβες σπάνια προσλαμβάνουν σκιαγραφικό. Σημειώνεται ότι δεν παρατηρείται σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός και όγκος μυελικών βλαβών σε ασθενείς με πρωτοπαθώς προϊούσα ΣΚΠ.¹⁴

3.2 Νευρολογική εκτίμηση του ασθενή

Είναι δύσκολο να γίνει η διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας γιατί δεν υπάρχει κάποια εξέταση με την οποία μπορούμε να διαγνώσουμε τη νόσο με 100% βεβαιότητα. Το ιστορικό των συμπτωμάτων είναι συνήθως ασαφές και τα διαφορετικά συμπτώματα θα μπορούσαν να είναι συμπτώματα διάφορων άλλων ασθενειών. Έτσι μπορεί να περάσει ένα μεγάλο διάστημα χρόνου μέχρι να υποπτευθούμε ότι τα συμπτώματα αυτά είναι σκλήρυνση. Οι εξετάσεις γίνονται για να αποκλείσουν την πιθανότητα άλλων ασθενειών και με την “εις άτοπον απαγωγή” να οδηγηθούμε στην πιθανή διάγνωση για σκλήρυνση. Αυτή η μακροχρόνια αβεβαιότητα της διαδικασίας διάγνωσης προκαλεί άγχος. Η ανίχνευση για σκλήρυνση γίνεται με διάφορους τρόπους και ξεκινάει με το ιατρικό ιστορικό του ασθενή καθώς και με τη νευρολογική του εξέταση.⁶

Ιατρικό Ιστορικό

Ο γιατρός ζητάει συνήθως το ιστορικό των συμπτωμάτων του ασθενή. Η περιγραφή των συμπτωμάτων του και η μορφή με την οποία εμφανίζονται μπορεί να υποδείξουν σκλήρυνση. Θα χρειαστεί όμως εξέταση από το γιατρό και να γίνουν και άλλες εξετάσεις που θα ενισχύσουν την αρχική υπόνοια.

Νευρολογική εξέταση

Συνήθως γίνεται μια συστηματική εξέταση του νευρικού συστήματος με μια σειρά εξετάσεων των αντανακλαστικών, όπως χτύπημα με το σφυράκι στο γόνατο και μέτρηση των αντιδράσεων σε εξωτερικούς ερεθισμούς π.χ τσίμπημα με βελόνα. Μετά από μια εκτεταμένη νευρολογική εξέταση, ο γιατρός είναι σε θέση να παρατηρήσει όποιες ανωμαλίες υπάρχουν στο νευρικό σύστημα.

Όμως, αυτή η εξέταση μόνη της δεν μπορεί να καθορίσει την αιτία των ανωμαλιών γιατί και άλλες αρρώστιες είναι δυνατόν να προκαλέσουν παρόμοια συμπτώματα με αυτά της σκλήρυνσης και για αυτό θα πρέπει να αποκλεισθεί η πιθανότητά τους.⁶

3.3 Εργαστηριακές εξετάσεις

Για τη σκλήρυνση κατά πλάκας δεν υπάρχει ειδική εξέταση. Οι εργαστηριακές εξετάσεις πραγματοποιούνται για να βοηθήσουν το γιατρό στη διάγνωση. Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει:

1. Οσφουονωτιαία παρακέντηση

Η εξέταση αυτή δείχνει αν υπάρχουν αντισώματα στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Αντισώματα στο ΕΝΥ μπορεί να δημιουργηθούν από σκλήρυνση αλλά και από άλλες νευρολογικές διαταραχές. Μια μικρή ποσότητα υγρού αφαιρείται από το νωτιαίο μυελό με μια βελόνα στο ύψος της οσφυϊκής μοίρας.

Η εξέταση απαιτεί ο ασθενής να μείνει ακίνητος κάποιες ώρες και ενώ αυτό είναι άβολο, η ίδια η εξέταση δεν πονάει γιατί γίνεται τοπική αναισθησία και ο ασθενής μένει στο νοσοκομείο μια μέρα. Τα αποτελέσματα αυτής της εξέτασης μπορεί να αποτελούν ένδειξη ΣΚΠ αλλά δεν είναι καθοριστικά.⁶

2. Εξετάσεις προκλητών δυναμικών όρασης και ακοής

Η απομυελίνωση μπορεί να προκαλέσει καθυστέρηση στην μετάδοση των μηνυμάτων ανάμεσα στα νεύρα. Οι εξετάσεις προκλητών δυναμικών μετράνε το χρόνο που χρειάζεται ο εγκέφαλος για να δεχτεί και μετά να μετατρέψει ένα ερέθισμα. Για το σκοπό αυτό, μικρά ηλεκτρόδια τοποθετούνται στο κεφάλι του ασθενούς. Αυτά ελέγχουν τα ηλεκτρικά κύματα του εγκεφάλου μετά από οπτικό ή ακουστικό ερέθισμα. Φυσιολογικά η αντίδραση του εγκεφάλου σε τέτοια ερεθίσματα είναι σχεδόν ακαριαία αλλά όταν υπάρχουν ουλές στο κεντρικό νευρικό σύστημα τότε μπορεί να παρουσιαστεί καθυστέρηση. Η εξέταση αυτή δεν είναι παρεμβατική ούτε πονάει και έτσι ο ασθενής δε χρειάζεται να μείνει στο νοσοκομείο. Με την εξέταση αυτή ο γιατρός μπορεί να προσδιορίσει πού υπάρχουν ουλές αλλά όχι τα αίτια που τις προκαλούν.⁶

3. Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΚ)

Καταγράφεται η ηλεκτρική δραστηριότητα του εγκεφάλου διαμέσου του άθικτου κρανίου. Συνήθως αναδεικνύει ευρήματα σε μικρό ποσοστό, που δεν θεωρούνται ειδικά.⁴

4. Μυελογράφημα

Το μυελογράφημα είναι μια ακτινογραφία του νωτιαίου μυελού κατά την οποία εξέταση εγχύεται χρωματισμένο υγρό στη σπονδυλική στήλη και η κίνηση του κατά μήκος του νωτιαίου μυελού φαίνεται στην ακτινογραφία. Έτσι οποιοδήποτε εμπόδιο ανάμεσα στα νεύρα θα φανεί στην ακτινογραφία και ο γιατρός θα μπορέσει να αναγνωρίσει τα συμπτώματα άλλων νόσων αλλά και την πιθανότητα σκλήρυνσης. Όπως και στην οσφουονωτιαία παρακέντηση ο ασθενής ίσως χρειαστεί να μείνει λίγο στο νοσοκομείο αλλά η εξέταση δεν είναι επίπονη, μόνο άβολη.⁶

5. Ηλεκτρονυσταγμογράφημα

Είναι εξέταση η οποία γίνεται για την καλύτερη μελέτη διαπυρηνικής οφθαλμολογίας(διχαστικός νυσταγμός).⁴

6. Αξονική τομογραφία εγκεφάλου(CT)

Η πρώτη απεικονιστική μέθοδος που συνέβαλε στη διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας ήταν η αξονική τομογραφία εγκεφάλου. Η CT βοήθησε ιδιαίτερα σε περιπτώσεις διάσπαρτων υποπυκνωτικών περιοχών στη λευκή ουσία αλλά μειονεκτεί σε περιπτώσεις εστιών μικρού μεγέθους. Οι υπόπυκνες αυτές περιοχές μετά τη χορήγηση σκιαγραφικού ενδοφλεβίως, είτε δεν παρουσιάζουν σκιαγραφική ενίσχυση, είτε παρουσιάζουν ομοιογενή ή δακτυλιοειδή ή ανομοιογενή ενίσχυση. Σήμερα η αξονική τομογραφία εγκεφάλου έχει παραχωρήσει τη θέση της στην μαγνητική τομογραφία.⁴

3.4 Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου(MRI)

Η μαγνητική τομογραφία καταλαμβάνει τα τελευταία χρόνια όλο και πιο κεντρική θέση στη διάγνωση της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας (ΣΚΠ). Το 2001 θεσπίστηκαν νέα διαγνωστικά κριτήρια για τη νόσο τα οποία αντικατοπτρίζουν αυτό τον αναβαθμισμένο ρόλο. Η μαγνητική τομογραφία χρησιμοποιείται επίσης στη διερεύνηση του κλινικά μεμονωμένου συνδρόμου, για την εκτίμηση του κινδύνου μετατροπής σε κλινικά βέβαιη ΣΚΠ. Τέλος, χρησιμοποιείται επικουρικά για την αξιολόγηση της ενεργότητας της νόσου προοπτικά.

Στο πλαίσιο κλινικών μελετών, η μαγνητική τομογραφία χρησιμοποιείται σαν δείκτης-υποκατάστατο (surrogate marker) της ενεργότητας της νόσου. Σε κλινικές μελέτες φάσης I/II γίνεται χρήση της μαγνητικής τομογραφίας ως "πρωτεύον μέτρο έκβασης" (primary outcome measure) και σε κλινικές μελέτες φάσης III ως "δευτερεύον μέτρο έκβασης" (secondary outcome measure).

Η πιο σημαντική ιδιότητα ενός δείκτη-υποκατάστατο θεωρείται η ικανότητα του να αντικατοπτρίζει μια κλινικά σημαντική παράμετρο. Αδιαμφισβήτητα, στη ΣΚΠ η σημαντικότερη κλινική παράμετρος είναι η ανάπτυξη μόνιμης αναπηρίας. Τα τελευταία χρόνια έχει καταστεί σαφές ότι η συσχέτιση της συμβατικής μαγνητικής τομογραφίας με την αναπηρία είναι σε γενικές γραμμές περιορισμένη. Η διαπίστωση αυτή αποτελεί την πρώτη όψη του "κλινικο-ακτινολογικού παραδόξου" στη ΣΚΠ. Η δεύτερη όψη αφορά στη συχνή παρουσία ενεργών βλαβών στη μαγνητική τομογραφία χωρίς συνοδό κλινική έξαρση της νόσου. Η τρίτη και τελευταία όψη του παραδόξου αφορά στον χαμηλό αριθμό και όγκο βλαβών στην T2 ακολουθία που παρατηρείται στην πρωτοπαθώς προϊούσα ΣΚΠ, παρά τη συγκριτικά μεγαλύτερη αναπηρία των ασθενών αυτών.^{6,15,16}

Οι τεχνικές της συμβατικής μαγνητικής τομογραφίας

Η ακολουθία T2. Βλάβες που χαρακτηρίζονται από φλεγμονή, οίδημα, απομυελίνωση, απώλεια αξόνων ή γλοίωση εμφανίζουν αυξημένη ένταση σήματος στην ακολουθία T2. Αυτό

καθιστά την ακολουθία αυτή αφενός εξαιρετικά ευαίσθητη στην ανάδειξη εστιακών βλαβών στη ΣΚΠ και αφετέρου, κυρίως στην περίπτωση της μαγνητικής τομογραφίας εγκεφάλου, μη ειδική.

Η ακολουθία πυκνότητας πρωτονίων (PD). Η ακολουθία PD, απεικονίζοντας το εγκεφαλονωτιαίο υγρό με χαμηλή ένταση σήματος επιτρέπει καλύτερη ανάλυση των περικοιλιακών βλαβών.

Η ακολουθία FLAIR. Η ακολουθία FLAIR επιτυγχάνει, πέραν της καλύτερης ανάλυσης περικοιλιακών εστιών, αυξημένη αντίθεση στην απεικόνιση των βλαβών, ειδικά στις περιπτώσεις φλοιώδους ή υποφλοιώδους εντόπισης.

Η ακολουθία T1. Οξείες φλεγμονώδεις βλάβες που χαρακτηρίζονται από εκτεταμένο οίδημα ή χρόνιες βλάβες που χαρακτηρίζονται από εκτεταμένη απομυελίνωση, απώλεια αξόνων και καταστροφή παρεγχύματος εμφανίζουν μειωμένη ένταση σήματος στην T1 ακολουθία. Στη δεύτερη περίπτωση χρησιμοποιείται ο όρος "μαύρη τρύπα" στην περιγραφή των βλαβών αυτών. Μόνο 30% των νέων T2 βλαβών εξελίσσονται σε "μαύρες τρύπες". Γενικά, η ακολουθία T1 είναι λιγότερο ευαίσθητη από την ακολουθία T2 στην ανάδειξη εστιακών βλαβών. Οι "μαύρες τρύπες" θεωρούνται όμως συγκριτικά πιο ειδικές.

Η ακολουθία T1 μετά από έγχυση σκιαγραφικού. Οξείες βλάβες, που χαρακτηρίζονται από διαταραχή του αιματοεγκεφαλικού φραγμού, εμφανίζουν αυξημένη ένταση σήματος στην T1 ακολουθία μετά από έγχυση σκιαγραφικού. Η πρόσληψη σκιαγραφικού αποτελεί προσωρινό φαινόμενο, παρατηρείται για διάστημα 2 με 6 εβδομάδων μετά την εμφάνιση της βλάβης στη συμβατική μαγνητική τομογραφία, και θεωρείται ένδειξη ενεργότητας της νόσου.¹⁵

Η προγνωστική αξία της συμβατικής μαγνητικής τομογραφίας ως προς την εξέλιξη της αναπηρίας

Στη ΣΚΠ το σημαντικότερο κλινικό αποτέλεσμα είναι η μόνιμη αναπηρία. Δεδομένης της μεγάλης ετερογένειας στην κλινική έκφραση της νόσου, μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για το νευρολόγο είναι η ικανότητα να προβλέψει τη μελλοντική πορεία της νόσου με βάση την εκτίμηση της κλινικής και παρακλινικής εικόνας του ασθενούς κατά τα πρώιμα στάδια. Το ερώτημα που τίθεται λοιπόν είναι σε ποιο βαθμό μπορεί να προβλέψει η συμβατική μαγνητική τομογραφία τη μελλοντική εξέλιξη της αναπηρίας στη ΣΚΠ.

Μια πρόσφατη προοπτική μελέτη παρακολούθησης ασθενών με ΣΚΠ για 14 έτη ανέδειξε μέτρια συσχέτιση (r 0.60) του συνολικού όγκου T2 βλαβών και της αύξησης του όγκου βλαβών στα πρώτα 5 έτη με τη μόνιμη αναπηρία στα 14 έτη. Ο μέτριος αυτός βαθμός συσχέτισης ουσιαστικά περιορίζει τη δυνατότητα του νευρολόγου να στηρίξει αποφάσεις για τον εκάστοτε ασθενή κατά τα πρώιμα στάδια της νόσου σε δεδομένα της μαγνητικής τομογραφίας. Ιδωμένα από άλλη σκοπιά τα παραπάνω αποτελέσματα οδηγούν στο συμπέρασμα ότι 39% των ασθενών με τουλάχιστον τέσσερις T2 εστίες στην πρώτη μαγνητική τομογραφία είχαν μόνο ήπια αναπηρία 14 έτη αργότερα.

Η προγνωστική αξία του αριθμού των εστιών που προσλαμβάνουν σκιαγραφικό στη μαγνητική τομογραφία κατά τα πρώτα στάδια της νόσου, ως προς τη μελλοντική ανάπτυξη

της αναπηρίας έχει επίσης μελετηθεί. Οι προοπτικές μελέτες είχαν μικρή διάρκεια, αλλά σε μετα-αναλύσεις δεν αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση.¹⁵

Το "κλινικο-ακτινολογικό παράδοξο" στη ΣΚΠ

Η εκτεταμένη χρήση της μαγνητικής τομογραφίας στην κλινική πράξη υποδηλώνει την ύπαρξη σημαντικής συσχέτισης μεταξύ κλινικής εικόνας και βαθμού αναπηρίας από τη μια πλευρά, και απεικονιστικών ευρημάτων από την άλλη. Θα περίμενε δηλαδή κανείς η αναπηρία ενός ασθενούς να εξελίσσεται παράλληλα με την αύξηση των απεικονιζόμενων στη μαγνητική τομογραφία βλαβών. Είναι όμως γνωστό, όπως έχει ήδη επισημανθεί, πως αυτό δεν αντικατοπτρίζει πάντα την πραγματικότητα.

Η συσχέτιση του βαθμού αναπηρίας, με τη βαρύτητα των βλαβών στη συμβατική μαγνητική τομογραφία έχει βρεθεί να είναι χαμηλή, έως οριακή. Η περιγραφείσα δυσαρμονία μεταξύ του φορτίου των βλαβών στη συμβατική μαγνητική τομογραφία και της κλινικής εικόνας αποτελούν την πρώτη όψη του "κλινικο-ακτινολογικού παραδόξου" της ΣΚΠ. Η δεύτερη όψη του παραδόξου, όπως έχει ήδη περιγραφεί, αφορά στους ασθενείς που εμφανίζουν βλάβες σε οξεία φάση στη μαγνητική τομογραφία χωρίς συνοδό κλινική έξαρση της νόσου. Η τρίτη όψη αφορά στους ασθενείς με πρωτοπαθώς προϊούσα ΣΚΠ. Στις περιπτώσεις αυτές η ανεύρεση ολιγάριθμων βλαβών στη μαγνητική τομογραφία, παρά τη μεγάλη κλινική αναπηρία, αποτελεί συνήθως τον κανόνα.

Το θέμα του παραδόξου έχει απασχολήσει τα τελευταία χρόνια τόσο τους κλινικούς ιατρούς, όσο και όσους ασχολούνται με τα απομυελινωτικά νοσήματα σε ερευνητικό επίπεδο, και έχουν γίνει αρκετές απόπειρες ερμηνείας του. Οι νέες - μη συμβατικές ακολουθίες και τεχνικές της μαγνητικής τομογραφίας φαίνεται να μπορούν να βοηθήσουν στη διευκρίνιση ενός μέρους του παραδόξου και θα περιγραφούν στη συνέχεια.¹⁵

Οι νέες, μη συμβατικές, απεικονιστικές τεχνικές στη ΣΚΠ

Τα τελευταία χρόνια έχουν εμφανισθεί νέες τεχνικές στη μαγνητική τομογραφία, οι οποίες χρησιμοποιούνται σε ολοένα και μεγαλύτερο βαθμό στη μελέτη των απομυελινωτικών νοσημάτων του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ), άλλα και στην κλινική πράξη. Θα γίνει μια σύντομη περιγραφή αυτών, εστιάζοντας την προσοχή στη συμβολή της καθεμιάς στην ερμηνεία του "κλινικο-ακτινολογικού παραδόξου". Οι τεχνικές λεπτομέρειες που θα περιγραφούν είναι οι ελάχιστες δυνατές.

Ο λόγος μεταφοράς μαγνήτισης (Magnetization Transfer Ratio-MTR. Πρόκειται για μια ποσοτική τεχνική που στηρίζεται στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ ελευθέρων πρωτονίων που βρίσκονται στο νερό του ΚΝΣ και πρωτονίων που είναι δεσμευμένα σε μακρομόρια της μυελίνης και των κυτταρικών μεμβρανών. Τα τελευταία αλλάζουν εκλεκτικά προσανατολισμό με τη βοήθεια ενός παλμού ραδιο-συχνότητας. Την ενέργεια αυτή που έχουν αποκτήσει τη μεταφέρουν στα ελεύθερα πρωτόνια, με αποτέλεσμα να μειώνεται η ένταση του καταγραφόμενου σήματος. Ο λόγος της μείωσης της έντασης του σήματος σε σχέση με το σήμα που λαμβάνεται χωρίς χρήση του παλμού ραδιοσυχνότητας, αποτελεί το λόγο μεταφοράς μαγνήτισης. Παράγοντες που επηρεάζουν την αναλογία μεταξύ των ελευθέρων και δεσμευμένων πρωτονίων, μειώνουν το λόγο μεταφοράς μαγνήτισης. Η φλεγμονή και το οίδημα αυξάνουν τα ελεύθερα πρωτόνια μειώνοντας έτσι το λόγο μεταφοράς μαγνήτισης κατά 3-5%. Η απομυελίνωση και η καταστροφή αξόνων προκαλούν αρκετά μεγαλύτερη μείωσή του (συνήθως 10-30% μείωση), ενώ σε "μαύρες τρύπες" ο λόγος μεταφοράς

μαγνήτισης μπορεί να έχει τιμές ίσες με αυτές του εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Ο λόγος μεταφοράς μαγνήτισης στην περιοχή μιας βλάβης μπορεί να μειωθεί σημαντικά στην οξεία φάση, όταν η συγκεκριμένη εστία προσλαμβάνει την παραμαγνητική ουσία και στη συνέχεια αυξάνεται σταδιακά τείνοντας προς φυσιολογικές τιμές.

Ο λόγος μεταφοράς μαγνήτισης μπορεί να μετρηθεί σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου ή και σε ολόκληρο τον εγκέφαλο. Ιδιαίτερα σημαντική αναδεικνύεται η μέτρησή του σε περιοχές φαινομενικά φυσιολογικής λευκής ουσίας. Σε ασθενείς με ΣΚΠ, η τιμή του λόγου μεταφοράς μαγνήτισης είναι ελαττωμένη στις περιοχές αυτές, πράγμα που είναι συμβατό και με παθολογοανατομικές μελέτες που αναδεικνύουν απώλεια αξόνων στη λευκή ουσία, ακόμη και σε περιοχές που δεν έχουν εστίες απομυελίνωσης. Ο λόγος μεταφοράς μαγνήτισης αποδεικνύεται να έχει ιδιαίτερα καλό συντελεστή συσχέτισης τόσο με το βαθμό αναπηρίας των ασθενών, όσο και με τη βαρύτητα έκπτωσης των γνωστικών τους λειτουργιών. Το στοιχείο αυτό προσφέρει και μια πρώτη προσέγγιση του προβλήματος του "κλινικο-ακτινολογικού παραδόξου". Πιθανολογείται πως η λευκή ουσία που δεν έχει προσβληθεί από φλεγμονώδη-απομυελινωτική εξεργασία υφίσταται εκφυλιστικού τύπου αλλοιώσεις με απώλεια αξόνων. Η διαδικασία αυτή εξελίσσεται παράλληλα και ανεξάρτητα από τη φλεγμονώδη, πιθανότατα από τα πρώτα στάδια της νόσου.

Η μαγνητική φασματοσκοπία (Magnetic Resonance Spectroscopy-MRS). Πρόκειται για ποσοτική επίσης μέθοδο, η οποία μετρά την ποσότητα μεταβολιτών στους ιστούς και κατά συνέπεια μπορεί να ανιχνεύσει βιοχημικές μεταβολές, τόσο σε εστίες βλάβης, όσο και στη φαινομενικά φυσιολογική λευκή ουσία ασθενών με ΣΚΠ. Η μαγνητική φασματοσκοπία μπορεί και ανιχνεύει, μεταξύ άλλων, τα επίπεδα τεσσάρων μεταβολιτών: του Ν-ακετυλοασπαρτικού (NAA), της χολίνης, της κρεατινίνης και του γαλακτικού. Το NAA ανευρίσκεται αποκλειστικά σε νευρώνες, οπότε μια μείωση της τιμής του υποδηλώνει αξονική καταστροφή ή δυσλειτουργία. Η χολίνη βρίσκεται στα φωσφολιπίδια των μεμβρανών, επομένως αύξησή της παρατηρείται σε απομυελινωτικές βλάβες όπου απελευθερώνονται φωσφολιπίδια της μυελίνης. Γίνεται λοιπόν κατανοητό από τα παραπάνω, ότι η μαγνητική φασματοσκοπία μπορεί να δώσει πληροφορίες και για περιοχές του ΚΝΣ όπου παρατηρείται οξεία απομυελίνωση, αλλά και για περιοχές του ΚΝΣ με αξονική καταστροφή. Στις φαινομενικά φυσιολογικές περιοχές διαπιστώνεται μείωση των επιπέδων NAA, υποδηλώνοντας έτσι την ύπαρξη αξονικής καταστροφής και δυσλειτουργίας. Όπως και με το λόγο μεταφοράς μαγνήτισης έχει βρεθεί να υπάρχει ιδιαιτέρως ικανοποιητική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού αναπηρίας και της ελάττωσης των επιπέδων NAA. Στα μειονεκτήματα της μεθόδου συγκαταλέγονται ο χαμηλός λόγος σήματος προς θόρυβο που οφείλεται στις χαμηλές συγκεντρώσεις των μετρώμενων μεταβολιτών και η μέτρια επαναληψιμότητα των αποτελεσμάτων της. Σε σχέση με το "κλινικο-ακτινολογικό παράδοξο", η μαγνητική φασματοσκοπία δείχνει, όπως και ο υπολογισμός του λόγου μεταφοράς μαγνήτισης, ότι οι συμβατικές ακολουθίες της μαγνητικής τομογραφίας δεν μας παρέχουν ακριβή εικόνα των βλαβών του ΚΝΣ, αφού δε δύνανται να αναδείξουν το βαθμό της αξονικής καταστροφής που ενδεχομένως είναι υπεύθυνος για σημαντικό μέρος της κλινικής εικόνας των ασθενών με ΣΚΠ.

Η μαγνητική τομογραφία διάχυσης (Diffusion weighted MRI-DW-MRI και Diffusion Tensor Imaging-DTI). Με τη μαγνητική τομογραφία διάχυσης μπορεί να μετρηθεί η ταχύτητα διάχυσης των μορίων του νερού μέσα στους ιστούς. Τα μόρια του νερού διαχέονται με τρόπο τυχαίο μέσα σε ένα υγρό περιβάλλον, ενώ οι κυτταρικές μεμβράνες και τα οργανίδια μπορεί να επηρεάσουν αυτή τη μετακίνηση. Επομένως, η μαγνητική τομογραφία διάχυσης δίνει πληροφορίες για το μέγεθος, το σχήμα και τη γεωμετρία των ιστών του ΚΝΣ. Παθολογικές

καταστάσεις που προκαλούν απώλεια των ιστικών εκείνων δομών που εμποδίζουν την ελεύθερη διάχυση των μορίων του νερού, ή μεταβολή της διαπερατότητάς τους από το νερό, προκαλούν ανάλογες μεταβολές στην εικόνα της μαγνητικής τομογραφίας διάχυσης. Επειδή στο ΚΝΣ οι διάφορες κυτταρικές δομές είναι προσανατολισμένες έτσι ώστε να είναι παράλληλες μεταξύ τους σε μεγάλο βαθμό, η κίνηση του νερού δεν γίνεται με την ίδια ταχύτητα σε όλες τις κατευθύνσεις. Αυτό το χαρακτηριστικό ονομάζεται ανισοτροπία και περιγράφεται καλύτερα με τη χρήση ενός ανύσματος στο χώρο το οποίο προκύπτει από την επεξεργασία τριών άλλων ανυσμάτων που αντιπροσωπεύουν την κίνηση των μορίων του νερού στις τρεις διαστάσεις (Diffusion Tensor Imaging). Η ανισοτροπία χάνεται σε περιπτώσεις βλάβης μιας περιοχής του ΚΝΣ και ο βαθμός της διαταραχής μπορεί να προσδιοριστεί με τη μαγνητική τομογραφία διάχυσης. Πρόκειται για μια επίσης ποσοτική μέθοδο εκτίμησης της ακεραιότητας του νευρικού συστήματος. Εφαρμόζεται είτε σε ολόκληρο τον εγκέφαλο, είτε σε μεγάλα σχετικά τμήματά του, ενώ είναι δύσκολο προς το παρόν να εφαρμοσθεί για τη μελέτη του νωτιαίου μυελού. Δε δίνει πληροφορίες για κάποια συγκεκριμένη ουσία ή δομή του νευρικού συστήματος, αλλά για την ακεραιότητα της δομής του στην περιοχή που μελετάται. Επειδή πρόκειται για μια τεχνική που προσφάτως εφαρμόστηκε στη μελέτη ασθενών με ΣΚΠ δεν υπάρχουν μεγάλης διάρκειας μελέτες που να δείχνουν με ακρίβεια την ευαισθησία της, ενδέχεται όμως να μπορεί να μας δώσει ένα μέτρο της αξονικής καταστροφής, έχοντας καλό συντελεστή συσχέτισης με την αναπηρία, όπως αυτή προσδιορίζεται με την κλίμακα EDSS.

Η μέτρηση της ατροφίας του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού. Η ύπαρξη ατροφίας εγκεφάλου σε ασθενείς με ΣΚΠ έχει παρατηρηθεί από ετών. Η διάχυτη αξονική βλάβη και η απομυελίνωση αποτελούν τα αίτια της ατροφίας, χωρίς να μπορεί με ακρίβεια να προσδιορισθεί ο βαθμός συμμετοχής της καθεμιάς από αυτές τις διαδικασίες, αλλά και το πόσο η ατροφία μπορεί να επηρεαστεί από το βαθμό γλοίωσης που επίσης παρατηρείται σε αυτούς του ασθενείς και που τείνει να αυξήσει τον όγκο του ΚΝΣ, περιορίζοντας τη μετρώμενη ατροφία. Διακυμάνσεις της ποσότητας νερού επίσης παρατηρούνται σε αυτούς τους ασθενείς (αγγειογενές οίδημα σε περιοχές όπου υπάρχει απομυελινωτική εστία σε οξεία φάση ή ελάττωση του όγκου του νερού μετά από θεραπεία με κορτικοστεροειδή) και αλλάζουν τον όγκο του ΚΝΣ. Η ατροφία μπορεί να εκτιμηθεί τόσο στον εγκέφαλο, όσο και στο νωτιαίο μυελό.

Οι μετρήσεις της ατροφίας του νωτιαίου μυελού γίνονται στο επίπεδο A2 με ημιαυτοματοποιημένη μέθοδο, έτσι ώστε τα αποτελέσματα να μπορούν να αναπαραχθούν με αξιοπιστία. Σε μεγάλες σειρές ασθενών παρατηρήθηκε ιδιαίτερα καλή συσχέτιση μεταξύ της διαμέτρου του νωτιαίου μυελού στο A2 επίπεδο και της EDSS αλλά και της διάρκειας της νόσου. Η ατροφία του εγκεφάλου αρχικά προσδιοριζόταν έμμεσα, με υπολογισμό του όγκου του μεσολοβίου ή των πλαγίων κοιλιών. Αρκετά πρόσφατα στάθηκε δυνατό να υπολογισθεί ο ολικός όγκος του εγκεφάλου μέσω ειδικού λογισμικού. Έχει αποδειχθεί ότι η εγκεφαλική ατροφία εμφανίζεται από τα αρχικά στάδια της νόσου. Η εγκεφαλική ατροφία είναι πιο εμφανής σε ασθενείς με προϊούσα μορφή της νόσου, ενώ η ατροφία έχει ικανοποιητική συσχέτιση με την EDSS, όπως και η εξέλιξη της ατροφίας έχει ικανοποιητική συσχέτιση με τη μεταβολή της EDSS. Η συσχέτιση είναι ακόμη μεγαλύτερη μεταξύ του βαθμού της ατροφίας και των γνωσιακών λειτουργιών των πασχόντων από ΣΚΠ.

Όπως επισημάνθηκε σε προηγούμενες ενότητες, η μία όψη του "κλινικο-ακτινολογικού παραδόξου" αφορά σε μειωμένη συσχέτιση φορτίου T2 βλαβών και κλινικής αναπηρίας. Στο πλαίσιο αυτό, κάποιοι ασθενείς εμφανίζουν χαμηλό φορτίο βλαβών με συγκριτικά μεγάλη αναπηρία. Στους ασθενείς αυτούς, παρά την απουσία πολλών T2 βλαβών, ενδεχομένως

υπάρχει διάχυτη εκφύλιση των αξόνων που οδηγεί στη βαριά κλινική εικόνα. Οι τεχνικές που περιγράφηκαν μας δίνουν τη δυνατότητα να ελέγξουμε και να ποσοτικοποιήσουμε την ύπαρξη αυτής της διάχυτης εκφύλισης του ΚΝΣ.

Οι τεχνικές αυτές όμως δεν μπορούν να δώσουν πλήρη εξήγηση για τους ασθενείς με μεγάλο φορτίο βλαβών στη μαγνητική τομογραφία αλλά ελάχιστη αναπηρία. Για τις περιπτώσεις αυτές το ερευνητικό ενδιαφέρον στρέφεται προς την κατεύθυνση της πλαστικότητας του εγκεφάλου.

Η λειτουργική μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου (functional MRI). Είναι μια μέθοδος με την οποία μπορεί να απεικονισθεί η δραστηριότητα του εγκεφαλικού φλοιού, ως αντίδραση σε διάφορα ερεθίσματα ή κατά τη διάρκεια διαφόρων δραστηριοτήτων του εξεταζομένου. Η ενεργοποίηση μέρους του φλοιού οδηγεί σε αλλαγή τοπικά των επιπέδων της δεοξυαιμοσφαιρίνης και συνεπώς αλλαγή του καταγραφόμενου σήματος στην f-MRI. Μελέτες σε πάσχοντες από ΣΚΠ έχουν δείξει ότι ο εγκέφαλός τους υφίσταται πλαστικές μεταβολές μετά από βλάβες που επηρεάζουν συγκεκριμένες λειτουργίες του, μεταφέροντας αυτές σε άλλες, υγιείς περιοχές. Αναδιοργάνωση των περιοχών του φλοιού που δραστηριοποιούνται στη διάρκεια ανάκλησης μνημονικών καταγραφών έχει επίσης αποδειχθεί με τη χρήση f-MRI σε ασθενείς με ΣΚΠ.

Τα δεδομένα από τις μελέτες με τη λειτουργική μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου σε ΣΚΠ ανοίγουν ένα νέο δρόμο στην κατανόηση του "κλινικο-ακτινολογικού παραδόξου". Η ύπαρξη βλαβών στη συμβατική μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου μπορεί να μην αντιστοιχεί και σε ανάλογα γνωσιακά ελλείμματα και σωματική αναπηρία διότι με μηχανισμούς πλαστικότητας έχουν ανακτηθεί οι απολεσθείσες λειτουργίες ή τουλάχιστον ένα μέρος τους.¹⁵

Η σημασία της συμβατικής μαγνητικής τομογραφίας στη ΣΚΠ μπορεί να αξιολογηθεί στο πλαίσιο τεσσάρων, σαφώς διακριτών, κλινικών παραμέτρων της νόσου: (1) τη διερεύνηση του κλινικά μεμονωμένου συνδρόμου, (2) τη διάγνωση, (3) την παρακολούθηση της πορείας της νόσου, και (4) την πρόγνωση της μελλοντικής εξέλιξης της νόσου.

Η συμβολή της συμβατικής μαγνητικής τομογραφίας, τόσο στη διερεύνηση του κλινικά μεμονωμένου συνδρόμου όσο και στη διάγνωση της ΣΚΠ, είναι αδιαμφισβήτητη. Η θέση της όμως στην παρακολούθηση της πορείας της νόσου καθώς και η προγνωστική της αξία αποτελούν πεδία διχογνωμίας. Στην καρδιά αυτής της διχογνωμίας βρίσκεται το "κλινικό-ακτινολογικό παράδοξο".

Οι νεότερες μέθοδοι έρχονται να καλύψουν μερικά από τα κενά της συμβατικής μαγνητικής τομογραφίας. Είναι δύσκολο να προβλέψει κανείς με ακρίβεια πόσο μεγάλη θα είναι η συνεισφορά τους στην κλινική πράξη. Μπορούν ενδεχομένως να μας δώσουν μια πιο ακριβή εικόνα για το φορτίο και το είδος των βλαβών στον εκάστοτε ασθενή, είναι όμως δύσκολο να προβλεφθεί πόσο θα βοηθήσουν στην παρακολούθηση του ασθενούς αυτού ή πόσο θα βελτιώσουν την ικανότητα πρόβλεψης της μελλοντικής του αναπηρίας. Αυτά είναι ερωτήματα που πιθανώς θα απαντηθούν στο μέλλον μέσα από νεότερες μελέτες.

Η ύπαρξη του "κλινικο-ακτινολογικού παραδόξου" αναδεικνύει τους περιορισμούς της συμβατικής μαγνητικής τομογραφίας. Εύλογα λοιπόν τίθεται το ερώτημα κατά πόσον η μαγνητική τομογραφία πληροί όλες τις προϋποθέσεις ενός ιδανικού δείκτη-υποκατάστατο. Μολονότι πλήθος κλινικών μελετών στηρίζονται στη συμβατική μαγνητική τομογραφία για την αξιολόγηση της ενεργότητας της νόσου, η χρήση της ως δείκτη-υποκατάστατο έχει

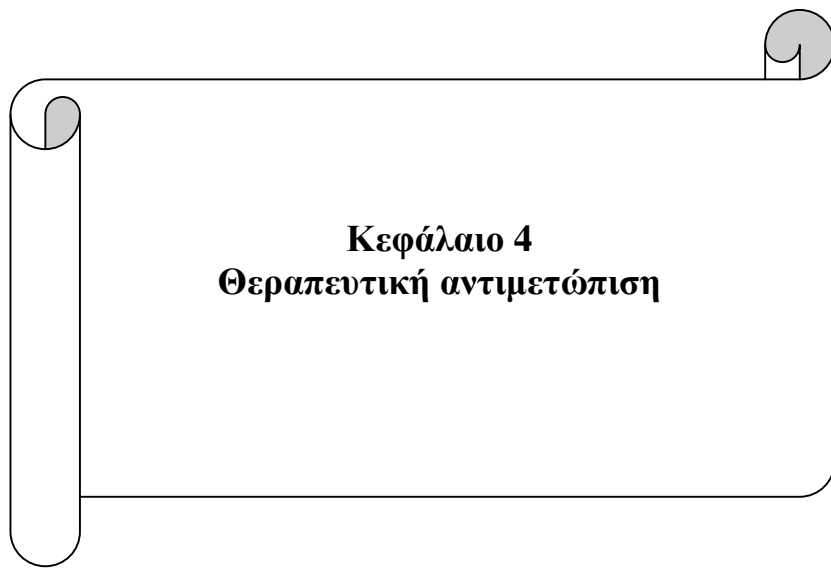
βρεθεί στο επίκεντρο μιας εκτεταμένης επιστημονικής διαμάχης. Το παρόν άρθρο, εκθέτοντας τις τρεις όψεις του "κλινικο-ακτινολογικού παραδόξου", ενδεχομένως βοηθάει στη βαθύτερη κατανόηση αυτής της διαμάχης. Η διάδοση των νέων μεθόδων που επιτρέπουν να εκτιμηθεί η κατάσταση της φαινομενικά φυσιολογικής λευκής ουσίας και να καταγραφεί με μεγαλύτερη ακρίβεια το φορτίο και το είδος των βλαβών μπορεί στο μέλλον να επηρεάσει την έκβαση αυτής της διαμάχης.

Οι αρχές της τεκμηριωμένης ιατρικής απαιτούν την εφαρμογή σε κάθε περίπτωση των επικρατούντων διαγνωστικών και θεραπευτικών κριτηρίων. Υπό το πρίσμα αυτό, η μαγνητική τομογραφία πρέπει να χρησιμοποιείται για τη διάγνωση ασθενών με πιθανή ΣΚΠ, ενώ τα ευρήματα της θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, επικουρικά, κατά το σχεδιασμό της θεραπευτικής στρατηγικής για κάθε ασθενή.¹⁵

3.5 Διαφορική διάγνωση

Οι υποτροπιάζουσες εξάρσεις της αγγείτιδας του ΚΝΣ έχουν ομοιότητες με την ΣΚΠ. Οι άτυπες εκδηλώσεις, όπως είναι η ψύχωση, οι επιληπτικές κρίσεις και οι βλάβες της φαιάς ουσίας στην MRI, βοηθούν να τεθεί η σωστή διάγνωση. Η νόσος του Behcet και το σύνδρομο του Sjogren μπορεί να εκδηλωθούν σαν πολυεστιακή νόσος του ΚΝΣ. Υποψιαζόμαστε τη νόσο του Behcet όταν υπάρχουν πολλαπλές νευρικές βλάβες σε συνδυασμό με έλκη στο στόμα ή τα γεννητικά όργανα, ραγοειδίτιδα και μηνιγγοεγκεφαλίτιδα. Η διάγνωση του συνδρόμου Sjogren μπορεί να τεθεί με βιοψία του χείλους ή της παρωτίδας. Η έλλειψη βιταμίνης B₁₂ μπορεί να εκδηλωθεί με επιδεινούμενα συμπτώματα από το νωτιαίο μυελό που οφείλονται σε βλάβες της λευκής ουσίας των οπισθίων δεσμών, οι οποίες απεικονίζονται στην MRI.

Η αδρενολευκοδυστροφία και η τροπική σπαστική πάρεση μπορούν επίσης να μοιάζουν με την ΣΚΠ, αλλά είναι σπάνιες. Η εγκάρσια μυελίτιδα σε συνδυασμό με την οπτική νευρίτιδα θέτουν την υποψία της νόσου του Devic, ειδικά όταν το εγκεφαλονωτιαίο υγρό είναι σχετικά φυσιολογικό και δεν υπάρχουν εμφανείς βλάβες στην MRI εγκεφάλου. Η αγγειακή νόσος με πολλαπλά παροδικά ισχαιμικά επεισόδια ή με έμφρακτα, συμβαίνει γενικά σε ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας ή σε ανθρώπους που έχουν προδιαθεσικούς παράγοντες και δεν συγγέεται συχνά με την ΣΚΠ. Η σαρκοείδωση, η σύφιλη και οι όγκοι ολοκληρώνουν τη διαφορική διάγνωση και διαγιγνώσκονται με MRI και εξέταση του ENY. Η διάγνωση μπορεί να είναι δύσκολη στο πρώτο επεισόδιο της ΣΚΠ όταν παρατηρούνται άτυπα συμπτώματα όπως π.χ. προσωπαλγία, σύγχυση, επιληπτικές κρίσεις, πυρετός ή κεφαλαλγία. Όταν την κρίση εκλύει μία προηγηθείσα συστηματική λοίμωξη, μπορεί να προκληθεί περαιτέρω σύγχυση.¹⁷



Κεφάλαιο 4
Θεραπευτική αντιμετώπιση

4.1 Φαρμακοθεραπεία

Τα φάρμακα μπορούν να τροποποιήσουν πολλές από τις λειτουργίες του νευρικού συστήματος και να είναι αποτελεσματικά σε πολλές νευρολογικές νόσους όπως νόσο του Parkinson, της επιληψίας, της νόσου του Alzheimer και σε πολλές άλλες. Έτσι τα φάρμακα μπορούν να μεταβάλλουν τη λειτουργία του ΚΝΣ επηρεάζοντας βιοχημικές διεργασίες στις συνάψεις αλλά και την ικανότητα του νευράξονα να μεταδίδει νευρικά ερεθίσματα.¹⁸

Το πρώτο βήμα για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ΣΚΠ είναι να μάθουμε όσο το δυνατό περισσότερο για τη νόσο. Με αυτόν τον τρόπο μπορούμε να σχηματίσουμε μια ρεαλιστική εικόνα για τις βραχυπρόθεσμες και τις μακροπρόθεσμες αλλαγές που ενδεχομένως λάβουν χώρα στον τρόπο ζωής στο παρόν και στο μέλλον.

Οι ειδικοί γενικά συμφωνούν ότι είναι σημαντική η αντιμετώπιση της ΣΚΠ με την πιο αποτελεσματική θεραπεία αμέσως μόλις διαγνωσθεί και επιβεβαιωθεί η νόσος.

Οι στόχοι της φαρμακευτικής θεραπείας με τα τρέχοντα διαθέσιμα μέσα είναι:

- Η ταχεία ύφεση των συμπτωμάτων οξείας μορφής της νόσου και παράταση του χρονικού διαστήματος χωρίς διαταραχές πριν από το επόμενο επεισόδιο. Επιπλέον, η επιβράδυνση της εξέλιξης της νόσου και ο περιορισμός της συχνότητας και της βαρύτητας των υποτροπών.
- Άλλος ένας στόχος είναι η αντιμετώπιση των ειδικών συμπτωμάτων ανεξάρτητα από την εξέλιξη της νόσου.²

Διαθέσιμες θεραπείες

Παρότι δεν υπάρχει ακόμη θεραπεία για τη Σκλήρυνση κατά Πλάκας (ΣΚΠ) υπάρχουν αποτελεσματικές φαρμακευτικές αγωγές. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της ΣΚΠ χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

- Φάρμακα για την αντιμετώπιση μίας οξείας υποτροπής που ανακουφίζουν και τα συμπτώματα, αλλά δεν μεταβάλλουν ούτε τους μηχανισμούς της ΣΚΠ ούτε την πορεία της νόσου. Τα εν λόγω φάρμακα αναφέρονται συνήθως ως κορτικοστεροειδή, μια μορφή στεροειδών.
- Φάρμακα που μεταβάλλουν την πορεία της νόσου ανακουφίζοντας τα αποτελέσματα διαταραγμένων ανοσολογικών διαδικασιών. Τα ανοσορρυθμιστικά και ανοσοκατασταλτικά φάρμακα είναι γνωστά και ως νοσοτροποποιητικά φάρμακα. Αυτά δρουν περιορίζοντας τη δραστηριότητα των κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος που ευθύνονται για την επίθεση του οργανισμού στο κεντρικό νευρικό σύστημα και
- Φάρμακα για την αντιμετώπιση ειδικών συμπτωμάτων, κάτι που είναι γνωστό ως συμπτωματική θεραπεία.

Κορτικοστεροειδή

Η αντιμετώπιση μιας υποτροπής στη ΣΚΠ πραγματοποιείται με ισχυρά αντιφλεγμονώδη φάρμακα που είναι γνωστά ως κορτικοστεροειδή (στεροειδείς ορμόνες που περιέχουν κορτιζόνη). Τα κορτικοστεροειδή χορηγούνται από το στόμα ή ενδοφλεβίως.

Ανοσορρυθμιστικά φάρμακα

Τα ανοσορρυθμιστικά φάρμακα είναι νοσοτροποποιητικά φάρμακα, τα οποία μεταβάλλουν την πορεία της ασθένειας.

Οι θεραπείες για τη ΣΚΠ έχουν προαχθεί σημαντικά με τη διαθεσιμότητα των νοσοτροποποιητικών φαρμάκων. Έχουν παρατηρηθεί θετικές εκβάσεις σε άτομα με υποτροπιάζουσες μορφές της νόσου, όπως:

- περιορισμός της συχνότητας και της βαρύτητας των υποτροπών και
- περιορισμός της ανάπτυξης εγκεφαλικών αλλοιώσεων, όπως αποδεικνύεται από μαγνητική τομογραφία (MRI) και (για ορισμένα νοσοτροποποιητικά φάρμακα) της πιθανότητας μελλοντικής αναπηρίας.

Όπως υποδηλώνει η ονομασία τους, τα ανοσορρυθμιστικά φάρμακα ρυθμίζουν, δηλ. μεταβάλλουν τις διαταραγμένες ανοσολογικές διεργασίες της ΣΚΠ και έχουν βελτιωτικό αποτέλεσμα στο ανοσοποιητικό σύστημα. Σε αυτήν την κατηγορία φαρμάκων ανήκουν οι ιντερφερόνες και το glatiramer acetate(οξική γλατιραμέρη) πιο γνωστό ως copaxone.²

Οι ιντερφερόνες είναι μικρές διαλυτές πρωτεΐνες ή γλυκοπρωτεΐνες οι οποίες, ως "αγγελιοφόροι ουσίες", ρυθμίζουν τις ανοσοαπαντήσεις. Υπάρχουν ποικίλες ιντερφερόνες με διαφορετική δράση στη φλεγμονώδη διεργασία της ΣΚΠ. Η δράση της ιντερφερόνης βήτα συνιστάται στον περιορισμό των ανοσοαπαντήσεων και κατ' επέκταση στον περιορισμό της δραστηριότητας της νόσου.

Εδώ και λίγα χρόνια ο νευρολόγος έχει στη διάθεσή του τις β ιντερφερόνες. Στην ομάδα αυτή ανήκουν οι ιντερφερόνες β_{1α}, Avonex και Rebif που χορηγούνται το πρώτο ενδομυϊκά 1 φορά την εβδομάδα και το δεύτερο υποδορίως 3 φορές την εβδομάδα.¹⁹

Το copaxone είναι ένα συνθετικό φάρμακο που δεν παράγεται με φυσικό τρόπο στον οργανισμό. Η δράση του επεξηγείται από την ομοιότητα των συστατικών του, με εκείνα του έλυτρου της μυελίνης. Έτσι τείνει να ρυθμίσει την αυτοάνοση αντίδραση. Το copaxone θα πρέπει να χορηγείτε 1 φορά την ημέρα υποδορίως και δεν προκαλεί παρενέργειες όπως μπορεί να προκληθούν από την ιντερφερόνη.

Πρόσφατα αποτελέσματα από κλινικές μελέτες υποδεικνύουν ότι η θεραπεία πρέπει να ξεκινά το συντομότερο δυνατό μετά τη διάγνωση.

Ανοσοκατασταλτικά φάρμακα

Έρευνες υποδεικνύουν ότι η ΣΚΠ είναι μια αυτοάνοση νόσος. Καθώς τα ανοσοκατασταλτικά έχει αποδειχθεί ότι είναι ευεργετικά σε άλλες αυτοάνοσες νόσους, π.χ. ρευματοειδής αρθρίτιδα και ψωρίαση, τα φάρμακα με ανοσοκατασταλτική δράση είναι δυναμικά ευεργετικά και για τον έλεγχο της εξέλιξης της νόσου σε ασθενείς με ΣΚΠ.

Τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα δρουν καταστέλλοντας την ανοσοαντίδραση του οργανισμού και αποτρέπουν τις επιθέσεις από τα "καλά" λευκοκύτταρα. Φυσιολογικά, τα λευκοκύτταρα βοηθούν στη ρύθμιση του ανοσοποιητικού συστήματος. Τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα προσφέρουν άλλον έναν τρόπο για την αντιμετώπιση της

ΣΚΠ, ωστόσο χρησιμοποιούνται κατά κανόνα εάν η νόσος εξελίσσεται παρά την ανοσορρυθμιστική αγωγή.

Υπάρχουν πολλά ανοσοκατασταλτικά φάρμακα που έχουν χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση του καρκίνου και έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά για τη θεραπεία προχωρημένης ΣΚΠ.²

Συμπτωματική θεραπεία

Η συμπτωματική θεραπεία πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματική και να βελτιώνει ή να εξουδετερώνει τις τυπικές διαταραχές του ασθενούς όπως σπαστικότητα, κατάθλιψη, προβλήματα στο ουροποιητικό, πόνους και άλλες δυσάρεστες εκδηλώσεις. Η θεραπεία των συμπτωμάτων (συνοδά συμπτώματα) δεν μπορεί να επηρεάσει την πορεία της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας. Τα συμπτώματα αυτά μπορούν να αντιμετωπισθούν ή να υποστηριχθούν σε ικανοποιητικό βαθμό με την σύγχρονη φαρμακευτική υποστήριξη.²

4.2 Φυσικοθεραπεία

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.

Ο σχεδιασμός της Φυσικοθεραπευτικής αγωγής πρέπει να έχει πάντα ένα μακροπρόθεσμο πλάνο, όπου θα παρακολουθεί με ηρεμία και προσοχή την εξέλιξη της πάθησης και θα προσαρμόζεται ανάλογα, αξιοποιώντας τα μεταξύ των κρίσεων (ώσεων) καλά χρονικά διαστήματα υποστηρίζοντας και προετομάζοντας με τον τρόπο αυτό τον ασθενή στην αντιμετώπιση των δύσκολων περιόδων του. Οι φυσιοθεραπευτές μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς σε προβλήματα κινητικότητας, ισορροπίας και κίνησης.

Σε γενικές γραμμές θα λέγαμε ότι η φυσικοθεραπεία:

- Καθορίζεται σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό και τον ασθενή με ρύθμιση των προτεραιοτήτων που υπάρχουν
- Δυναμώνει και τονώνει το σώμα το οποίο έχει την τάση να ατροφεί και να αδρανεί
- Συμβάλλει στην πρόληψη των επιπλοκών κατά το μέτρο του δυνατού
- Εκπαιδεύει τον ασθενή σε διάφορες τεχνικές λειτουργίας και αυτοεξυπηρέτησης μεγενθύνοντας 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 χωρίς 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 και τέλος
- Λειτουργεί σαν γέφυρα επικοινωνίας τόσο με την οικογένεια του ασθενούς όσο και με τα μέλη της υγειονομικής ομάδας αποκατάστασης¹³

4.3 Εναλλακτική Ιατρική

Η συχνή απογοήτευση από τα αποτελέσματα της κλασικής ιατρικής και η διαρκής προσπάθεια για την ύπαρξη κάποιων θεραπευτικών αποτελεσμάτων οδηγεί συχνά τον ασθενή και στην αναζήτηση άλλων μεθόδων θεραπείας που εντάσσονται στην ξεχωριστή κατηγορία που είναι γνώστη ως ‘εναλλακτική ιατρική’. 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.

4.3.1 Βελονισμός

Είναι πολύ διαδεδομένος διεθνώς και θεωρείται φιλοσοφική ιατρική προσέγγιση κινέζικου τύπου. Βασίζεται στη θεωρία ότι όλο το σώμα του ανθρώπου διασχίζεται από δίοδους (μεσημβρινούς) όπου περνά αδιάκοπη ενέργεια που ελαττώνεται όμως η ροή της μόνο κατά τη διάρκεια μιας πάθησης.

Η κινέζικη ιατρική επιστήμη θεωρεί ότι τα όργανα του σώματος ανήκουν σε μία από τις κατηγορίες:

Γιάνκ και γιν

Οι μεσημβρινοί είναι ίσοι μεταξύ τους και 12 στον αριθμό. Διακρίνονται σε μεσημβρινούς γιάνκ και μεσημβρινούς γιν. Κάθε μεσημβρινός συνδέεται με το όργανο του με ένα μέσο επικοινωνίας. Σαν ασθένεια θεωρείται η διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ των οργάνων γιάνκ και γιν. Έτσι έχουμε ασθενείς γιάνκ, που οφείλονται στην υπεροχή των στοιχείων γιάνκ ή ελάττωση των στοιχείων γιν και ασθενείς γιν που οφείλονται στην υπεροχή των στοιχείων γιν ή ελάττωση των στοιχείων γιάνκ.¹³

Ασθένεια λοιπόν θεωρούμε τη 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 υπάρχει ανάγκη ενέργειας οπότε εκτελείται βελονισμός μικρότερης διάρκειας (5 λεπτών). Ερεθίζοντας

μία ορισμένη περιοχή του σώματος, διεγείρονται οι νευρικές απολιξίσεις και τα ερεθίσματα μεταφέρονται με τα νεύρα και στη συνέχεια με το νωτιαίο μυελό, φτάνοντας στον εγκέφαλο και διεγείροντας εκείνη την περιοχή που ελέγχει το μέρος που ασθενεί. Θα μπορούσε να θεωρηθεί και ως προληπτική αγωγή.²⁰

4.3.2 Γιόγκα

Η μέθοδος αυτή μας έρχεται από την Ινδία και αφορά ένα γενικότερο φιλοσοφικό σύνολο κανόνων της ζωής. Η υγεία είναι ένα μόνο από τα μέρη που ασχολείται η γιόγκα. Αφορά μία προσπάθεια να ελεγχθούν όσο το δυνατόν η αναπνοή, οι αισθήσεις, η αυτοσυγκέντρωση και η σκέψη έτσι ώστε να αντιμετωπισθεί η συμπεριφορά του οργανισμού που καθορίζει την υγεία.

Η βάση πάντως της γιόγκα είναι η αρχή της αυτοσυγκέντρωσης. Διάφορες στάσεις-θέσεις του σώματος, διευκολύνουν την εφαρμογή των μεθόδων. Εφαρμόζεται και έχει εξαπλωθεί αρκετά στη δυτική κοινωνία έχοντας διαχωριστεί το γιόγκα σαν θεραπεία, από το γιόγκα σαν τρόπο-φιλοσοφία και στάση ζωής.¹³

Η θετική επίδραση της γιόγκα δεν αμφισβητείται πλέον και η συμβολή της στη βελτίωση της αναπνευστικής ικανότητας σαν προληπτική μέθοδος επηρεάζοντας θετικά την ψυχοσωματική ισορροπία μπορεί να εφαρμοστεί χωρίς ιδιαίτερες επιφυλάξεις. Σε καμία των περιπτώσεων δεν πρέπει να θεωρηθεί ή να αντικαταστήσει κάποιο φάρμακο, αλλά μόνο σα συμπληρωματική μέθοδο χαλάρωσης και ηρεμίας.²⁰

4.3.3 Χειροπρακτική

Ένας αμερικανός διεκδικεί την πατρότητα της μεθόδου, που βασίζεται στην θεωρία και ερμηνεία της πάθησης με τις μικρομετακινήσεις 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.

Ο χειροπράκτωρ δίνει μεγάλη έμφαση στους δύο μεγάλους σπονδύλους (άτλαντα-επιστροφία). Εφόσον δεν γίνονται υπερβολές και ο ασθενής είναι δέκτης της θεραπείας θα μπορούσε να ωφεληθεί σε επίπεδο σπονδυλικού πόνου.²⁰

4.3.4 Οστεοπαθητική

Ένας αμερικανός μηχανικός εφάρμοσε πρώτος τη σύγχρονη οστεοπαθητική, που θεωρεί ότι οι παθήσεις εξαρτώνται από ανεπαίσθητες μετατοπίσεις σπονδύλων, που επανατασσίμενοι θα δώσουν και την αναμενόμενη θεραπεία. Αποτελεί μία μηχανική-στατικοδυναμική άποψη περί θεραπευτικής. Σε επίπεδο αυχενικού ή οσφυϊκού πόνου μπορεί να υπάρξει βελτίωση. Είναι συγγενής ειδικότητα με τη χειροπρακτική.¹³

4.3.5 Ομοιοπαθητική

Είναι η πιο σημαντική και η πιο διαδεδομένη μέθοδος. Είναι ελληνικής προέλευσης και στηρίζεται στην αρχή ότι οι ασθένειες μπορούν να θεραπευθούν με ουσίες που προκαλούν τα ίδια συμπτώματα με τις ασθένειες αυτές. Από εκεί παίρνει και το όνομά της (όμοιο-πάθος).

Στηρίζεται σε 3 βασικούς νόμους:

1. Της Ομοιότητας: Κάθε ουσία που είναι ικανή να φέρει στους υγιείς μερικά συμπτώματα είναι ικανή και να εξαφανίσει τα αντίστοιχα από τον άρρωστο.

2. Της Εντόπισης: Δεν έχουμε ασθένειες, αλλά ασθενείς, που ο καθένας είναι πολύ διαφορετικός από τον άλλο και

3. Της Ελάττωσης: Η ισχύς του φαρμάκου δυναμώνει ανάλογα με το όσο πιο διαλυμένο είναι.

Τα ειδικά ομοιοπαθητικά φάρμακα και η παρασκευή τους είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς. Οι συνταγές είναι εντελώς εξατομικευμένες. Η προέλευση των φαρμάκων είναι πρωτίστως φυτικής προέλευσης και ακολουθούν της ζωικής και ορυκτής προέλευσης. Χορηγούνται συνταγές από τους ομοιοπαθητικούς γιατρούς και γίνεται έλεγχος για τον συνδυασμό των φαρμάκων καθώς χρειάζεται απαραίτητως ακριβή-ατομική διάγνωση.

Συχνά έχουμε ένα πρώτο χρόνο επιδείνωσης των συμπτωμάτων, που δεν θα πρέπει να ανησυχήσει. Είναι πολύ διαδεδομένη μέθοδος και θεωρείται εναλλακτική αλλά και συμπληρωματική αγωγή.¹³

4.3.6 Φυτοθεραπεία-Βοτανολογία

Είναι η χρήση φυτών για θεραπευτικό σκοπό. Θεωρείται από τις πιο παλιές μεθόδους αντιμετώπισης των ασθενειών και η επίδραση της οφείλεται στις δραστικές ουσίες που περιέχουν ορισμένα φυτά. Χιλιάδες φυτά χρησιμοποιούνται στη θεραπευτική. Γίνεται διαλογή και επιλογή των ειδικών φυτών με ιδιαίτερη προσοχή, ώστε να αποφεύγονται τα δηλητηριώδη (π.χ. ορισμέναμανιτάρια).

Η συλλογή γίνεται κάτω από ειδικές κλιματολογικές συνθήκες και η παρασκευή όπως και η διατήρηση και διαφύλαξη του φυτού και των ουσιών του είναι θεμελιώδης σημασίας. Έχουν αργά θεραπευτικά αποτελέσματα και πιθανόν να χαθεί πολύτιμος χρόνος για την ουσιαστική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της πάθησης. Είναι ιδιαίτερα δύσκολη η ακριβής ταξινόμηση και η απομόνωση των δραστικών θεραπευτικών ουσιών και δεν θα πρέπει να εφαρμόζεται κατ' αποκλειστικότητα. Η αρωματοθεραπεία αποτελεί ιδιαίτερο κλάδο.¹³

4.4 Παγοθεραπεία

Είναι μια από τις πιο απλές, φθηνές, ασφαλείς, και το κυριότερο αποτελεσματικές τεχνικές για την αντιμετώπιση των περισσότερων τραυματισμών, του πόνου και των κακώσεων στους μύες και τις αρθρώσεις.

Ο πάγος θα ελαττώσει τον μυϊκό σπασμό, τον πόνο, τη φλόγωση σε οστά και μύες και κυρίως θα βοηθήσει στον περιορισμό και έλεγχο του οιδήματος. Η παγοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο στα αρχικά στάδια μίας κάκωσης αλλά και κατόπιν στην φάση αποκατάστασης του τραύματος. Η χρήση του πάγου σε μία κάκωση είναι ανεξάρτητη με την ηλικία, το φύλο, ή το μέγεθος της κάκωσης.

ΤΕΧΝΙΚΗ

- Το μέλος θα πρέπει να είναι ανυψωμένο πάνω από επίπεδο της καρδιάς.
 - * Πάνω στο σημείο που πονά τοποθετούμε είτε μια παγοκύστη από αυτές που κυκλοφορούν στο εμπόριο, ή αν δεν έχουμε μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε παγάκια από το ψυγείο αφού τα σπάσουμε και τα τυλίξουμε πρώτα σε μια πετσέτα. Πότε απευθείας πάγο πάνω στο δέρμα. Τα σπασμένα παγάκια είναι πιο εύκολο να εφαρμόσουν πάνω στην τραυματισμένη περιοχή παρά τα ολόκληρα.
 - * Γύρω από την πετσέτα με τα παγάκια τοποθετούμε ένα ελαστικό επίδεσμο εφ' ενός μιν για να συγκρατεί αλλά και ταυτόχρονα να προκαλεί συμπίεση του τραυματισμένου μέλους όχι όμως τόσο δυνατά ώστε να προκαλεί πρόβλημα στην κυκλοφορία του αίματος. Η παρατεταμένη χρήση πάγου πάνω στο σώμα δυνατόν να προκαλέσει ανεπιθύμητα και αντίθετα αποτελέσματα, γι' αυτό
 - * Από την στιγμή που τον τοποθετούμε και αφού περάσουν 10 - 15 λεπτά που είναι η στιγμή που θα αρχίσουμε να νιώθουμε μούδιασμα στο σημείο τραυματισμού ο πάγος αφαιρείται αλλ' ατομέλος μένει ανυψωμένο.
 - * Αφήνουμε το σημείο εκείνο του σώματος να επανέλθει στην φυσιολογική του

θερμοκρασία , κάτι που θα χρειαστεί 15 - 20 λεπτά και τον ξανατοποθετούμε αυτόν. Με τον τρόπο αυτό συμπληρώνουμε μια περίοδο 1 με 1.5 ώρα παγοθεραπείας.

- Η παγοθεραπεία ειδικά τις πρώτες 24 ώρες θα πρέπει να εφαρμόζεται αρκετές φορές .
- Παρατεταμένη χρήση πάγου μπορεί να προκαλέσει αγγειοδιαστολή αύξηση του οιδήματος , πόνο και καταστροφή του ιστού .²¹

4.5 Υδροθεραπεία

Η υδροθεραπεία, αναφέρεται στην εφαρμογή του νερού ως θεραπευτικό μέσο. Η ευεργητική 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. 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. 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:

- Μυική 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 βαρυτικών 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. 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. Αυτός είναι και ο βασικότερος στόχος ενός αξιόλογου προγράμματος αποκατάστασης και ο λόγος για να ξεκινήσει κανείς κάποιο πρόγραμμα υδροθεραπείας.

Η άσκηση στο νερό αποτελεί τον καλύτερο και πιο ασφαλή τρόπο άθλησης και ψυχαγωγίας. Ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας, χρήζουν των θεραπευτικών οφελών που προσφέρουν οι ιδιότητες του νερού.²²

4.6 Έρευνα-Νέες Θεραπείες

Η έρευνα αποτελεί την κατ'έξοχην έννοια της ελπίδας. Οτιδήποτε καινούργιο μόνο μέσα από τη λεπτή πολυσύνθετη διαδικασία της έρευνας μπορεί να καλλιεργηθεί και να αναπτυχθεί. Γνωρίζοντας ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας αποτελεί την πιο συχνή αιτία αναπηρίας, στις νευρολογικές παθήσεις, στα άτομα των πιο παραγωγικών ηλικιών, θεωρούμε ότι το ενδιαφέρον της έρευνας για την πάθηση είναι σε υψηλή προτεραιότητα.

Τα τεράστια κοινωνικοοικονομικά προβλήματα, που δημιουργεί η πάθηση, κατατάσσουν τη νόσο σε πρωταρχικό αντικείμενο μελέτης, σε πολλές από τις προηγμένες χώρες οι οποίες φαίνεται να υφίστανται και τις περισσότερες από τις συνέπειες της πάθησης. Η μεγάλη ποικιλία των μορφών και των τύπων των συμπτωμάτων δικαιολογεί την πολυπλοκότητα της διερευνητικής διαδικασίας.

Ο κύριος σκοπός της έρευνας εστιάζεται στο να εντοπιστούν οι μηχανισμοί που καταστρέφουν την μυελίνη, ώστε να γίνεται εγκαίρως η θεραπευτική αντιμετώπιση αν είναι δυνατόν στο πρώτο στάδιο της νόσου, πριν προλάβουν να εγκατασταθούν οι βλαβερές εστίες. Οι δυνατότητες και η εξέλιξη της ερευνητικής διαδικασίας είναι τεράστιες και ένας μεγάλος αριθμός εξειδικευμένων επιστημόνων εμπλέκονται συνεργαζόμενοι, για αποτελέσματα, που ακόμα κι αν δεν δώσουν την τελειωτική απαιτούμενη θεραπεία στο άμεσο μέλλον, μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής, περιορίζοντας κατά το δυνατό τις αντιδράσεις από τα συμπτώματα.

Επιπλέον, μια διαρκής διεθνής συνεργασία ειδικά μέσω συμποσίων, συνεδρίων, ανακοινώσεων και σεμιναρίων είναι σε εξέλιξη και η συνεχής ανταλλαγή αλλά και αξιολόγηση των πληροφοριών των πειραμάτων και των παρατηρήσεων διατηρεί το παγκόσμιο ενδιαφέρον σε υψηλό επίπεδο. Γεγονός πάντως είναι ότι η ερευνητική πρόοδος που έχει επιτευχθεί τα τελευταία 10 χρόνια είναι πολύ μεγαλύτερη από την πρόοδο που έχει επιτευχθεί τα τελευταία 35 χρόνια.¹³

Νέες Θεραπείες:

1) Μεταμόσχευση μυελού των οστών

Η λογική της θεραπείας στηρίζεται στη φύση της νόσου που θεωρείται αυτοάνοση, δηλ. ο οργανισμός με ορισμένα είδη λεμφοκυττάρων επιτίθεται εναντίον του εαυτού του και ειδικά εναντίον της μυελίνης του ΚΝΣ, την οποία σε πρώτη φάση καταστρέφει, για να ακολουθήσει σε δεύτερη φάση και η καταστροφή των νευραξόνων (νευρικών ινών). Επομένως η ελάττωση ή η καταστροφή των κυττάρων αυτών (λεμφοκυττάρων) αναμένεται να βελτιώσει ως ένα βαθμό τα συμπτώματα της νόσου. Στη λογική αυτή, εξάλλου, στηρίζονται και οι ακολουθούμενες θεραπευτικές αντιμετώπισεις της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας με ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, με την διαφορά ότι η δική μας θεραπεία είναι πολύ ισχυρότερη.

Η θεραπεία έχει δύο στάδια και διαρκεί συνολικά περί τους δύο μήνες εντός του νοσοκομείου. Στο πρώτο στάδιο, ο ασθενής εισάγεται στη Νευρολογική Κλινική, όπου αφού επικυρωθεί η διάγνωση της νόσου ελέγχονται, και θα πρέπει να είναι ακέραια για να προχωρήσει η θεραπεία, καρδιά, πνεύμονες, νεφροί και ήπαρ. Ο ασθενής εξετάζεται

λεπτομερώς νευρολογικά και βαθμολογείται βάσει δύο κλιμάκων, της EDSS και της NRS, γιατί σύμφωνα με το ακολουθούμενο πρωτόκολλο θα πρέπει να βρίσκεται μεταξύ 5.0 και 7.5 βαθμών της κλίμακας EDSS. Έγινε επιλογή να πρωταρχίσει η θεραπεία σε ασθενείς με κατά τεκμήριο βαριά κλινική εικόνα, καθαρά για λόγους ηθικής. Εφόσον ο ασθενείς κριθεί, ότι είναι κατάλληλος για θεραπεία και είναι μικρότερος των 55 ετών, γίνεται η λήψη του μοσχεύματος (μυελός των οστών) από τον ίδιο τον ασθενή (αυτόλογη μεταμόσχευση), το οποίο (μόσχευμα) μετά από κατάλληλη επεξεργασία ψύχεται σε συνθήκες υγρού αζώτου.

Στο δεύτερο στάδιο, ο ασθενής εισάγεται στην Αιματολογική Κλινική, όπου για πέντε ημέρες υποβάλλεται σε έντονη ανοσοκαταστολή με ένα συνδυασμό τεσσάρων ισχυρών κυτταροστατικών φαρμάκων, με σκοπό να εξαλειφθούν όλα τα έμμορφα στοιχεία του αίματος και κυρίως τα λευκά αιμοσφαίρια. Την 6η ημέρα χορηγείται, ενδοφλέβια, το μόσχευμα και τα μητρικά κύτταρα, τα οποία είχαν απομονωθεί, εγκαθίστανται με την κυκλοφορία του αίματος στον μυελό των οστών και παράγουν νέες μορφές λεμφοκυττάρων, τα οποία εφόσον αναπτύσσονται στο περιβάλλον της νόσου θεωρούνται ως λιγότερα επιθετικά προς τη μυελίνη. Μετά από 20 ημέρες, περίπου, ο αιματολογικός τύπος αποκαθίσταται και ο ασθενής εξέρχεται από το νοσοκομείο, για να παρακολουθείται ανά τρίμηνο ή εξάμηνο περίπου τα επόμενα δύο χρόνια.

Οι κίνδυνοι της θεραπείας είναι, κατεξοχήν, οι λοιμώξεις κατά τη διάρκεια της ανοσοκαταστολής. Από πλευράς αποτελεσματικότητας, η μέθοδος βελτίωσε τους μισούς από τους 25 ασθενείς, οκτώ τους σταθεροποίησε, οι τρεις είχαν εξελικτική πορεία και ένας απεβίωσε. Αναμφίβολα, η αυτόλογη μεταμόσχευση του μυελού των οστών δεν αποτελεί τη ριζική θεραπεία της νόσου, αλλά είναι δυνατό να προσφέρει σημαντική βοήθεια σε ασθενείς στους οποίους η μέχρι τότε θεραπεία ουδέν προσέφερε.

Η λογική της μεθόδου έγινε παγκοσμίως αποδεκτή και ήδη άρχισε η εφαρμογή της σε ορισμένα κέντρα της Ευρώπης και των ΗΠΑ. Με τροποποίηση του πρωτοκόλλου θα υφίστανται στο εξής τη θεραπεία της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκα με αλλογενή μεταμόσχευση, δηλ. μεταμόσχευση μυελού από άλλο υγιές άτομο, η οποία όμως θεραπεία επί του παρόντος έχει αυξημένο κίνδυνο απόρριψης του μοσχεύματος, εκτός ειδικών περιπτώσεων, που δεν είναι δυνατόν να αναπτυχθούν στα πλαίσια της παρούσας ομιλίας. Η αλλογενής μεταμόσχευση είναι δυνατόν να σημαίνει σε ορισμένες περιπτώσεις πλήρης αναστολή της νόσου.²³

2) Χειρουργική προσέγγιση

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

Μια άλλη επέμβαση είναι αυτή που περιλαμβάνει μικροχειρουργικές τεχνικές με στόχο την περιφερική εκλεκτική νευροτομή και την βλάβη στην περιοχή εισόδου των οπίσθιων ριζών στο νωτιαίο μυελό. Είναι μια ελπιδοφόρα μέθοδος που γίνεται σε εξειδικευμένα κέντρα.²⁴

3) Χάπι εναντίον ΣΚΠ

Σε αντίθεση με τα συνηθισμένα φάρμακα που εφαρμόζονται με μορφή ένεσης ή με έγχυση, το νέο φάρμακο, που ονομάζεται Gilenya ή fingolimod, είναι σε μορφή κάψουλας (χάπι) και λαμβάνεται μια φορά την ημέρα από το στόμα. Αμέσως μετά την έγκριση του

χαπιού, πολλοί από τον χώρο της Υγείας σημείωσαν πως αυτού του είδους η θεραπευτική αγωγή, αν είναι αποτελεσματική, θα αποτελέσει επανάσταση για τη θεραπεία της ΣΚΠ. Άτομα που χρησιμοποιούν παρόμοια φάρμακα συμφωνούν επίσης στο ότι είναι λιγότερο επώδυνο να παίρνουν ένα χάπι από το να πρέπει να τρυπουν το σώμα τους με μια βελόνα σε καθημερινή, εβδομαδιαία ή μηνιαία βάση.

Σύμφωνα με μια πρόσφατη έκθεση του διευθυντή του τμήματος νευρολογικών προϊόντων του FDA, το ξεχωριστό στοιχείο σε αυτό το φάρμακο είναι ότι αποτελεί το πρώτο φάρμακο με λήψη από το στόμα που έχει παρουσιάσει τη δυνατότητα να επιβραδύνει την πρόοδο της ΣΚΠ μειώνοντας τη συχνότητα και την επιθετικότητα των συμπτωμάτων. Αυτό που είναι επίσης ενδιαφέρον, για τους μετόχους της εταιρείας Novartis, είναι τα πιθανά εισοδήματα που θα μπορούσε να φέρει αυτό το προϊόν στην επιχείρηση, ιδιαίτερα αν το επιλέξει μεγάλος αριθμός ασθενών. Αυτήν τη στιγμή, περίπου 2,5 εκατ. άνθρωποι παγκοσμίως έχουν ΣΚΠ, από τους οποίους οι 400.000 είναι στις ΗΠΑ μόνο.

Το πιο συναρπαστικό στοιχείο αυτού του χαπιού, είναι η απόδοσή του στις κλινικές δοκιμές σε ανθρώπους. Τον περασμένο Ιανουάριο, κατά τη διάρκεια της τελικής σειράς κλινικών δοκιμών, οι ασθενείς που κατανάλωσαν Gilenya μαζί με Cladribine είχαν σημαντική μείωση των ποσοστών υποτροπής. Συγκεκριμένα, η χορήγηση αυτού του φαρμάκου από το στόμα μείωσε το ποσοστό υποτροπής κατά 62% στους πρόσφατα διαγνωσθέντες ασθενείς και κατά 44% στους προγενέστερης θεραπείας ασθενείς. Η έκδοση του φαρμάκου σε χάπι επιβράδυνε επίσης την παρουσία αναπηρίας στους ασθενείς. Σύμφωνα με τους εμπειρογνώμονες, αντίθετα από πολλά άλλα φάρμακα για τη ΣΚΠ, το Gilenya δεν προκαλεί καταστολή του ανοσοποιητικού. Αντ' αυτού, χειρίζεται το ανοσοποιητικό σύστημα με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι ευεργετικό για τους ασθενείς με ΣΚΠ.

Παρά το ότι τα αποτελέσματα είναι ελπιδοφόρα, οι καταναλωτές θα πρέπει να γνωρίζουν τους κινδύνους που προκύπτουν από την χρήση του χαπιού. Οι ασθενείς δεν πρέπει να ξεχνούν ότι οι κίνδυνοι κατανάλωσης Gilenya με μορφή χαπιών είναι οι ίδιοι με αυτούς που υπάρχουν και στην ενέσιμη μορφή. Η κατανάλωση σε μορφή χαπιού δεν μειώνει τους κινδύνους για την υγεία, ούτε τις παρενέργειες. Όπως άλλα φάρμακα για την ΣΚΠ, έτσι και το Gilenya μπορεί να προκαλέσει διάφορες παρενέργειες όπως: αυξανόμενη πίεση αίματος, μειωμένη λειτουργία πνευμόνων, τοξικότητα ματιών, μειωμένη καρδιακή λειτουργία, αύξηση κινδύνου μολύνσεων.

Δεδομένου ότι οι κλινικές ανθρώπινες δοκιμές γίνονται σε μικρό αριθμό συμμετεχόντων, κανένας δεν μπορεί τελικά να προβλέψει με βεβαιότητα την αποτελεσματικότητα τέτοιων φαρμάκων μέσα στο γενικό πληθυσμό – έως ότου κυκλοφορήσουν στην αγορά για ικανοποιητικό χρονικό διάστημα. Παρά το ότι η Novartis και το FDA διατηρούν την αισιοδοξία τους για την απόδοση του νέου φαρμάκου, η Novartis έχει υποσχεθεί την οργάνωση ενός πρόγραμματος για τον έλεγχο και την εκπαίδευση των ασθενών που καταναλώνουν το χάπι.²⁵

4)Viagra και ΣΚΠ

Ερευνητές του Πανεπιστημίου της Βαρκελώνης (Universitat Autònoma de Barcelona-UAB) ανακάλυψαν ότι το φαρμακευτικό σκεύασμα Viagra μείωσε δραστικά τα συμπτώματα της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας σε πειραματόζωα με την νόσο. Η έρευνα, που δημοσιεύθηκε στο Ιατρικό Περιοδικό «Acta Neuropathologica», έδειξε μάλιστα ότι 50% από τα πειραματόζωα ανάρρωσαν πλήρως, μέσα σε 8 ημέρες θεραπείας. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι σύντομα θα ξεκινήσουν οι κλινικές δοκιμές σε ασθενείς, καθώς το φάρμακο χρησιμοποιείται ήδη από ανθρώπους με ΣΚΠ για την αντιμετώπιση σεξουαλικών δυσλειτουργιών. Η ουσία Σιλденаφίλη (Sildenafil) που περιέχεται στο Viagra, μαζί με την Ταδαλαφίλη (Tadalafil) που περιέχεται στο Cialis και την Βαρδεναφίλη (Vardenafil) που περιέχεται στο Levitra, αποτελούν μια ομάδα αγγειοδιασταλτικών φαρμάκων, γνωστών και ως αναστολείς της φωσφοδιεστεράσης τύπου 5 (PDE5), που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της στυτικής δυσλειτουργίας και της πνευμονικής υπέρτασης.

Πρόσφατες μελέτες σε πειραματόζωα με παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος έδειξαν ότι πέρα από την αγγειοδιασταλτική δράση, τα συγκεκριμένα φάρμακα έχουν επίσης προστατευτική δράση ως προς το νευρολογικό σύστημα και μπορεί να αποδειχθούν θεραπευτικά τόσο για οξείες παθήσεις (όπως το εγκεφαλικό), όσο και για χρόνιες παθήσεις (όπως το Alzheimer). Μάλιστα, η ίδια ερευνητική ομάδα του UAB, σε μια έρευνα που δημοσιεύθηκε το 2010 στο ιατρικό Περιοδικό Neurochemistry, έδειξε ότι ένας από αυτούς τους αναστολείς μείωσε την φλεγμονή και τη νευρική βλάβη σε πειραματόζωα με κρανιοεγκεφαλική κάκωση.

Στην προκειμένη έρευνα, με επικεφαλής τον Dr Agustina García του Ινστιτούτου Βιοτεχνολογίας και Βιοϊατρικής του UAB και τον Dr Juan Hidalgo του Ινστιτούτου Νευρολογικών Επιστημών του UAB, διαπιστώθηκε ότι η καθημερινή θεραπεία με Σιλденаφίλη αμέσως μετά την έναρξη της νόσου, μείωσε δραματικά τα κλινικά συμπτώματα της ΣΚΠ στα πειραματόζωα, ενώ το 50% ανάρρωσε πλήρως μέσα σε 8 ημέρες. Οι επιστήμονες παρατήρησαν ότι η φαρμακευτική ουσία μείωσε τη φλεγμονή στη λευκή ουσία του νωτιαίου μυελού και κατ' επέκταση την βλάβη στους νευράξονες, ενώ βοήθησε στην αναγέννηση της μυελίνης.²⁶



5)Γαλανίνη και ΣΚΠ

Επιστήμονες στο Μπρίστολ ισχυρίζονται ότι τα αποτελέσματα ενός ερευνητικού προγράμματος για τη σκλήρυνση κατά πλάκας (multiple sclerosis - MS) θα μπορούσαν στο μέλλον να οδηγήσουν σε νέες πολύ πιο αποτελεσματικές θεραπείες για τη νόσο. Πραγματοποιώντας δοκιμασίες αρχικά σε ποντίκια και στη συνέχεια σε ανθρώπινο εγκεφαλικό ιστό, η ομάδα των ερευνητών βρήκε ότι η γαλανίνη, μια πρωτεΐνη εντός των εγκεφαλικών νευρικών κυττάρων, παρουσίαζε ισχυρή αντίσταση στη σκλήρυνση κατά πλάκας. Ο Καθηγητής David Wynick, που μελετά τη λειτουργία της γαλανίνης και εργάζεται μαζί με μια ομάδα άλλων επιστημόνων πάνω στην ανάπτυξη ενός εμβολίου για τη θεραπεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας, δήλωσε ότι η γαλανίνη διαδραματίζει προστατευτικό ρόλο τόσο στο κεντρικό όσο και στο περιφερικό νευρικό σύστημα. Όταν ένα νεύρο υποστεί βλάβη, εξήγησε ο καθηγητής, τα επίπεδα της γαλανίνης αυξάνονται σημαντικά σε μια προσπάθεια να περιορίσουν τον κυτταρικό θάνατο.

Η ομάδα των ερευνητών ανακάλυψε ότι τα ποντίκια με υψηλά επίπεδα γαλανίνης ήταν απολύτως προστατευμένα έναντι ενός μοντέλου ομοιάζουσας με MS νόσου, της πειραματικής αυτοάνοσης εγκεφαλομυελίτιδας (ΠΑΕ), σε αντίθεση με τα διαγονιδιακά ποντίκια που δεν είχαν καθόλου γαλανίνη και τα οποία ανέπτυξαν μια πιο σοβαρή μορφή της νόσου. Τα αποτελέσματα αυτά είναι ιδιαίτερα ελπιδοφόρα, καθώς επί του παρόντος οι μόνες θεραπείες που διατίθενται για τη νευρολογική αυτή πάθηση είναι φάρμακα που μειώνουν τον αριθμό και τη βαρύτητα των υποτροπών και τον αριθμό νέων επεισοδίων (ώσεων).²⁷


6)Στατίνες και ΣΚΠ

Αμερικανοί επιστήμονες αναφέρουν ότι η χορήγηση στατίνης -γνωστή κατηγορία φαρμάκων μείωσης της χοληστερόλης- σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας πρώιμου σταδίου επιβράδυνε την εξέλιξη της νόσου. Όπως επισημαίνει ο κύριος ερευνητής της μελέτης Dr. Scott S. Zamvil, αναπληρωτής καθηγητής νευρολογίας στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνιας, η 12άμηνη μελέτη που διεξήγαγαν σε 81 ασθενείς έδειξε ότι 55,3% των συμμετεχόντων που λάμβαναν ατορβαστατίνη άπαξ ημερησίως δεν εμφάνισαν νέες εγκεφαλικές αλλοιώσεις, σε σύγκριση με 27,6% των συμμετεχόντων στην ομάδα του placebo.

Η Φάση II πολυκεντρική, τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με placebo μελέτη είχε σχεδιασθεί προκειμένου να ελέγξει εάν η στατίνη θα μπορούσε να είναι αποτελεσματική στην επιβράδυνση της εξέλιξης της σκλήρυνσης κατά πλάκας σε ασθενείς που είχαν παρουσιάσει το πρώτο επεισόδιο της νόσου. «Τα δεδομένα μας είναι προκαταρκτικά και απαιτείται η διεξαγωγή μιας μεγαλύτερης μελέτης προκειμένου να επιβεβαιωθεί τόσο η επίδραση του φαρμάκου όσο και το μέγεθος αυτής της επίδρασης», επισημαίνει ο Dr. Emmanouelle Waubant, που επίσης συμμετείχε στη μελέτη. Όπως δήλωσαν οι επιστήμονες, που παρουσίασαν τα ευρήματά τους στο ετήσιο συνέδριο της Αμερικανικής Ακαδημίας

Νευρολογίας στο Τορόντο του Καναδά, αυτό που προέχει τώρα είναι να κατανοηθεί ο τρόπος με τον οποίο οι στατίνες μπορεί να επηρεάζουν ευνοϊκά την εξέλιξη της απομυελινοτικής νόσου.²⁸





Κεφάλαιο 5
Ποιότητα ζωής και γενική
αντιμετώπιση

5.1 Πόνος

Ενώ η ΣΚΠ θεωρείται μία νόσος που δεν σχετίζεται άμεσα με τον πόνο, παρ' αυτά το 50% των ασθενών ταλαιπωρείται από επώδυνα σύνδρομα. Μάλλον είναι το αποτέλεσμα αυτών που καλούνται "βραχεία κυκλώματα" στις οδούς που διακινούν τις αισθητικές διεγέρσεις μεταξύ του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού. Ο κυρίαρχος τύπος πόνου στην ΣΚΠ είναι ο καυστικός-διαξιφιστικός πόνος που συνήθως παρουσιάζεται στα άκρα αλλά όχι σπάνια και στον κορμό και χαρακτηρίζονται σαν δυσαισθησίες. Οι νευραλγίες τριδύμου και οι ημικρανίες δεν είναι σπάνιες στην ΣΚΠ. Τα φάρμακα που συνήθως χορηγούμε είναι αντιεπιληπτικά και αντικαταθλιπτικά. Τα συνήθη αναλγητικά όπως, η ασπιρίνη, η κωδεΐνη και τα ναρκωτικά αναλγητικά δεν είναι αποτελεσματικά και πρέπει να αποφεύγονται. Είναι πολύ σημαντικό να διευκρινίζεται πάντα η αιτία του πόνου ώστε να είναι όσο το δυνατόν σωστότερη η ιατρική αντιμετώπιση.⁹

Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση του πόνου

Ένα σύστημα ελέγχου του πόνου

Ο βαθμός αντίδρασης του κάθε ατόμου στον πόνο ποικίλλει σε πολύ μεγάλο βαθμό. Αυτό οφείλεται σε μεγάλο μέρος στην ικανότητα του ίδιου του νευρικού συστήματος να ελέγχει την είσοδο των επώδυνων ερεθισμάτων μέσω ενός συστήματος αναλγησίας. Το σύστημα αυτό αποτελείται από τρία κύρια τμήματα

1. την περί τον υδραγωγό του Sylvius φαιά ουσία στον μέσο εγκέφαλο του εγκεφαλικού στελέχους
2. τους πυρήνες της ραφής στο κατώτερο τμήμα της γέφυρας και στο ανώτερο του προμήκη του εγκεφαλικού στελέχους απ' όπου οι ώσεις μεταδίδονται προς τις πλαγιοοπίσθιες δέσμες του νωτιαίου μυελού
3. Περιοχή των οπισθίων κεράτων του νωτιαίου μυελού.

Έτσι με την άμεση ή έμμεση ηλεκτρική διέγερση των περιοχών αυτών μπορεί να κατασταλεί ο πόνος. Η καταστολή αυτή πραγματοποιείται μέσω νευροδιαβιβαστικών ουσιών όπως είναι η σεροτονίνη, οι ενδορφίνες και εγκεφαλίνες. Τα τελευταία χρόνια ανακαλύφθηκε ότι ο εγκέφαλος παράγει ενδογενή οπιούχα. Περίπου δώδεκα οπιούχα έχουν βρεθεί έως τώρα σε διάφορα σημεία του νευρικού συστήματος που αποτελούν προϊόντα διάσπασης τριών μεγάλων προωτεινικών μοριών της προοπιομελανοκορτίνης, της προεγκεφαλίνης και της προδυνορφίνης. Επιπλέον σε πολλά σημεία του εγκεφάλου αποδείχθηκε η παρουσία υποδοχέων για τα οπιούχα και ιδιαίτερα στις περιοχές του συστήματος αναλγησίας. Τα σημαντικότερα οπιούχα είναι η β-ενδορφίνη, η μετ-εγκεφαλίνη, η λευκίνη-εγκεφαλίνη και η δυνορφίνη. Η β-ενδορφίνη βρίσκεται στον υποθάλαμο και στην υπόφυση ενώ η δυνορφίνη αν και βρίσκεται σε ελάχιστα ποσά στο νευρικό σύστημα ασκεί 200 φορές ισχυρότερη αναλγητική δράση από αυτή που προκαλείται από έγχυση μορφίνης απευθείας μέσα στο κοιλιακό σύστημα του εγκεφάλου ή στον ιππουριδικό σάκο. Ο ίδιος ο άνθρωπος μπορεί να κινητοποιήσει την παραγωγή των ενδογενών οπιούχων κάνοντας πράγματα που του προκαλούν ψυχική ευχαρίστηση και "ανάταση". Ο πολεμιστής που αγωνίζεται για την υπεράσπιση της πατρίδας του δεν θα αισθανθεί ακόμη και ισχυρότατους πόνους στην διάρκεια της μάχης, ο αθλητής που αγωνίζεται τον "καλό" αγώνα στην διάρκεια των αγώνων δεν θα νιώσει ακόμη και βαρειά τραύματα, ο μάρτυρας θα υπομείνει και τα σκληρότερα

βασανιστήρια, μέσω της παραγωγής των ενδογενών οπιούχων. Όλες αυτές οι αναλγητικές ουσίες είναι που οδηγούν τον άνθρωπο σε ύψιστα ηθικά επιτεύγματα και παρουσιάζουν το μεγαλείο αυτού που αποκαλούμε "ψυχή".⁹

Αναλγησία μέσω απτικών ερεθισμάτων

Ένας σημαντικός σταθμός στις προσπάθειες για τον έλεγχο του πόνου υπήρξε η ανακάλυψη ότι με την διέγερση μακρών αισθητικών νευρικών ινών που προέρχονται από απτικούς υποδοχείς μπορεί να επιτευχθεί καταστολή του πόνου στη δερματική περιοχή των υποδοχέων αλλά και σε άλλες περιοχές πολλά δερμοτόμια μακριά. Αυτή η λειτουργία ίσως οφείλεται σε ένα είδος τοπικής παράπλευρης αναστολής. Έτσι ερμηνεύεται γιατί απλοί χειρισμοί όπως εντριβή γύρω από αλγινές περιοχές μπορεί να οδηγήσουν σε ανακούφιση του πόνου. Ο μηχανισμός αυτός καθώς και η σύγχρονη ψυχογενή κινητοποίηση των ενδογενών οπιούχων μπορεί να εξηγήσει μερικώς την αποτελεσματικότητα του βελονισμού στην αντιμετώπιση του πόνου.⁹

Θεραπευτική αντιμετώπιση του πόνου με ηλεκτρικό ερεθισμό

Τα ηλεκτρόδια ερεθισμού τοποθετούνται σε ειδικά σημεία του δέρματος, είτε σε μερικές περιπτώσεις εμφυτεύονται σε σημεία πάνω από τον νωτιαίο μυελό για τον ερεθισμό των νωτιαίων αισθητικών δεσμών. Επίσης σε μερικούς ασθενείς τοποθετούνται στερεοτακτικά ηλεκτρόδια στους πυρήνες του οπτικού θαλάμου, στην περικολιακή περιοχή ή κοντά στον υδραγωγό. Στις περιπτώσεις αυτές ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να ελέγχει το βαθμό του ηλεκτρικού ερεθισμού. Σε ορισμένες περιπτώσεις τα αποτελέσματα υπήρξαν θεαματικά και η αναλγησία διήρκεσε έως και 24 ώρες, βεβαίως με τους κινδύνους μίας χειρουργικής επέμβασης.⁹

Η διακοπή των οδών του πόνου με χειρουργική επέμβαση

Σε περιπτώσεις που ο πόνος γίνεται πραγματικά βασανιστικός όπως σε περιπτώσεις καρκίνου οδηγούμαστε στην χειρουργική διατομή-καταστροφή των οδών του πόνου. Εάν ο πόνος προέρχεται από το κάτω τμήμα του σώματος, η χορδοτομή κατά την άνω θωρακική μοίρα του νωτιαίου μυελού συχνά προκαλεί ανακούφιση από τον πόνο για λίγες εβδομάδες έως λίγους μήνες. Αυτή επιτελείται με σχεδόν πλήρη διατομή του προσθιοπλάγιου τεταρτημορίου της αντίθετης με την πλευρά του πόνου πλευράς του νωτιαίου μυελού, με αποτέλεσμα τη διακοπή της προσθιοπλάγιας αισθητικής οδού. Δυστυχώς όμως η χορδοτομή δεν είναι πάντοτε αποτελεσματική. Πρώτον, γιατί πολλές ίνες υπεύθυνες για τον πόνο από τα ανώτερα τμήματα του σώματος δεν χιάζονται προς την αντίθετη πλευρά του νωτιαίου μυελού παρά μόνο μετά την είσοδό τους μέσα στον εγκέφαλο, με αποτέλεσμα αυτές οι ίνες να μην διατέμνονται με την χορδοτομή. Δεύτερον, ο πόνος επανέρχεται μετά μερικούς μήνες, πιθανώς κατά ένα μέρος λόγω ενεργοποίησης άλλων οδών και κατά ένα μεγάλο μέρος γιατί ο συνδετικός ιστός που αναπτύσσεται στο σημείο της χορδοτομής διεγείρει τις ίνες που διατηρούνται ακόμη ανέπαφες. Ο καινούργιος αυτός πόνος συχνά είναι περισσότερο ενοχλητικός από τον αρχικό. Μια άλλη χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση του πόνου είναι η καταστροφή των υπεύθυνων πυρήνων του οπτικού θαλάμου. Με αυτό τον τρόπο συχνά επιτυγχάνεται ανακούφιση από τον βραδύ βασανιστικό πόνο ενώ παραμένει

ανέπαφη η ικανότητα για την αντίληψη του "ταχύ" πόνου που αποτελεί σημαντικό προστατευτικό μηχανισμό.⁹

5.2 Διατροφή

Η λανθασμένη διατροφή ως προδιαθεσικός παράγοντας

Οι διάφορες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε περιοχές υψηλού κινδύνου, σχετικά με την επίδραση των διατροφικών παραγόντων στην αιτιοπαθογένεια της νόσου, συσχέτισαν θετικά την υψηλή κατανάλωση ενέργειας, ζωικού λίπους, κρέατος, αλλαντικών, γλυκών, πλήρους (full fat) μη παστεριωμένου γάλακτος, λαρδιού, με την εκμυελίνωση και φυσικά με τον κίνδυνο εμφάνισης ΠΣ. Πράγματι, πειράματα που έγιναν σε ζώα, έδειξαν ότι οι δίαιτες πλούσιες σε κορεσμένο λίπος, διαταράσσουν τη σύνθεση της μυελίνης. Επιπλέον, το ζωικό λίπος μπορεί να προάγει τη συσσώρευση αιμοπεταλίων, δημιουργώντας περιαγγειακές πλάκες. Ταυτόχρονα, μεταβολές στη ρευστότητα της κυτταρικής μεμβράνης ενδέχεται να συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ιογενούς λοίμωξης, με επακόλουθο τη δευτεροπαθή απομυελίνωση. Αυτό αποδείχθηκε σε πειραματικό επίπεδο στην αλλεργική εγκεφαλομυελίτιδα (είναι το μοντέλο της ΠΣ σε ζώα) που προκλήθηκε σε πειραματόζωα, όταν αυτά υποβλήθηκαν σε δίαιτα πλούσια σε κορεσμένο λίπος.²

Ο σίδηρος ως αιτιολογικός παράγοντας στη ΠΣ

Είναι απαραίτητος για τη μεταφορά οξυγόνου και για τη σύνθεση πολλών αμινοξέων, ορμονών και νευροδιαβιβαστών. Ωστόσο η υψηλή συγκέντρωση σε ελεύθερη μορφή, αυξάνει το οξειδωτικό στρες, στον οργανισμό, δημιουργώντας ιδιαίτερα δυναμικές καταστροφικές ελεύθερες ρίζες. Η υπόθεση αυτή ενισχύεται τόσο από την αποδεδειγμένη σχέση μεταξύ της κατανάλωσης κρέατος (που είναι πλούσιο σε σίδηρο) με τη προδιάθεση ή επιδείνωση της νόσου, όπως και από την εμπλοκή του μετάλλου αυτού στην αιτιοπαθογένεια του καρκίνου του προστάτη, που μοιράζεται την ίδια επιδημιολογική κατανομή με την ΠΣ και άρα τους ίδιους παράγοντες κινδύνου.²⁹

Η έλλειψη βιταμινών D, B6 και B12 αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα στη ΠΣ

Ερευνητές από το πανεπιστήμιο του HARVARD, το 2004, επιβεβαίωσαν το ρόλο και τη σπουδαιότητα της βιταμίνης D στην αιτιολογία της ΠΣ, δίνοντας έμφαση στη σχέση που διέπει το βαθμό έκθεσης στο ηλιακό φως και τη σύνθεση της. Ταυτόχρονα, χορηγώντας βιταμίνη D διαπίστωσαν ότι ο κίνδυνος εμφάνισης ΠΣ μειωνόταν κατά 40%. Επιπρόσθετα, βιταμίνες που επίσης η έλλειψη τους, ιδιαίτερα κατά την προγεννητική και βρεφική περίοδο,

μπορεί να αυξάνει την προδιάθεση για ΠΣείναιοιB6καιB12.²⁹

Σωστή διατροφή για την πρόληψη και αντιμετώπιση της ΠΣ

Πολλαπλές μελέτες, παρατήρησαν ότι η υψηλή κατανάλωση ψαριών και θαλασσινών, που είναι πλούσια σε ω-3 λιπαρά οξέα, μειώνει τον κίνδυνο προσβολής από ΠΣ. Επιπλέον, η αυξημένη λήψη χυμών φρούτων παρουσιάζει αντίστροφη σχέση με τον κίνδυνο νόσησης. Προστατευτικές επιδράσεις επισημάνθηκαν για τα δημητριακά και τοψωμίολικήςαλέσεως. Οι βασικές αρχές διαιτητικής παρέμβασης στην ΠΣ, είναι η υποβοήθηση του οργανισμού να καταστέλλει αυτοάνοσες αντιδράσεις και η ενίσχυση του νευρικού συστήματος. Έτσι, υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι η Βιταμίνη D σχετίζεται εκτός από την αιτιολογία και με την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ΠΣ. Οι Βιταμίνες Β6 και Β12 ενισχύουν το νευρικό σύστημα, ενώ με τη χαμηλή κατανάλωση κορεσμένου λίπους (<20g την ημέρα) εμφανίζεται μικρότερη επιδείνωσηκαιλιγότεροίθάνατοι. Επιπλέον, η συντριπτική πλειοψηφία των ερευνών επιδεικνύουν αυξημένη κινητικότητα ελεύθερων ριζών (οξειδωτικού στρες) στους πάσχοντες. Κατά συνέπεια, το κόκκινο κρέας, λιπαρά τρόφιμα, αλκοόλ και κάπνισμα θα πρέπει να αποφεύγονται. Παράλληλα, αναμφισβήτητα προστατευτικός είναι ο ρόλος των αντιοξειδωτικών στοιχείων: ρεσβερατρόλη, κουερσιτίνη, πυκνογενόλη, συνένζυμο Q10, λυκοπένιο που βρίσκονται στα φρούτα, λαχανικά, δημητριακά, ελαιόλαδο, πράσινο τσάι και κόκκινο κρασί, των βιταμινών C και E, όπως και του ασβεστίου,μαγνησίου,ψευδάργυρουκαισεληνίου.

Με δεδομένο ότι η μέχρι στιγμής φαρμακευτική αντιμετώπιση έχει αποτύχει να παράσχει ολοκληρωμένη λύση στην ΠΣ, ο ρόλος της διατροφής, σε κάθε περίπτωση, λειτουργεί συμπληρωματικά, συμβάλλοντας στην καθυστέρηση της πορείας και στη ύφεση των συμπτωμάτων, ώστε ο πάσχοντας να «κερδίσει» τον απαιτούμενο χρόνο μέχρι την εξεύρεση αποτελεσματικής θεραπείας. Παράλληλα, κυρίαρχος παραμένει ο ρόλος της διατροφής στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΠΣ π.χ. παχυσαρκία, ανορεξία, δυσφαγία - δυσκαταποσία, δυσκοιλιότητα, οστεοπόρωση κλπ, με αποτέλεσμα την μακροπρόθεσμη βελτίωση της ποιότητας ζωής του πάσχοντα. Δεν ζητείται τίποτα περισσότερο από τους ασθενείς με ΠΣ από το να τρώνε σωστά, περιεκτικά και επιλεκτικά, όπως άλλωστε θα έπρεπε να πράττουν και ως υγιείς που επιθυμούν να προστατεύσουν την υγεία τους από νοσήματα με αποδεδειγμένη σχέση με τη διατροφή, όπως ο καρκίνος και τα καρδιαγγειακά νοσήματα.²

5.3 Οδήγηση

Ένα από τα πρακτικά θέματα αντιμετώπισης ως προς την διεκπεραίωση της καθημερινής ρουτίνας είναι και η οδήγηση.Με την προϋπόθεση ότι δεν έχει επηρεαστεί η οπτική οξύτητα του ασθενή,η διαδικασία της οδήγησης είναι δυνατή,και μόνο όταν παρουσιαστούν ειδικές κινητικές δυσκολίες χρειάζονται ορισμένες προσαρμογές του αυτοκινήτου ώστε να μπορεί να οδηγεί με ασφάλεια και χωρίς πρόβλημα.Στην περίπτωση που δεν έχουν παρουσιαστεί και κινησιολογικές διαταραχές,ο ασθενής θα οδηγή κανονικά λαμβάνοντας υπόψιν του ότι:

- Δεν πρέπει να οδηγεί για πολλή ώρα, αλλά πρέπει να παρεμβάλει ορισμένα συγκεκριμένα διαλείμματα ξεκούρασης.
- Η διαδρομή που θα ακολουθήσει να είναι επιλεγμένη, προσχεδιασμένη και ελεγχμένη, ώστε να αποφεύγει τις μεγάλες ταλαιπωρίες στους δρόμους μεγάλης και πυκνής κυκλοφορίας ή τις χρονοβόρες παρακάμψεις λόγω έργων.
- Να προσπαθεί να είναι ήρεμος και να αποφεύγει τις έντονες συζητήσεις με τους συνεπιβάτες του και να αποφεύγει τους διαπληκτισμούς με άλλους οδηγούς.
- Η θερμοκρασία στο αυτοκίνητο να είναι ευχάριστη και ο αέρας να ανανεώνεται μέσω των παραθύρων.
- Να μην οδηγεί γρήγορα και βιαστικά.
- Να μην καπνίζει ούτε ο ίδιος, ούτε οι άλλοι συνεπιβάτες την ώρα του ταξιδιού.
- Να μην μεταφέρει πολλά και βαριά πράγματα.
- Να είναι ελαφρά ντυμένος την ώρα της οδήγησης και να έχει πάντα κοντά του ένα μπουκάλι με δροσερό νερό.
- Να σταθμεύει κοντά στο σημείο που χρειάζεται για να αποφεύγει τις συχνά άσκοπες και κουραστικές διαδρομές με τα πόδια.
- Να αποφεύγει το συχνά ανώφελο ψάξιμο για θέση στάθμευσης στις μεγάλες πόλεις και να σταθμεύει όπου βρίσκει άνετα συνεχίζοντας με ταξί για τον συγκεκριμένο προορισμό του.
- Ραδιόφωνο με ελαφριά μουσική και ειδήσεις κρατά το ενδιαφέρον του οδηγού, ειδικά στα μακρινά και μοναχικά ταξίδια.⁷

5.4 Ταξίδια-Διακοπές

Οι διακοπές όχι μόνο είναι χρήσιμες αλλά και απαραίτητες για να αποφορτίσουν το κλίμα της καθημερινής ρουτίνας η οποία κουράζει αλλά και αφαιρεί τη δυνατότητα για καινούργια ερεθίσματα που είναι αναγκαία για την ανάπτυξη ενός θετικού κινησιοθεραπευτικού πλάνου ανάπτυξης. Ανα τακτά χρονικά διαστήματα καλό είναι να διοργανώνονται μικρές ολιγοήμερες ενότητες διακοπών σε διαφορετικά μέρη για να ανανεώνεται μέσω των νέων παραστάσεων το ενδιαφέρον για περισσότερη προσπάθεια και βελτίωση του γενικότερου επιπέδου διαβίωσης.

Οι διακοπές πρέπει να είναι σχεδιασμένες έτσι ώστε να μην επιβαρύνουν δραματικά τον οικονομικό προϋπολογισμό δημιουργώντας έτσι επιπλέον οικονομικές υποχρεώσεις και λογαριασμούς που θα δημιουργήσουν ιδιαίτερο άγχος, εξουδετερώνοντας έτσι τη θετικότητα της ηρεμίας και της ξεκούρασης για τα οποία και γίνονται. Η σωστή επιλογή του τόπου και του χρόνου έχοντας πάντα υπόψη ότι πρέπει να αποφεύγονται τα ζεστά μέρη και οι ζεστές εποχές αποτελεί τον πρώτο και βασικό παράγοντα σωστού προγραμματισμού.

Η τηλεφωνική επικοινωνία εκ των προτέρων, με τους χώρους των καταλυμάτων, για να διασαφηνίζεται η δυνατότητα πρόσβασης και να αποφεύγονται οι μεγάλες σκάλες που επιβαρύνουν τις λειτουργικές δραστηριότητες και κουράζουν άσκοπα, κρίνεται απαραίτητη. Η αποφυγή ξενοδοχειακών εγκαταστάσεων που βρίσκονται σε μεγάλους θορυβώδεις δρόμους έντονης κυκλοφορίας και μεγάλου θορύβου είναι αναγκαία. Ακόμα και ο σωστός προσανατολισμός του δωματίου (νοτιοανατολικός) που θα έχουμε νοικιάσει, έχει σημαντικό

ρόλο για να απολαμβάνουμε ένα ωραίο ξύπνημα ή μία παρατεταμένη παραμονή στο δωμάτιο και αυτό να είναι δυνατό και ευχάριστο.

Το προσωπικό μπαλκόνι και η βεράντα να έχουν θέα και τέντα για να είναι ευχάριστη η παραμονή και να απολαμβάνει κανείς χωρίς να ενοχλείται από τις καιρικές συνθήκες αλλά ούτε και να βλέπει το πίσω μέρος ενός άχρωμου κτιρίου.Επιπλέον,καλό είναι να γίνεται και μία γενικότερη διερεύνηση του ευρύτερου περιβάλλοντος για να επιβεβαιώνεται η εξασφάλιση της εύκολης και πρακτικής μετακινήσεις σε γειτονικά εστιατόρια,ζαχαροπλαστεία ή μαγαζιά.Εντελώς απομονωμένοι χώροι πρέπει να αποφεύγονται,διότι η κύρια επιθυμία πέρα από τη ξεκούραση είναι και η επικοινωνία με άλλους ανθρώπους.¹³

5.5 Κάπνισμα-Αλκοόλ

Η επιβάρυνση της υγείας από το κάπνισμα είναι δεδομένη ακόμα και σε απόλυτα υγιείς,πολύ δε περισσότερο όταν υπάρχει επιβεβαιωμένη χρόνια πάθηση που σε κάποια από τις μορφές της επηρεάζει και την αναπνευστική λειτουργία,θα πρέπει να θεωρείται τουλάχιστον απαγορευτικό.Στις περιπτώσεις των ασθενών που δεν ήταν καπνιστές πριν την πάθηση,θεωρούμε ότι δεν τίθεται καν θέμα καπνίσματος.Στις περιπτώσεις όμως που ο ασθενής ήταν καπνιστής,είναι σχεδόν βέβαιο ότι το πρώτο πράγμα που θα ζητήσει μόλις πληροφορηθεί την διάγνωση θα είναι ένα τσιγάρο.

Πράγματι είναι δύσκολο να εξηγήσει κανείς τις άσχημες επιπτώσεις στην υγεία ενός χρόνιου ασθενή από το τσιγάρο,όταν ο ίδιος θεωρεί ότι η πάθηση του κάνει τόσο δύσκολη τη ζωή του,που το κάπνισμα να μοιάζει απλό πλημμέλημα.Με διαρκή προσπάθεια ώστε να κατανοήσει ο ασθενής ότι το κάπνισμα είναι στις δυνατότητες αλλά και στην ευθύνη αποκλειστικά του ίδιου,για να ελεγθεί θα πρέπει να πεισθεί,ότι ακόμα και λίγο να επιβαρύνεται η υγεία του,αυτο το λίγο είναι πολύ σημαντικό για αυτόν και συχνά πολύ απαραίτητο.

Όταν υπάρχει εξάρτηση και εθισμός από τη νικοτίνη και η αποφυγή του καπνίσματος δημιουργεί ιδιαίτερο εκνευρισμό και ψυχική αναστάτωση στον ασθενή,θα πρέπει να ακολουθείται ειδικό πρόγραμμα απεξάρτησης όπου σιγά σιγά με την πάροδο του χρόνου,θα ελατώνεται ο αριθμός του τσιγάρου όσο το δυνατόν περισσότερο.Θεωρείται βέβαια αυτονόητο ότι ο ασθενής πρέπει να αποφεύγει και το καπνιστικό περιβάλλον.Όσοι από το περιβάλλον του καπνίζουν,είναι καλύτερα να αποφεύγουν να καπνίζουν μπροστά του καθώς επίσης και οι χώροι καπνίσματος πρέπει να αερίζονται συχνά,καθαρίζοντας κατά κάποιο τρόπο την ατμόσφαιρα.

Σύμφωνα με νέα μελέτη, οι ασθενείς που πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣΚΠ) και καπνίζουν παράλληλα, έχουν ταχύτερη εξέλιξη της νόσου. Ο Δρ Alberto Ascherio από το Harvard της Βοστώνης, μαζί με τους συνεργάτες του, διαπίστωσαν επίσης ότι οι καπνιστές ασθενείς με ΣΚΠ ήταν πιο πιθανό να αναπτύξουν την

προοδευτική μορφή της νόσου, όπου τα συμπτώματα επιδεινώνονται σταθερά, σε σύγκριση με τη μορφή εκείνη της νόσου που παρουσιάζει διαλείπουσες περιόδους συμπτωμάτων.

Οι άνθρωποι που καπνίζουν είναι γνωστό ότι βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο, ιδιαίτερα όταν ασθενούν από σκλήρυνση κατά πλάκας. Όμως οι έρευνες για το κατά πόσο το κάπνισμα επηρεάζει την πορεία της νόσου, έχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Στην τελευταία μελέτη που έγινε, έλαβαν μέρος 1465 ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας, το 17,5% των οποίων ήταν καπνιστές για περισσότερο από τα τρία τελευταία χρόνια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι καπνιστές είχαν 2,4 φορές περισσότερες πιθανότητες να υποτροπιάσουν, απ' ό,τι οι μη καπνιστές. Το ποσοστό (2,5) αποδείχθηκε ότι είναι το ίδιο με εκείνους που δεν κάπνιζαν αλλά είχαν εξ αρχής την προοδευτική μορφή της ασθένειας. Κατά την έναρξη της μελέτης, οι καπνιστές ασθενείς με ΣΚΠ, είχαν περισσότερες αναπηρίες και ατροφικές φθορές στον εγκέφαλό τους. Με τον καιρό, παρουσίασαν ταχύτερη αύξηση του συνόλου των ιστικών βλαβών και έφθασαν σε σημείο ατροφίας του εγκεφάλου. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν, ότι οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας που δεν μπορούν να κόψουν το κάπνισμα, δεν προκαλούν βλάβες μόνο στη γενική τους υγεία, αλλά προάγουν την εξέλιξη της νόσου τους με γοργούς ρυθμούς.

Όσον αφορά το αλκοόλ και εδώ δεν τίθεται καν θέμα ότι το αλκοόλ ακόμα και σε μικρές ποσότητες μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τον ασθενή. Αν επιπλέον συνδυάζεται και με λήψη φαρμάκων τότε οι παρενέργειες είναι απρόβλεπτες. Εδώ ισχύει ότι και για το τσιγάρο, δηλαδή αν ο ασθενής περιορίζεται σε ένα ποτήρι κρασί κατά τη διάρκεια του φαγητού δεν τίθεται ιδιαίτερο πρόβλημα. Εάν όμως έχει εθισμό στο αλκοόλ θα πρέπει να τεθεί σε ειδικό πρόγραμμα απεξάρτησης, διότι είναι βέβαιο ότι το αλκοόλ ακόμα και σε μικρές δόσεις θα επηρεάσει αρνητικά την απόδοση του, αλλά και την ψυχολογική του συμπεριφορά.²

5.6 Αθλητισμός-Άσκηση

Με δεδομένη τη μακριά πορεία της ασθένειας και λαμβάνοντας υπόψιν ότι αυτή συνήθως αναπτύσσεται στα πιο παραγωγικά χρόνια του ασθενή είναι λογικό να επηρεάζεται και η αθλητική του διάθεση. Σαν αθλητική διάθεση θεωρούμε κάθε προσπάθεια άσκησης, που έχει σαν κύριο σκοπό την ψυχαγωγία συνδυασμένη με τη νευρομυϊκή ανάπτυξη.

Οι θετικές επιπτώσεις του αθλητισμού έχουν επιβεβαιωθεί σε όλες σχεδόν τις παθήσεις αρκεί να εφαρμόζονται οι προδιαγραφές ασφαλείας, που προφυλάσσουν από την τυχόν επιδείνωση ή τον ενδεχόμενο τραυματισμό. Τα περισσότερα αθλήματα προσαρμόζονται στο επίπεδο απόδοσης του κάθε ασθενή-αθλητή και όταν προϋπάρχει η υγειονομική προληπτική κάλυψη μπορεί κανείς να απολαύσει τη θετική ενέργεια, που εκπέμπει η αθλητική προσπάθεια. Ο αθλητισμός που εφαρμόζεται με σύνεση και ρεαλισμό λειτουργεί σαν ένα επιπρόσθετο θεραπευτικό μέσο της ψυχοκινητικής απόδοσης.

Λαμβάνοντας υπόψιν το σύμπτωμα της εύκολης κόπωσης πρέπει να οριοθετεί την προσπάθεια του ο ασθενής έτσι ώστε οι όποιες αθλητικές δραστηριότητες, να μην τον εξαντλούν αλλά αντιθέτως να του δημιουργούν ένα αίσθημα ευεξίας. Απαραίτητο είναι να τηρούνται οι προδιαγραφές ασφαλείας, που μπορούν εύκολα να εφαρμοστούν κυρίως στα

ατομικά αθλήματα και όχι στα ομαδικά, όπου υπάρχει πάντα ο κίνδυνος ο ασθενής να παρασυρθεί ξεπερνώντας τα φυσικά του όρια.

Λέγοντας φυσικά αθλητισμό, εννοούμε και όλη την προετοιμασία, που είναι απαραίτητη και λειτουργεί θετικά στη διάθεση του ασθενή. Αυτή είναι η εξής:

- Η σωστή ενδυμασία
- Το κατάλληλο πεδίο άθλησης
- Οι σωστές κλιματολογικές συνθήκες
- Οι κατάλληλες θέσεις για την ανάπτυξη του αθλήματος
- Τα συχνά διαλείμματα
- Τα άφθονα υγρά
- Αρκετός χρόνος
- Επιλεγμένες δυνατότητες μεταφοράς
- Φροντισμένο αθλητικό φιλικό περιβάλλον
- Ήρεμες συνθήκες εκτέλεσης αθλήματος
- Αποφυγή υπερπροσπάθειας
- Αποφυγή ανταγωνισμού
- Έλεγχος ενδεχόμενης σπαστικότητας
- Έλεγχος δυνατότητας ισορροπίας σώματος
- Έλεγχος δυνατότητας συντονισμού κινήσεων³⁰

5.7 Ερωτική ζωή

Όπως κάθε χρόνια νόσος, η σκλήρυνση κατά πλάκας δεν επηρεάζει μόνο τον ασθενή, αλλά και το σύντροφό του και την κοινή τους ζωή, είτε είναι παντρεμένοι, είτε έχουν σχέση. Η πίεση μπορεί να διαταράξει τις σχέσεις τους, ωστόσο αντιμετωπίζοντας τη ΣΚΠ με ευαισθησία και αισιοδοξία μπορούμε να έχουμε μια πιο στενή, ολοκληρωμένη και ανοικτή επαφή. Για ένα ζευγάρι που αντιμετωπίζει το πρόβλημα της ΣΚΠ στην κοινή του ζωή προστίθεται μεγαλύτερη αβεβαιότητα για το μέλλον του, λόγω της φύσεως της ασθένειας. Τα κοινά σχέδια μπορεί να χρειαστεί να αλλάξουν και οι κοινές επιθυμίες μπορεί να χρειαστεί να προσαρμοστούν ή να παραμεριστούν. Η αναγκαιότητα αυτή δεν σημαίνει ότι θα σταματήσουν όλες οι θετικές και διασκεδαστικές πλευρές της σχέσης. Αυτό που είναι σημαντικό είναι να κατανοεί ο ένας τις ανάγκες του άλλου και να επικεντρώνεται στη συντροφικότητα και στις καλές στιγμές που μοιράζονται.

Είναι σίγουρο ότι όταν το σημείο επαφής μεταξύ δύο ατόμων καθορίζεται από το έντονο, ειλικρινές και ζωντανό βαθύ συναίσθημα, η ερωτική ζωή τους, όχι μόνο θα διατηρηθεί, αλλά ενδεχομένως να διαφοροποιηθεί για να διαμορφωθεί κατά τέτοιο τρόπο ώστε ακόμα και στα δύσκολα στάδια της πάθησης να λειτουργεί σαν πηγή πνευματικής ηρεμίας και ψυχοσωματικής αναζωογόνησης. Η κατά περιόδους ύφεση της ερωτικής διάθεσης δεν αφορά μόνο τους ασθενείς, αλλά θεωρείται εντελώς φυσιολογικό φαινόμενο ακόμα και στους απόλυτα υγιείς. Δεν θα πρέπει να απογοητεύεται κανείς ούτε να φοβάται για τις αντιδράσεις του συντρόφου του, ο οποίος πρέπει να είναι ενημερωμένος και με κατανόηση και προτροπή

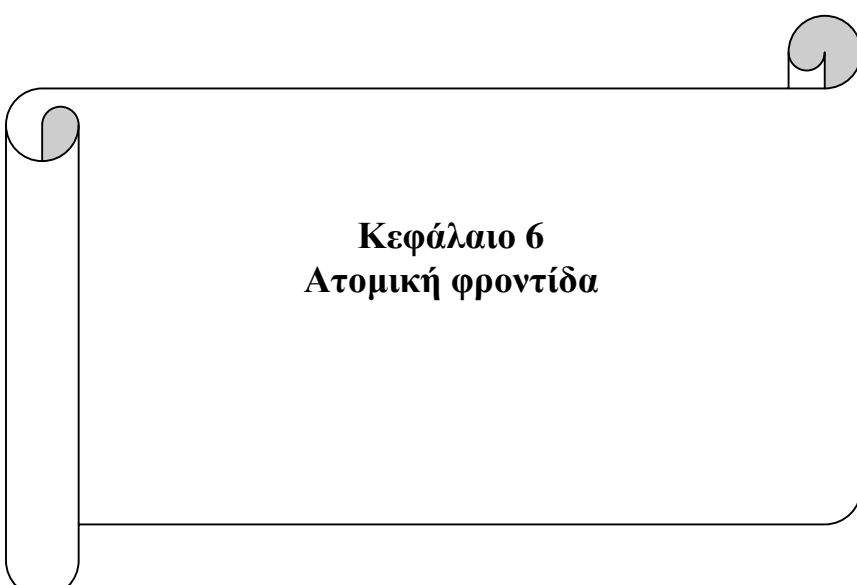
να παρακινείται έτσι ώστε να διαμορφώνει το κατάλληλο κλίμα ερωτικής διάθεσης και επιθυμίας.

Ας δούμε την πάθηση σαν μια αφορμή για εξερεύνηση και ανάπτυξη συναισθημάτων που ίσως δεν θα ανιχνεύονταν ποτέ, εάν δεν τα ψάχναμε. Η φροντίδα για ένα περιβάλλον κατάλληλο να δεχθεί την αγκαλιά δύο ανθρώπων, που δεν θα διακόπτεται από τίποτα, ούτε θα αναπτύσσει ενοχές ή απογοητεύσεις αποτελεί κύρια έννοια κυρίως του υγιούς συντρόφου. Κι αν δεχτούμε ότι η καλύτερη μορφή ερωτικής έκφρασης είναι το κοίταγμα και το άγγιγμα σίγουρα όλοι μας είμαστε ικανοί να το απολαύσουμε σε όποια ηλικία ή κινητικό στάδιο και αν βρισκόμαστε.³⁰

5.8 Γενικοί κανόνες πρακτικής αντιμετώπισης

- Προγραμματισμός των δραστηριοτήτων, δίνοντας προτεραιότητα στις βασικές υποχρεώσεις ελαχιστοποιώντας τις δευτερεύουσες δραστηριότητες.
- Επιμέλεια στη διάκριση του σημαντικού από το ασήμαντο και αποφυγή θεμάτων που είτε είναι περιττά είτε κουράζουν.
- Ξεκούραση πριν φθάσει στο σημείο κόπωσης ή πολύ περισσότερο της υπερκόπωσης και να φροντίζει να υπάρχουν διαλείμματα ξεκούρασης ανάμεσα στις υποχρεώσεις του.
- Να τρώει υγιεινά και με μέτρο και να μην αποφεύγει κάποιο γεύμα επιβαρύνοντας παράλληλα το δείπνο.
- Να έρθει σε επαφή με Συλλόγους και Εταιρείες Υποστήριξης Ασθενών από τους οποίους μπορεί να αντλήσει χρήσιμες πληροφορίες για την πάθηση και για τα πιθανά προβλήματα που υπάρχουν.
- Η επαφή με ανθρώπους που έχουν την ίδια πάθηση πρέπει να επιδιώκεται αλλά να μη γίνεται σύγκριση των συμπτωμάτων ούτε με τον θετικό ούτε με τον αρνητικό τρόπο. Ας μην ξεχνάμε ότι κάθε ασθενής είναι και μια ειδική «μοναδική» περίπτωση.
- Επιδίωξη για κοινωνικές επαφές επισκέπτοντας φίλους ή γνωστούς και να αποφεύγει την απομόνωση που επιβαρύνει την ψυχική κατάσταση της υγείας του.
- Αξιοποίηση των δυνατοτήτων της τεχνολογίας χρησιμοποιώντας μηχανήματα, συσκευές και ηλεκτρονικούς υπολογιστές, που μπορούν να διευκολύνουν την επικοινωνία.
- Φροντίδα να είναι κατά το δυνατό ανεξάρτητος, αποφεύγοντας τη βοήθεια από άλλους μέσα στο σπίτι ή τη δουλειά.
- Να επισημαίνει τα σημεία που έχουν δυσκολίες στην πρόσβαση και μπορεί να λειτουργήσουν σαν πιθανές «κινητικές παγίδες», και είτε να φροντίζει να διορθωθούν είτε να τα αποφεύγει.
- Να μην κάθεται για πολλή ώρα στην ίδια θέση όσο αναπαυτική κι αν είναι και να σηκώνεται κατά τακτά χρονικά διαστήματα για να κάνει μερικά βήματα που θα βοηθήσουν την καλή κυκλοφορία.
- Η ενδυμασία του να είναι άνετη και ευκολοφόρητη χωρίς να δημιουργεί ιδιαίτερες δυσκολίες στο να ντύνεται ή να ξεντύνεται.

- Να σημειώνει τα καταστήματα που έχουν δυνατότητες πρακτικής πρόσβασης χωρίς πολλές σκάλες ή ακόμα και πολύ κόσμο, έτσι ώστε να γνωρίζει εκ των προτέρων τις συνθήκες που θα αντιμετωπίσει.
- Να αποφεύγει τα θορυβώδη μαγαζιά ή κέντρα και να προτιμά τα ήσυχα μέρη, όπου μπορεί άνετα να συζητήσει χωρίς να αισθάνεται την πίεση της πολυκοσμίας και του θορύβου.¹³



Κεφάλαιο 6
Ατομική φροντίδα

6.1 Φροντίδα

Η σκλήρυνση κατά πλάκας επηρεάζει όχι μόνον τον πάσχοντα αλλά και ολόκληρη την οικογένειά του ή το φιλικό του περιβάλλον. Κάθε άνθρωπος αντιδρά διαφορετικά κι οι σκέψεις του καθενός πρέπει να εκφράζονται ανοιχτά. Ο τρόπος με τον οποίο αντιδρούμε αποτελεί σπουδαίο παράγοντα στην αντιμετώπιση της ΣΚΠ κι είναι ένα κριτήριο για το πόσο καλά ανταποκρίνεται η οικογένεια στην καινούργια κατάσταση. Είναι απαραίτητο να μάθουμε πως να ζούμε με την ασθένεια και με τις αλλαγές που επιφέρει στις σχέσεις και στον τρόπο ζωής μας. Είναι πολύ πιθανό να μη μπορούμε να κάνουμε μαζί όλα όσα κάναμε πριν και γι' αυτό ν' αλλάξουν οι ρόλοι μας μέσα στην οικογένεια. Ανεξάρτητα όμως, πρέπει να δεχτούμε τα πράγματα έτσι όπως έρχονται και, με συνεργασία, να εκμεταλλευτούμε όλες τις δυνατότητες που μας παρέχονται μέσα στην καινούργια πραγματικότητα. Με τον τρόπο αυτό η ΣΚΠ θα εισβάλει στην οικογενειακή μας ζωή όσο το δυνατόν λιγότερο αλλά κι ο πάσχοντας θα έχει όσο το δυνατόν περισσότερη αυτονομία και ανεξαρτησία. Η σκλήρυνση κατά πλάκας δεν είναι το τέλος του κόσμου. Πάρα πολλοί άνθρωποι προσάρμοσαν τη ζωή τους και συνεχίζουν να ζουν αποδοτικά και ευτυχημένα. Μαθαίνουμε από την εμπειρία των άλλων και καταλαβαίνουμε ότι υπάρχουν πολλοί δρόμοι να επιλέξουμε και να εξερευνήσουμε. Αυτό ισχύει για όλους: για τους πάσχοντες, γι' αυτούς που τους φροντίζουν ή για οποιοδήποτε άλλο μέλος της οικογένειας.

Η οικογένεια είναι εκείνη που συνήθως επωμίζεται τις ευθύνες της φροντίδας του ανθρώπου με ΣΚΠ. Η νόσος είναι μακροχρόνια και μερικές φορές έχει δύσκολη πορεία. Ίσως χρειαστεί να κάνουμε αναθεώρηση της πορείας της ζωής και των ονείρων μας. Είναι αναπόφευκτο να γίνει και αναπροσαρμογή των ρόλων μας μέσα στην οικογένεια. Στην αρχή μπορεί να βάλουμε τον εαυτό μας στην άκρη και ν' αφιερώσουμε πολύ χρόνο στο σύντροφό μας ή να κουραστούμε κάνοντας περισσότερα από όσα μπορούμε, με αποτέλεσμα να νιώσουμε αργότερα βήρος και θυμό. Κάθε χρόνια ασθένεια δημιουργεί ένταση στις οικογενειακές σχέσεις, ειδικά αν πρόκειται για τη ΣΚΠ που ίσως επιφέρει κάποια αναπηρία. Η αναπροσαρμογή των ρόλων μέσα στην οικογένεια μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα των σχέσεων ή και το αντίθετο. Είναι όμως δύσκολο αλλά και ανόητο να επιμένουμε να συνεχίσουμε τη ζωή μας σαν να μη συμβαίνει τίποτε. Αν και θεωρείται φυσικό μετά τη διάγνωση να χάνει κανείς το ενδιαφέρον του και να αισθάνεται απογοητευμένος θεωρούμε μάλλον απαραίτητο το γεγονός ότι θα πρέπει να αντιδράσει και να κατανοήσει ότι η ζωή συνεχίζεται με άλλους ρυθμούς.²

6.2 Εργασία

Επειδή η Σκπ είναι μια πάθηση με μεγάλες διακυμάνσεις, είναι δύσκολο να δώσει κανείς μια γενική απάντηση, για το τι θα πρέπει να ισχύει για τον κάθε ασθενή με ΣκΠ. Κάθε ασθενής επηρεάζεται διαφορετικά και μπορεί να βιώσει ένα πλήθος συμπτωμάτων με διάφορες διαβαθμίσεις σε σοβαρότητα ή συχνότητα. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και η πιθανή κατάληξη σε αναπηρία, είναι οι παράγοντες που υπαγορεύουν κατά πόσο θα επηρεαστούν η εργασία και η εκπαίδευση. Η πιθανότητα ανάπτυξης κάποιου βαθμού αναπηρίας, δε θα πρέπει να σκιάζει το γεγονός πως μπορεί να υπάρξουν πολλά παραγωγικά χρόνια σε ένα άτομο με ΣκΠ.

Συνήθως οι ασθενείς με την καλοήγη μορφή της νόσου, ή εκείνοι των οποίων τα συμπτώματα είναι ελάχιστα, θα έχουν τη δυνατότητα να συνεχίσουν με τις εργασιακές ή εκπαιδευτικές τους δραστηριότητες. Αν η κόπωση αποτελεί πρόβλημα, θα πρέπει να σχεδιάσουν διαστήματα ανάπαυσης κατά τη διάρκεια της ημέρας. Οι ασθενείς με την υποτροπιάζουσα μορφή της νόσου, ή αυτοί που έχουν αναπτύξει κάποιο βαθμό αναπηρίας, θα πρέπει να εκτιμήσουν την κατάσταση τους ρεαλιστικά, και να αποφασίσουν τόσο για τη βραχυπρόθεσμη, όσο και για τη μακροπρόθεσμη στρατηγική για την εργασία και την εκπαίδευση. Τα άτομα με Σκπ, θα πρέπει να βρίσκονται σε συνεννόηση με τους εργοδότες και τα εκπαιδευτικά ιδρύματα, έτσι ώστε να υπάρχει κάλυψη των αναγκών τους. Η απόφαση για το αν θα ανακοινώσετε πως έχετε ΣκΠ είναι ζήτημα προσωπικής κρίσης. Εάν δεν έχετε φανερά συμπτώματα, μπορεί να μην υπάρχει λόγος να αποκαλύψετε τη διάγνωση για ΣκΠ. Από την άλλη πλευρά, πολλά Πανεπιστήμια, για παράδειγμα, κάνουν ειδικές διευκολύνσεις για τα άτομα με ΣκΠ, όσον αφορά το πρόγραμμα, τις εξετάσεις, τις απαιτήσεις για την εγγραφή, ενώ διατηρούν ένα επίπεδο απορρήτου των προσωπικών δεδομένων.¹⁰

Οπωσδήποτε, θα είναι λάθος της οικογένειας του ασθενούς εάν θελήσει να απομακρύνει τον πάσχοντα από την εργασία του για να τον διευκολύνει διότι σίγουρα θα είναι τέτοια η ψυχολογική επιβάρυνση από την απουσία εργασιακής δραστηριότητας που θα κάνει τον άνθρωπο τους να αισθάνεται μη χρήσιμος τόσο για τη κοινωνία όσο και για την ίδια του την οικογένεια.

6.3 Σπίτι-Τεχνολογικός εξοπλισμός

Η ρουτίνα που δημιουργεί η καθημερινότητα θα πρέπει να αξιοποιηθεί με τέτοιο τρόπο ώστε οι επαναλαμβανόμενες κινήσεις και διαδικασίες να γίνονται πιο εύκολα και άνετα.

- Ο σωστός προγραμματισμός με συγκεκριμένη καταγραφή των υποχρεώσεων θα περικλύει περιττές εργασίες και θα συντομεύσει τη διαδικασία επίτευξης στο καλύτερο δυνατό.
- Η αξιοποίηση της εργονομίας και το οργανόγραμμα εργασίας θα διευκολύνουν τόσο τις μετακινήσεις μας από τον ένα χώρο στον άλλο όσο και την αρχειοθέτηση των θεμάτων που μας αφορούν.
- Η λειτουργία ηλεκτρονικών υπολογιστών θα πρέπει να είναι άνετη και απλή χωρίς τη χρήση μεθόδων υψηλής τεχνολογίας που κάνουν τον χρήστη να αισθάνεται εγκλωβισμένος σε πολύπλοκα συστήματα.

6.4 Συνθήκες αντιμετώπισης στο σπίτι

Είναι φυσικό ο ασθενής να περνά αρκετές ώρες στο χώρο του σπιτιού και κατά συνέπεια θα πρέπει να προετοιμαστεί κατάλληλα, περιορίζοντας όλες τις πιθανές περιπτώσεις που θα δημιουργήσουν δυσκολίες στις μετακινήσεις και να βρει τρόπους να διευκολύνει τη καθημερινότητα του. Αυτό δεν θα γίνει σε βάρος των άλλων μελών της οικογένειας αλλά διακριτικά με απλούς και πρακτικούς τρόπους έτσι ώστε να ληφθούν μέτρα που είναι απαραίτητα ώστε η ζωή με τις νέες πλέον συνθήκες να κυλά με τους ίδιους γνώριμους ρυθμούς ώστε όλοι να αισθάνονται άνετα.

1.Ασφάλεια

- Όλες οι συσκευές π.χ. φυάλες οξυγόνου, συστήματα κλιματισμού, ηλεκτρικά κρεβάτια και οτιδήποτε άλλο χρησιμοποιείται από τον ασθενή θα πρέπει να εξασφαλίζει όλες τις συνθήκες λειτουργίας τόσο για τον ίδιο όσο και για τα άλλα μέλη της οικογένειας. Η πρακτικότητα δεν θα πρέπει να αναπτύσσεται σε βάρος της ασφάλειας που αποτελεί πρωταρχικό παράγοντα που θα έχουμε πάντα υπόψιν μας.
- Συστήματα πυρόσβεσης ή οποιοδήποτε άλλο σύστημα πολύπλοκο ή μη, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τον ασθενή, θα πρέπει να έχει σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να εξασφαλίζεται η ασφάλεια χρησιμοποίησης.
- Τα παιδιά αποτελούν ξεχωριστό παράγοντα που πρέπει να λάβουμε υπόψη μας, διότι συχνά οι αντιδράσεις τους είναι απρόβλεπτες και μπορεί τα ίδια να θέλουν να πειραματιστούν χρησιμοποιώντας μία καινούργια συσκευή που έχει οριστεί για την υποστήριξη του ασθενή.¹³

2.Φωτισμός-Διακόπτες-Πρίζες

Ο ηλεκτρικός εξοπλισμός του σπιτιού θέλει ιδιαίτερο σχεδιασμό και θα πρέπει να γίνονται όλες οι απαιτούμενες διορθωτικές αλλαγές από τον ηλεκτρολόγο λαβαίνοντας υπόψη όχι μόνο τη σημερινή κατάσταση του ασθενή αλλά και τον πιθανό αυριανό περιορισμό της κινητικής του κατάστασης.

- Ειδικές πρίζες και διακόπτες να είναι σχεδιασμένα κατάλληλα ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν ακόμα και αν δεν λειτουργούν καλά τα δάχτυλα του ασθενή, πρέπει να τοποθετούνται σε κοντινές αποστάσεις ή μία από την άλλη και σε τέτοιο ύψος που ακόμα και από την ειδική αναπηρική καρέκλα να μπορεί κάποιος να τις χρησιμοποιήσει.
- Το σημείο φωτισμού πρέπει επίσης να προβλεφθεί και η ηλεκτρική εγκατάσταση πρέπει να εξοπλιστεί με ειδικά συστήματα φωτισμού με τρόπο που να διατηρείται ο φωτισμός για ικανό χρονικό διάστημα.¹³

3.Πόρτες-Περάσματα

- Τα χερούλια της πόρτας και οι κλειδαριές πιθανόν να χρειαστεί να αλλάξουν για να μπορεί να τις χρησιμοποιεί και ο ασθενής χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία.
- Χαλάκια ή οποιαδήποτε άλλη διακοσμητικού τύπου προσθήκη θα πρέπει ή να αφαιρείται ή να στερεώνεται ώστε να αποφεύγουμε συνθήκες ολισθηρότητας ή πολλές φορές ακόμα και εμποδίου στην προσπέλαση.
- Τα περάσματα στις πόρτες πιθανόν να χρειαστεί να φαρδύνουν για να είναι εύκολη η μετακίνηση με το ειδικό αναπηρικό αμαξίδιο αν βέβαια χρησιμοποιεί ο ασθενής.
- Οι πόρτες να είναι καλά λαδωμένες για να ανοιγοκλείνουν χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία και να αποφεύγεται το σύστημα του αυτόματου ανοιγοκλεισίματος ή της αυτόματης επαναφοράς που μπορεί να τραυματίσει.
- Ειδική μέριμνα χρειάζεται τόσο η περιοχή του λουτρού όσο και της κουζίνας που αμφότερα πρέπει να δίνουν τη δυνατότητα άνετης και ασφαλούς μετακινήσεις χωρίς την πίεση που δημιουργεί η στενότητα χώρου ή τη δυσκολία λειτουργίας των οικιακών συσκευών.

- Όπου υπάρχουν μικρά σκαλάκια εάν δεν μπορούν να αφαιρεθούν να τοποθετείται ειδική ράμπα που θα διευκολύνει την μετακίνηση και θα έχει ειδική επικάλυψη ώστε να αποφεύγεται η ολισθηρότητα πάνω σε αυτή.
- Ειδικές κουπαστές θα τοποθετούνται τόσο στις σκάλες όσο και στους διαδρόμους για να έχει τη δυνατότητα στήριξης ο ασθενής.¹³

4.Μπάνιο

- Ειδικές προθήκες θα ανεβάσουν το ύψος των χρησιμοποιούμενων συσκευών υγείας έτσι ώστε να είναι ανετότερο τόσο το κάθισμα όσο και η έγερση.
- Διάφορες ειδικές λαβές στήριξης μπορούν να τοποθετηθούν στα σημεία δίπλα στην τουαλέτα,την μπανιέρα ή το νιπτήρα για να μπορεί να στηριχθεί ο ασθενής εάν αυτό χρειασθεί.
- Σύστημα που θα επιβραδύνει το κλείσιμο της πόρτας και θα αποκλείσει ενδεχόμενο τραυματισμό.
- Όλα τα ντουλάπια και τα ραφάκια να είναι σε προσβάσιμο ύψος ακόμα και από το αναπηρικό αμαξίδιο σε περίπτωση που το χρησιμοποιεί ο ασθενής.
- Οι καθρέπτες θα πρέπει να καλύπτουν μεγάλη επιφάνεια ώστε να μπορεί ο ασθενής να ελέγχει το σώμα του κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες και επιπλέον να είναι εξοπλισμένοι με ειδικά αντιθαμπωτικά συστήματα.¹³

5.Υπνοδωμάτιο

- Το ύψος του κρεβατιού πρέπει να είναι κατάλληλο έτσι ώστε να είναι άνετη και σωστή η πρόσβαση σε αυτό,ακόμα και από αναπηρικό αμαξίδιο,αλλά και η έγερση.
- Ειδικές λαβές στήριξης θα προσαρμόζονται σε σταθερά σημεία του κρεβατιού για να διευκολύνουν τις τυχόν μετακινήσεις και να δημιουργούν συνθήκες ανεξαρτησίας.
- Η πρόσβαση στη λειτουργία των ντουλαπών και των συρταριών να είναι εύκολη και να μην τοποθετούνται διάφορα μικροέπιπλα που επιβαρύνοντας τη διακόσμηση λειτουργούν και ως πιθανές παγίδες για να σκοντάψει κανείς.
- Ο φωτισμός νυκτός πρέπει να είναι εύκολος στη λειτουργία του.
- Στο τηλέφωνο να χρησιμοποιείται η ανοιχτή ακρόαση όποτε είναι αυτό δυνατό και στο ακουστικό να εφαρμόζονται τα ειδικά στηρίγματα ώμου,ώστε να μπορούν να κινούνται τα χέρια χωρίς ιδιαίτερη κινητική προσπάθεια.
- Η καταγραφή των τηλεφώνων,των κωδικών και των ηλεκτρονικών διευθύνσεων που χρησιμοποιούνται συχνά,θα πρέπει να γίνεται σε ένα πίνακα ευανάγνωστο,κρεμασμένο στον τοίχο δίπλα στις συσκευές επικοινωνίας.
- Στα τηλέφωνα θα πρέπει να έχουμε μακρύ καλώδιο έτσι ώστε να είναι δυνατή η μετακίνηση της συσκευής άνετα.
- Η χρησιμοποίηση τηλεφωνητών και η συσκευή καταγραφής μηνυμάτων θα διευκολύνει τη δυνατότητα επικοινωνίας ώστε να αποφεύγονται κουραστικές συζητήσεις και να επιλέγονται εύκολα οι άνθρωποι με τους οποίους θέλουμε να έρθουμε σε επαφή.

- Δίπλα στις συσκευές επικοινωνίας να υπάρχει πάντα ο κατάλογος με τα τηλέφωνα και τις διευθύνσεις τόσο ο προσωπικός όσο και ο εθνικός και να βρίσκεται πάντα μπλόκ και στυλό για έκτατες σημειώσεις.¹³

6.5 Εργονομία

Η αυτόνομη διακίνηση αποτελεί κυρίαρχη προτεραιότητα για όλους πολύ δε περισσότερο για άτομα που βρίσκονται κάτω από κατάσταση ειδικής κινητικής συμπεριφοράς. Η απώλεια της αυτονομίας επιβαρύνει ψυχολογικά αλλά και λειτουργικά τον ασθενή ο οποίος αισθάνεται να περιθωριοποιείται πλήρως. Η δυνατότητα, του να συμμετέχει κανείς ισότιμα σε όλες τις δραστηριότητες της ζωής πρέπει να διευκολύνεται διότι έτσι μειώνεται η σχέση εξάρτησης που επιβαρύνει την όλη κατάσταση.

Συμμετέχοντας πλήρως ο ασθενής στις καθημερινές δραστηριότητες αισθάνεται παραγωγικός και ανεξάρτητος χωρίς να έχει την αίσθηση ότι επιβαρύνει τους άλλους. Σκοπός της εργονομίας είναι:

- Ο δομημένος χώρος να είναι προσεγγίσιμος, φιλικός και ασφαλής για όλους τους ανθρώπους σε οποιαδήποτε ειδική κινητική κατάσταση και αν βρίσκονται.
- Να αφαιρεθούν ή να διαμορφωθούν αρχιτεκτονικά όλα τα αντικείμενα που εμποδίζουν την άνετη πρόσβαση από τον ένα χώρο στον άλλο ή ακόμα και μέσα στο ίδιο το δωμάτιο.

Όταν επηρεάζεται η κινητική ικανότητα του ασθενή αλλάζουν όπως είναι φυσικό οι ρυθμοί της κίνησης και συχνά χρειάζονται επιπλέον βοηθητικά μέσα για τη μετακίνηση, όπως π.χ. μπαστούνια, περιπατητήρες ή ακόμα και ειδικά αμαξίδια. Χρειάζεται λοιπόν να γίνει μελέτη και προσαρμογή του ήδη υπάρχοντος χώρου έτσι ώστε αφού εξασφαλιστεί ο άπλετος φωτισμός, τα δάπεδα να έχουν επενδυθεί με αντιολισθητικό υλικό που θα εξασφαλίσει σίγουρα την σταθερότητα, αντοχή και ομοιογένεια και η κλίση τους να μην υπερβαίνει το 5%.

Ως προς τις ράμπες ή τα οποιαδήποτε κεκλιμένα επίπεδα που σκοπό έχουν να καταργήσουν κάποιο σκαλοπάτι αυτές μπορεί να είναι είτε μόνιμες όπου θα έχουν μόνιμη σταθερή μορφή είτε κινητές όταν θα έχουν τη δυνατότητα αλλαγής θέσης ή ακόμα και κλίσεως, είτε ακόμα και φορητές όπου θα παρέχεται η δυνατότητα άμεσης και εύκολης μετακίνησης από ένα άτομο. Οι ράμπες δεν πρέπει να αποτελούν αυθαίρετες πρόχειρες κατασκευές γιατί συχνά, αντί να διευκολύνουν την πρόσβαση λειτουργούν σαν παγίδες και αιτίες πιθανών ατυχημάτων και τραυματισμών.

Στοιχεία όπως η κλίση, το μήκος, το πλάτος, το υλικό κατασκευής, το σχήμα και όλα τα στοιχεία προστασίας και ασφάλειας για τον άνθρωπο που την έχει ανάγκη θα πρέπει να υπολογιστούν και να εφαρμοστούν με ακρίβεια από τον ειδικό τεχνίτη. Επιπλέον στους διαδρόμους να έχουν τοποθετηθεί ειδικές χειρολαβές και κουπαστές σε κατάλληλα ύψη και θέσεις ώστε να διευκολύνεται η στήριξη των ενδιαφερομένων όταν υπάρχει ανάγκη.

Παράλληλα πρέπει να φροντίζετε και στο μέτρο του δυνατού ο περιβάλλον χώρος του σπιτιού όπως το πεζοδρόμιο. Συγκεκριμένοι παράμετροι όπως φωτισμός, ύψος, κλίση και δάπεδο δεν θα πρέπει να διαμορφώνονται αυθαίρετα αλλά πάντα σε συνεργασία με τις συγκεκριμένες υπηρεσίες που υπάρχουν για το σκοπό αυτό στα γραφεία του δημαρχείου της περιοχής του ασθενούς. Όσον αφορά τους χώρους στάθμευσης αυτοκινήτων, πρέπει να οριοθετούνται με ειδική σήμανση και φυσικά πρέπει να προβλέπονται από την πολιτεία να

φωτίζονται άπλετα και να είναι εφικτή η δυνατότητα μετακίνησης του ασθενούς συνυπολογιζόμενης και της πιθανότητας χρησιμοποίησης του ειδικού αμαξιδίου.

Η πυροπροστασία και όλα τα συστήματα πυρόσβεσης πρέπει να λαμβάνουν υπόψιν και τα άτομα με περιορισμένη κινητική δυνατότητα έτσι ώστε όχι μόνο να είναι δυνατή η χρησιμοποίηση τους από αυτά αλλά να υπάρχουν προσχεδιασμένοι έξοδοι κινδύνου με δυνατότητα χρησιμοποίησης ακόμη και αναπηρικού αμαξιδίου. Επίσης θεωρείται επιπλέον σημαντική η εγκατάσταση συστήματος ενδοεπικοινωνίας και ηχητικού συναργερμού σε διάφορα σημεία του σπιτιού έτσι ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τον ασθενή όταν υπάρχει ειδική απρόσμενη ανάγκη.¹³

6.6 Οικογενειακός προγραμματισμός

Οι περισσότεροι άνθρωποι με σκλήρυνση κατά πλάκας πληροφορούνται τη διάγνωση της νόσου, σε μια φάση της ενήλικης ζωής κατά την οποία ασχολούνται σοβαρά με το θέμα του οικογενειακού προγραμματισμού. Η διάγνωση της ασθένειας γεννά πολλά ερωτήματα, σχετικά με την πορεία της, την πρόγνωση της, την πιθανή επιρροή της στην τεκνοποίηση δημιουργώντας συχνά ανασφάλεια και φόβο εμπρός στα αναπάντητα ερωτήματα. Ιδιαίτερα οι γυναίκες με σκλήρυνση κατά πλάκας συχνά προβληματίζονται εάν θα πρέπει παρά την ασθένειά τους να προχωρήσουν με τον οικογενειακό προγραμματισμό τους. Οι γυναίκες αυτές δεν θα πρέπει να αποθαρρύνονται από τη δημιουργία οικογένειας εφόσον αυτή είναι η επιθυμία τους. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να συνεργαστούν αρμονικά η ασθενής και το οικογενειακό της περιβάλλον, ο γυναικολόγος και ο νευρολόγος για την καλύτερη δυνατή συμβουλευτική κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η απόφαση να δημιουργήσετε οικογένεια θα πρέπει να ληφθεί πολύ προσεκτικά όταν ένας από τους δύο συντρόφους έχει τη νόσο. Πολλά ζευγάρια ανησυχούν για την πιθανότητα τα παιδιά τους να παρουσιάσουν ΣΚΠ. Είναι σημαντικό να θυμάστε ότι ενώ υπάρχει ένα μικρό αυξημένο ρίσκο παρουσίασης σε παιδιά που ένας γονιός ήδη έχει συγκρινόμενο με τον γενικό πληθυσμό, αυτό το ρίσκο είναι πολύ μικρό. Ενώ η κληρονομικότητα στην ΣΚΠ δεν είναι απόλυτα ξεκαθαρισμένη, κοντινοί συγγενείς ασθενών με ΣκΠ έχουν αυξημένο ρίσκο παρουσίασης ΣκΠ, συγκρινόμενοι με τον γενικό πληθυσμό. Αποτελέσματα από έρευνες που σχετίζονται με την οικογένεια και την ΣΚΠ έδειξαν ότι ένα παιδί, με γονιό με ΣΚΠ κυμαίνεται να εμφανίσει ΣΚΠ στο 3-5%, εάν ο γονιός είναι το μόνο μέλος της οικογένειας που νοσεί. Οι πιθανότητες αυξάνονται εάν υπάρχουν και άλλα μέλη της οικογένειας, καθώς και εάν υπάρχουν ασθενείς και από τις δύο οικογένειες των γονιών.

Οι μακροχρόνιες επιπτώσεις για τη δημιουργία οικογένειας, θα πρέπει να ληφθούν πολύ σοβαρά υπ' όψιν. Παράγοντες όπως το τωρινό ή μελλοντικό επίπεδο αναπηρίας, η ικανότητα των γονέων να συνεισφέρουν στη φροντίδα και το μέγλωμα του παιδιού, η δυνατότητα υποστήριξης από φίλους και συγγενείς και η οικονομική ασφάλεια, θα πρέπει να αξιολογηθούν ανάλογα. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δε φαίνεται να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος υποτροπής, ούτε υπάρχουν επιπτώσεις στην εγκυμοσύνη ή στον τοκετό. Υπάρχει πολύ μικρός κίνδυνος υποτροπής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, και ακολουθεί μια περίοδος με αυξημένο κίνδυνο υποτροπής για τους επόμενους έξι μήνες μετά τη γέννηση του μωρού. Δεν υπάρχουν αναφορές πως η ΣΚΠ μειώνει τη γονιμότητα, ή ότι συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο αποβολών, ή με ανωμαλίες στη γέννηση, ή με γεννήσεις

νεκρών μωρών ή με άλλες επιπλοκές και δεν υπάρχουν συγκεκριμένα φάρμακα τα οποία να χρησιμοποιούνται από όλα τα άτομα με ΣΚΠ, διάφορα φάρμακα χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των υποτροπών και των συμπτωμάτων της ΣΚΠ. Μερικά από αυτά, (ή συνδυασμός τους) μπορεί να είναι επιβλαβή για την ανάπτυξη του εμβρύου. Επί πλέον μερικοί άνθρωποι που ακολουθούν ειδικές δίαιτες ή διάφορες εναλλακτικές θεραπείες, (υπό την ιατρική επίβλεψη, ή και χωρίς αυτήν) αναφέρουν πως είναι αποτελεσματικές όσον αφορά τη ΣΚΠ.

Οι μελλοντικοί γονείς θα πρέπει πάντα να συζητούν όλες τις θεραπείες και τα φάρμακα με το γιατρό τους, πριν από τη σύλληψη και να εκτιμήσουν αν αυτές μπορεί να είναι επιβλαβείς για την ανάπτυξη του εμβρύου. Η εγκυμοσύνη φαίνεται πως δε θα έχει μακροχρόνια επίδραση στην εξέλιξη της ΣΚΠ. Ο θηλασμός δε σχετίζεται με τον αυξημένο κίνδυνο υποτροπών μετά τον τοκετό, αλλά σχετίζεται με αξιολογούμενη κόπωση, η οποία μπορεί να επηρεάσει την απόφαση για τη χρήση βοήθειας για την παιδική φροντίδα.

Η απόφαση για τεκνοποίηση δε θα πρέπει να ληφθεί χωρίς να συνηγορηθούν όλοι οι παράγοντες. Η ΣΚΠ μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργικότητα της οικογένειας και το υψηλό επίπεδο ποιότητας ζωής των παιδιών. Η ανατροφή των παιδιών είναι μια μακροχρόνια δέσμευση και τα ζευγάρια θα πρέπει να σκεφτούν σοβαρά τις επιπτώσεις της ΣΚΠ για τα επόμενα 18 χρόνια, κατά τη διάρκεια των οποίων θα εμπλακούν ενεργά στην ανατροφή του παιδιού, και όχι μόνο για την περίοδο της εγκυμοσύνης ή της λοχείας. Για παράδειγμα, ένα σύστημα υποστήριξης και βοήθειας είναι απαραίτητο σε μακροχρόνια έκταση. Η απόφαση να γίνεις γονέας θα πρέπει να βασίζεται πρωταρχικά στη επιθυμία να έχεις οικογένεια, και ενώ η ΣΚΠ υπαγορεύει ειδικούς περιορισμούς, δε θα πρέπει να αποτελεί τροχοπέδη.^{10,14,31}

Η εγκυμοσύνη δεν φαίνεται να έχει αρνητική επίδραση στην πορεία της πολλαπλής σκλήρυνσης. Αντιθέτως, από τις μέχρι τώρα έρευνες συμπεραίνεται πως έχει ευεργετική επίδραση. Συγκεκριμένα, οι 9 μήνες της κύησης σχετίζονται με μείωση της συχνότητας των υποτροπών της πολλαπλής σκλήρυνσης, καθώς και με ηπιότερη ένταση αυτών. Οι επόμενοι 6 μήνες που ακολουθούν την κύηση, χαρακτηρίζονται από έξαρση των επεισοδίων. Συνολικά πάντως, η εγκυμοσύνη συμβάλλει θετικά τόσο στην βραχυπρόθεσμη, όσο και στην μακροπρόθεσμη πορεία της νόσου. Η πληρέστερη κατανόηση των ανοσολογικών μηχανισμών της πολλαπλής σκλήρυνσης και της εγκυμοσύνης, θα οδηγήσει στην ανάπτυξη θεραπευτικών στρατηγικών, μελλοντικά.

Η δράση των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων, καθώς και η χρήση αναισθητικών ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν έχουν πλήρως διερευνηθεί. Παρόλα αυτά η αναισθησία ενδέχεται να συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο υποτροπών στην επιλόχεια περίοδο. Η μαγνητική διαγνωστική απεικόνιση συνεισφέρει στην κατανόηση της επίδρασης της εγκυμοσύνης στη νόσο. Οι γυναίκες με πολλαπλή σκλήρυνση πρέπει να γνωρίζουν τους κινδύνους που ελλοχεύουν σε μια ενδεχόμενη εγκυμοσύνη. Παραπάνω βάρος πρέπει να δίνεται εκ των προτέρων, στην επιλόχεια περίοδο. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν ότι οι γυναίκες που πάσχουν από πολλαπλή σκλήρυνση δεν πρέπει να μένουν έγκυες, όπως υποστηρίζονταν παλιότερα.³²

6.7 Οικονομικές επιπτώσεις

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 πιπόλαιες σκέψεις απολύτως υγιών ανθρώπων θα πρέπει να αντιμετωπιστεί ψύχραιμα και ρεαλιστικά.

Όταν αδυνατείς να βρεις την αιτία της ΣΚΠ, πληρώνεις σαν κράτος, αλλά και ως ασθενής αρκετά χρήματα. Τα κύρια έξοδα είναι τα εξής:

Ορατά έξοδα:

1. Άμεσα

α. ιατρικά έξοδα: ιατροί (επισκέψεις κλπ.), εξετάσεις (μαγνητικές, παρακεντήσεις, προκλητά δυναμικά κλπ.), φαρμακευτικές συνταγές (ανοσοτροποποιητικά, κορτιζόνη κλπ.), υποστηρικτά εξαρτήματα (ράμπες, αναπηρικά αμαξίδια/καροτσάκια, μπαστουνάκια, ουροκαθετήρες κλπ.), νοσηλείες (για την καταστολή των φλεγμονών ή την αντιμετώπιση επιπλοκών είτε από την σκλήρυνση είτε από τη φαρμακευτική αγωγή, π.χ. Tysabri), κέντρα αποκατάστασης/ψυχοθεραπείας/λογοθεραπείας, θεραπείες (φάρμακα για σπαστικότητα, πονοκεφάλους, κόπωση, μυαλγίες, ακράτεια, κατάθλιψη κλπ., επιπλέον φάρμακα για τη μείωση των συμπτωμάτων των ιντερφερόνων όπως, π.χ. Mesulid, Depon, επιπλέον φάρμακα για την αντιμετώπιση ιών, όπως π.χ. αυτού της PML)

β. μη ιατρικά έξοδα: αλλαγές στην κατοικία/αυτοκίνητο, μέσα μεταφοράς, φροντίδα από άλλους (πλην ιατρών, πρόσληψη οικιακής βοηθού/βρεφοκόμου ή νηπιαγωγού για τη φροντίδα ανήλικων παιδιών), κατασκευή προσβάσιμων δημόσιων και ιδιωτικών χώρων για τη μετακίνηση ασθενών

2. Έμμεσα

α. Αυξημένη νοσηρότητα: απώλεια εργασίας, αναρρωτικές άδειες, μείωση μισθού/ωραρίου, πρόωρη σύνταξη

β. Πρόωρη θνησιμότητα: απώλεια εργατικού δυναμικού, μείωση παραγωγής, ανικανότητα εξέλιξης στην εργασία

γ. Αντίκτυπος σε συγγενείς/φίλους: υποαπασχόληση/μείωση ωραρίου φίλων προσώπων στην εργασία τους και οικονομική /συναισθηματική επιβάρυνση των ιδίων προκειμένου να περιθάλπουν και τον ασθενή με ΣΚΠ.

Αόρατα έξοδα: Είναι ο πόνος, το άγχος και η εγκατάλειψη της ποιότητας ζωής.³³



Κεφάλαιο 7

**Νοσηλευτική φροντίδα ασθενών με
Σκλήρυνση κατά Πλάκας με τη μέθοδο
της νοσηλευτικής διεργασίας**

7.1 Νοσηλευτική Διεργασία

Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική, επιστημονική επίλυση ενός προβλήματος στην πράξη. Είναι μια σειρά από σχεδιασμένες ενέργειες προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες και να επιλυθούν τα προβλήματα του ασθενούς και της οικογένειάς του.³⁴

7.2 Σκοποί Νοσηλευτικής Διεργασίας

Οι σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

- 1.** Η διατήρηση της υγείας του ατόμου
- 2.** Η πρόληψη της νόσου
- 3.** Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος
- 4.** Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μέγιστης λειτουργικότητας του ατόμου³⁴

7.3 Στάδια Νοσηλευτικής Διεργασίας

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

- 1.** Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα-ανάγκες)
- 2.** Αντικειμενικοί σκοποί
- 3.** Προγραμματισμός φροντίδας
- 4.** Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας και
- 5.** Εκτίμηση αποτελέσματος

7.4 ΠΡΩΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Ο ασθενής Ο.Α εισήλθε στη Νευρολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου στη 1/7/11. Η ηλικία του ασθενούς είναι 34 ετών. Κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο ο ασθενής παρουσίαζε τα εξής συμπτώματα: μυϊκή δυσκαμψία και μυϊκούς πόνους, συχνή και επιτακτική ούρηση, δυσαισθησία στα κάτω άκρα, έντονη κόπωση καθώς και ανορεξία λόγω έντονου άγχους. Επίσης ανέφερε ότι τα συμπτώματα επιδεινώνονται με τη ζέστη. Έπειτα πραγματοποιήθηκαν λήψη ιστορικού, φυσική εξέταση και οι παρακάτω εξετάσεις: Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού, παρακέντηση Ε.Ν.Υ, οπτικά πεδία, προκλητά δυναμικά, ουροδυναμική μελέτη και ψυχιατρική εκτίμηση. Διαπιστώθηκε ότι ο ασθενής πάσχει από Σκλήρυνση Κατά Πλάκας περίπου 8 χρόνια.

Ακολουθεί η νοσηλευτική διεργασία του περιστατικού:

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα- ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
1.Μυϊκή δυσκαμψία και μυϊκοί πόνοι	<ul style="list-style-type: none"> - Βελτίωση της κινητικότητας των κάτω άκρων και αποφυγή της επιδείνωσής της. -Ανακούφιση από την μυϊκή δυσκαμψία. -Πρόληψη επιπλοκών. 	<ul style="list-style-type: none"> -Εφαρμογή φυσικοθεραπείας για διατήρηση εκτέλεσης ενεργητικών κινήσεων. -Διδασκαλία για την διατήρηση της κινητικότητας. - Χορήγηση αναλγητικών και μυοχαλαρωτικών φαρμάκων μετά από ιατρική οδηγία. -Διδασκαλία για αποφυγή επιπλοκών. 	<ul style="list-style-type: none"> -Έναρξη φυσικοθεραπείας -Ενημέρωση και επίδειξη ασκήσεων στον ασθενή ώστε να εξασφαλιστεί η συνέχεια της κινητικότητας. -Χορηγήθηκαν 5mg Baclofen ανά 8ωρο πέρυς την πρώτη εβδομάδα και έπειτα η δοσολογία αυξήθηκε στα 10 mg ανά 6ωρο τις επόμενες δυο. - Έγινε εξήγηση στον ασθενή για τη σημασία της κίνησης ώστε να διατηρηθεί ο μυϊκός τόνος και η μυϊκή μάζα καθώς έγινε και επεξήγηση των επιπλοκών από την παραμονή του στο κρεβάτι. 	<ul style="list-style-type: none"> - Μετά τη λήψη των παραπάνω μέτρων ο ασθενής εκτελεί το πρόγραμμα φυσικοθεραπείας και παρουσιάζει βελτίωση στην κίνηση. -Ο ασθενής κατορθώνει να χρησιμοποιήσει καλύτερα τα άνω και κάτω άκρα του με τα κατάλληλα μηχανικά μέσα και το θεραπευτικό σχήμα. -Απέκτησε ασφάλεια και αυτοπεποίθηση στην εκτέλεση των καθημερινών του αναγκών. -Προλήφθηκαν οι επιπλοκές.

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα- ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
2.Συχνή και επιτακτική ούρηση	-Επαναφορά της όσο το δυνατόν φυσιολογικής λειτουργίας της ουροδόχου κύστης.	<ul style="list-style-type: none"> -Καταρτισμός προγράμματος ούρησης σε συνεργασία με το νοσηλευτή. -Λήψη μέτρων για την αποφυγή ουρολοιμώξεως. -Διδασκαλία του ασθενούς. -Καθετηριασμός της ουροδόχου κύστεως σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού με ιδιαίτερα λεπτούς χειρισμούς. -Λήψη δείγματος ούρων για καλλιέργεια. -Συχνός έλεγχος ισοζυγίου υγρών. 	<ul style="list-style-type: none"> -Εφαρμογή προγράμματος ούρησης. -Έγινε τοπική καθαριότητα της περιοχής. -Ενημερώθηκε ο ασθενής για τη σπουδαιότητα της περιοχής. -Τοποθετήθηκε καθετήρας folley με ιδιαίτερα λεπτούς χειρισμούς. -Το αποτέλεσμα της καλλιέργειας των ούρων βγήκε στείρο παθογόνων μικροοργανισμών. -Έγινε έλεγχος του ισοζυγίου υγρών του ασθενούς ανά 3 ώρες. 	<ul style="list-style-type: none"> - Μετά τη λήψη των παραπάνω μέτρων επανακτήθηκε μερικώς η φυσιολογική λειτουργία της ουροδόχου κύστεως. -Προλήφθηκαν οι επιπλοκές που δημιουργούνται από τη δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστεως.

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα- ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
3.Δυσαισθησία στα κάτω άκρα	-Έγκαιρη διαπίστωση νεοεμφανιζόμενων αισθητικών διαταραχών. -Προστασία από τραυματισμούς.	-Καταγραφή ιστορικού για τυχόν εμπειρίες μη φυσιολογικών αισθήσεων. -Αξιολόγηση των ευρημάτων της νευρολογικής εξέτασης. -Προσοχή του ασθενούς ο οποίος είναι επιρρεπής σε κακώσεις,εγκαύματα και μολύνσεις του δέρματος λόγω της μειωμένης εκτίμησης του πόνου και της θερμοκρασίας. -Προστασία του δέρματος με συχνή αλλαγή θέσεως,συχνό πλύσιμο και έγκαιρη θεραπεία των δυσαισθησιών.	-Καταγράφηκε το ιστορικό του ασθενούς για τυχόν ύπαρξη μη φυσιολογικών αισθήσεων και διαπιστώθηκε αιμωδία στα κάτω άκρα. -Έγινε αξιολόγηση των ευρημάτων της νευρολογικής εξέτασης και λήφθηκαν μέτρα για αποφυγή κακώσεων,εγκαυμάτων και μολύνσεων του δέρματος. - Αλλαγή θέσεως κάθε 2 ώρες για αποφυγή ασκήσεως πίεσης στα σημεία που παρουσιάζεται ερυθρότητα και υπαισθησία καθώς και πλύσιμο ανά 3ωρο των άκρων.	-Με τη διαρκή φροντίδα και διδασκαλία του ασθενούς προλήφθηκαν τα προβλήματα που προκαλούν οι αισθητικές διαταραχές και εντοπίζονται έγκαιρα οι νεοεμφανιζόμενες διαταραχές.

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα- ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
4. Έντονη κόπωση	- Όσο το δυνατόν γρηγορότερη αποκατάσταση των δυνάμεων του ασθενούς.	<p>- Να κοιμάται κανονικές ώρες και να αποφεύγει το ξενύχτι μέχρι αργά την νύχτα.</p> <p>- Να αναγνωρίζει τα όριά του που μπορεί να διαφέρουν από μέρα σε μέρα και να έχει ελαστικότητα στο πρόγραμμα του ώστε να μπορεί να διαμορφωθεί ανάλογα.</p> <p>- Συνεννόηση του νοσηλευτή με τον εργοθεραπευτή έτσι ώστε ο ασθενής να παραμένει λειτουργικός και αυτόνομος κατά την διάρκεια της ημέρας.</p>	<p>-Έγινε τήρηση σωστού ωραρίου ύπνου.</p> <p>-Αναγνώριση των ορίων του και ελαστικότητα του προγράμματός του.</p> <p>-Έγινε έναρξη προγράμματος εργοθεραπείας έτσι ώστε ο ασθενής να παραμένει λειτουργικός και αυτόνομος κατά την διάρκεια της ημέρας.</p>	<p>- Με την σωστή τήρηση του ωραρίου για ύπνο ,τον κατάλληλο προγραμματισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων και των περιόδων ξεκούρασης ο ασθενής έγινε πιο ξεκούραστος.</p> <p>-Μετά την έναρξη εργοθεραπείας ο ασθενής εμφάνισε βελτίωση.</p>

		<p>-Χορήγηση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής για την δραστικότερη αντιμετώπιση αυτού του συμπτώματος.</p>	<p>-Χορηγήθηκε υδροχλωρική αμανταδίνη (Symmetrel) 100 mg ανά 12ωρο τις πρώτες 4 ημέρες και έπειτα 100 mg ανά 8ωρο για μια εβδομάδα.</p>	<p>-Ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα μετά τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής.</p>
--	--	---	---	--

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα- ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
5.Ανορεξία λόγω έντονου άγχους	<ul style="list-style-type: none"> -Επαναφορά της επιθυμίας του ασθενούς για λήψη τροφής. -Αποφυγή προβλημάτων λόγω καχεξίας. -Τόνωση του ηθικού του ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> -Σχεδιασμός κατάλληλου διαιτολογίου. -Περιποίηση στοματικής κοιλότητας σε περίπτωση εμέτου. -Έλεγχος ζωτικών σημείων. -Έλεγχος ηλεκτρολυτών. -Χορήγηση βιταμινών για βελτίωση της όρεξης σύμφωνα με ιατρική οδηγία. -Συχνός έλεγχος σωματικού βάρους. -Ψυχολογική υποστήριξη για τόνωση του ασθενούς και αποδοχή της νόσου του. 	<ul style="list-style-type: none"> -Μετά από συνεννόηση με τον διαιτολόγο φροντίστηκε ο ασθενής να λαμβάνει μικρά και συχνά γεύματα. -Η διαίτά του περιλαμβάνει τροφές πλούσιες σε πρωτεΐνες και βιταμίνες όπως κρέας,γάλα,αυγά,ωμά φρούτα και λαχανικά. -Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας με διάλυμα Hexalen μετά από κάθε έμετο και εξασφαλίστηκε η ύπαρξη νεφροειδούς στο κομοδίνο του ασθενούς. -Έγινε έλεγχος των ζωτικών σημείων κάθε 3 ώρες. -Έγινε λήψη δείγματος αίματος για έλεγχο του επιπέδου 	<ul style="list-style-type: none"> -Ο ασθενής με την εξασφάλιση επαρκούς και σωστής θρέψης απόφυγε προβλήματα αδυναμίας και κόπωσης και το σωματικό του βάρος παρέμεινε σε φυσιολογικά επίπεδα. -Ο ασθενής βλέπει ρεαλιστικά την κατάστασή του και προσαρμόστηκε στα καινούργια δεδομένα της ζωής του,με την ψυχολογική υποστήριξη που του δόθηκε.

			<p>ηλεκτρολυτών καθώς έγινε και περαιτέρω αιματολογικός έλεγχος χωρίς εύρεση άλλου προβλήματος.</p> <ul style="list-style-type: none">-Χορηγήθηκαν βιταμίνες για βελτίωση της όρεξης του ασθενούς μετά από ιατρική οδηγία.-Ελέγχθηκε το σωματικό βάρος του ασθενούς σε καθημερινή βάση.-Ενημερώθηκε ο ασθενής με απλό και κατανοητό τρόπο για τη φύση της ασθένειάς του και απαντήθηκαν με ακρίβεια όλες οι ερωτήσεις που έθεσε.	
--	--	--	--	--

7.5 ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Η ασθενής Ε.Ν εισήλθε στη Νευρολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Γ.ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ»στις 6/9/11.Η ηλικία της ασθενούς είναι 23 ετών.Κατά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο η ασθενής παρουσίαζε τα εξής συμπτώματα:θάμβος οράσεως στον αριστερό οφθαλμό,δυσαρθρία,δυσκοιλιότητα,αιφνίδια πληγία κάτω άκρων και διαταραγμένη κρίση και κατανόηση. Έπειτα πραγματοποιήθηκαν λήψη ιστορικού,φυσική εξέταση και οι παρακάτω εξετάσεις:Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού,παρακέντηση Ε.Ν.Υ,οπτικά πεδία,προκλητά δυναμικά και ψυχιατρική εκτίμηση.Διαπιστώθηκε ότι η ασθενής πάσχει από Σκλήρυνση Κατά Πλάκας περίπου 7 μήνες.

Ακολουθεί η νοσηλευτική διεργασία του περιστατικού:

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα- ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
1.Θάμβος οράσεως	-Επαναφορά της οράσεως σε όσο το δυνατόν φυσιολογικά επίπεδα.	-Αξιολόγηση οπτικής ικανότητας. -Ακριβής καταγραφή των ευρημάτων για να δοθεί η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. -Νευρολογική εκτίμηση από νευρολόγο. -Οφθαλμολογική εκτίμηση από οφθαλμίατρο.	-Αξιολογήθηκε η οπτική ικανότητα της ασθενούς και διαπιστώθηκε ότι βλέπει 5 με άριστα το 10. -Έγινε καταγραφή των ευρημάτων και διαπιστώθηκε ότι η ασθενής πάσχει από οπτική νευρίτιδα. -Εξετάστηκε από οφθαλμίατρο και νευρολόγο και έγινε έναρξη χορήγησης κορτιζόνης ενδοφλεβίως για 5 ημέρες και έπειτα ταμπλέτες Medrol για 3 εβδομάδες με σταδιακή μείωση της δόσολογίας.	-Μετά τη λήψη των προαναφερθέντων μέτρων η κατάσταση της ασθενούς βελτιώθηκε και η όρασή της επανήλθε 8 στα 10.

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα- ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
2. Δυσαρθρία	- Επαναφορά της όσο το δυνατόν φυσιολογικής λειτουργίας της αρθρώσεως.	-Συνεργασία του νοσηλευτή με τον λογοθεραπευτή για έναρξη λογοθεραπείας. -Ενθάρρυνση της ασθενούς να προσπαθεί να ολοκληρώνει τις προτάσεις της. -Συχνή επικοινωνία ασθενούς και νοσηλευτή. -Ενημέρωση των συγγενών της ασθενούς για συνεχή επικοινωνία μαζί της και ψυχολογική υποστήριξη.	-Έγινε έναρξη προγράμματος λογοθεραπείας. -Ενθαρρύνθηκε η ασθενής να προσπαθεί να επικοινωνεί περισσότερο τόσο με τους νοσηλευτές όσο και με τους συγγενείς της.	-Μετά την έναρξη της λογοθεραπείας και της συχνής επικοινωνίας με το νοσηλευτικό προσωπικό και το οικογενειακό της περιβάλλον η ασθενής εμφανίζει βελτίωση στο λόγο και αισθάνεται καλύτερα ψυχολογικά.

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα- ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
3.Δυσλειτουργία εντέρου(δυσκοιλιότητα)	- Επαναφορά της όσο το δυνατόν φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου.	-Διδασκαλία της ασθενούς για διαπαιδαγώγηση του εντέρου και κένωσή του σε ορισμένη ώρα. -Χορήγηση τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες. -Επαρκής χορήγηση υγρών. -Χορήγηση υπακτικών φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού. -Μεταχείριση της ασθενούς με λεπτότητα και δυνατότητα έκφρασης των συναισθημάτων της.	-Η κένωση του εντέρου γίνεται κατά τις πρωινές ώρες γύρω στις 8-10π.μ. -Χορηγήθηκαν γεύματα πλούσια σε φυτικές ίνες όπως όσπρια,δημητριακά και ορισμένα λαχανικά. -Εξασφαλίστηκε επαρκής πρόσληψη υγρών με ημερήσια κατανάλωση τουλάχιστον 2 λίτρων. -Χορηγήθηκε 1 δισκίο Dulcolax πριν τη βραδυνή κατάκλιση για 5 ημέρες. -Η ασθενής μπόρεσε να εκφράσει τα συναισθήματά της.	-Μετά τη λήψη των παραπάνω μέτρων η λειτουργία του εντέρου επανήλθε όσο το δυνατόν σε φυσιολογικά επίπεδα.

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα- ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
4.Αιφνίδια πληγία κάτω άκρων	<ul style="list-style-type: none"> - Βελτίωση της κινητικότητας των κάτω άκρων και αποφυγή της επιδείνωσής της. -Μείωση του πόνου. 	<ul style="list-style-type: none"> -Εφαρμογή φυσικοθεραπείας. -Διδασκαλία για την διατήρηση της κινητικότητας. -Λήψη αναλγητικών για μείωση του πόνου. 	<ul style="list-style-type: none"> -Έγινε έναρξη φυσικοθεραπείας με εκτέλεση ενεργητικών και παθητικών κινήσεων καθώς έγινε και επίδειξη ασκήσεων στην ασθενή ώστε να εξασφαλιστεί η συνέχεια της θεραπείας. -Χορηγήθηκε Deron(παρακεταμόλη) των 500 mg 3 φορές ημερησίως ώστε να μειωθεί ο πόνος. 	<ul style="list-style-type: none"> -Μετά τη λήψη των παραπάνω μέτρων η ασθενής εκτέλεσε το πρόγραμμα φυσικοθεραπείας και παρουσίασε βελτίωση της κίνησης καθώς και με τη λήψη των αναλγητικών παρουσιάστηκε σημαντική μείωση του πόνου.

Νοσηλευτική διάγνωση (προβλήματα- ανάγκες)	Αντικειμενικοί σκοποί	Προγραμματισμός φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>5. Διαταραγμένη κρίση και κατανόηση</p>	<p>-Βοήθεια της ασθενούς να κατανοήσει τη φύση της ασθένειάς της και να μπορέσει να την αντιμετωπίσει.</p>	<p>-Ετοιμότητα του νοσηλευτή να απαντήσει με ακρίβεια στις ερωτήσεις της ασθενούς. -Παροχή ενθάρρυνσης η οποία να στηρίζεται πάνω σε ρεαλιστικές βάσεις. -Δημιουργία κατάλληλου κλίματος ώστε η ασθενής να εκφράσει τα συναισθήματά της. -Βοήθεια της ασθενούς για εξασφάλιση ενίσχυσης από την πολιτεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες.</p>	<p>-Απαντήθηκαν με ακρίβεια οι ερωτήσεις της ασθενούς. -Ενθαρρύνθηκε η ασθενής να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει την ασθένειά της. -Δημιουργήθηκε κατάλληλο κλίμα ώστε να μπορεί να εκφράσει τα συναισθήματά της. -Η ασθενής ήρθε σε επαφή με κοινωνικές υπηρεσίες.</p>	<p>-Η ασθενής κατανόησε τη φύση της ασθένειάς της και προσπαθεί να την αντιμετωπίσει.</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συμπεράσματα

1. Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας αποτελεί μια χρόνια νόσο της οποίας η πλήρης θεραπεία δεν έχει ανευρεθεί ακόμα.
2. Πολλά από τα συμπτώματά της μπορούν να αντιμετωπιστούν με σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους και να επιβραδυνθεί η εξέλιξη της νόσου.
3. Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας είναι μια ασθένεια που επηρεάζει όχι μόνο τον ίδιο τον πάσχοντα αλλά και το άμεσο οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον.
4. Τα συμπτώματα της νόσου είναι ποικιλόμορφα και διαφέρουν από άνθρωπο σε άνθρωπο.Κάθε ασθενής αντιδρά διαφορετικά,ανάλογα με τη βαρύτητα,την οικογενειακή,οικονομική και ψυχολογική του κατάσταση.
5. Σημαντικό ρόλο για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς παίζουν το περιβάλλον στο οποίο ζει και οι επιστήμονες υγείας που τον παρακολουθούν,ώστε να μπορεί να αποδεχτεί τη νόσο του και να ανταποκριθεί καλύτερα στη θεραπευτική του αγωγή.
6. Κάθε νέος ασθενής αντιδρά διαφορετικά και οι σκέψεις του καθενός πρέπει να εκφράζονται ανοιχτά.
7. Οι άνθρωποι με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας πρέπει να είναι ενήμεροι για τα δικαιώματά τους έτσι ώστε να μπορούν να επεκτείνουν τις προοπτικές και τις ευκαιρίες τους καθώς και να λάβουν προσανατολισμό και κατάλληλες συμβουλές για τις ανάγκες τους.
8. Οι άνθρωποι που πάσχουν από αυτή τη νόσο πρέπει να μάθουν να ζουν κάθε στιγμή της ζωής τους με πάθος καθώς κάθε στιγμή είναι μοναδική και δεν επαναλαμβάνεται.
9. Οι ασθενείς που νοσούν από ΣΚΠ,έχουν μάθει να ζουν με δυο τρόπους.Ορισμένοι ζουν τη ζωή τους φυσιολογικά σα να μην συμβαίνει τίποτα,χωρίς καθόλου περιορισμούς και πιθανότητα θανάτου.Αυτοί οι ασθενείς έχουν βρεί το νόημα της ζωής.Οι υπόλοιποι πέφτουν σε κατάθλιψη και ζουν περιμένοντας μήπως πάθουν τις χειρότερες συνέπειες που μπορεί να προκαλέσει η ασθένεια.
10. Πρέπει να τονιστεί ότι η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας:
 - Δεν είναι μεταδοτική νόσος
 - Δεν μειώνει το προσδόκιμο επιβίωσης
 - Δεν είναι κληρονομική πάθηση

Προτάσεις

1. Οι φορείς υγείας σε συνεργασία με το περιβάλλον του ασθενούς πρέπει να βοηθήσουν τον ασθενή να κατανοήσει ότι η εξέλιξη της πορείας της νόσου του είναι μη αναστρέψιμη,ώστε να μπορέσει να αποδεχτεί ότι η ζωή του πρέπει να προσαρμοστεί στην καινούργια αυτή κατάσταση.
2. Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας διαφέρει από περίπτωση σε περίπτωση και θα πρέπει η προσέγγιση προς τον κάθε ασθενή να γίνεται όχι μόνο με επιστημονική συνείδηση,αλλά και με μεγαλύτερο ενδιαφέρον και κατανόηση για το συνάνθρωπο που πρέπει να πορευθεί με τα καινούργια δεδομένα που του επιβάλλει η ασθένεια.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Dewit Susan. Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική Έννοιες και Πρακτική. Μετάφραση-επιμέλεια Λαμπρινού Αικατερίνη και Λεμονίδου Χρυσούλα. Τόμος 1^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 2009. σ. 832-834
2. www.mssociety.gr. Σύλλογος ατόμων με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας. 10/05/11
3. Desporoulos, Silbernagl. Νεύρο και μυς. Κεντρικό νευρικό σύστημα. Εγχειρίδιο φυσιολογίας. Μετάφραση-επιμέλεια Κωστόπουλος. Επίτομος. Έκδοση 3^η. Εκδόσεις Λίτσα. Αθήνα 1990. σ. 272-274
4. Μακρής Νικόλαος. Νευρολογία. Σημειώσεις για τους σπουδαστές του Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Πατρών. Πάτρα 2000. σ. 5-11
5. Ζήσης Θεόδωρος. Νευρικό Σύστημα Ανατομία II. Πάτρα 2000. σ. 57-59
6. Ενημερωτικό έντυπο. British Multiple Sclerosis Society. Μετάφραση-επιμέλεια Χαρά Παπαδοπούλου
7. <http://www.disabled.gr>. Σκλήρυνση Κατά Πλάκας. National Institute of Neurological Disorders and Stro. 04/08/11
8. Μυλωνάς Ιωάννης. Επιδημιολογία Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας. Πρακτικά 5^{ης} Μετεκπαιδευτικής Ημερίδας Νευρολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών. Επίτομος. Έκδοση 1^η. Επιμέλεια εκδόσεως Παπαπετρόπουλος Θ. Πάτρα 1996. σ. 11-13
9. Κουτσοράκη Ευφροσύνη. 13^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νευρολογίας. Περιοδικό Εγκέφαλος Αρχεία Νευρολογίας και Ψυχιατρικής. Τεύχος 1^ο. Τόμος 31. Έκδοση Συλλόγου Εγκέφαλος. Αθήνα 1995. σ. 103-111
10. www.msif.org. Διεθνής Ομοσπονδία για τη Σκλήρυνση Κατά Πλάκας. 10/01/11
11. www.homeopathy.gr. Ελληνική Εταιρεία Ομοιοπαθητικής Ιατρικής. 15/06/11
12. Κουντούρης Δημήτριος. Aboutsclerosis.blogspot.com. 25/07/11
13. Κεκάτος Ελευθέριος. Σκλήρυνση Κατά Πλάκας Φυσικοθεραπευτική Φροντίδα. Επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Παρισιάνου. Αθήνα 2001. σ. 30-34, 53-69, 281-290
14. Warren Sharon and Warren Kenneth G. Πολλαπλή Σκλήρυνση. Μετάφραση-επιμέλεια Δήμος-Δημήτριος Μητσικώστας. Επίτομος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα 1995. σ. 58
15. Κούτσης Γεώργιος και συνεργάτες. Η κλινική χρησιμότητα της μαγνητικής τομογραφίας στη Σκλήρυνση Κατά Πλάκας. Περιοδικό Εγκέφαλος. Τόμος 48. Τεύχος 4. Έκδοση Συλλόγου Εγκέφαλος. Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2011

16. Φεζουλίδης Ιωάννης.Νευροακτινολογικά ευρήματα. Πρακτικά 5^{ης} Μετεκπαιδευτικής Ημερίδας Νευρολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών. Επίτομος.Έκδοση 1^η. Επιμέλεια εκδόσεως Παπαπετρόπουλος Θ.Πάτρα 1996.σ.31-37
17. Runge S.M. and Reganti M.A. Παθολογία βασικές αρχές 2. Τόμος 2^{ος}. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα 2009. σ. 776,777
18. Simonsen Terje and Aarbakke Jarle et all.Νοσηλευτική Φαρμακολογία.Μετάφραση-επιμέλεια Τσιρώνη Μαρία.Επίτομος.Έκδοση 1^η.Εκδόσεις Πασχαλίδης.Αθήνα 2009.σ.132,133
19. Μπαλογιάννης Σ.Θεραπεία Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας. Πρακτικά 5^{ης} Μετεκπαιδευτικής Ημερίδας Νευρολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών. Επίτομος.Έκδοση 1^η. Επιμέλεια εκδόσεως Παπαπετρόπουλος Θ.Πάτρα 1996.σ.80-92
20. Bowling Allen C.Complementary and Alternative Medicine and Multiple Sclerosis.Επίτομος.Έκδοση 2^η.Εκδόσεις Demos.New York 2000.σ.29-32,70-73,350-352
21. www.efthymiades.academy.gr.Ιατρικά θέματα.23/12/11
22. Μαθιόπουλος Αντώνιος.<http://www.iator.gr>. 09/01/11
23. www.disabled.gr.Κάζης Αριστείδης.Ομιλία για τη μεταμόσχευση μυελού των οστών ως τη νέα θεραπευτική μέθοδο για τη Σκλήρυνση Κατά Πλάκας η οποία εφαρμόζεται στο νοσοκομείο Γ.Παπανικολάου.10/10/09
24. Λαγός Γεώργιος.Αντιμετώπιση παροξυντικών εκδηλώσεων τρόμου και σπαστικότητας.Πρακτικά 5^{ης} Μετεκπαιδευτικής Ημερίδας Νευρολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών.Επίτομος.Έκδοση 1^η. Επιμέλεια εκδόσεως Παπαπετρόπουλος Θ.Πάτρα 1996.σ.101-110
25. Λιουνάκος Ηλίας.www.fda.gov. 22/09/11
26. News medical.Περιοδικό Αναπηρία Τώρα.Σεξ και σεξουαλικότητα.Τεύχος 80.Εκδόσεις Βουλγαρόπουλος Νικόλαος.Αθήνα 2011.σ.25
27. www.healthview.gr.BBC news.15/06/11
28. <http://clubs.pathfinder.gr/MS>. Οι στατίνες και ο ρόλος τους στη πολλαπλή σκλήρυνση.20/06/11
29. Γρηγοράκης Δημήτριος.Διατροφή και Σκλήρυνση Κατά Πλάκας.Επίτομος.Εκδόσεις Βήτα.Αθήνα 2003.σ.45-52
30. www.MS-Network.gr.ΣΚΠ και σύντροφοι.14/08/11
31. Κερασνούδης Αντώνιος.www.iatronet.gr. 09/12/11
32. Ανδριοπούλου Βασιλική.www.iasophysio.gr.31/01/11

33. www.ccsvitalk.gr. Παγκόσμιες οικονομικές επιπτώσεις της ΣΚΠ. 27/12/11

34. Σαββοπούλου Γεωργία. Βασική Νοσηλευτική. Επίτομος. Έκδοση 5^η. Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ». Αθήνα 2006. σ. 141, 142