



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλος Εργασίας:

Σκλήρυνση κατά πλάκας

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

Καταγής Σπυρίδων
Εργαστηριακός συνεργάτης

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:

Βασιλειάδη Πολυξένη
Μαρκεσίνη Ευφροσύνη

ΠΑΤΡΑ 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | Σελ. |
|--|------|
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ | 6 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 9 |
| | |
| Κεφάλαιο 1: Ανατομία-Φυσιολογία Νευρικού συστήματος | |
| 1.1. Ανατομική δομή του νευρικού συστήματος | 12 |
| 1.2. Φυσιολογική δομή του νευρικού συστήματος | 14 |
| 1.3. Απομυελίνωση | 15 |
| 1.4. Απομυελινωτικές νόσοι | 15 |
| | |
| Κεφάλαιο 2: Σκλήρυνση κατά πλάκας | |
| 2.1. Ορισμός | 18 |
| 2.2. Ιστορική αναδρομή | 18 |
| 2.3. Μορφές της σκλήρυνσης | 20 |
| | |
| Κεφάλαιο 3: Αίτια-προδιαθεσικοί παράγοντες | |
| 3.1. Αιτιοπαθογένεια | 22 |
| 3.2. Προδιαθεσικοί παράγοντες | 22 |
| 3.3. Επιδημιολογία | 24 |
| 3.3.1. Επιδημιολογία σε παγκόσμιο επίπεδο | 25 |
| 3.3.2. Επιδημιολογία στην Ελλάδα | 25 |
| | |
| Κεφάλαιο 4: Σκλήρυνση κατά πλάκας-κλινική εικόνα | |
| 4.1. Κλινική εικόνα-συμπτωματολογία | 28 |
| 4.1.1. Σπανιότερες εκδηλώσεις σκλήρυνσης κατά πλάκας | 31 |
| 4.2. Πορεία της νόσου | 32 |
| 4.3. Πρόγνωση της νόσου | 33 |
| | |
| Κεφάλαιο 5: Διαγνωστική προσέγγιση | |
| 5.1. Διάγνωση της νόσου | 36 |
| 5.2. Διαφορική διάγνωση | 37 |
| 5.3. Διαγνωστικές εξετάσεις | 38 |

Κεφάλαιο 6: Θεραπευτική προσέγγιση

| | |
|---|----|
| 6.1. Θεραπεία | 44 |
| 6.1.1. Συμπτωματική θεραπεία | 49 |
| 6.1.2. Υδροθεραπεία | 50 |
| 6.1.3. Φυσικοθεραπεία | 52 |
| 6.2. Θεραπευτικές ιδιότητες της κάνναβης στη σπαστικότητα | 53 |
| 6.3. Αυτομεταμόσχευση αιμοποιητικών προβαθμίδων | 54 |
| 6.4. Αποκατάσταση | 54 |
| 6.5. Εναλλακτική ιατρική | 56 |

Κεφάλαιο 7: Η διατροφή στην σκλήρυνση κατά πλάκας

| | |
|--|----|
| 7.1. Η διατροφή ως αιτιολογικός παράγοντας | 59 |
| 7.2. Η διατροφή στην αντιμετώπιση της σκλήρυνση κατά πλάκας | 60 |
| 7.3. Θρεπτικά συστατικά που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της ΣΚΠ | 61 |

Κεφάλαιο 8: Οικογενειακό περιβάλλον και σκλήρυνση κατά πλάκας

| | |
|---|----|
| 8.1. Οικογένεια και σκλήρυνση κατά πλάκας | 64 |
| 8.2. Οικογενειακός προγραμματισμός | 65 |
| 8.3. Επαφή με τα παιδιά | 66 |
| 8.4. Συμβιώνοντας με την πάθηση | 67 |
| 8.4.1. Μητρότητα και σκλήρυνση κατά πλάκας | 67 |
| 8.4.2. Σακχαρώδης διαβήτης και σκλήρυνση κατά πλάκας | 68 |
| 8.4.3. Σεξουαλική δραστηριότητα και σκλήρυνση κατά πλάκας | 69 |
| 8.4.4. Άσκηση και σκλήρυνση κατά πλάκας | 70 |
| 8.5. Ψυχολογικές επιδράσεις της σκλήρυνση κατά πλάκας | 70 |

Κεφάλαιο 9: Νοσηλευτική παρέμβαση στη σκλήρυνση κατά πλάκας

| | |
|--|----|
| 9.1. Νοσηλευτική παρέμβαση στον ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας | 73 |
| 9.1.1. Σκοποί της Νοσηλευτικής Φροντίδας | 73 |
| 9.1.2. Γενικά προβλήματα αρρώστου | 74 |
| 9.1.3. Νοσηλευτική διαδικασία | 75 |
| 9.2. Πλεονεκτήματα σχήματος χρόνιας Νοσηλευτικής Φροντίδας | 76 |
| 9.3. Οι Αρχές Οργάνωσης και Λειτουργίας της Νοσηλευτικής Φροντίδας | 77 |
| 9.4. Ολιστική και εξατομικευμένη Νοσηλευτική Φροντίδα σε ασθενείς | |

| | |
|--|----|
| με σκλήρυνση κατά πλάκας με τη μέθοδο | |
| της Νοσηλευτικής Διεργασίας | 79 |
| 9.4.1. 1 ^ο Περιστατικό με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας | 79 |
| 9.4.2. 2 ^ο Περιστατικό με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας | 85 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ | 91 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ | 94 |
| SUMMARY | 95 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 98 |

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

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

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

Η υγεία είναι ο άξονας που συνδέει τα δύο φαινόμενα: τη ζωή και το θάνατο, γύρω από τα οποία περιστρέφεται η διαδρομή του ανθρώπου στη γη. Η αξία της υγείας αναγνωρίζεται σαν κοινωνικό αγαθό. Η υγεία από όλους τους ανθρώπους θεωρείται πολύτιμο αγαθό της ζωής μας, θείο δώρο και η απώλεια της η μεγαλύτερη συμφορά. Η άγνοια βασικών αρχών υγιεινής που προφυλάσσουν και διατηρούν την ψυχοσωματική υγεία ή η παραμέληση τους, η άτακτη ζωή, και άλλοι παράγοντες συχνά οδηγούν στην αυτοκαταστροφή. Ενώ όλοι μας επιθυμούμε την υγεία λίγοι έχουμε συνειδητοποιήσει ότι η πραγμάτωση του πόθου αυτού σχετίζεται απόλυτα με την ορθή βιοτροπία, δηλαδή με το σωστό τρόπο ζωής.

Ο νοσηλευτής ετοιμάζεται να βοηθήσει τον άρρωστο ή το δυνητικά άρρωστο να κάνει το σύνολο των απαραίτητων προσαρμογών για την υποστήριξη των υποκείμενων φυσιολογικών διεργασιών και για τους συμβιβασμούς στον κόσμο οπου υπάρχει. Μόνο ο νοσηλευτής είναι σε θέση να βοηθήσει τον άρρωστο να διαπραγματευτεί με τα προβλήματα που δημιουργούν η απειλή της υγείας και η αρρώστια, ως ενοποιημένο σύνολο και ως μέλος μιας οικογένειας και μια κοινότητας, δηλαδή, ως μιας βιοψυχοκοινωνικής οντότητας με βασικές ανάγκες.

Ασθένειες υπάρχουν διαφόρων μορφών. Άλλες δημιουργούν έντονο πόνο αλλά διαρκούν λίγο και μετάθεραπεύονται. Κάποιες άλλες διαρκούν πολύ, έχουν λιγότερο πόνο και θεωρούνται ιάσιμες. Άλλες έχουν «ορατά» συμπτώματα και επηρεάζουν την κινητική συμπεριφορά μας και άλλες είναι υπαρκτές, αλλά έχουν αφανή συμπτώματα επηρεάζοντας τις ψυχολογικές μας αντιδράσεις. Είναι δυνατό να υπάρχουν και ασθενείς που έχουν συνδυασμό συμπτωμάτων και έτσι συναντάμε όλες τις προαναφερθείσες καταστάσεις και ακόμα πιο πολύπλοκες, που μπορεί να συνυπάρχουν σε μια μόνο

ασθένεια. Μία τέτοια ασθένεια είναι η σκλήρυνση κατά πλάκας, η οποία είναι χρόνια πάθηση του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού.

Η ιδιαιτερότητα της συνίσταται στο ότι ενώ επηρεάζει έντονα την κινητική συμπεριφορά έχει μια ποικιλόμορφη εκδήλωση με συμπτώματα διάφορα, που άλλοτε είναι εμφανή, δημιουργώντας συνθήκες αναπηρίας και άλλοτε αφανή ή ακαθόριστα. Προσβάλλει τον άνθρωπο στα πιο παραγωγικά του χρόνια (20 έως 50 ετών) και την πορεία της διακόπτουν πολλά διαλείμματα «υγείας» που μπερδεύουν ακόμη περισσότερο, δημιουργώντας συνθήκες αβέβαιης πρόγνωσης.

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία που ακολουθεί έχει ως αντικείμενο μελέτης την σκλήρυνση κατά πλάκας. Είναι χωρισμένη σε δύο μέρη: στο γενικό και το ειδικό.

Αρχικά περιλαμβάνουμε στην εργασία μας, βασικές πληροφορίες που αφορούν το νευρικό σύστημα και τις απομυελινωτικές νόσους. Πιο συγκεκριμένα αναφέρονται πληροφορίες για την ανατομική και φυσιολογική δομή του νευρικού συστήματος, οι οποίες μας βοηθούν να κατανοήσουμε τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος αυτού. Επίσης αναφέρονται οι απομυελινωτικές νόσοι.

Εν συνεχεία, δίδεται ο ορισμός της σκλήρυνσης κατά πλάκας, η ιστορική αναδρομή και οι μορφές της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Για την κατανόηση της νόσου εξηγούνται η αιτιολογία και οι προδιαθεσικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της. Για την πληρέστερη περιγραφή της νόσου δίδονται πληροφορίες για την επιδημιολογία διεθνώς και στην Ελλάδα, την κλινική εικόνα, την πορεία και την πρόγνωση της νόσου επιπλέον αναφέρονται οι σπανιότερες εκδηλώσεις της νόσου. Στην συνέχεια εκθέτονται αναλυτικά η διάγνωση, η διαφορική διάγνωση και οι διαγνωστικές εξετάσεις της νόσου.

Παρακάτω αναφέρονται η θεραπεία, η συμπτωματική θεραπεία, καθώς και εναλλακτικοί τρόποι θεραπείας. Επιπλέον γίνεται αναφορά στην διατροφή ως προδιαθεσικό παράγοντα αλλά και στην διατροφή για την αντιμετώπιση της ΣΚΠ. Στη συνέχεια αναφέρονται τα γενικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής με ΣΚΠ και ο σημαντικότερος ρόλος της οικογένειας μπροστά στη χρόνια νόσο.

Μέσα σε αυτή την ποικιλόμορφη και ανίατη ασθένεια η νοσηλευτική συμβολή είναι καθοριστικής σημασίας. Αφού τυχόν προβλήματα στην θεραπευτική προσέγγιση ο νοσηλευτής είναι αυτός που καλείται να τα αντιμετωπίσει. Φτάνοντας στο καίριο μέρος της φροντίδας του αρρώστου διατυπώνονται μια σειρά από αναλυτικές ενέργειες και νοσηλευτικούς χειρισμούς σε περίπτωση περιστατικού με ΣΚΠ. Επίσης γίνεται παρουσίαση της ολιστικής και εξατομικευμένης νοσηλευτικής παρέμβασης σε ασθενείς με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

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

Σκοπός της εργασίας μας είναι η ενημέρωση και η απόδειξη ότι, πολλά από τα συμπτώματα της πάθησης μπορούν να αντιμετωπιστούν και με την κατάλληλη θεραπεία μπορεί να επιτευχθεί η επιβράδυνση της εξέλιξης της νόσου. Η συμβολή της Νοσηλευτικής παρέμβασης είναι σημαντική όταν αυτή εφαρμόζεται σωστά-επιστημονικά και με ανθρώπινο ενδιαφέρον.

Κεφάλαιο 1^ο

Ανατομία- φυσιολογία νευρικού συστήματος

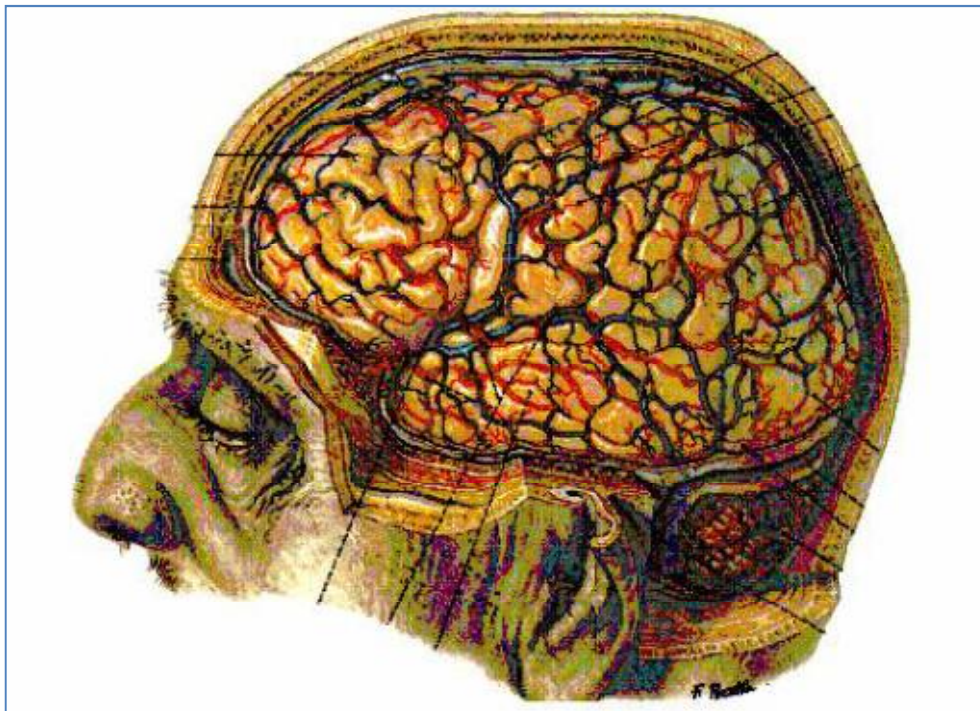
- **Ανατομία νευρικού συστήματος**
- **Φυσιολογία νευρικού συστήματος**
- **Απομυελίνωση**
- **Απομυελινωτικές νόσοι**

1.1. Ανατομική δομή του νευρικού συστήματος

Το νευρικό σύστημα διαιρείται σε κεντρικό, περιφερικό και αυτόνομο νευρικό σύστημα.

α) **Κεντρικό νευρικό σύστημα** το οποίο αποτελείται από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό. Ο εγκέφαλος μπορεί να διαιρεθεί στον τελικό εγκέφαλο, την παρεγκεφαλίδα, το εγκεφαλικό στέλεχος (αποτελούμενο από τον διεγκέφαλο, το μέσο εγκέφαλο, την γέφυρα και τον προμήκη μυελό). Μέσα στον εγκέφαλο περικλείονται επίσης, κοιλότητες που ονομάζονται κοιλίες του εγκεφάλου και περιέχουν το εγκεφαλονωτιαίο υγρό.

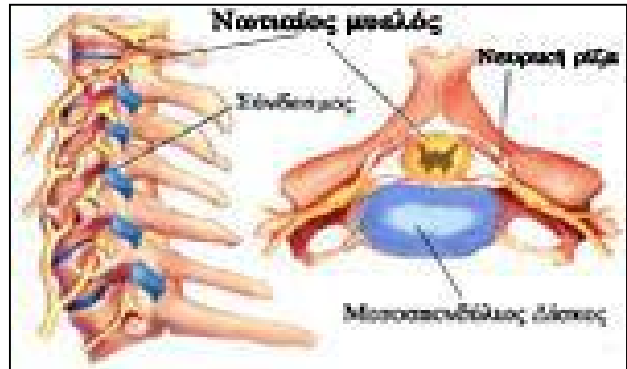
Ο **εγκέφαλος** βρίσκεται στην κρανιακή κοιλότητα και περιβάλλεται από τις μήνιγγες (σκληρά, αραχνοειδή, χοριοειδή) με τις οποίες στηρίζεται. Αποτελείται από τα εγκεφαλικά ημισφαίρια, την παρεγκεφαλίδα και το στέλεχος του εγκεφάλου και από τις κοιλίες που είναι χώροι γεμάτοι με εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Τα επιμέρους τμήματα του εγκεφαλικού στελέχους είναι ο διεγκέφαλος, ο μεσεγκέφαλος, η γέφυρα και ο προμήκης μυελός.



Ο **νωτιαίος μυελός** είναι συνέχεια του προμήκη μυελού και αρχίζει από τον πρώτο αυχενικό σπόνδυλο μέχρι το άνω χείλος του δεύτερου οσφυϊκού. Έχει μήκος 45 περίπου cm, σχήμα κυλινδρικό, πάχος μικρού δακτύλου και βρίσκεται μέσα στο σπονδυλικό

σωλήνα, περιβαλλόμενος από ΕΝΥ. Αποτελείται από τη φαιά ουσία που καταλαμβάνει το κέντρο και μέσα σε αυτή βρίσκονται τα κύτταρα, και τη λευκή που βρίσκεται γύρω από τη φαιά. Στη λευκή προχωρούν οι νευρικές «οδοί», δηλαδή οι αποφύσεις των νευρικών κυττάρων, οι οποίες έρχονται από τον εγκέφαλο ή κατευθύνονται προς αυτόν.

β) **Το περιφερικό νευρικό σύστημα** περιλαμβάνει τους αισθητικούς υποδοχείς για τα διάφορα είδη ερεθισμάτων, την περιφερική μοίρα των νωτιαίων και εγκεφαλικών νευρών, καθώς επίσης και όλα τα περιφερικά τμήματα του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Τα αισθητικά νεύρα μεταφέρουν πληροφορίες στο Κ.Ν.Σ.

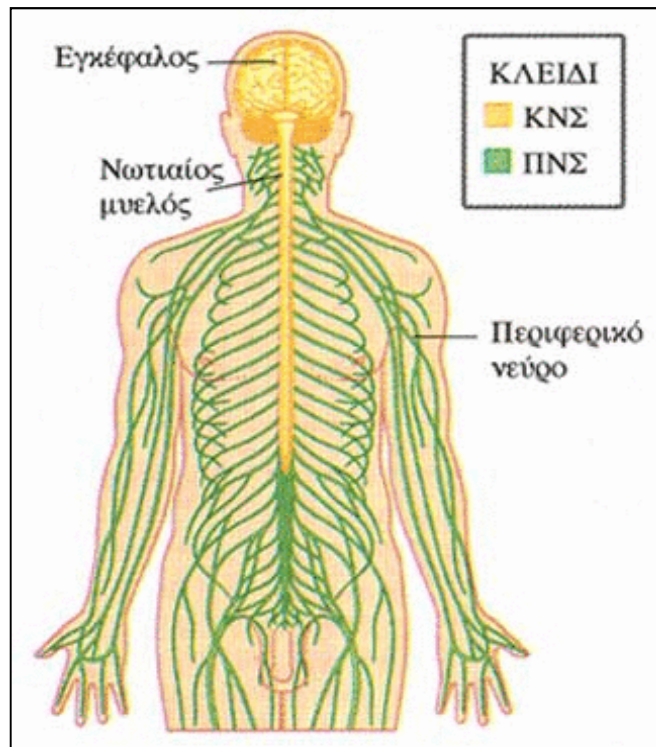


Αντιθέτως τα περιφερικά κινητικά νεύρα μεταφέρουν πληροφορίες από Κ.Ν.Σ. σε περιφερικούς ιστούς. Τα περιφερικά γάγγλια είναι ομάδες νευρικών κυττάρων που σχηματίζουν μικρούς όζους ή συσσωματώματα έξω από το Κ.Ν.Σ.

γ) **Τα αυτόνομο νευρικό σύστημα** ρυθμίζει και ελέγχει τις σπλαχνικές λειτουργίες, συμπεριλαμβανομένης της καρδιακής συχνότητας, της αρτηριακής πίεσης, της πέψης, της ρύθμισης της θερμοκρασίας του σώματος και της αναπαραγωγικής λειτουργίας. Το αυτόνομο νευρικό σύστημα υποδιαιρείται σε συμπαθητικό και παρασυμπαθητικό σύστημα.

Το συμπαθητικό σύστημα διαθέτει κέντρα τα οποία βρίσκονται στη θωρακοσφυϊκή μοίρα του νωτιαίου μυελού και μάλιστα στα πλάγια κέρατα αυτού.

Το παρασυμπαθητικό σύστημα διαθέτει κέντρα τα οποία βρίσκονται σε ορισμένα σημεία του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού.^{2,3}



1.2 Φυσιολογική δομή του νευρικού συστήματος

Το νευρικό σύστημα του ανθρώπου (Ν.Σ.) περιέχει περίπου 10 δισεκατομμύρια νευρώνες. Οι περισσότεροι νευρώνες έχουν τα ακόλουθα μέρη : κυτταρικό σώμα, έναν ή περισσότερους δενδρίτες και έναν νευράξονα.

- i. Οι δενδρίτες δέχονται ερεθίσματα (νευρικές ώσεις) από άλλα νευρικά κύτταρα.
- ii. Ο νευράξονας που έχει πολύ μεγαλύτερο μήκος μεταφέρει σε άλλο νευρικό ή μυϊκό κύτταρο τις νευρικές ώσεις.
- iii. Τα τελικά κομβία ή τελοδένδρια περιέχουν κοκκία ή κυστίδια.

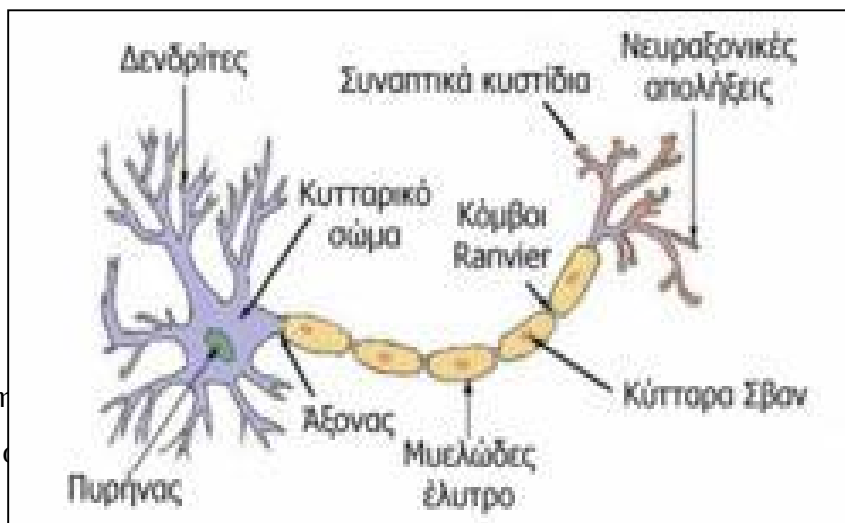
Πέρα από τους νευρώνες το νευρικό σύστημα, περιέχει και τα κύτταρα της νευρογλοίας. Είναι πολυάριθμα κύτταρα και σε αριθμό είναι περίπου 10 φορές περισσότερα από τους νευρώνες. Τα κύτταρα του Schwann που επενδύουν τους νευράξονες διαχωρίζονται σαν νευρογλοία.

Στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Κ.Ν.Σ.) υπάρχουν τρεις τύποι Νευρογλοίας :

- i. Μικρόγλοια : είναι κύτταρα «σκουπιδιάρηδες» που εισέρχονται στο Κ.Ν.Σ από την κυκλοφορία.
- ii. Ολιγοδενδρογλοία : είναι κύτταρα τα οποία εμπλέκονται στην παραγωγή μυελίνης.
- iii. Αστροκύτταρα : βρίσκονται στο εγκέφαλο προσκολλημένα στα αγγεία. Η λειτουργία τους παραμένει αδιευκρίνιστη.³

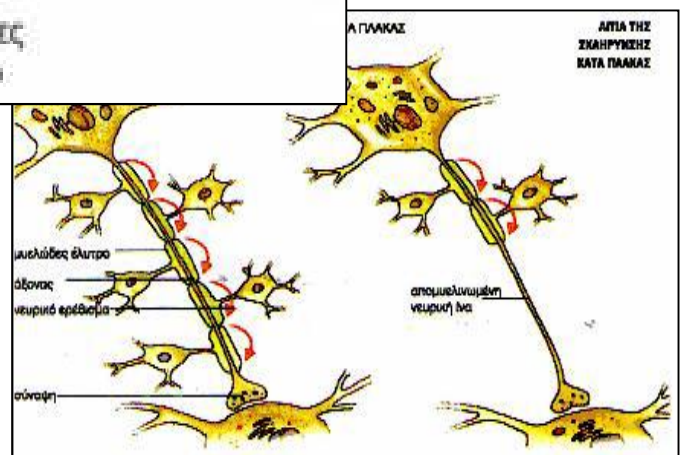
1.3

Η μυελίνη
νευρικές
άλλον,



μεταφέρουν

προστατευτικός μονωτής που επιτρέπει τη μεταβίβαση των ώσεων κατά μήκος των νευρών. Κατά μήκος αυτού του ελύτρου μυελίνης δημιουργούνται πλάκες, οι οποίες προκαλούν φλεγμονή. Όταν η μυελίνη διαβρωθεί από τη φλεγμονή και αντικατασταθεί από ουλώδη ιστό (απομυελίνωση), οι νευρικές



ώσεις δεν είναι δυνατόν να διατρέξουν τους καταστραμμένους νευρώνες. Έτσι οι μύες που νευρώνονται από τα προσβεβλημένα νεύρα δεν υποδέχονται τις ώσεις που χρειάζονται για να λειτουργήσουν με καλά συντονισμένο και δόκιμο τρόπο. Όταν η φλεγμονή υποχωρήσει, εμφανίζεται κάποια επαναμυελίνωση, ωστόσο συχνά αυτή είναι ατελής και η μεταβίβαση των ώσεων δεν είναι φυσιολογική.^{4,5}

1.4 Απομυελινωτικές νόσοι

Οι απομυελινωτικές νόσοι διακρίνονται σε φλεγμονώδεις και μη φλεγμονώδεις.

Οι φλεγμονώδεις ταξινομούνται ως εξής :

- i. Πολλαπλή σκλήρυνση (σκλήρυνση κατά πλάκας)
- ii. Παραλλαγές της πολλαπλής σκλήρυνσης
 - a) Κακοήθης οξεία μορφή (τύπος Marburg)
 - b) Οπτική νευρομυελίτιδα (νόσος Devic)
 - c) Συγκεντρική σκλήρυνση (νόσος Balot)
- iii. Οξεία διάσπαρτη εγκεφαλομυελίτιδα
- iv. Οξεία αιμορραγική λευκοεγκεφαλοπάθεια
- v. Προϊούσα πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια

Οι μη φλεγμονώδεις απομυελινωτικές νόσοι διακρίνονται σε :

- i. Δυσμυελινωτικές ή λευκοδυστροφίες
- ii. Τροφικές-τοξικές απομυελινωτικές νόσους^{6,7}

Κεφάλαιο 2^ο

Σκλήρυνση κατά πλάκας

- **Ορισμός**
- **Ιστορική αναδρομή**
- **Μορφές σκλήρυνσης κατά πλάκας**

2. Σκλήρυνση κατά πλάκας

2.1 Ορισμός

Η σκλήρυνση κατά πλάκας (Σ.Κ.Π., πολλαπλή σκλήρυνση-multiplesclerosis, M.S.) είναι η πιο κοινή νευρολογική πάθηση, η οποία ανήκει στις απομυελινωτικές νόσους και συνήθως χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες εστιακές ή πολυεστιακές προσβολές του κεντρικού νευρικού συστήματος (Κ.Ν.Σ.). Είναι χρόνια αυτοάνοση διαταραχή με υποτροπιάζοντα επεισόδια απομυελίνωσης –καταστροφής της μυελίνης των νευρικών ινών και με σχηματισμό πολλών μικρών πλακών στο Κ.Ν.Σ. Συγκεκριμένα αποσυντίθενται οι περιοχές της μυελίνης που περιβάλλουν τα νεύρα και η μυελίνη αντικαθίσταται από ουλώδη ιστό.

Στην Σ.Κ.Π. προσβάλλεται κυρίως η λευκή ουσία του Κ.Ν.Σ., ενώ η φαιά θίγεται σπάνια και μόνο από επέκταση. Τα περιφερικά νεύρα και οι ρίζες προσβάλλονται μερικώς ή καθόλου. Η απώλεια ελύτρου μυελίνης (ανάπτυξη πλάκας) σε μια περιοχή της λευκής ουσίας του εγκεφάλου, του εγκεφαλικού στελέχους ή του νωτιαίου μυελού πιστεύεται ότι εμποδίζει την μετάδοση των νευρικών ώσεων.

Η Σ.Κ.Π. χαρακτηρίζεται ως «διεσπαρμένη σε χρόνο και τόπο», με τυπικά γνωρίσματα που ερμηνεύουν αφενός την μεγάλη ποικιλομορφία των κλινικών συμπτωμάτων της και αφετέρου την πορεία της κατά ώσεις, με χαρακτηριστικές εξάρσεις και υφέσεις των κλινικών εκδηλώσεων της. Η Σ.Κ.Π. είναι πάθηση πολύπαραγοντικής αιτιολογίας, για την οποία έχει υποστηριχθεί ότι μπορεί να μην αποτελεί ενιαία νόσο αλλά σύνολο περισσότερων του ενός νοσημάτων. Πρόκειται για το συνηθέστερο νευρολογικό νόσημα της νεαρής ενήλικης ζωής, το οποίο προκαλεί αναπηρίες με μεγάλες κοινωνικοοικονομικές συνέπειες.^{6,8}

2.2 Ιστορική αναδρομή

Το πρώτο πιθανό περιστατικό Σ.Κ.Π. εμφανίζεται στην Ολλανδία το 1395 σε μια έφηβη 16 ετών, η οποία, ,μετά από μια πτώση στον πάγο κάνοντας πατινάζ, παρουσίασε διαπεραστικό πόνο και κινητικές διαταραχές στα πόδια. Μετά από μερικά χρόνια η αναπηρία αυξήθηκε, με επιδείνωση της κινητικής λειτουργίας, αισθητηριακές διαταραχές και διαλείπουσα τύφλωση στο ένα μάτι, Η ασθενής πέθανε το 1433.

Η επόμενη γνωστή περιγραφή της Σ.Κ.Π. χρονολογείται το 19 αιώνα, όταν δίνεται η πρώτη προσωπική μαρτυρία ασθενούς για την νόσο, μέσω του ημερολογίου του Sir Augustusd'Este, ο οποίος περιέγραψε την πορεία μιας νόσου που είχε διάρκεια 26 έτη και διαγνωστική αναδρομικά ως Σ.Κ.Π. Τα συμπτώματα που κατέγραψε ήταν αταξία, μούδιασμα από την μέση και κάτω, σπασμούς στην διάρκεια της νύχτας, μείωση της όρασης, αστάθεια βαδίσματος και γενικευμένη μυϊκή αδυναμία.

Σ' έναν από τους διάσημους νευρολόγους του δεύτερου μισού 19 αιώνα, τον Jean-Martin Charcot, αποδίδεται η πρώτη σαφής περιγραφή των κλινικών εκδηλώσεων της Σ.Κ.Π. και η συσχέτιση της κλινικής συμπτωματολογίας με τις παθολογοανατομικές αλλοιώσεις. Ο Charcot περιέγραψε λεπτομερώς την πλήρη συμπτωματολογία της Σ.Κ.Π. και την διαφοροποίησε οριστικά από την τρομώδη παράλυση. Υποστήριξε ότι Σ.Κ.Π. χαρακτηρίζεται από σπαστική παραπληγία, αταξία, τρόμο κατά τις εκούσιες κινήσεις, διαταραχές του λόγου, οφθαλμολογικές ανωμαλίες και νυσταγμό. Οι διαλέξεις του με θέμα «νευρικές παθήσεις» ήταν πολύ γνωστές και άσκησαν μεγάλη επιρροή σε πολλούς επιστήμονες. Ένας από αυτούς ήταν και ο Βιεννέζος νευρολόγος Sigmund Freud, ο οποίος, με αφορμή μια διάλεξη του Charcot στο Παρίσι, άρχισε να ενδιαφέρεται για την υστερία.

Στην συνέχεια, η νόσος άρχισε να αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο. Μέχρι και το 1904 είχαν ήδη δημοσιευτεί πάνω από 1100 σχετικές εργασίες. Το 1885, ο νευρολόγος Joseph Francois Felix Babinski παρουσίασε την διδακτορική του διατριβή με θέμα «μελέτη ανατομική και κλινική πάνω στην σκλήρυνση κατά πλάκας». Το όνομα του όμως έγινε γνωστό το 1896, όταν παρουσίασε μια εργασία πάνω στο «φαινόμενο των δακτύλων του ποδιού», στο οποίο αργότερα δόθηκε η ονομασία «αντανακλαστικό Babinski».

Στην Αγγλία, η νόσος περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1873 από τον Moxon και ονομάστηκε «νησιδική σκλήρυνση», όπως επιβεβαιώθηκε από τον William Gowers το 1888. Στην Γερμανία η νόσος ονομάστηκε «πολλαπλή σκλήρυνση».

Την εποχή στην οποία έζησαν και εργάστηκαν οι Charcot και Babinski, από τα μέσα του 19 αιώνα ως τις αρχές του 20 αιώνα, η κλινική νευρολογία ήκμασε και ανακαλύφθηκαν πολλές από τις γνωστές νευρολογικές παθήσεις. Σημεία και συμπτώματα έγιναν οδηγός για τη διαλεύκανση των μυστηρίων του Κ.Ν.Σ. Χάρη στη βοήθεια των ευρημάτων από το εγκεφαλονωτιαίο υγρό, των προκλητών δυναμικών και της μαγνητικής τομογραφίας, η παθολογική ανατομία διαδραμάτισε έναν πολύ σπουδαίο ρόλο στην τεκμηρίωση της κλινικής διάγνωσης.

Σήμερα μετά από 100 χρόνια περίπου, εξακολουθούμε να μην γνωρίζουμε ακριβώς την αιτία που προκαλεί τις σκληρυντικές βλάβες, οι οποίες είναι διάσπαρτες στον εγκέφαλο των ασθενών που εμφανίζουν Σ.Κ.Π.⁶

2.3 Μορφές της σκλήρυνσης

Γνωρίζουμε ότι η Σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μια προοδευτική πάθηση, η οποία είναι εντελώς διαφορετική από άνθρωπο σε άνθρωπο. Κάποιοι ασθενείς έχουν πολλές κρίσεις και άλλοι έχουν λιγότερες. Σε άλλους τα φωτεινά διαλείμματα υγείας είναι δυνατόν να κρατήσουν πολλούς μήνες και σε άλλους λιγότερο. Υπάρχουν τέσσερις κύριοι τύποι της πάθησης και μια μεγάλη ποικιλία μεταξύ αυτών.

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

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

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

4. **Πρωτευόντων προοδευτική:** Μερικοί ασθενείς εν έχουν την μορφή της κατά ώσεις εξέλιξη με περιόδους εξάρσεων και υφέσεων. Από την αρχή έχουμε μια προοδευτική επιδεινούμενη αναπηρία. Ο τύπος αυτός είναι γνωστός και ως χρόνιος εξελισσόμενος και αφορά το 15% των ασθενών.⁹

Κεφάλαιο 3^ο

Αίτια- Προδιαθεσικοί παράγοντες

- **Αιτιοπαθογένεια**
- **Προδιαθεσικοί παράγοντες**
- **Επιδημιολογία**
- **Επιδημιολογία διεθνώς**
- **Επιδημιολογία στην Ελλάδα**

3.1 Αιτιοπαθογένεια

Η αιτιολογία της ΣΚΠ παραμένει μέχρι στιγμής άγνωστη. Η επικρατέστερη θεωρία είναι ότι η ΣΚΠ αποτελεί επίκτητη αυτοάνοση νόσο με πολυπαραγοντική αιτιολογία. Πιθανολογείται ότι ένας ιός με μεγάλο χρόνο επώασης προκαλεί μια παθολογική ανοσολογική αντίδραση σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα και καταστρέφει τις πρωτεΐνες της μυελίνης.³ Έχει παρατηρηθεί κατά την εφηβική ηλικία ιογενή λοίμωξη, η οποία μετά από λανθάνουσα περίοδο περίπου 15 ετών οδηγεί στην κλινική εκδήλωση της MS. Ένα τμήμα των ασθενών με MS εμφανίζει αυξημένο τίτλο αντισωμάτων έναντι του ιού της ιλαράς στον ορό και το ENY. Μέχρι τώρα όμως δεν κατέστη δυνατή η απομόνωση ενός ιού, ούτε η μετάδοση του πειραματικά.⁸

Η πιθανότητα ύπαρξης γενετικής προδιάθεσης στηρίζεται στη διαφορετική επίπτωση της νόσου στις διάφορες ανθρώπινες φυλές. Αξίζει να σημειωθεί ότι η επίπτωση της ΣΚΠ είναι σπάνια στην μαύρη φυλή και ακόμη πιο σπάνια στην κίτρινη φυλή. Ο κίνδυνος της ΣΚΠ είναι μικρότερος μεταξύ των Ινδιάνων και των μαύρων στην Αμερική, σε σύγκριση με τους λευκούς.³ Επιπλέον υποθέτουν και μια γενετική προδιάθεση για την MS με συνταύτιση στο 33,3% των μονοωογενών διδύμων. Το σύστημα HLA (Human Leucocyte Antigen) και η MS εμφανίζουν σαφή συσχέτιση. Το σύστημα HLA εντοπίζεται στο χρωμόσωμα 6. Περίπου το 70% των ασθενών με MS και το 25% του υγιούς πληθυσμού είναι θετικά στο HLA-DR2.⁸

Σε καμία περίπτωση η ΣΚΠ δεν είναι μεταδοτική νόσος, αλλά ούτε και κληρονομική. Ωστόσο, η συχνότητα της είναι 10-15 φορές μεγαλύτερη σε συγγενείς πασχόντων από ΣΚΠ (παιδιά, αδέρφια) σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Το δεδομένο αυτό πιθανόν να υποδηλώνει γενετική σύνδεση ή έκθεση σε κοινό περιβαλλοντικό παράγοντα, δεν αποκλείει όμως τον συνδυασμό και των δύο.

Ο μηχανισμός της αρχικής καταστροφής της μυελίνης παραμένει άγνωστος. Οι ίνες που έχουν υποστεί απόμυελίνωση παρουσιάζουν οριακή δυνατότητα αγωγής των ερεθισμάτων, η οποία επιδεινώνεται περισσότερο όταν παρεμβληθούν και άλλοι παράγοντες, όπως κόπωση, αύξηση της θερμοκρασίας σώματος, καταστάσεις stress κ.λπ.⁶

3.2 Προδιαθεσικοί παράγοντες

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες διακρίνονται σε ενδογενείς και εξωγενείς.

Ενδογενείς παράγοντες :

Γενετικοί παράγοντες: Η σκλήρυνση κατά πλάκας δεν αποτελεί κληρονομούμενη νόσο. Έχει όμως διαπιστωθεί ότι ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου αυξάνει με την αυξημένη γενετική συγγένεια σε μια συχνότητα 1/1.000 σε πληθυσμούς με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.

Στο 10% – 15% των περιπτώσεων σκλήρυνσης κατά πλάκας υπάρχει κάποιος συγγενής στο οικογενειακό περιβάλλον που επίσης έχει τη νόσο. Ωστόσο, αυτή η εμφάνιση της νόσου δεν ακολουθεί τους κανόνες του Mendel, ενδεικτικό του ότι η γενετική στη σκλήρυνση κατά πλάκας είναι πολυπαραγοντική. Ενδιαφέρον είναι ότι τα παιδιά που έχουν και τους δύο γονείς με σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζουν και τα ίδια τη νόσο σε ποσοστό 5,8%, ενώ τα παιδιά που έχουν ένα γονέα με σκλήρυνση κατά πλάκας την εμφανίζουν σε ποσοστό 1,8%. (<http://www.disabled.gr/lib/?p=7009>)

Μελέτες διδύμων έχουν δώσει επιπρόσθετες πληροφορίες σχετικά με τον κίνδυνο εμφάνισης MS στα αδέρφια. Πιο συγκεκριμένα, σε μονοζυγωτικούς διδύμους (έχουν ακριβώς το ίδιο γενετικό υλικό, κληρονομικό υλικό DNA) ,όταν ο ένας παρουσιάσει ΣΚΠ, οι πιθανότητες και ο άλλος να παρουσιάσει την νόσο είναι της τάξης του 25%. Αντίθετα, σε διζυγωτικούς διδύμους μόνο 14%.¹⁰

Ως προς την φυλή, φαίνεται ότι τα βόρεια φύλα που προέρχονται από τους Βίκινγκς έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν την νόσο σε αντίθεση με τους μαύρους της Αφρικής, τους Ινδιάνους της Αμερικής και τους Ασιάτες, οι οποίοι έχουν ανθεκτικότητα στη σκλήρυνση κατά πλάκας. (<http://www.disabled.gr/lib/?p=7009>)

Εξωγενείς παράγοντες :

Περιβαλλοντικοί παράγοντες: Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν κύριο λόγο στον κίνδυνο προσβολής από ΣΚΠ, παρά το γεγονός ότι η σημασία των γενετικών παραγόντων στην αιτιολογία της νόσου είναι αδιαφιλονίκητη. Η σύνθεση του εδάφους έχει αναμφισβήτητη επίδραση, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για τα τοξικά βαρέα μέταλλα, όχι μόνο στην σύσταση του νερού αλλά και των παραγομένων τροφίμων, που εισέρχονται στον οργανισμό μέσω του αναπνευστικού και του γαστρεντερικού σωλήνα. Επιπροσθέτως, έχει βρεθεί θετική συσχέτιση της επίπτωσης της ΣΚΠ τόσο με τη χαμηλή

θερμοκρασία, η οποία επιδρά στο ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού και αυξάνει την ύπαρξη και μετάδοση ιογενών λοιμώξεων και άλλων νοσογόνων παραγόντων, όσο και με την μειωμένη ηλιοφάνεια, η οποία έχει ως συνέπεια την μειωμένη δυνατότητα σύνθεσης της βιταμίνης D από τον οργανισμό.

Κοινωνική τάξη: Σχετικά με τις κοινωνικές τάξεις παρατηρήθηκε αυξημένο stress στις υψηλές κοινωνικές τάξεις σε σχέση με τις χαμηλές κοινωνικές τάξεις. Ταυτόχρονα, σημειώθηκε αυξημένο ποσοστό θνησιμότητας στις λιγότερο εύπορες τάξεις λόγω αυξημένης πρόσληψης διατροφικού λίπους. Έτσι, η συσχέτιση μεταξύ της ΣΚΠ και της κοινωνικής τάξης είναι αναπόφευκτη.

Διατροφικοί παράγοντες: Από τους διατροφικούς παράγοντες που θεωρούνται ύποπτοι για τα αυξημένα κρούσματα της ΣΚΠ είναι η κατανάλωση κρέατος, γαλακτοκομικών προϊόντων, ζωικού λίπους, η ανεπάρκεια της Βιταμίνης D και A, η ανεπάρκεια ιχνοστοιχείων. Επιπλέον η ΣΚΠ θα μπορούσε να σχετίζεται με την τοξική επίδραση κάποιων βαρέων μετάλλων, όπως ο μόλυβδος, το χρώμιο και το σελήνιο που βρίσκονται στο έδαφος ή το πόσιμο νερό.⁶

3.3 Επιδημιολογία

Η συχνότητα της νόσου αυξάνεται με την αύξηση του γεωγραφικού πλάτους τόσο προς το βόρειο όσο και προς το νότιο ημισφαίριο.⁶ Ανάλογα με την συχνότητα εμφάνισης της ΣΚΠ σε δεδομένη χρονική περίοδο, σύμφωνα με τον ορισμό του Kurtzke, ο κόσμος σήμερα έχει διαιρεθεί σε 3 ζώνες : σε ζώνη υψηλής (περισσότεροι από 30 πάσχοντες ανά 100.000 κατοίκους), μέσης (5-30 πάσχοντες ανά 100.000 κατοίκους) και χαμηλής συχνότητας-επίπτωσης της νόσου (λιγότεροι από 5 πάσχοντες ανά 100.000 κατοίκους).³

Η νόσος είναι συχνότερη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (1,5-2 προς 1). Η συχνότερη ηλικία έναρξης είναι η νεαρή ενήλικη (20-30), αλλά η έναρξη της νόσου δεν είναι σπάνια και στην 5^η ακόμα δεκαετία. Σπάνια είναι η έναρξη πριν από το 15^ο έτος της ηλικίας και μετά το 60^ο έτος. Στις μεγαλύτερες ηλικίες η νόσος τείνει να εμφανίζεται με τη χρόνια προοδευτική μορφή με νωτιαία εντόπιση, αλλά υπάρχουν και περιπτώσεις με εξάρσεις και υφέσεις.⁷

3.3.1 Επιδημιολογία σε παγκόσμιο επίπεδο

Ο ρυθμός εμφάνισης της ΣΚΠ είναι διαρκώς αυξανόμενος. Έχει παρατηρηθεί γενικά μεγάλη αύξηση των κρουσμάτων και ιδιαίτερα στις χώρες υψηλής ζώνης. Πιο συγκεκριμένα οι χώρες αυτές είναι η Βρετανία, η Σκωτία, η Φιλανδία και οι Η.Π.Α., όπου οι άνθρωποι που πάσχουν από τη Σκλήρυνση κατά πλάκας συγκεντρώνουν ένα μεγάλο ποσοστό σε σχέση με το σύνολο του πληθυσμού της κάθε χώρας. Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι χώρες όπως η Ισπανία, η Βουλγαρία, η Σερβία και η Ρουμανία ανήκουν πλέον και αυτές στην υψηλή ζώνη μετά από έρευνες των τελευταίων 10 ετών. Επιβεβαιώνεται λοιπόν η άποψη ότι η νόσος στη νότια Ευρώπη συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, αυξάνεται με ταχείς και συγχρόνως ανησυχητικούς ρυθμούς.⁶

Η νόσος συναντάται πιο συχνά σε εύκρατα κλίματα, ενώ η επταπλάσια επίπτωση μεταξύ νότιας Νέας Ζηλανδίας και Τασμανίας (υψηλή επίπτωση) και βορείου Κουϊνσλαντ (χαμηλή επίπτωση), που είναι περιοχές με πληθυσμό παρόμοιας εθνότητας, καταδεικνύουν με επίταση τη δράση περιβαλλοντικών παραγόντων, η φύση των οποίων παραμένει αβέβαιη.¹¹

Χώρες με πολύ υψηλά ποσοστά εμφάνισης της νόσου στο βόρειο ημισφαίριο είναι οι Βόρειες Πολιτείες της Αμερικής και του Καναδά. Στο νότιο ημισφαίριο, χώρες με πολύ υψηλά ποσοστά είναι η Νέα Ζηλανδία και η Αυστραλία, ιδιαίτερα στις νότιες περιοχές της. Χώρες με μέτρια ποσοστά εμφάνισης εντοπίζονται στη νότια Ευρώπη, στις Νότιες Πολιτείες της Αμερικής και στο βόρειο τμήμα της Αυστραλίας. Ήπειροι με χαμηλά ποσοστά εμφάνισης της νόσου είναι η Ασία και η Αφρική, με εξαίρεση την Νότια Αφρική και ειδικά τις περιοχές όπου καταγράφονται αυξημένα ποσοστά διαμονής λευκού πληθυσμού.⁶

3.3.2 Επιδημιολογία στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα οι ασθενείς πλησιάζουν τις 10.000.¹⁹ Τα περισσότερα στοιχεία που αφορούν τα ελληνικά δεδομένα επίπτωσης της ΣΚΠ έχουν συγκεντρωθεί από τη Μακεδονία και την Θράκη, από το 1970-1985. Η Βόρεια Ελλάδα ανήκει στην πρώτη θέση των περιοχών όπου καταγράφονταν τα περισσότερα περιστατικά προσβολής από ΣΚΠ.

Στην Ελλάδα, παρά τις αρχικές προσδοκίες των ερευνητών, υπάρχουν μέσοι δείκτες επίπτωσης και επιπολασμού οι οποίοι έχουν αυξητική τάση και υπολογίζονται σε 1,8 ανά 100.000 κατοίκους και 29,5 ανά 100.000. Παρατηρείται ότι ενώ υπήρχε μια σταθερή συχνότητα εμφάνισης νέων περιστατικών στο διάστημα τις δεκαετίας του '70, στην δεκαετία του '80 σημειώθηκε σημαντική αύξηση τους. Επιπλέον, ο αριθμός των νέων περιστατικών που αναμένονταν για την δεκαετία του '90 ήταν σημαντικά μεγαλύτερος.

Το γεγονός της αυξανόμενης εμφάνισης νέων κρουσμάτων στην Ελλάδα οφείλεται στην διεύρυνση των πιθανών περιβαλλοντικών μολυσματικών παραγόντων, στον τρόπο ζωής, στις μεταβολές της διατροφής (απομάκρυνση από την μεσογειακή διαίτα), στην βελτίωση των δημόσιων υποδομών υγείας αλλά και στην τελειοποίηση των μεθόδων εκτίμησης και διάγνωσης της ΣΚΠ.⁶

Κεφάλαιο 4^ο

Σκλήρυνση κατά πλάκας- Κλινική εικόνα

- **Κλινική εικόνα και συμπτωματολογία**
- **Σπανιότερες εκδηλώσεις σκλήρυνσης κατά πλάκας**
- **Πορεία της νόσου**
- **Πρόγνωση της νόσου**

4.1 Κλινική εικόνα- Συμπτωματολογία

Η συμπτωματολογία της ΣΚΠ (σκλήρυνσης κατά πλάκας) διαφέρει από ασθενή σε ασθενή, αλλά μπορεί να διαφέρει και από ώση σε ώση του ίδιου ασθενούς. Εξαρτάται από την περιοχή όπου προέκυψε η εστιακή βλάβη της μυελίνης. Για παράδειγμα αν η βλάβη αυτή αφορά τις αισθητικές οδούς, η συμπτωματολογία θα είναι αιμωδίες (μουδιάσματα), παραισθησίες (μυρμηγκιάσματα). Αν αφορά τις κινητικές οδούς τότε θα έχουμε σαν αποτέλεσμα μείωση ή κατάργηση της μυϊκής ισχύος του ασθενούς (πάρεση ή παράλυση).

Βέβαια, η βλάβη μπορεί να αφορά και οποιαδήποτε άλλη ανατομική δομή του ΚΝΣ με συμπτωματολογία ανάλογη της λειτουργίας του κάθε ανατομικού σχηματισμού. Αν για παράδειγμα η βλάβη αφορά την παρεγκεφαλίδα τότε θα έχουμε δυσαρθρία, αστάθεια βάδισης, ασυnergία κινήσεων κ.α.

Επίσης, η κλινική εικόνα μπορεί να διαφέρει από ασθενή σε ασθενή. Διακρίνουμε τις περιπτώσεις όπου η νόσος εξελίσσεται με ώσεις ενώ στα μεσοδιαστήματα ο ασθενής είναι φαινομενικά υγιής. Αντίθετα σε άλλες περιπτώσεις εγκαθίσταται μία συμπτωματολογία η οποία επιδεινώνεται με το πέρασμα του χρόνου (προϊούσα μορφή). Τέλος, συχνή είναι η προσβολή του οπτικού νεύρου με αποτέλεσμα θάμβος οράσεως (οπισθοβολική νευρίτις).¹¹

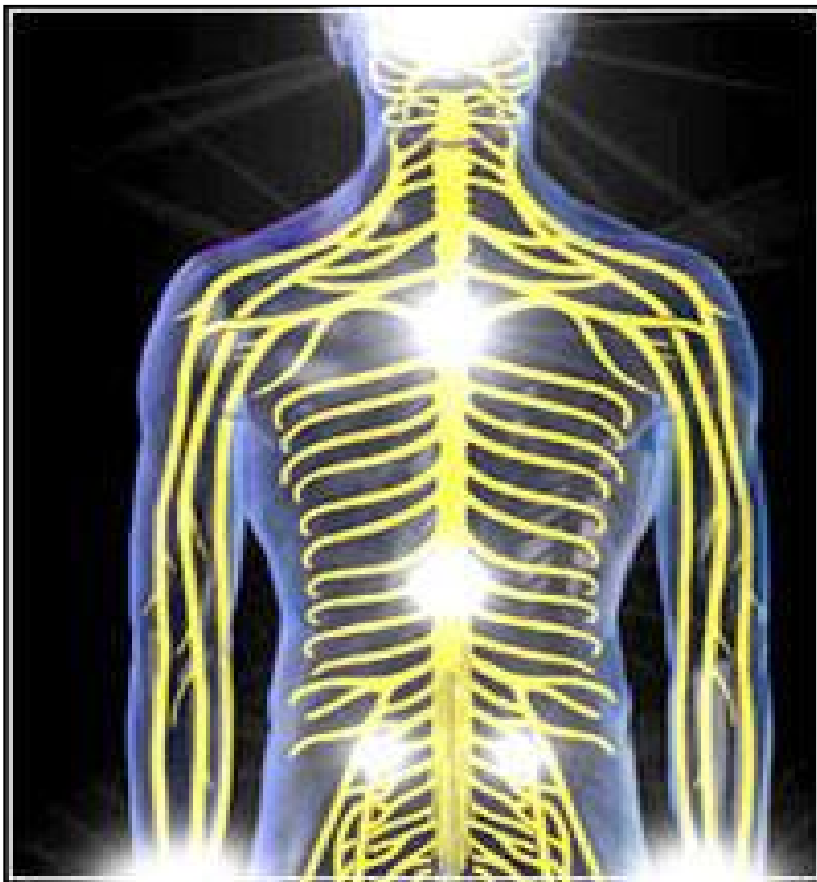
Τα πρώτα συμπτώματα εκδηλώνονται στο 70% των αρρώστων στην ηλικία μεταξύ 20 και 40 ετών. Στο 10% των πασχόντων η έναρξη της νόσου γίνεται μετά το 50ό έτος της ηλικίας και στο 0,3 πριν το 10ο έτος. Η σχέση της προτίμησης φύλου από τη νόσο είναι 2:1 υπέρ του γυναικείου. Το 90% των πασχόντων ξεκινά με τη μορφή της νόσου που χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις. Τα συμπτώματα στην περίπτωση αυτή αναπτύσσονται μέσα σε λίγες μέρες, διατηρούνται για μερικές εβδομάδες και ακολούθως υφίστανται αυτόματα μέσα σε μερικές εβδομάδες έως μήνες. Τα πλέον συχνά συμπτώματα σχετίζονται με βλάβες του νωτιαίου μυελού (50%), των οπτικών νεύρων (25%) ή του στελέχους και της παρεγκεφαλίδας (20%).

Γνωρίζοντας ήδη ότι η Σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μια ιδιόμορφη πάθηση θεωρούμε μάλλον φυσικό την πολύ μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων συχνά ασύνδετα μεταξύ τους.

Αφού η πάθηση μπορεί να προσβάλλει τις κινητικές, αισθητικές, αισθητήριες νευρικές οδούς, έχουμε πιθανά προβλήματα στην κίνηση, στην απλή αίσθηση (αφή,

πόνος κ.λ.π.) ή και σε άλλες ακόμη αισθητήριες λειτουργίες (όραση, ακοή, στη λειτουργία του λόγου, την ισορροπία κ.λ.π.) ανάλογα με τις νευρικές οδούς που έχουν προσβληθεί.^{7,12}

Η εύκολη κούραση, η γενική καταβολή και τυχόν ψυχοδιανοητικές διαταραχές, μπορούν να μας μπερδέψουν ή ακόμη και να μας παραπλανήσουν όσον αφορά την ορθότητα της διάγνωσης. Δύσκολα μπορεί να θέσουμε τα ακριβή συμπτώματα διότι πολλά από αυτά συναντώνται και σε άλλες παθήσεις που δεν έχουν καμία απολύτως σχέση με την Σκλήρυνση κατά Πλάκας.



Παρόλα αυτά σαν κάποια γενικά συμπτώματα, που εξαρτώνται από το σημείο και μέγεθος της “πλάκας” μπορούν να αναφερθούν τα παρακάτω:

- Θάμπωμα στην όραση
- Διπλωπία
- Μη ελεγχόμενη κίνηση των ματιών

- Προβλήματα στην έκφραση του λόγου
- Μερική ή ολοκληρωτική παράλυση σε ένα μέλος του σώματος
- Τρέμουλο στα χέρια
- Απώλεια του ελέγχου της ούρησης
- Αδυναμία συντονισμού κινήσεων
- Ζάλη
- Διαταραχές της ισορροπίας
- Υπερβολική κούραση δυσανάλογη των δραστηριοτήτων
- Αίσθημα μουδιάσματος κατά τόπους
- Αδυναμία αυτοσυγκέντρωσης
- Σπάνια μερικές νευραλγίες
- Πιθανώς ψυχικές διαταραχές

Τα συμπτώματα διαφέρουν τόσο στην ένταση όσο και στη διάρκεια. Αν και κάθε ασθενής είναι μια ειδική διαφορετική περίπτωση, το 70% των ασθενών έχουν τη μορφή της νόσου που εξελίσσεται με περιόδους εξάρσεων που τις ακολουθούν περιόδοι υφέσεων, ενώ το 30% θα έχει μια χρόνια προοδευτική εξέλιξη. Οι γυναίκες προσβάλλονται περισσότερο από τους άντρες και είναι σπάνιο να συναντήσουμε το πρώτο σύμπτωμα πριν την ηλικία των 15 ετών ή μετά των 50 ετών. Γεγονός πάντως είναι ότι, συχνά περνούν μερικά χρόνια από τότε που θα παρουσιαστεί το πρώτο σύμπτωμα μέχρι να ολοκληρωθεί η διάγνωση.

Αυτό οφείλεται στο ότι τα πρώτα συμπτώματα συχνά δεν αξιολογούνται επαρκώς εφόσον και άλλες παθήσεις του νευρικού συστήματος έχουν ορισμένα κοινά συμπτώματα με τη Σκλήρυνση.

Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με την ποικιλία έστω και μέρους των ως άνω συμπτωμάτων τα οποία έρχονται και παρέρχονται με ποικίλη διάρκεια παραμονής των και ποικίλα χρονικά μεσοδιαστήματα ηρεμίας.

Η θετική και ψύχραιμη προσέγγιση της νόσου είναι η δικλείδα ασφαλείας για την αντιμετώπισή της κι αυτό διότι αν και μικρός αριθμός ασθενών θα έχει βαριά εξέλιξη, οι περισσότεροι θα έχουν κάποια ήπια μορφή, που πιθανόν να μη φθάσει ποτέ σε βαριάς μορφής αναπηρία.

Έτσι η ζωή θα συνεχίσει κανονικά τους ρυθμούς της αφού και η εργασία μπορεί να προσαρμοστεί στις κινητικές δυνατότητες και οικογένεια μπορεί να αποκτήσει κάποιος αλλά και οι γυναίκες ασθενείς μπορούν άφοβα να τεκνοποιήσουν.

Γενικά η νόσος είναι απρόβλεπτη και ως προς το περιεχόμενο και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων και ως προς το χρόνο διάρκειάς της και ως προς το χρόνο επανεμφάνισής της και ως προς την εξέλιξή της γενικώς.

Όμως το πιο δυσάρεστο σύμπτωμα είναι αυτό του πόνου. Αρκετοί ασθενείς σε διάφορες φάσεις εξέλιξης της πάθησης, υποφέρουν από το δυσάρεστο συναίσθημα του πόνου, που συχνά είναι και έντονος και ανεξήγητος.

Γνωρίζοντας πως ο πόνος αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο, που για τη δημιουργία του μεσολαβούν διάφοροι ψυχοσωματικοί παράγοντες, είναι δύσκολο να εντοπίσει με τον ακριβή μηχανισμό περιορισμού του.

Η χρήση αναλγητικών φαρμάκων θα πρέπει να είναι τόσο ως προς τη δόση όσο και ως προς τη συχνότητα, ρυθμιζόμενη από το θεράποντα, και σα γενική οδηγία θα πρέπει να αποφεύγεται η κατάχρηση.

Άλλες μέθοδοι ελέγχου του πόνου είναι οι διάφοροι τρόποι και τεχνικές χαλάρωσης, η ελαφρά παγοθεραπεία και ο περιορισμός των δραστηριοτήτων για όσο κρατά η επίπονη κρίση.

Η συνύπαρξη θυμού, φόβου ή ανασφάλειας επιδεινώνουν την αίσθηση του πόνου και θα πρέπει και σε αυτό το θέμα οι άνθρωποι του άμεσου περιβάλλοντος να δείχνουν ιδιαίτερη κατανόηση και υπομονή αποφεύγοντας τις διαρκείς παραινέσεις και τη συχνή δυσπιστία τους ως προς την πραγματική ύπαρξη του πόνου.

Παράλληλα, εντάσεις και τυχόν διαπληκτισμοί επιβαρύνουν τον πόνο, ο οποίος κάτω από ήρεμες συνθήκες, ακόμα και αν δεν καταστεί δυνατό να αποφευχθεί, σίγουρα θα είναι λιγότερο αισθητός, λιγότερο έντονος.^{9,13,14}

4.1.1 Σπανιότερες εκδηλώσεις σκλήρυνσης κατά πλάκας

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

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

Οι άρρωστοι με τη δευτερογενώς προϊούσα μορφή της ΣΚΠ ενδέχεται επιπρόσθετα να εκδηλώνουν και εξάρσεις. Οι άρρωστοι με την πρωτογενώς προοδευτική μορφή δεν παρουσιάζουν κατά κανόνα εξάρσεις. Αν και σπάνια παρατηρείται σαφής άνοια, στο 50% των περιπτώσεων η νευροψυχολογική διερεύνηση αποκαλύπτει ανοϊκές διαταραχές. Τα πλέον συχνά ελλείμματα παρατηρούνται στο δείκτη νοημοσύνης, την προσοχή, τη σύλληψη εννοιών και την οπτική μνήμη. Υπάρχει μερική συσχέτιση μεταξύ της εκτάσεως της γνωσιακής εκπτώσεως και του συνολικού όγκου των βλαβών στη μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου.¹¹

4.2 Πορεία της νόσου

Είναι πιθανό να προβλεφθεί με ακρίβεια η πορεία της ΣΚΠ για κάθε άτομο, αλλά τα πρώτα πέντε χρόνια δίνουν κάποια ένδειξη για το πως θα συνεχιστεί η νόσος γι' αυτό το άτομο. Αυτό βασίζεται στην πορεία της νόσου με το πέρασμα του χρόνου καθώς και στον τύπο της ΣΚΠ (π.χ. εξάρσεις-υφέσεις ή προοδευτική). Το μέγεθος της ανικανότητας φτάνει στην κορύφωσή του μέσα σε πέντε με δέκα έτη κάτι το οποίο είναι μία αξιόπιστη πρόβλεψη για την μελλοντική πορεία της νόσου.

Εντούτοις, υπάρχουν πολλοί παράγοντες για αυτό το σενάριο:

- Ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με ΣΚΠ (περίπου 45%) δεν επηρεάζονται σοβαρά από την νόσο και συνεχίζουν να ζουν μία φυσιολογική και παραγωγική ζωή.
- Υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών (40%) των οποίων η νόσος αναπτύσσεται προοδευτικά μετά από μια περίοδο μερικών χρόνων όπου χαρακτηριζόταν ως τύπος εξάρσεων – υφέσεων.

Η ηλικία κατά την έναρξη και το φύλο μπορεί επίσης να είναι δείκτες για την μακροπρόθεσμη πορεία της νόσου. Κάποια έρευνα έδειξε ότι η έναρξη της νόσου σε νεαρή ηλικία (κάτω των 16 ετών) συνεπάγεται μία καλύτερη πρόγνωση, αλλά αυτό

μπορεί να χαλάσει την διάθεση με την γνώση ότι ένα νεαρό άτομο θα ζει με την ΣΚΠ για 20 ή 30 έτη και μπορεί κάποια στιγμή να παρουσιάσει μία σημαντική ανικανότητα, ακόμη και όταν η πρόοδος για την ανικανότητα είναι αργή και τα πρώτα 10 ή 15 χρόνια αυτός ή αυτή επηρεάζονται σχετικά ήπια από την νόσο. Άλλη έρευνα έδειξε ότι η έναρξη της νόσου σε μεγαλύτερη ηλικία (πάνω από 55 ετών), κυρίως στους άνδρες, μπορεί να παρουσιάσει μία προϊούσα πορεία.

Θα πρέπει να θυμόμαστε ότι ασθενείς με ΣΚΠ αντιμετωπίζουν την ζωή με μία ελεγχόμενη αναπηρία (π.χ. κόπωση, άκρα, κυστικά προβλήματα). Τουλάχιστον το 15% των ασθενών με ΣΚΠ, εντούτοις, γίνονται σοβαρά ανάκανοι (όπως το να χρησιμοποιούν αναπηρικό αμαξίδιο συνεχώς). Η διάρκεια ζωής για τους περισσότερους ασθενείς με ΣΚΠ είναι σχεδόν κανονική.

http://www.msif.org/el/ms_the_disease/the_course_of_ms.html

4.3 Πρόγνωση της νόσου

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 άνω 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. Η 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.

(<http://www.homeopathy.gr/homeopathy.php?pathology=multiple-sclerosis>)

Κεφάλαιο 5^ο

Διαγνωστική προσέγγιση

- **Διάγνωση της νόσου**
- **Διαφορική διάγνωση της νόσου**
- **Διαγνωστικές εξετάσεις**

5.1 Διάγνωση της νόσου

Η διάγνωση βασίζεται στην έναρξη της νόσου στην νεαρή ηλικία, στο χαρακτηριστικό ιστορικό των εξάρσεων και υφέσεων, με την εμφάνιση συμπτωμάτων με διασπορά στο κεντρικό νευρικό σύστημα και στον χρόνο, στην πολυεστιακή σημειολογία και στις εργαστηριακές εξετάσεις. Δεν πρέπει ποτέ να διαγιγνώσκεται μόνο από τον εργαστηριακό έλεγχο. Ούτε και μπορεί να διαγνωσθεί με βεβαιότητα μετά από ένα μεμονωμένο κλινικό επεισόδιο. Στην κλινική πράξη κατατάσσουμε τους αρρώστους σε 3 κατηγορίες, όσον αφορά στην βεβαιότητα της διάγνωσης.

- Βέβαιη πολλαπλή σκλήρυνση: αν έχουμε τουλάχιστον έναν από τους παρακάτω 4 συνδυασμούς:
 - i. Ιστορικό δύο προσβολών και κλινική ένδειξη για δύο ξεχωριστές βλάβες.
 - ii. Ιστορικό δύο προσβολών, κλινική ένδειξη και παρακλινική ένδειξη (προκλητά δυναμικά, νευροαπεικόνιση) για άλλη μια ξεχωριστή βλάβη.
 - iii. Ιστορικό δύο προσβολών, κλινική ή παρακλινική ένδειξη μίας βλάβης και αύξηση της γ -σφαιρίνης ή και ολιγοκλωνικές ζώνες στο ENY.
 - iv. Ιστορικό μιας προσβολής, κλινική ή παρακλινική ένδειξη δύο ξεχωριστών βλαβών και αύξηση της γ -σφαιρίνης ή και παρουσία ολιγοκλωνικών ζωνών.
- Δυνατή πολλαπλή σκλήρυνση: αν έχουμε έναν από τους παρακάτω 4 συνδυασμούς:
 - i. Ιστορικό δύο προσβολών και κλινική ένδειξη μίας βλάβης.
 - ii. Ιστορικό μίας προσβολής, κλινική ένδειξη δύο ξεχωριστών βλαβών.
 - iii. Ιστορικό μίας προσβολής, κλινική ένδειξη μίας ξεχωριστής βλάβης και παρακλινική ένδειξη μίας ακόμα βλάβης.
 - iv. Ιστορικό δύο προσβολών και αύξηση της γ -σφαιρίνης ή και ολιγοκλωνικές ζώνες στο ENY.
- Πιθανή πολλαπλή σκλήρυνση: στην διαβάθμιση αυτή κατατάσσουμε τον άρρωστο, όταν συνδυάζονται μόνο δύο από τα παραπάνω στοιχεία (από το ιστορικό, την κλινική ή παρακλινική εξέταση).

Αναφορά σε δύο προσβολές σημαίνει ότι αυτές αναφέρονται σε διαφορετικά μέρη του ΚΝΣ και τις χωρίζει τουλάχιστον περίοδος ενός μήνα. Σε κάθε περίπτωση, για να θεωρηθεί μια προσβολή πλήρης, πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον 24 ώρες. Θα πρέπει πάντως να τονιστεί εδώ ότι στην κλινική πράξη θα πρέπει να τίθεται με σιγουριά η

διάγνωση της πολλαπλής σκλήρυνσης, αν υπάρχουν τουλάχιστον δύο υποτροπές από τις οποίες η κάθε μια να προσβάλλει διαφορετικές περιοχές του ΚΝΣ.^{7,11}

5.2 Διαφορική διάγνωση

Για την διαφορική διάγνωση της ΣΚΠ από άλλες παθήσεις έχει χρησιμοποιηθεί, η τοπογραφία των βλαβών. Οι ανατομικές θέσεις μείζονος προτίμησης των εστιών της ΣΚΠ αποτελούν κυρίως οι περιοχές πέριξ του κοιλιακού συστήματος. Άλλες θέσεις εντόπισης είναι ο φλοιός του εγκεφάλου, το στέλεχος και ο θάλαμος. Η ανάδειξη εστιών στις ανωτέρω περιοχές δεν είναι παθογνωμονική για ΣΚΠ αφού απαντώνται και σε άλλες παθολογικές καταστάσεις όπως:

- Μικροαγγειακή νόσο και εγκεφαλικά έμφρακτα
- Υπέρταση
- Γεροντική άνοια και νόσο Alzheimer
- Οξεία διάχυτη εγκεφαλομυελίτιδα
- Χρόνιο υδροκέφαλο
- Υποξεία σκληρυντική πανεγκεφαλίτιδα
- Σκελετικές ανωμαλίες της βάσεως του κρανίου
- Λευκοεγκεφαλοπάθεια
- Συστηματικό ερυθματώδη λύκο
- Σύνδρομο Sjogren
- Νόσος Αδαμαντιάδη-Behcet
- Σύφιλη
- Κοκκιωματώδη αγγειίτιδα
- Τοξοπλάσμωση
- Νευροσαρκωείδωση
- Νευρομπορελίωση (νόσος Lyme)^{13,14,15}

5.3 Διαγνωστικές εξετάσεις

Ιατρικό Ιστορικό

Ο γιατρός θα σας ρωτήσει για το αναλυτικό ιατρικό ιστορικό σας το οποίο θα περιλαμβάνει παλαιότερες καταγραφές σημείων και συμπτωμάτων και την τωρινή κατάσταση της υγείας σας.

Όταν τα συμπτώματα που αντιμετωπίζετε, πιθανόν για μεγάλο χρονικό διάστημα, εξετάζονται στην βάση τους μπορεί να υποκρύπτεται η ΣΚΠ. Ωστόσο, θα χρειαστεί μία ολοκληρωμένη εξέταση και ιατρικά τεστ για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση.

Νευρολογική Εξέταση

Η νευρολογική εξέταση δείχνει το πόσο καλά λειτουργεί το νευρικό σύστημα. Ο νευρολόγος ψάχνει για ανωμαλίες που τυχόν να εμφανίζονται στα νεύρα που μεταφέρουν μηνύματα από τον εγκέφαλο στα άλλα μέρη του σώματος. Επίσης ψάχνει για αλλαγές στην κίνηση των ματιών, στον συντονισμό των άκρων, μυϊκή αδυναμία, ισορροπία, αισθητικότητα, λόγος και αντανακλαστικά.

Αυτή η εξέταση μπορεί επίσης να αποκαλύψει συμπτώματα που να υποδεικνύουν ΣΚΠ, αλλά δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προσδιορίσει την αιτιολογία των προϋπάρχοντων προβλημάτων. Θα πρέπει να αποκλειστούν άλλες καταστάσεις που πιθανόν παρουσιάζουν παρόμοια συμπτώματα με την ΣΚΠ.

Δοκιμασίες Οπτικών, Ακουστικών και Αισθητικών Προκλητών Δυναμικών

Παρά την πολυπλοκότητα του ονόματος, το νόημα αυτών των δοκιμασιών είναι ξεκάθαρο. Χρησιμοποιούνται για την μέτρηση της ταχύτητας μετάδοσης των μηνυμάτων από τα νεύρα στον εγκέφαλο.

Η ταχύτητα των μηνυμάτων που περνούν από το νευρικό σύστημα μετρείται με την τοποθέτηση μικρών ηλεκτροδίων στο κεφάλι, όπου ελέγχεται η αντίδραση του εγκεφάλου σε οπτικά, ακουστικά ή αισθητικά ερεθίσματα. Η πιο χρήσιμη δοκιμασία από τις τρεις είναι τα οπτικά προκλητά δυναμικά ωστόσο στις μέρες μας, με την αυξημένη χρήση της μαγνητικής τομογραφίας (MRI), είναι λιγότερο απαραίτητες οι δοκιμασίες

προκλητών δυναμικών. Αυτές οι δοκιμασίες δεν είναι επικίνδυνες ή επώδυνες και δεν απαιτούν διαμονή στο νοσοκομείο.

Ο χρόνος που θέλουν τα νεύρα να φθάσουν τα μηνύματα στον εγκέφαλο, είναι ένας δείκτης της κατάστασης του νευρικού συστήματος, και χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει κατά πόσο έχει εξαπλωθεί η απομυελίνωση

Μαγνητική τομογραφία (MRI)

Η μαγνητική τομογραφία είναι ένα πρόσφατο διαγνωστικό τεστ και δίνει πολύ λεπτομερείς εικόνες "τομών" του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, δείχνοντας περιοχές σκλήρυνσης (ελλείμματα ή πλάκες).

Κατά την διάρκεια της μαγνητικής τομογραφίας το άτομο το οποίο εξετάζεται ξαπλώνει εντελώς ακίνητο σε ένα τραπέζι που κινείται μέσα σε έναν μεγάλο σωλήνα, ο οποίος είναι τμήμα του μηχανήματος, που εμπεριέχει τον μαγνήτη. Το άτομο το οποίο εκτελεί το τεστ κάθεται σε ξεχωριστό δωμάτιο, ελέγχοντας την λήψη των εικόνων από το μηχάνημα. Ωστόσο μπορούν να δουν το άτομο το οποίο εξετάζεται συνήθως μέσα από ένα μεγάλο παράθυρο.

Η μαγνητική τομογραφία δεν είναι καθόλου επώδυνη, αλλά μερικοί άνθρωποι την βρίσκουν αρκετά ασυνήθιστη εμπειρία, και μπορεί να είναι κλειστοφοβική και θορυβώδης. Οποιαδήποτε δυσφορία μπορεί να ανακουφιστεί με ένα ήπιο ηρεμιστικό. Μερικές φορές χορηγείται ενδοφλέβια ένεση με σκιαδικό έτσι ώστε να γίνουν διακριτές νέες βλάβες που φλεγμαίνουν και να βοηθήσει και στην ολοκληρωμένη διάγνωση.

Είναι καλό να θυμόμαστε ότι το άτομο το οποίο εκτελεί την μαγνητική τομογραφία δεν είναι συνήθως ικανό για να δώσει άμεση απάντηση και τα αποτελέσματα στέλνονται στον γιατρό για ανάλυση.

Μολονότι αυτό είναι το μοναδικό τεστ στο οποίο μπορούν να φανούν τα ελλείμματα της ΣΚΠ, δεν μπορεί να θεωρηθεί καθοριστικό. Μπορεί να μην εντοπίσει όλα τα ελλείμματα, ειδικά στα αρχικά στάδια της νόσου, και κάποιες άλλες καταστάσεις μπορεί να δημιουργήσουν πανομοιότυπες αλλαγές στο νευρικό σύστημα.

Η μαγνητική τομογραφία δείχνει το μέγεθος, την ποσότητα και την κατανομή των ελλειμμάτων και, μαζί με τα πορίσματα από το ιατρικό ιστορικό και την νευρολογική εξέταση, είναι πολύ σημαντικός δείκτης για την επιβεβαίωση της διάγνωσης για ΣΚΠ. Είναι θετικό για το 95% των ατόμων με οριστική κλινική διάγνωση. Η μαγνητική τομογραφία είναι ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο στις κλινικές δοκιμασίες όπου εκτιμάτε η

αξία νέων θεραπειών, που οφείλονται στην εμφάνιση μεταβολών κατά την δραστηριότητα της νόσου.^{8,11,13}



Αξονική τομογραφία (CT)

Η υπολογιστική αξονική τομογραφία (CT) είναι μια αναίμακτη μέθοδος, που βασίζεται στη βοήθεια υπολογιστή για την εξέταση των ανατομικών δομών. Επιτρέπει την αναγνώριση δομικών ενδοεγκεφαλικών ανωμαλιών με ταχύτητα, ακρίβεια και ευκρίνεια. Είναι, επομένως, πρακτικής χρησιμότητας για την εκτίμηση ασθενών με εξελισσόμενη νευρολογική διαταραχή ή εστιακό νευρολογικό έλλειμμα στο οποίο υπάρχει υπόνοια δομικής βλάβης, όπως και σε ασθενείς με άνοια ή αυξημένη ενδοκράνια πίεση. Η CT με σκιαστικό μπορεί να παρέχει περισσότερες πληροφορίες από τη CT χωρίς σκιαστικό σε ασθενείς με γνωστό ή με υποψία πρωτοπαθούς ή δευτεροπαθούς εγκεφαλικού όγκου, αρτηριοφλεβώδους δυσπλασίας, πολλαπλή σκλήρυνση, χρόνιου υποσκληρίδιου αιματώματος ή υδροκέφαλου.

(http://www.msif.org/el/ms_the_disease/diagnostic_tests.html)

Οσφουονωτιαία Παρακέντηση

Υπάρχουν πολλές δοκιμασίες που μπορούν να πραγματοποιηθούν στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (που κυλά γύρω από τον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό) αλλά συνήθως για την ΣΚΠ εξετάζονται οι πρωτεΐνες.

Το υγρό λαμβάνεται από την σπονδυλική στήλη με την εισαγωγή βελόνας χαμηλά στην πλάτη. Δίνεται τοπική αναισθησία για να μουδιάσει το δέρμα, συνεπώς ενώ είναι δυσάρεστη αίσθηση, συνήθως δεν είναι επώδυνο.

Αυτή η εξέταση απαιτεί από το άτομο να ξαπλώσει για αρκετές ώρες μετά από αυτήν, και μία συνέπεια είναι οι πονοκέφαλοι που προκαλούνται λόγω της αφυδάτωσης; Αυτό μπορεί να αποφευχθεί με την κατάποση υγρών αμέσως μετά την διαδικασία της εξέτασης, έτσι ώστε να βοηθήσει το σώμα να αντικαταστήσει άμεσα τα υγρά που έχασε. Μπορεί να απαιτεί παραμονή μίας νύχτας στο νοσοκομείο και μία μικρή περίοδο ανάρρωσης.

Στην πλειοψηφία των ατόμων (90%), η ηλεκτροφόρηση των πρωτεϊνών του εγκεφαλονωτιαίου υγρού με εγκατεστημένη ΣΚΠ είναι παθολογική, και αυτή η εξέταση μπορεί να επιβεβαιώσει την διάγνωση της ΣΚΠ. Ωστόσο, οι πρωτεΐνες του εγκεφαλονωτιαίου υγρού ατόμων με αρχική ή ήπια ΣΚΠ δεν έχουν επηρεαστεί, έτσι ξανά μπορεί να μην είναι ξεκάθαρο το αποτέλεσμα. Συνήθως χρησιμοποιείται όταν τα αποτελέσματα της μαγνητικής τομογραφίας δεν είναι σαφή.^{8,11,13}

Μυελογράφημα

Το μυελογράφημα είναι μια ακτινογραφία του νωτιαίου μυελού. Κατά την εξέταση αυτή 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 οσφυϊκή παρακέντηση, και στο μυελογράφημα ο ασθενής ίσως χρειαστεί να μείνει για λίγο στο νοσοκομείο αλλά η εξέταση δεν είναι επίπονη, μόνο άβολη. (<http://www.disabled.gr/lib/?p=7009>)

Κεφάλαιο 6^ο

Θεραπευτική προσέγγιση

- **Θεραπεία**
- **Συμπτωματική θεραπεία**
- **Υδροθεραπεία**
- **Φυσικοθεραπεία**
- **Οι θεραπευτικές ιδιότητες της κάνναβης στη σπαστικότητα**
- **Αυτομεταμόσχευση αιμοποιητικών προβαθμίδων**
- **Αποκατάσταση**
- **Εναλλακτική ιατρική**

6.1 Θεραπεία

Είναι γεγονός ότι μέχρι σήμερα δεν υπάρχει αιτιολογική αντιμετώπιση της ΣΚΠ, όπως και ασφαλής τρόπος αναστολής της πορείας της. Τα χρησιμοποιούμενα φάρμακα δεν ασκούν καμία επίδραση στην ήδη κατεστραμμένη μυελίνη και δεν τροποποιούν τα γενεσιουργά αίτια της ΣΚΠ. Ουσιαστικά, η θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει στην αναστολή της εξέλιξης της νόσου και στην άμεση αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της.⁶

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ΣΚΠ διακρίνεται σε τέσσερις τομείς:

- Θεραπεία των οξέων υποτροπών
- Υποστηρικτική θεραπεία (συμβουλευτική, φυσική αποκατάσταση, ψυχολογική στήριξη)
- Συμπτωματική θεραπεία
- Προληπτική θεραπεία⁷

Κορτικοστεροειδή.

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν η αδρενοκορτικοτροπίνη, η πρεδνιζολόνη, η μεθυλπρεδνιζολόνη και η δεξαμεθαζόνη από τις οποίες άλλες χορηγούνται από το στόμα και άλλες είναι ενέσιμες. Η δοσολογία, η συχνότητα και ο χρόνος λήψης εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες και ποικίλουν σε κάθε περίπτωση. Κυρίως χρησιμοποιείται η αδρενοκορτικοτροπίνη η οποία παρουσιάζει σημαντικά αποτελέσματα στη σταθεροποίηση και υποχώρηση των συμπτωμάτων. Στις παρενέργειες τους έχουν καταγραφεί οστεοπόρωση, διαβήτης και υπέρταση μετά όμως από μακροχρόνια χρήση. (<http://translate.google.gr/translate?hl=el&langpair=en%7Cel&u=http://www.nationalmssociety.org/about-multiple-sclerosis/what-we-know-about-ms/treatments/medications/corticosteroids/index.aspx>)

Ανοσοκατασταλτικά και ανοσοτροποποιητικά.

Τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται για την προφυλακτική θεραπεία. Ανοσοτροποποιητικά φάρμακα (τύπου I ιντερφερόνες και η γκλατιραμέρη) χρησιμοποιούνται ευρέως, είναι πολύ πιο ανεκτές από τους ασθενείς, έχουν λιγότερες παρενέργειες και είναι πιο αποτελεσματικές από τα ανοσοκατασταλτικά. Τα ανοσοτροποποιητικά φάρμακα μειώνουν σαφώς τη συχνότητα των υποτροπών και υπάρχουν κάποιες ενδείξεις για το ότι μπορούν να καθυστερούν την εξέλιξη της αναπηρίας. Βασικά χρησιμοποιούνται στην μορφή με εξάρσεις και υφέσεις και στη δευτεροπαθή προοδευτικά επιδεινούμενη μορφή. Από τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα περισσότερο έχει χρησιμοποιηθεί η αζαθειοπρίνη, ενώ πρόσφατα για τις βαριές μορφές που δεν απαντούν στα ανοσοτροποποιητικά φάρμακα χρησιμοποιείται η μιτοξανθρόνη. Επίσης χορηγούνται προφυλακτικά ανοσοσφαιρίνες ενδοφλέβια.⁷

Ανοσοσφαιρίνες

Οι ανοσοσφαιρίνη σε ενδοφλέβια χορήγηση μειώνει επίσης τον ρυθμό υποτροπών στη ΣΚΠ με εξάρσεις και υφέσεις. Επίσης γίνονται έρευνες πάνω στην δευτερογενώς προοδευτική μορφή της νόσου.¹¹

Μονοκλωνικό αντίσωμα ή ναταλιζουμάμπη (Tysabri).

Είναι κατάλληλο για ασθενείς με ανθεκτική στη θεραπεία MS ή με γρήγορα επιδεινούμενη MS. Η θεραπεία ενδείκνυται σε μορφή με ώσεις, εάν κατά το έτος πριν από την έναρξη της θεραπείας παρουσιάστηκε τουλάχιστον μια ώση. Η ναταλιζουμάμπη πρέπει να μειώσει τον αριθμό των ώσεων κατά τα δύο τρίτα. Επίσης σε ασθενείς που δεν έχουν λάβει μέχρι εκείνη την στιγμή θεραπεία, με ήδη από την αρχή έντονα ενεργοποιημένη νόσο ενδείκνυται η χορήγηση ναταλιζουμάμπης με έγχυση μια φορά τον μήνα. Ανεπιθύμητες ενέργειες είναι (ευκαιριακές) λοιμώξεις, αναφυλακτικές αντιδράσεις και κατάθλιψη. Ο σοβαρότερος κίνδυνος πάντως από την χορήγηση ναταλιζουμάμπης είναι η πρόκληση της προϊούσας πολυεστιακής εγκεφαλοπάθειας (PML).⁸

Το **Gilenya** εγκρίθηκε στην Ε.Ε. για τους ασθενείς με υψηλής ενεργότητας υποτροπιάζουσα διαλείπουσα σκλήρυνση κατά πλάκας (RRMS) παρά τη θεραπεία με βήτα-ιντερφερόνη, ή τους ασθενείς με ταχέως εξελισσόμενη σοβαρή υποτροπιάζουσα-διαλείπουσα σκλήρυνση κατά πλάκας. Το Gilenya έδειξε ανώτερη αποτελεσματικότητα

έναντι της ενδομυϊκής ιντερφερόνης β-1α, της συνηθέστερα συνταγογραφούμενης θεραπείας, μειώνοντας τις υποτροπές κατά 52% ($p < 0,001$) στον ένα χρόνο. Η διετής, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη έδειξε ότι το Gilenya μείωσε σημαντικά τον κίνδυνο επιδείνωσης της αναπηρίας. Για να πάρει άδεια κυκλοφορίας το νέο αυτό φάρμακο εκπονήθηκε ένα παγκόσμιο πρόγραμμα κλινικών δοκιμών που διήρκησε έξι χρόνια και συμμετείχαν 4.000 ασθενείς.



Το Gilenya είναι η πρώτη εγκεκριμένη θεραπεία για τη σκλήρυνση κατά πλάκας, η οποία συνδυάζει το θεραπευτικό όφελος με τη σημαντική αποτελεσματικότητα της χορήγησης σε μορφή καψακίου (κάψουλας), κάτι που για τους περισσότερους ασθενείς συνιστά ευχάριστη πρόσθετη επιλογή. Η έγκριση βασίστηκε στο μεγαλύτερο πρόγραμμα κλινικών μελετών που έχει υποβληθεί μέχρι στιγμής για νέο φάρμακο για τη σκλήρυνση κατά πλάκας, και το οποίο περιελάμβανε δεδομένα από κλινικές μελέτες, τα οποία δείχνουν τη σημαντική αποτελεσματικότητά του στη μείωση των υποτροπών, τον κίνδυνο επιδείνωσης της αναπηρίας και τον αριθμό των εγκεφαλικών βλαβών που εντοπίζονται μέσω μαγνητικής τομογραφίας, ο οποίος συνιστά τρόπο μέτρησης της ενεργότητας της νόσου. (http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=14286)

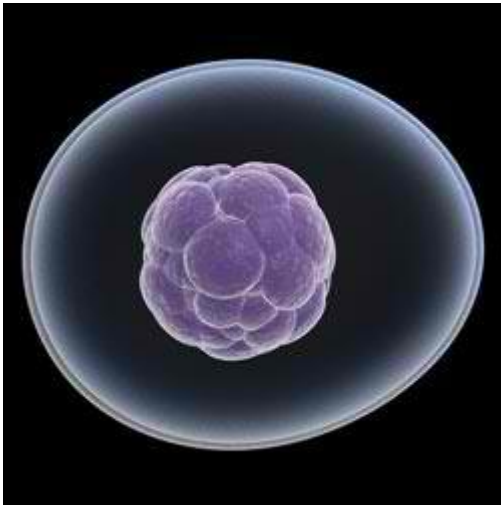
Το Gilenya, είναι το πρώτο φάρμακο μιας νέας τάξης φαρμάκων που ονομάζονται τροποποιητές του υποδοχέα της 1 φωσφορικής σφιγγοσίνης. Στη σκλήρυνση κατά πλάκας, το ανοσοποιητικό σύστημα φθείρει το στρώμα που καλύπτει τις ίνες των νεύρων στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), στο οποίο περιλαμβάνεται ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός. Ο καινοτόμος μηχανισμός δράσης του Gilenya πιστεύεται ότι δρα μειώνοντας την επίθεση του ανοσοποιητικού συστήματος στο ΚΝΣ διατηρώντας έναν συγκεκριμένο τύπο λευκών αιμοσφαιρίων, τα λεμφοκύτταρα, στους λεμφαδένες.

Οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες που είχαν όσοι δοκίμασαν το νέο φάρμακο ήταν πονοκέφαλος, διάρροια, πόνος στην μέση και βήχας ενώ για κάποιους ασθενείς το φάρμακο ήταν «δυνατό» για το συκώτι.

Η κυκλοφορία του Gilenya στην Ελλάδα γίνεται μετά από τη διάθεσή του στις ΗΠΑ (το 2010), τη Ρωσία, την Αυστραλία, τη Γερμανία κ.ά. Πρόκειται για το πρώτο φάρμακο μιας νέας κατηγορίας δραστικών ουσιών που ονομάζονται «τροποποιητές του υποδοχέα της φωσφορικής σφιγγοσίνης-1».

<http://newpost.gr/post/74654/sta-farmakeia-to-xapi-gia-ti-skliryntsi-kata-plakas>

Ελπίδες για αποκατάσταση του νευρικού συστήματος από τα βλαστικά κύτταρα του λώρου



Για πρώτη φορά βλαστικά κύτταρα του ομφαλίου λώρου μετετράπησαν σε ώριμα κύτταρα του νευρικού συστήματος, γεγονός που εκτιμάται ότι θα οδηγήσει σε νέες θεραπευτικές επιλογές για τους τραυματισμούς του νωτιαίου μυελού αλλά και για τη σκλήρυνση κατά πλάκας.

«Είναι η πρώτη φορά που αυτό επιτυγχάνεται με κύτταρα εκτός των εμβρυϊκών

βλαστικών» ανέφερε ο Τζέιμς Χίκμαν, βιοτεχνολόγος και επικεφαλής της νέας μελέτης από το Πανεπιστήμιο της Κεντρικής Φλόριδας.

Ξεπερνιούνται τα ηθικά εμπόδια

Ο ερευνητής προσέθεσε ότι η μελέτη της ομάδας του η οποία δημοσιεύεται στο επιστημονικό περιοδικό «ACS Chemical Neuroscience» ξεπερνά πολλά από τα προβλήματα με τα οποία συνδέονται τα εμβρυϊκά βλαστοκύτταρα. Και αυτό διότι τα κύτταρα του ομφαλίου λώρου δεν εγείρουν ηθικά ζητήματα, όπως συμβαίνει με τα εμβρυϊκά βλαστικά, αφού για τη λήψη τους δεν απαιτείται η καταστροφή εμβρύων, αλλά αντιθέτως λαμβάνονται από μια πηγή η οποία ούτως ή άλλως μετά τη γέννηση ενός παιδιού καταλήγει στον... κάλαθο των αγρήστων.

Ένα άλλο σημαντικό πλεονέκτημα των συγκεκριμένων κυττάρων είναι ότι σε γενικό πλαίσιο δεν φαίνεται να προκαλούν έντονη ανοσολογική απόκριση, γεγονός που τα κάνει να θέτουν ισχυρή υποψηφιότητα σε ό,τι αφορά τη θεραπευτική χρήση τους για τον άνθρωπο.

Για τραυματισμούς και σκλήρυνση κατά πλάκας

Οι επιστήμονες στρέφονται τώρα προς δύο θεραπευτικές κατευθύνσεις για τη συνέχιση των πειραμάτων τους. Η πρώτη αφορά μελλοντική έγχυση των κυττάρων σε σημεία όπου υπάρχει τραυματισμός του νωτιαίου μυελού. Η δεύτερη αφορά την αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας και άλλων νόσων του νευρικού συστήματος. Οι ειδικοί από τη Φλόριδα εκτιμούν ότι η έγχυση ολιγοδενδροκυττάρων τα οποία παράγουν μυελίνη θα βοηθήσει στη θεραπεία της πολλαπλής σκλήρυνσης. Και αυτό διότι στα άτομα με τη συγκεκριμένη ασθένεια το προστατευτικό περίβλημα μυελίνης των νευρικών κυττάρων καταστρέφεται με αποτέλεσμα τα κύτταρα να μην μπορούν να «επικοινωνήσουν» σωστά μεταξύ τους και να εμφανίζονται προβλήματα όπως η απώλεια της κινητικότητας και άλλων λειτουργιών.

Συγχρόνως οι ερευνητές ελπίζουν ότι θα καταφέρουν να αναπτύξουν τεχνικές για την καλλιέργεια ολιγοδενδροκυττάρων στο εργαστήριο τα οποία θα χρησιμοποιηθούν ως σύστημα- μοντέλο με στόχο την κατανόηση των μηχανισμών που οδηγούν στην απώλεια και στην αποκατάσταση της μυελίνης αλλά και για τη δοκιμή πιθανών νέων θεραπειών για τη σκλήρυνση κατά πλάκας.

Όπως είπε ο δρ Χίκμαν «πιστεύουμε ότι όλες αυτές οι προσεγγίσεις έχουν τεράστια δυναμική για την κατανόηση νόσων του νευρικού συστήματος αλλά και για τη θεραπεία τους».

(<http://newpost.gr/post/100113/omfalios-loros-enantia-sti-skliryysi-kata-plakas>)

Συστατικό του μπαχαρικού σαφράν πιθανή θεραπεία για την πολλαπλή σκλήρυνση

Ένα πρόσφατο άρθρο που δημοσιεύθηκε στο Journal of Immunology από μια ομάδα ιατρικών ερευνητών στο Πανεπιστήμιο της Αλμπέρτα έχουν διαπιστώσει ότι ένα ενεργό συστατικό του γνωστού μπαχαρικού σαφράν (κρόκος Κοζάνης) μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία ασθενειών με φλεγμονές των νεύρων , όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας.



«Βρήκαμε ότι υπάρχει μια ένωση στο σαφράν, που είναι γνωστή ως crocin, η οποία ασκεί προστατευτική δράση στην καλλιέργεια κυττάρων στον εγκέφαλο και άλλα μοντέλα της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Συγκεκριμένα, εμπόδισε βλάβες στα κύτταρα που δημιουργούν μυελίνη στον εγκέφαλο», δήλωσε ο ερευνητής Chris Power.

«Η μυελίνη είναι η μόνωση γύρω από τα νεύρα. Η πολλαπλή σκλήρυνση χαρακτηρίζεται από φλεγμονές των εγκεφαλικών κυττάρων που έχουν χάσει αυτή την προστατευτική μόνωση, η οποία τελικά οδηγεί σε νευροεκφυλισμό», εξήγησε.

Σε πειράματα του Power και των συνεργατών του, η χρήση του crocin κατέστειλε τόσο την φλεγμονή με αποτέλεσμα την μειωμένη νευρολογική βλάβη στο εργαστηριακά μοντέλα της σκλήρυνσης κατά πλάκας. (<http://www.mssociety.gr/news/?p=1450>)

6.1.1 Συμπτωματική θεραπεία

Η σπαστικότητα βελτιώνεται με την βακλοφένη, την δαντρολένη, τη διαζεπάμη ή την τιζανιδίνη. Η σοβαρή σπαστικότητα μπορεί να αντιμετωπιστεί με ενδοραχιαία χορήγηση βακλοφένης μέσω αντλίας. Η φυσικοθεραπεία βοηθά στην αντιμετώπιση της έκπτωσης της βάδισης, ενώ η απασχολησιοθεραπεία βοηθά στην αντιμετώπιση κινητικών προβλημάτων των άνω άκρων.

Η επιτακτική ούρηση και η ακράτεια ελέγχονται καλά με οξυβουτινίνη και διαλείποντες αυτοκαθετηριασμούς (αν έχει αυξηθεί το υπόλειμμα ούρων μετά την ούρηση). Η ενδορρινική χορήγηση DDAVP πριν τη νυκτερινή κατάκλιση βοηθά στη νυκτερινή ενούρηση.

Η δυσκοιλιότητα υποχωρεί με τη χρήση διαιτητικών παραγόντων πλούσιων σε ίνες και με υπακτικά.

Η ανικανότητα είναι συχνή. Οι στύσεις μπορούν να επιτευχθούν με ενέσεις αλπροσταδίνης στα σηραγγώδη σώματα. Αυτή η θεραπεία πρέπει να εποπτεύεται από κάποιον ουρολόγο.

Η νευραλγία του τριδύμου και τα άλλα παροξυσμικά συμπτώματα ανταποκρίνονται συνήθως καλά στην καρβαμαζεπίνη.

Ο χρόνιος δυσαισθητικός πόνος ανταποκρίνεται στην αμιτριπτιλίνη ή σε διαδερμικό ηλεκτρικό ερεθισμό του νεύρου. Η ειδική συμβουλή της κλινικής πόνου βοηθά στην αντιμετώπιση χρόνιων συνδρόμων πόνου.

Η κατάθλιψη δεν είναι σπάνια στους αρρώστους με ΣΚΠ και πρέπει να αντιμετωπίζεται με το συνήθη τρόπο. Οι τάσεις αυτοκτονίας των αρρώστων με ΣΚΠ είναι συχνότερες από ότι συμβαίνει στο γενικό πληθυσμό και πρέπει να αναζητηθεί ειδική ψυχιατρική συμβουλή, αν η κατάθλιψη γίνεται σοβαρή.

Η κόπωση είναι συχνή στη ΣΚΠ και μειώνεται λίγο με τη χρήση αμανταδίνης. Η 4-αμινοπυριδίνη, ένας αναστολέας των διαύλων καλίου μπορεί να βελτιώσει την αγωγιμότητα των απομυελινωμένων ινών μειώνοντας τα υπάρχοντα λειτουργικά ελλείμματα. Ο ερεθισμός του ΚΝΣ και οι επιληπτικές κρίσεις κατά την χορήγησή της δεν είναι σπάνιες παρενέργειες και χρειάζεται περισσότερη διερεύνηση της κλινικής χρησιμοποίησής της.¹¹

6.1.2 Υδροθεραπεία

Η υδροθεραπεία, αναφέρεται στην εφαρμογή του νερού ως θεραπευτικό μέσο. Η ευεργετική επίδραση του νερού σε συνδυασμό με τις διάφορες υδροθεραπευτικές μεθόδους, είναι γνωστή από τον πατέρα της Ιατρικής, Ιπποκράτη και βοηθάει σημαντικά στην



αποκατάσταση και θεραπεία διαφόρων παθήσεων και ιδιαίτερα, σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας.

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. Μερικά από τα θεραπευτικά οφέλη, που μπορεί να προσφέρει η υδροθεραπεία στον ασθενή είναι:

- Μυϊκή χαλάρωση.
- Μείωση της ευαισθησίας στον πόνο.
- Μείωση του μυϊκού σπασμού και της σπαστικότητας.
- Αύξηση της ευκολίας της κίνησης των αρθρώσεων και διατήρηση της τροχιάς των δύσκαμπτων αρθρώσεων.
- Μείωση των 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 σπαστικότητα, θα θελήσει άμεσα να βάλει την υδροθεραπεία στη ζωή του, για να την κάνει όσο γίνεται καλύτερη.

(<http://clubs.pathfinder.gr/sklhrinshkataplakas/480566?read=165&forum=53631>)

6.1.3 Φυσικοθεραπεία

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

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

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 εξυπηρέτησης μεγεθύνοντας το βαθμό ανεξαρτησίας του, σε συνδυασμό πάντα με το πρόγραμμα εργασιοθεραπευτικής υποστήριξης.

- Επιβεβαιώνει την «θετική προσέγγιση» συνδυάζοντας τις δυνατότητες με την συγκεκριμένη εκπλήρωση των στόχων.
- Βοηθά τον ασθενή να κατανοήσει την λειτουργία του σώματος δίχως να τον πιέζει και να τον κουράζει.
- Φροντίζει να μην εξαντλείται ο ασθενής στην προσπάθεια και να συνειδητοποιεί τα λογικά όρια στα οποία μπορεί να κινείται.
- Μαθαίνει στον ασθενή να συνεργάζεται με ενδιαφέρον αλλάζοντας συχνά το είδος και το ρυθμό των θεραπευτικών ασκήσεων για να διατηρεί έντονο το ενδιαφέρον και την προσπάθεια.
- Εκπαιδεύει τους ανθρώπους του άμεσου περιβάλλοντος του ασθενούς που επιθυμούν να βοηθήσουν στο πρόγραμμα κινησιοθεραπείας.
- Λειτουργεί σαν γέφυρα επικοινωνίας τόσο με την οικογένεια του ασθενούς όσο και με τα μέλη της υγειονομικής ομάδας αποκατάστασης.⁹

6.2 Οι θεραπευτικές ιδιότητες της κάνναβης στη σπαστικότητα

Η Almirall, SA παρουσίασε πλήρη αποτελέσματα από τρεις μελέτες με Sativex®, στο ECTRIMS, που πραγματοποιήθηκε στο Άμστερνταμ.

Αυτές οι μελέτες φάσης III παρείχαν αποδεικτικά στοιχεία για τη μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα του Sativex® (σπρέι στόματος με 2,7 mg δέλτα-9-τετραυδροκανναβινόλη και 2,5 cannabidiol ανά εισπνοή) στην βελτίωση των συμπτωμάτων σε ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή σπαστικότητα που οφείλεται σε σκλήρυνση κατά πλάκας και που δεν είχε ανταποκριθεί επαρκώς σε άλλες φαρμακευτικές αγωγές.

Τα στοιχεία αυτά οδήγησαν στην έγκριση του Sativex ως πρώτο φάρμακο της κατηγορίας του στη Βρετανία, την Ισπανία, τη Δανία, τη Γερμανία και την Τσεχία, με

άλλες χώρες να έχουν πάρει σειρά για την χορήγηση έγκρισης στο προσεχώς μέλλον.
(<http://www.mssociety.gr/news/?p=1352>)

6.3 Η αυτομεταμόσχευση αιμοποιητικών προβαθμίδων

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

Στην νέα αυτή μέθοδο αρχικά γίνεται έντονη καταστολή με χημειοθεραπευτικά φάρμακα που καταστρέφουν το ανοσοκύτταρα και τα υπόλοιπα κύτταρα του αίματος και κατόπιν επιτυγχάνεται η ανάπλαση αιματικού ιστού (κύτταρα αίματος, λεμφοκύτταρα κ.λπ.) με την λήψη μοσχεύματος αιμοποιητικών προβαθμίδων που προέρχονται από το αίμα του ίδιου του ασθενή.

Με την μέθοδο αυτή δεν επιτεύχθηκε πλήρης θεραπεία, αλλά μια σταθεροποίηση ή βελτίωση των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας. Χρειάζεται όμως μακροχρόνια παρακολούθηση για να διαπιστωθεί αν είναι ωφέλιμη η δράση της μεθόδου, ή αν απλά δημιουργεί μετά από καιρό τοξικότητα στον οργανισμό.^{13,16}

6.4 Αποκατάσταση

Θεωρώντας ότι η αποκατάσταση, ειδικά στις χρόνιες παθήσεις, είναι μια χρόνια διαδικασία, είναι φυσικό να μην εφαρμόζεται από ένα μόνο ειδικό αλλά από ένα σύνολο εξειδικευμένων υγειονομικών οι οποίοι και απαρτίζουν την ομάδα αποκατάστασης.

Σκοπός της διαδικασίας της αποκατάστασης είναι:

- Να ελαχιστοποιήσει τις επιπτώσεις από τα συμπτώματα της πάθησης.
- Να αυξήσει κατά το δυνατόν τη λειτουργική ικανότητα του ασθενή.
- Να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του και

- Να τον εκπαιδεύσει, ώστε να αξιοποιήσει όσο το δυνατόν καλύτερα όλα τις υπάρχουσες δυνάμεις.

Συντονιστής της ομάδας αποκατάστασης είναι ο γιατρός φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης (φυσίατρος), ο οποίος σε συνεργασία με το θεράποντα εξειδικευμένο ιατρό θα καθορίσει τις ρεαλιστικές προτεραιότητες και τους συγκεκριμένους στόχους της λειτουργικής αποκατάστασης που είναι δυνατόν να επιτευχθούν τόσο μεσοπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα.

Οι ειδικοί που απαρτίζουν την ομάδα αποκατάστασης είναι:

- **Φυσικοθεραπευτής:** θα φροντίσει με φυσικά μέσα για την κινητική βελτίωση του ασθενή όχι μόνο θα του εξασφαλίσει την καλύτερη δυνατή ανεξαρτησία του αλλά θα φροντίσει και για την πρόληψη των γνωστών ως δευτερογενών βλαβών που θα επιβαρύνουν ακόμα περισσότερο την κατάσταση της υγείας του
- **Κοινωνικοί λειτουργοί:** θα φροντίσει για όλες τις γραφειοκρατικές διαδικασίες που είναι συχνά απαραίτητες για τον συντονισμό κοινωνικών υπηρεσιών
- **Εργοθεραπευτής:** θα αξιοποιήσει τις κατακτηθείσες κινητικές ικανότητες του ασθενή, προσαρμόζοντάς τις με διάφορες τεχνικές και βοηθήματα
- **Λογοθεραπευτής:** φροντίζει για την πρόληψη, αλλά συχνά και για τη βελτίωση των διαταραχών στη λεκτική επικοινωνία του ασθενή με το περιβάλλον του, μέσω ειδικών τεχνικών ηχητικών ασκήσεων
- **Ψυχολόγος:** υποστηρίζει ψυχολογικά, όχι μόνο τον ασθενή, αλλά και τους ανθρώπους του περιβάλλοντός του, προετοιμάζοντάς τον να αντιμετωπίσει τις ψυχολογικές καταπτώσεις που δημιουργεί η πάθηση
- **Νοσηλεύτρια:** υπεύθυνη για την νοσηλευτική περίπτωση όταν και όπου είναι αναγκαία καλλιεργώντας την εμπιστοσύνη και την ελπίδα για ταχεία ανάρρωση
- **Διαιτολόγος:** φροντίζει για την σωστή διατροφική ισορροπία, εξασφαλίζοντας στον οργανισμό την απαιτούμενη ενέργεια
- **Επισκέπτρια υγείας:** συνεργάζεται με την κοινωνική λειτουργό, φροντίζοντας για την υγιεινή του περιβάλλοντος
- **Τεχνίτης Ορθώσεων:** όποτε κρίνεται αναγκαίο, κατασκευάζει ειδικούς νάρθηκες-κηδεμόνες ή βοηθήματα που στηρίζοντας, τον ασθενή στις κινητικές του αδυναμίες υποστηρίζει το έργο της αποκατάστασης

- **Σύμβουλος επαγγελματικού προσανατολισμού:** φροντίζει για την επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενή είτε προσαρμόζοντας τις δυνατότητές του στο επάγγελμά του ή φροντίζοντας για αλλαγή ειδικότητας εργασίας. Όπως είναι φυσικό, τα μέλη της ομάδας αποκατάστασης συναντώνται ανά τακτά χρονικά διαστήματα όπου μετά από εκτιμήσεις και συζητήσεις, καθορίζεται και το πρόγραμμα προτεραιοτήτων που θα εφαρμοστεί στον ασθενή, αναλόγως με τις κατά καιρούς ανάγκες του.⁹

6.5 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 γνωστή ως «εναλλακτική ιατρική». Μερικές από αυτές είναι:

Η **ομοιοπαθητική** : είναι η πιο σημαντική και διαδεδομένη μέθοδος. Είναι ελληνικής προέλευσης και στηρίζεται στην αρχή ότι οι ασθενείς μπορούν να θεραπευθούν με ουσίες που προκαλούν τα ίδια συμπτώματα με τις ασθένειες αυτές. 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. Συχνά έχουμε ένα πρώτο χρόνο επιδείνωσης των συμπτωμάτων, που όμως δεν θα πρέπει να ανησυχήσει τον ασθενή. Είναι πολύ διαδεδομένη μέθοδος και θεωρείται εναλλακτική αλλά και συμπληρωματική αγωγή.

Η **φυτοθεραπεία – βοτανολογία** : είναι η χρήση φυτών με θεραπευτικό σκοπό. Χρησιμοποιούνται χιλιάδες φυτά για την αντιμετώπιση των ασθενειών και η επίδραση τους οφείλεται στις δραστικές ουσίες που περιέχουν ορισμένα φυτά. Έχουν αργά θεραπευτικά αποτελέσματα και πιθανόν να χαθεί πολύτιμος χρόνος για την ουσιαστική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου.

Ο **βελονισμός** : είναι πολύ διαδεδομένος διεθνώς και θεωρείται φιλοσοφική ιατρική προσέγγιση κινέζικου τύπου. Βασίζεται στη θεωρία ότι όλο το σώμα του ανθρώπου διασχίζεται από διόδους (μεσημβρινούς) όπου περνά αδιάκοπη ενέργεια που ελαττώνεται όμως η ροή της, μόνο κατά τη διάρκεια μιας πάθησης. Ασθένεια λοιπόν θεωρείται η συσσωρευμένη ενέργεια, η οποία πρέπει να αποβληθεί. Αυτό γίνεται με ατσάλινες βελόνες λεπτές σαν τρίχα που βυθίζονται σε συγκεκριμένα-βυθισμένα σημεία και διατηρούνται εκεί για περίπου 20 λεπτά. Ερεθίζοντας μια ορισμένη περιοχή του

σώματος, διεγείρονται οινευρικές απολήξεις 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.⁹

Κεφάλαιο 7^ο

Η διατροφή στη σκλήρυνση κατά πλάκας

- **Η διατροφή ως αιτιολογικός παράγοντας**
- **Η διατροφή στην αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας**
- **Συστατικά χρήσιμα στην σκλήρυνση κατά πλάκας**

7.1 Η διατροφή ως αιτιολογικός παράγοντας

Όσον αφορά τη διατροφή στη σκλήρυνση κατά πλάκας υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της, οι οποίοι είναι:

- **Το διαιτητικό λίπος:** η μεγάλη κατανάλωση λιπών ζωικής προέλευσης, κορεσμένων λιπαρών, βιομηχανοποιημένων προϊόντων και η μικρή κατανάλωση ψαριών και θαλασσινών παίζουν αρνητικό ρόλο στην αιτιοπαθογένεια της ΣΚΠ.
- **Ο σίδηρος:** είναι απαραίτητος για την μεταφορά οξυγόνου από τους πνεύμονες στους ιστούς, καθώς και για τη μεταφορά και αποθήκευση του οξυγόνου στα μυϊκά κύτταρα. Επιπλέον, είναι απαραίτητο στοιχείο για την σύνθεση πολλών αμινοξέων, ορμονών και νευροδιαβιβαστών. Σε ορισμένες νευροεκφυλιστικές παθήσεις, υπάρχει παθολογική συσσώρευση του σιδήρου σε περιοχές του εγκεφάλου. Τροφές πλούσιες σε σίδηρο και με υψηλή βιοδιαθεσιμότητα είναι το κρέας, το συκώτι και άλλα εντόσθια, τα θαλασσινά και λιγότερο τα όσπρια.
- **Η βιταμίνη B6:** είναι απαραίτητη στην λειτουργία του νευρικού συστήματος, παίζει σημαντικό ρόλο σε πολλές φυσιολογικές διαδικασίες, όπως στο μεταβολισμό των αμινοξέων και των λιπών, στη σύνθεση της αιμοσφαιρίνης, καθώς και σε λειτουργίες του αμυντικού συστήματος. Για ορισμένα φωτοευαίσθητα και θερμοευαίσθητα μονομερή τη βιταμίνης B6 υπάρχει η άποψη ότι σοβαροί κίνδυνοι για την υγεία συσχετίζονται με μη ανιχνεύσιμες ελλείψεις αυτών, οι οποίες προδιαθέτουν σε ποικίλες παθήσεις, όπως αρτηριοσκλήρυνση και ΣΚΠ.
- **Η βιταμίνη B12:** είναι απαραίτητη για τη σύνθεση της μυελίνης. Επικτητες ελλείψεις της βιταμίνης B12, καθώς και συγγενείς διαταραχές του μεταβολισμού της, αποτελούν γνωστές αιτίες απομυελίνωσης των νευρικών ινών του ΚΝΣ.
- **Η απουσία θηλασμού:** η συγκέντρωση της χοληστερόλης στο μητρικό γάλα είναι περίπου 10 φορές υψηλότερη από την αντίστοιχη του αγελαδινού, καθώς και από αυτή των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος που κυκλοφορούν στο εμπόριο. Το γεγονός αυτό αποτελεί ιδιαίτερο πλεονέκτημα, καθώς η χοληστερόλη παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του ΚΝΣ του βρέφους και στη σύνθεση της μυελίνης. Το μητρικό γάλα περιέχει και ένζυμα, τα οποία υπεισέρχονται στο μεταβολισμό του λίπους. Τα ένζυμα αυτά είναι ενεργά στο έντερο του βρέφους και

συνεισφέρουν σημαντικά στη διάσπαση των τριγλυκεριδίων του γάλακτος και στη γενικότερη πέψη και απορρόφηση του λίπους από το βρέφος.

- **Η κατανάλωση γλουτένης:** η γλουτένη είναι ένα θρεπτικό συστατικό για το οποίο έχει καταγραφεί υψηλό ποσοστό τροφικών αλλεργιών. Υπάρχει θεωρία ότι οι τροφικές αλλεργίες συμβάλλουν στην προαγωγή των συμπτωμάτων της ΣΚΠ. Σε κάθε περίπτωση, η αποφυγή των τροφικών αλλεργιογόνων είναι σάφρων τακτική, γιατί οι ουσίες αυτές αν δεν συσχετίζονται με την ίδια την νόσο, μπορεί αν συμβάλλουν στην επιδείνωση των συμπτωμάτων της.
- **Η συγκέντρωση των βαρέων μετάλλων:** τα βαρέα μέταλλα όπως ο υδράργυρος, ο μόλυβδος, το κάδμιο και το αλουμίνιο είναι στοιχεία που ίσως οδηγούν στην αντικατάσταση φυσιολογικών συστατικών της μυελίνης, οδηγώντας σε απελευθέρωση ελευθέρων ριζών, οι οποίες καταστρέφουν το έλυτρο της μυελίνης. Το ανοσοποιητικό σύστημα αναγνωρίζει ως ξένη την μυελίνη, όπως έχει τροποποιηθεί από τα βαρέα μέταλλα, με συνέπεια την περαιτέρω καταστροφή του ελύτρου.
- **Η κατανάλωση αγελαδινού γάλακτος και προϊόντων του:** έχει διαπιστωθεί αρκετά σημαντική σχέση της συχνότητας εμφάνισης ΣΚΠ με την κατανάλωση αγελαδινού γάλακτος, χαμηλή αλλά σημαντική σχέση με το βούτυρο και την κρέμα γάλακτος και μηδενικός συσχετισμός με το τυρί. Οι υποψίες στρέφονται προς το βουτυρικό οξύ, το οποίο θα μπορούσε να επανενεργοποιήσει έναν λανθάνοντα ιό που προϋπάρχει στα άτομα αυτά.⁶

7.2 Η διατροφή στην αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας

Οι γενικές διατροφικές αρχές για την αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι :

- **Η βιταμίνη D:** έρευνες έχουν δείξει ότι η λήψη 200-250 IU βιταμίνης D την ημέρα είναι απαραίτητη για την φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού. Η βιταμίνη D διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην ομοιόσταση τόσο του φωσφόρου, όσο και του ασβεστίου. Η έκθεση στο ηλιακό φως, λειτουργεί καταλυτικά στην παραγωγή της βιταμίνης D3 στον ανθρώπινο οργανισμό. Συνεπώς, η δραστική μορφή της βιταμίνης

αυτής είναι εκλεκτικός ρυθμιστής του ανοσοποιητικού συστήματος, προστατεύοντας έτσι από αυτοάνοσες παθήσεις όπως, η σκλήρυνση κατά πλάκας.

- **Τα λιπαρά οξέα:** μια από τις βασικές λειτουργίες των λιπών είναι μέσω του λιπώδους ιστού βοηθούν στη στήριξη και προφύλαξη διαφόρων οργάνων και νεύρων του σώματος. Ακόμη, είναι απαραίτητα για την απορρόφηση και την μεταφορά λιποδιαλυτών βιταμινών (π.χ. βιταμίνη D). Η συμπληρωματική χορήγηση απαραίτητων λιπαρών οξέων (ΑΛΟ) έδειξε, σημαντική μείωση της αναπηρίας σε μια υποκατηγορία ασθενών με ηπιότερη μορφή ΣΚΠ. Η μείωση της συχνότητας, της βαρύτητας και της διάρκειας των υποτροπών με συμπληρώματα ΑΛΟ έχει συγκριθεί με την τεκμηριωμένη δράση της ACTH στις οξείες υποτροπές. Οι ελλείψεις σε ω3 λιπαρά οξέα παραβλάπτουν το σχηματισμό της φυσιολογικής μυελίνης. Η κατανάλωση προϊόντων πλούσιων σε πολυακόρεστα ω3 και ω6 λιπαρά οξέα σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο προσβολής από ΣΚΠ.
- **Τα αντιοξειδωτικά στοιχεία:** υποστηρίζουν την άμυνα των κυττάρων απομακρύνοντας τις ελεύθερες ρίζες, μειώνουν τις λανθασμένες κυτταρικές αντιδράσεις που σχετίζονται με την γονιδιακή αντιγραφή, την πρωτεϊνική έκφραση και την δραστηριότητα των ενζύμων ενώ εμποδίζουν την απορρόφηση των βαρέων μετάλλων.⁶

7.3 Θρεπτικά συστατικά που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της ΣΚΠ

- χολίνη: δομικό συστατικό του νευρικού ιστού, καλή πηγή είναι το αυγό.
- ινοσιτόλη: λιποτροπική δράση, πρόδρομος ουσιών (φωσφοϊνοσιτών) για την ανάπτυξη του εγκεφάλου, καλή πηγή είναι συκώτι, εσπεριδοειδή.
- βιοτίνη: λειτουργεί ως συνένζυμο στον μεταβολισμό των θρεπτικών συστατικών, πηγές είναι ρύζι, κρέας, σαρδέλες, κουνουπίδι, δημητριακά.
- μαγγάνιο: πολύτιμο για τον σχηματισμό οστών, συνδετικού ιστού, δράση της ινσουλίνης, παραγωγή καλής χοληστερόλης, διεγέρτης ενζύμων στο μεταβολισμό των θρεπτικών συστατικών και των νουκλεϊκών οξέων DNA-RNA. Πηγές είναι το ρύζι, το σιτάρι, το μαρούλι, φασόλια, ξηροί καρποί.
- φώσφορος: εμπλέκεται με όλες τις ζωτικές λειτουργίες ενώ συνδέεται με το ασβέστιο και τη βιταμίνη D, καλή πηγή είναι το ψάρι.

- Ο βασιλικός πολτός λόγω της περιεκτικότητας του σε απαμίνη παράγει μια ισχυρή αντίδραση ενάντια στις λοιμώξεις. Παράλληλα λόγω της υψηλής περιεκτικότητάς του σε αμινοξέα (πρωτεΐνη) προσδίδει ενέργεια.
- Υποστηρίζεται ότι η παραγωγή κορτικοστεροειδών στον οργανισμό διευκολύνεται με την πρόσληψη φυτικών τροφών (φυτικές στερόλες).
- Ο κουρκουμάς, βότανο και μπαχαρικό, θεωρείται ένα καλό αντιφλεγμονώδες, και προστατευτικό του ανοσοποιητικού συστήματος.
- Τα προβιοτικά είναι ζωντανοί μικροοργανισμοί που ωφελούν τον οργανισμό στην πέψη αλλά και την λειτουργία του εντέρου. Επίσης έχουν αντιμικροβιακές, αντιοξειδωτικές, αντιαλλεργικές και άλλες ιδιότητες. Πηγές αυτών είναι τα εμπλουτισμένα γαλακτοκομικά προϊόντα.

(<http://www.anthorama.gr/users/zioziou/page7.html>)

Κεφάλαιο 8^ο

Οικογενειακό περιβάλλον και σκλήρυνση κατά πλάκας

- **Οικογένεια και σκλήρυνση κατά πλάκας**
- **Οικογενειακός προγραμματισμός**
- **Επαφή με τα παιδιά**
- **Συμβιώνοντας με την πάθηση**
- **Μητρότητα και σκλήρυνση κατά πλάκας**
- **Σακχαρώδης διαβήτης και ΣΚΠ**
- **Σεξουαλική δραστηριότητα και σκλήρυνση κατά πλάκας**
- **Άσκηση και ΣΚΠ**

8.1 Οικογένεια και σκλήρυνση κατά πλάκας

Η δύναμη της οικογένειας στηρίζεται στην ενότητα και αλληλοϋποστήριξη των μελών της. Στο λεπτό θέμα της πάθησης, η οικογένεια καλείται να αναλάβει όχι μόνο υποστηρικτικό και ενθαρρυντικό ρόλο, αλλά κυρίως δυναμικό, που θα αφαιρέσει κάθε μοιρολατρική τάση του ασθενούς μέλους της.

Με ψυχραιμία και κατανόηση, επιμονή και υπομονή η οικογένεια θα διευκολύνει τους μηχανισμούς:

- ✚ έγκαιρου εντοπισμού συμπτωμάτων
- ✚ υγειονομικής επικοινωνίας και συνεργασίας
- ✚ διαμόρφωσης χώρου κινησιοθεραπείας
- ✚ προσαρμογής των χώρων του σπιτιού στις κινητικές δυνατότητες του ασθενή
- ✚ αξιοποίησης των φωτεινών διαλειμμάτων υγείας
- ✚ διευκόλυνσης των μεταφορών του ασθενή
- ✚ ελάφρυνσης από τις πρακτικές υποχρεώσεις του ασθενή
- ✚ διαρκούς προτροπής για συνεχόμενη προσπάθεια
- ✚ ψυχολογικής υποστήριξης στα αρνητικά συναισθήματα του ασθενή
- ✚ καλλιέργειας της θετικής σκέψης

Οι οικογένειες γίνονται συχνά αποδέκτες του εκνευρισμού του ασθενούς, συχνά δικαιολογημένα ή ακόμα και αδικαιολόγητα. Η παρατεταμένη συναισθηματική ένταση, που πολλές φορές υπάρχει και διαρκεί, συχνά στενοχωρεί ή θεωρούμενη ως άδικη, απογοητεύει. Σε αυτό ακριβώς το κρίσιμο σημείο χρειάζεται όλη η καλή διάθεση, η υπομονή και η κατανόηση ώστε όχι μόνο να διατηρούνται όλες οι γέφυρες επικοινωνίας

αλλά να ενισχύονται διαρκώς με νέα θετικά ερεθίσματα και στόχους που θα δημιουργούν ρεαλιστικές προοπτικές και σχέδια.

Η ηθική στήριξη του ασθενούς, ο οποίος δεν επέλεξε την πάθηση και συνειδητοποιώντας ότι κάθε ένας από εμάς θα μπορούσε να είναι στη θέση του, αποτελεί μια θετική πρόκληση για τα μέλη που πορεύονται μαζί του μέσα από τον ουσιαστικό δεσμό που δημιουργεί η στενή συγγένεια.⁹

8.2 Οικογενειακός προγραμματισμός

Από την διαδικασία της οργάνωσης δεν θα πρέπει να απουσιάζει και η έννοια του οικογενειακού προγραμματισμού. Σίγουρα πολλά πράγματα αλλάζουν από τη στιγμή που θα διαγνωστεί κάποιος σαν σκληρυντικός ασθενής και σίγουρα πολλά πράγματα θα αλλάξουν ακόμη πιο πολύ με την πάροδο του χρόνου.

Με δεδομένο την μακρόχρονη πορεία της νόσου και την κατά κάποιο τρόπο διευκρίνιση της μορφής της πάθησης μπορεί ο καθένας βάζοντας ρεαλιστικούς στόχους να πραγματοποιήσει σε μεγάλο βαθμό τη ζωή του.

Όπως ήδη γνωρίζουμε, η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι πλέον μια καινούργια κατάσταση η οποία θα επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο ζωής. Συνεπώς λαμβάνοντας υπόψη όλες τις κατά το δυνατό αρνητικές παραμέτρους μπορούμε να προγραμματίσουμε τους ρυθμούς που θα ακολουθήσει η οικογένειά μας σε μεγάλο βαθμό.

Η τυχόν εγκυμοσύνη όχι μόνο δεν αντενδείκνυται αλλά συχνά επηρεάζει θετικά την όλη κατάσταση εξάλλου είναι επιβεβαιωμένο ότι η νόσος δεν είναι κληρονομική ούτε επιβαρύνεται η συμπτωματολογία κατά τη διάρκεια της κύησης ούτε και επηρεάζεται η δυνατότητα εγκυμοσύνης, μπορεί κανείς να δει όλα τα θετικά από ένα παιδικό χαμόγελο που θα προστεθεί στην οικογένεια.

Επιπλέον γνωρίζοντας ότι ούτε στον άνδρα ασθενή επηρεάζεται η αναπαραγωγική ικανότητα θα πρέπει να δούμε με θετικό πνεύμα το μεγάλωμα της οικογένειας με όλη τη θετική ενέργεια που περικλείει.⁹

8.3 Επαφή με τα παιδιά

Το μέγλωμα ενός παιδιού ήταν και θα είναι μια εξαιρετικά λεπτή υπόθεση και ταυτόχρονα μια δημιουργική πρόκληση. Κανείς δεν μπορεί και δεν πρέπει να ξεγελά τα παιδιά τα οποία, ειδικά κάτω από τις σημερινές συνθήκες ανάπτυξης έχουν ιδιαίτερα οξυμένη την ευαισθησία για οτιδήποτε συμβαίνει μέσα στην οικογένειά τους.

Είναι απόλυτα κατανοητό ότι αποτελεί δικαίωμα το να γνωρίζουν με κάθε ειλικρίνεια οτιδήποτε συμβαίνει και τα αφορά. Φυσικά, διαφέρει πάντα ο τρόπος που θα πλησιάσει και θα ενημερώσει κανείς το παιδί του για ένα λεπτό θέμα όπως είναι η υγεία του γονιού του. Είναι σημαντικό να καταλάβει το παιδί ότι ο γονιός του παραμένει πάντα ο ίδιος, που πάντα θα ενδιαφέρεται και θα φροντίζει για αυτό, έστω και αν έχει κλονισθεί η υγεία του, γεγονός που σε καμία περίπτωση δεν θα αποτελέσει τροχοπέδη στο δεσμό γονέα-παιδιού, που όχι μόνο δεν θα φθίνει, οσοδήποτε και αν ταλαιπωρείται ο ασθενής-γονέας, αλλά αντίθετα θα δυναμώνει.

Μέσα από το διάλογο θα κατανοήσει το παιδί τις πρακτικές δυσκολίες και αντίθετα από ο,τι θεωρείται, όχι μόνο δεν θα μείνει ψυχρός παρατηρητής μιας αβέβαιης κατάστασης, αλλά αντίθετα, μπορεί κάλλιστα να συμμετάσχει και στο πρόγραμμα λειτουργικής αποκατάστασης βοηθώντας στις ελεύθερες ώρες του τον γονέα να εφαρμόσει το πρόγραμμα κινησιοθεραπείας που του έχει ορισθεί.⁵

Το παιδί θα πρέπει να αισθάνεται πάντοτε ελεύθερο να εκμυστηρευθεί στο γονέα τις ανησυχίες του, τις αμφιβολίες του, τις στενοχώριες του και τις ανασφάλειές του. Η πλήρη κατανόηση της ευαίσθητης παιδικής ηλικίας και των ιδιαιτεροτήτων που παρουσιάζει, θα βοηθήσουν τον γονέα να εξηγήσει στο παιδί του χωρίς δραματικές προεκτάσεις, ότι η ζωή έχει και δυσάρεστες πλευρές που όμως δεν έχουμε εμείς την ευθύνη για τη δημιουργία τους. Έτσι όλοι μαζί στην οικογένεια μέσα από μια διαρκή συνεργασία και φροντίδα ο ένας για τον άλλο θα παισιώσουμε τον ρόλο που μας αρμόζει από όποια θέση κι αν βρισκόμαστε για να στηρίξουμε το ασθενές μέλος της.

Η επικοινωνία με τους εκπαιδευτικούς και η διαρκή συνεργασία μαζί τους για την κατανόηση του ευαίσθητου αυτού θέματος θα δημιουργήσει μια άλλη ασπίδα προστασίας για την ψυχική υγεία του παιδιού, για να μη διαταραχθεί η αναπτυξιακή πορεία του και να μη επηρεαστεί αρνητικά η διάθεση για μάθηση και κοινωνικότητά του. Η αποδοχή της κατάστασης και η συνεχής προσπάθεια για βελτίωση της θα δώσει στο παιδί επιπλέον την δυνατότητα να γνωρίσει την έννοια της θετικής αντιμετώπισης, η

οποία με τις λιγότερες δυνατές συναισθηματικές εντάσεις θα δώσει ένα αισιόδοξο αποτέλεσμα.⁹

8.4 Συμβιώνοντας με την πάθηση

Με δεδομένο ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας έχει μια προοδευτική, αλλά μάλλον αβέβαιη μορφή, δικαιολογεί απόλυτα την αβεβαιότητα που περιβάλλει τον πάσχοντα. Είναι δύσκολο, αλλά σίγουρα εφικτό, να κατανοηθεί πλήρως ότι η έννοια της αβεβαιότητας δεν σημαίνει απόλυτα ότι το μέλλον θα είναι απελπιστικά δύσκολο. Υπάρχουν πάρα πολλά που μπορεί να κάνει κανείς εάν κατορθώσει να απεγκλωβιστεί από το παρελθόν και τις οποιεσδήποτε κρίσεις που τον είχαν ταλαιπωρήσει και να εστιάσει όλη του την προσπάθεια στο παρόν και μόνο.

Ο ρόλος της οικογένειας είναι πολύ σημαντικός στο να δώσει την δυνατότητα στον ασθενή της χωρίς συναισθήματα ενοχής, απογοήτευσης και θλίψης. Η ψυχραιμία αντιμετώπιση και κατανόηση των συμπτωμάτων της πάθησης θα αποτελέσει την βάση για την ανάπτυξη όλου του προγράμματος της φυσικοθεραπευτικής αποκατάστασης.

Η θετική προσέγγιση θα εντοπίσει τα θετικά σημεία και η προσπάθεια, που θα αναπτυχθεί με μέθοδο και υπομονή, θα δώσει την δυνατότητα στην καλύτερη λειτουργική αποκατάσταση.

Η ξεκάθαρη επιλογή των δυνατοτήτων του ασθενή για βελτίωση της κατάστασης και ο εντοπισμός των εφικτών στόχων θα δώσουν τη δυνατότητα για ποιοτική αναβάθμιση της ζωής του.

Η συμβίωση με την πάθηση είναι απόλυτα εφικτή φτάνει μόνο να απομακρυνθούν οι οποιεσδήποτε δυσάρεστες σκέψεις και να εστιάσει το ενδιαφέρον του στην καλλιέργεια της ευχάριστης πλευράς της ζωής.⁹

8.4.1 Μητρότητα και ΣΚΠ

Ένα από τα κυρίαρχα θέματα, που αφορούν τις γυναίκες με ΣΚΠ, είναι η επίδραση της κύησης στη νόσο. Από διάφορες μελέτες υπάρχουν ενδείξεις σημαντικής βελτίωσης της ΣΚΠ κατά τη διάρκεια της κύησης, αλλά και επιδείνωσής της μετά τον τοκετό. Η σχέση μεταξύ της πορείας της ΣΚΠ και της κύησης έχει εξεταστεί σε διάφορες επιστημονικές μελέτες, στις οποίες διαπιστώθηκε μείωση στο ποσοστό υποτροπής κατά τη διάρκεια της κύησης, με συνολικά 121 υποτροπές σε σύνολο 1119 κυήσεων και

δείκτη υποτροπής 0,14 ανά έτος. Μετά όμως από τον τοκετό, ο δείκτης υποτροπών ανά έτος ανήλθε στο 1,0.

Η γνώση όσον αφορά τη σχέση εγκυμοσύνης και ΣΚΠ είναι περιορισμένη. Παρόλα αυτά, πολλά συμπεράσματα μπορούν να επισημανθούν από τη διεθνή βιβλιογραφία

- i. Το ποσοστό των υποτροπών της ΣΚΠ μειώνεται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και αυξάνεται σημαντικά τους 3 πρώτους μήνες μετά τον τοκετό, για να μειωθεί στη συνέχεια στα προ της εγκυμοσύνης επίπεδα.
- ii. Παρότι η εγκυμοσύνη και ο τοκετός προκαλούν μεταβολές στα ποσοστά υποτροπής, δεν παρουσιάζεται καμία αντίδραση στη μακροπρόθεσμη πρόγνωση της ανικανότητας.
- iii. Ο θηλασμός δεν φαίνεται να έχει επιβλαβείς συνέπειες στην πορεία της νόσου.
- iv. Η ΣΚΠ δεν φαίνεται να επηρεάζει τις συνθήκες εγκυμοσύνης και τοκετού, καθώς και την υγεία του βρέφους.
- v. Είναι σαφές ότι τα διαθέσιμα δεδομένα δείχνουν ότι οι γυναίκες με ΣΚΠ δεν πρέπει να αποθαρρύνονται να μείνουν έγκυες. Οι εξισορροπητικές επιδράσεις των διακυμάνσεων στο δείκτη υποτροπής στη κύηση με αυτόν της περιόδου μετά τον τοκετό και η ένδειξη ότι μπορεί να υπάρχει ευνοϊκή επίδραση της κύησης στην πορεία της ΣΚΠ, θα πρέπει να συζητηθούν με την ενδιαφερόμενη. Οι υποθέσεις που υπάρχουν σήμερα έχουν να αντιμετωπίσουν μεθοδολογικούς περιορισμούς και χρειάζεται να επαληθευτούν από άλλες πολύπλευρες μελέτες. Το θέμα αποτελεί αντικείμενο έρευνας που διεξάγεται σε ευρωπαϊκό επίπεδο από το 1992.⁶

8.4.2. Σακχαρώδης διαβήτης και ΣΚΠ

Το γεγονός ότι η ΣΚΠ είναι μια νευρολογική νόσος δεν αποκλείει την πιθανή συσχέτιση της με παθήσεις επιμέρους οργάνων όπως π.χ. το λεπτό έντερο ή το πάγκρεας. Οι ερευνητές του hospital forsick children υποστηρίζουν την στενή σχέση της ΣΚΠ και του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1. Η ΣΚΠ και ο νεανικός τύπος διαβήτη αποτελούν δυσλειτουργίες του ανοσοποιητικού συστήματος, το οποίο επιτίθεται στους δικούς του ιστούς (αυτοκαταστροφική δραστηριότητα). Οι δύο αυτές παθήσεις είναι τελείως διαφορετικές κλινικά, αλλά έχουν την ίδια εθνική και γεωγραφική κατανομή, γενετικές ομοιότητες και, από όσο είναι γνωστό, μοιράζονται τους ίδιους περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου. Ένας από αυτούς, ως διατροφικός και παράλληλα περιβαλλοντικός παράγοντας, είναι το αγελαδινό γάλα, που συσχετίζεται και με τις δύο παθήσεις, καθώς

αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη και των δύο αυτών παθήσεων, σε άτομα με γενετική προδιάθεση.

Εργαστηριακές μελέτες αποκάλυψαν ότι υπάρχει υψηλός βαθμός ομοιότητας στο ανοσοποιητικό σύστημα των ασθενών με ΣΚΠ και των πασχόντων με διαβήτη τύπου 1. Επιπλέον, σε σχετικές έρευνες διαπιστώθηκε ότι ποντίκια που εμφάνιζαν νόσο ανάλογη με διαβήτη τύπου 1 παρουσίαζαν επίσης και μια νόσο παρεμφερή της ΣΚΠ.

Το πρώτο βήμα για την διαπίστωση του βαθμού συσχέτισης μεταξύ του διαβήτη τύπου 1 και της ΣΚΠ ήταν να βρεθούν τα στοιχεία δυσλειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος στους ασθενείς με ΣΚΠ που κατανάλωναν αγελαδινό γάλα. Πραγματικά, τέτοιες διαταραχές παρατηρήθηκαν στους περισσότερους ασθενείς, οδηγώντας στο συμπέρασμα ότι ενδέχεται να υπάρχει παρόμοια διαδικασία προσβολής και εξέλιξης και για τις δύο νόσους. Αν η σχέση αυτή επιβεβαιωθεί σε μεγάλο δείγμα οικογενών μελετών, τότε μπορεί να γίνει εφικτός και ο καθορισμός των διαιτολογικών και εν γένει θεραπευτικών μέσων που θα επηρεάζουν τη πορεία της ΣΚΠ, αλλά και του σακχαρώδους διαβήτη.⁶

8.4.3. Σεξουαλική δραστηριότητα και σκλήρυνση κατά πλάκας

Τα προβλήματα της σεξουαλικής δραστηριότητας της ΣΚΠ έχουν εξακριβωθεί από τον Mathewστο 1985. Ο Glowerto 1986, διαπίστωσε τέτοια προβλήματα σε ασθενείς με νευρολογικά προβλήματα. Το 70% των ανδρών είχαν σεξουαλική δυσκολία. Ο Mathewsβρήκε ότι στους άνδρες με ΣΚΠ η δυσκολία βρίσκεται στην στύση και στις γυναίκες στην απώλεια αίσθησης, στην κόπωση και στην μειωμένη ορμή. Η σπαστικότητα είναι γνώρισμα και των δύο φύλων και η μυϊκή αδυναμία κάνει κάποιες στάσεις δύσκολες.

Έμπειροί σύμβουλοι χρειάζεται να ασχοληθούν με το δύσκολο πρόβλημα αλλά η νοσηλεύτρια θα παίζει σημαντικό ρόλο στην εξακρίβωση των προβλημάτων και στην αναγνώριση της σεξουαλικότητας του ατόμου. Αυτό θα συσχετιστεί με όλες τις πλευρές της ζωής του και όχι μόνο με τη σεξουαλική. Όπως όλες οι δραστηριότητες έτσι και η σεξουαλική πρέπει να σχεδιαστεί στο ημερήσιο πρόβλημα.¹⁷

8.4.4. Άσκηση και σκλήρυνση κατά πλάκας

Η συμβολή της σωματικής κίνησης στη διατήρηση της υγείας είναι ευρύτερα γνωστή. Εξάριεση δεν θα μπορούσε να αποτελέσει η ΣΚΠ, αν και είναι δεδομένο ότι οι ασθενείς με ΣΚΠ αντιμετωπίζουν κινητικές δυσκολίες. Για τα άτομα που πάσχουν από ΣΚΠ υπάρχουν ειδικές ασκήσεις, που μπορούν να βοηθήσουν στην ενδυνάμωση των μυών της κοιλιακής χώρας, στη διατήρηση σε καλή κατάσταση των μυών ολόκληρου του σώματος και στον έλεγχο της ουροδόχου κύστης. Αν πραγματοποιούνται σε καθημερινή βάση μπορούν να αποδειχθούν αποτελεσματικές στην αποφυγή προβλημάτων, όπως αυτό της ακράτειας. Η κύστη και η περιοχή του εντέρου ελέγχονται από ειδικά νεύρα και μύς αν κάποιο μέρος του συστήματος ελέγχου παρουσιάσει δυσλειτουργία, τότε αυτή μπορεί να αντιμετωπιστεί μέσω εναλλακτικών ασκήσεων. Η σύσφιξη των κοιλιακών μυών, που επιτυγχάνεται μέσω της γυμναστικής, μπορεί να συμβάλλει στον έλεγχο των ούρων στην περίπτωση της επιτακτικής ούρησης. Ταυτόχρονα, οι ενδυναμωμένοι μύες μειώνουν το πρόβλημα της ακράτειας που εμφανίζεται κατά τον βήχα, το γέλιο ή την απότομη κίνηση. Οι ασκήσεις της κοιλιακής χώρας μπορούν κάλλιστα να συνδυαστούν τόσο με τη διαιτολογική, όσο και με τη φαρμακευτική αγωγή.

Οι λειτουργικές κινητικές ασκήσεις, ως συμπληρωματικά στοιχεία, μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση των συνθηκών ζωής του πάσχοντος και να μειώσουν τις λειτουργικές αδυναμίες του. Όμως απαιτείται επιπλέον έρευνα, ώστε οι ειδικοί στην αποκατάσταση των ασθενών με ΣΚΠ να μπορέσουν να χρησιμοποιήσουν τη φυσική δραστηριότητα, τη διατροφή, τις μεθόδους διαχείρισης stress και άλλες πρακτικές, ώστε να αυξήσουν την ποιότητα και την διάρκεια ζωής των ασθενών.⁶

8.5 Ψυχολογικές επιδράσεις της σκλήρυνσης κατά πλάκας

Η συναισθηματική επίδραση της ΣΚΠ, με τη συνεχή απειλή των υποτροπών στις περισσότερες περιπτώσεις, μπορεί να είναι καταστρεπτική για τους πάσχοντες και τις οικογένειες τους. Η διαταραχή του συναισθήματος είναι συνήθης μεταξύ των ατόμων αυτών. Σε μία ανασκόπηση μελετών, όπου χρησιμοποιήθηκαν ποικίλες και έγκυρες μέθοδοι μετρήσεις, οι Minden και schiffer δηλώνουν ότι ως και 54% των πασχόντων από ΣΚΠ πάσχουν επίσης από σημαντικό βαθμό κατάθλιψη. Οι ασθενείς αυτοί χαρακτηρίζονται από ευερεθιστότητα, θυμό, ανησυχία, έλλειψη θάρρους, απόσυρση, αδιαφορία ή αίσθημα αυτομομφής. Κατά κανόνα, η κατάθλιψη στους πάσχοντες από

ΣΚΠ είναι μετρίως σοβαρή και επηρεάζει την ικανότητα τους να λειτουργούν στην εργασία τους καθώς επίσης και τις ενδοοικογενειακές και διαπροσωπικές τους σχέσεις.

Σε δύο μεγάλες καναδικές κλινικές για την ΣΚΠ μελετήθηκε η συχνότητα και η σοβαρότητα των συναισθηματικών διαταραχών στους πάσχοντες από την νόσο. Από τα αποτελέσματα της αναλύσεις 145 θανάτων που επήλθαν σε μία σειρά 3126 ασθενών με ΣΚΠ η σχετική συχνότητα θανάτου από αυτοκτονία ήταν 7,5 φορές μεγαλύτερη στους πάσχοντες από ΣΚΠ απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό του ίδιου ηλικιακού φάσματος. Αντίθετα, οι σχετικές συχνότητες θανάτου λόγω κακοήθειας και αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ήταν ουσιαστικά ίδιες για τους πάσχοντες από ΣΚΠ και για τον γενικό πληθυσμό.⁶

Η οικογένεια θα πρέπει να εντοπίσει έγκαιρα την αδυναμία αντίδρασης του ανθρώπου της έτσι ώστε πριν επιδεινωθεί η κατάσταση να βοηθηθεί επιπλέον ο ασθενής σε συνεργασία με το θεράποντα είτε με ψυχολογική υποστήριξη είτε με ψυχοφάρμακα ή και με συνδυασμό των δύο.⁹

Κεφάλαιο 9^ο

Νοσηλευτική παρέμβαση και σκλήρυνση κατά πλάκας

- **Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας**
- **Σκοποί της φροντίδας- παρέμβασης**
- **Γενικά προβλήματα αρρώστου**
- **Πλεονεκτήματα σχήματος χρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας**
- **Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας της νοσηλευτικής φροντίδας**
- **Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας**
- **1^ο Περιστατικό με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας**
- **2^ο Περιστατικό με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας**

9.1 Νοσηλευτική παρέμβαση στον ασθενή με ΣΚΠ

Η Σκλήρυνση κατά πλάκας είναι χρόνια, απρόβλεπτη και αρκετά πολύπλοκη ασθένεια που εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους στον κάθε ασθενή. Έναν από τους βασικότερους ρόλους κοντά στη ζωή του ασθενή έχει και ο νοσηλευτής. Είναι αυτός που θα αντιμετωπίσει τον φόβο, την ανησυχία, την ανασφάλεια και καλείται να απαντήσει στα ερωτήματα που κυριεύουν τον ασθενή καθώς επίσης να προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη στον ίδιο και στο οικογενειακό του περιβάλλον.

Η εφαρμογή νοσηλευτικού σχεδίου παρέχει το θεωρητικό υπόστρωμα με τρόπο ώστε να φέρεται εις πέρας η εκτίμηση και ο συναφής σχεδιασμός της φροντίδας. Όλα τα σχέδια βασίζονται σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, την ιδέα της αυτό υποστήριξης, την προσαρμογή του ασθενή στην κατάσταση, σκιαγραφεί τη σχέση νοσηλευτή-ασθενή, γύρω από τον άξονα του τελευταίου και όλες τις νοσηλευτικές φροντίδες με στόχο την επίτευξη των δυνατοτήτων του ασθενή, την προώθηση της υγείας, την ελαχιστοποίηση των δυσκολιών και την καταστολή των προβλημάτων.¹⁷

9.1.1.Σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας

1. Ακριβής αναγνώριση της απομυελινωτικής επεξεργασίας σε άρρωστο με συμπτώματα ή σημεία νευρολογικής δυσλειτουργίας.
2. Προστασία αρρώστου από καταστάσεις που θα μπορούσαν να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν μια έξαρση της νόσου.
3. Βοήθεια αρρώστου να κατανοήσει ότι η ασθένεια του είναι επεισοδιακή και ότι εμφανίζεται με κρίσεις, και διδασκαλία τρόπων αντιμετώπισής τους.
4. Χορήγηση κορτικοστεροειδών με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα
5. Αγωγή αρρώστου με δυσκολίες έγερσης από το κρεβάτι.
6. Αγωγή αρρώστου με διαταραχές όρασης.
7. Αγωγή δυσλειτουργίας εντέρου.

8. Διατήρηση της καλύτερης δυνατής λειτουργίας της κύστης, για αποφυγή ουρολοιμώξεων.

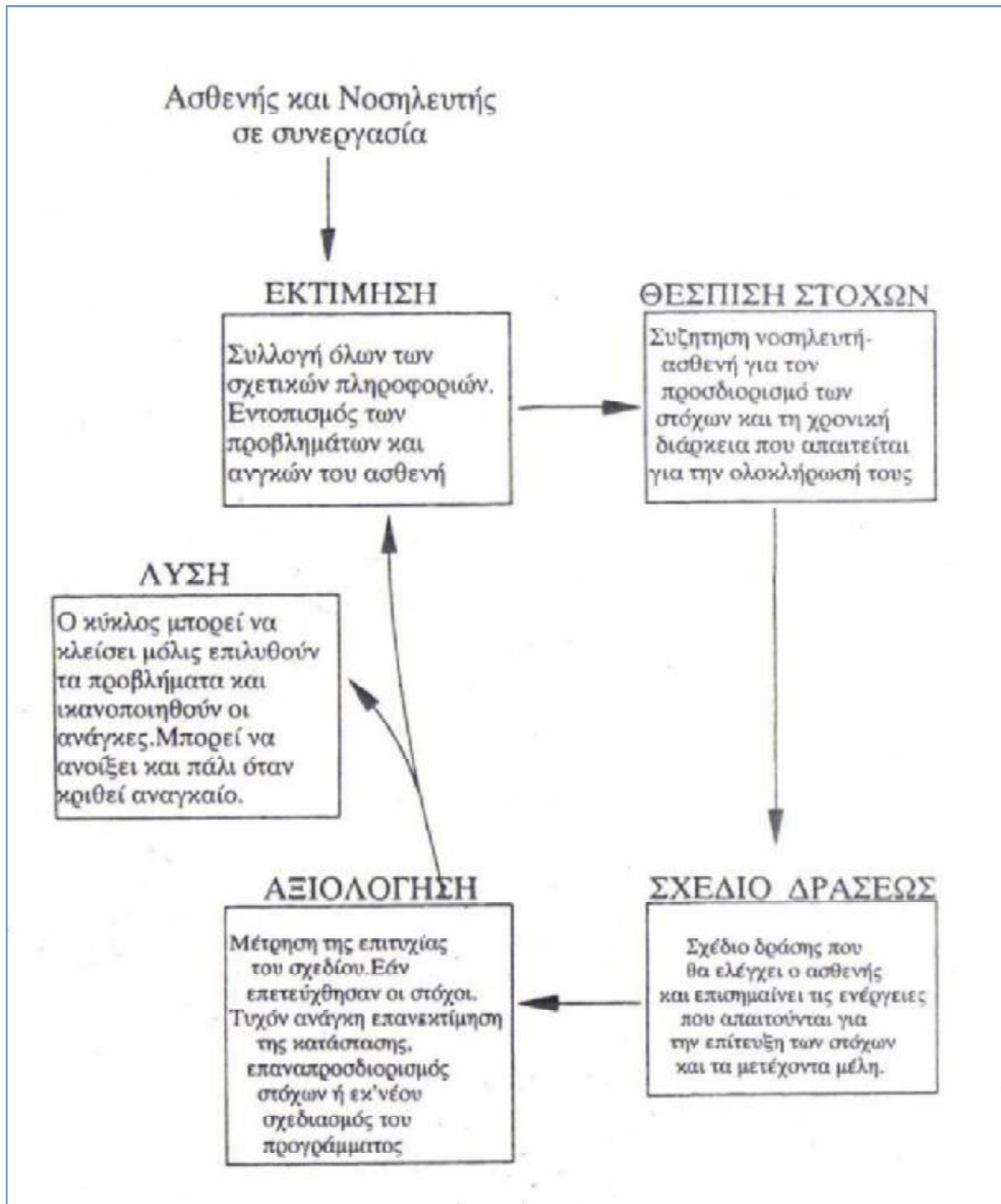
9. Αγωγή αρρώστου με αισθητικές διαταραχές.

10. Αγωγή αρρώστου με διαταραχές λόγου και κατάποσης.¹⁸

9.1.2. Γενικά προβλήματα αρρώστου

1. Μεταβολές στην άνεση.
2. Μεταβολές στην αντίληψη και το συντονισμό.
3. Αυτοαντίληψη: μεταβολή στο σωματικό είδωλο.
4. Μεταβολές στις δραστηριότητες αυτοφροντίδας.
5. Μεταβολές στη θρέψη.
6. Ελαττωματική κίνηση.
7. Σύγχυση.
8. Διεργασίες σκέψης ελαττωματικές.
9. Μεταβολές στο επίπεδο συνείδησης.
10. Σεξουαλικά προβλήματα.
11. Μεταβολές στη λειτουργία εσωτερικών οργάνων.
12. Οικονομικά και οικογενειακά προβλήματα.¹⁸

9.1.3 Νοσηλευτική διαδικασία



Το στάδιο της εκτίμησης ή της συλλογής πληροφοριών είναι κρίσιμο στο ότι χωρίς αυτό είναι αδύνατο να καθοριστούν τα δευτερεύοντα στάδια. Όμως οι νοσηλευτές πρέπει να συγκεντρώνουν μόνο τις πληροφορίες που χρειάζονται για να μπορέσουν να προσχεδιάσουν την αγωγή και να μην παραβιάζουν την προσωπική τους ζωή. Η ανάγκη

οποιασδήποτε πληροφορίας πρέπει να διευκρινιστεί. Υπάρχουν πολλές δραστηριότητες που περιλαμβάνονται στην επικοινωνία και όλες αποτελούν ένα ζωτικό συστατικό της σχέσης νοσηλεύτη-ασθενή. Στο στάδιο της εκτίμησης, η νοσηλεύτρια πρέπει να καταλάβει την εμπειρία του ατόμου και την άποψη του.

Η επικοινωνία της πληροφορίας θα πρέπει να είναι αποδοτική ανάμεσα στα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, καθώς πρέπει να γίνεται σεβαστό το δικαίωμα του ασθενή στην εμπιστοσύνη και η νοσηλεύτρια θα πρέπει να βεβαιωθεί ότι ο ασθενής είναι ευτυχισμένος που μοιράζεται την πληροφορία με άλλα μέλη της ομάδας.

Ο ασθενής θα εξακριβώσει και θα αναπτύξει και άλλες τακτικές για να ζει με την ασθένεια και έτσι θα έχει μερικές από τις σπουδαιότερες πληροφορίες που θα καθορίσουν τους στόχους και το σχεδιασμό της φροντίδας του.

Ο ασθενής γνωρίζει επίσης τι είδους ζωή θέλει να κάνει και γι αυτό η θέση στόχων πρέπει να είναι πραγματική και συγκεκριμένη. Τα περισσότερα μοντέλα κινούνται γύρω από το ότι ο ασθενής έχει ορισμένους στόχους και είναι φυσικό να έχει τον έλεγχο της ζωής του.¹⁷

9.2 Πλεονεκτήματα σχήματος χρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας

Στο σχήμα χρόνιας θεραπείας, οι θεραπευτές μπορούν να χρησιμοποιήσουν μια μεγάλη σειρά των δραστηριοτήτων τους και των γνώσεών τους, έτσι ώστε όχι μόνο να φροντίσουν τους ασθενείς από την επιστημονική πλευρά, αλλά να εκτείνουν τη βοήθεια απευθυνόμενοι, και σε άλλους επιστήμονες όπως κρίνεται αναγκαίο. Μια μέθοδος τακτικής επανάληψης και εκτίμησης επιβεβαιώνει ότι η κατάσταση του ασθενή είναι κατευθυνόμενη. Με αυτό τον τρόπο οι θεραπευτές αποφασίζουν αν οι ικανότητες τους μεγιστοποιούνται, από τους ασθενείς και βεβαιώνονται ότι η έναρξη καινούργιων συμπτωμάτων εξακριβώνεται με την πρώτη ευκαιρία.

Οι θεράποντες γιατροί έχουν την ευκαιρία να συνεργαστούν με τους ασθενείς σε περιόδους ύφεσης της κατάστασης, όταν η κατά πλάκας σκλήρυνση είναι σταθερή και ο ασθενής νοιώθει σχετικά καλά. Κατά τη διάρκεια αυτών των περιόδων υπάρχει καλύτερη ευκαιρία θεραπείας, που μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ανάκτηση ικανοτήτων. Η μακροχρόνια φύση της χρόνιας φροντίδας επιτρέπει στους επιστήμονες να εισάγουν σταδιακά προληπτικές θεραπευτικές αγωγές, για να ελαχιστοποιήσουν την ανάπτυξη επιπλοκών στην κατά πλάκας σκλήρυνση όπως συσπάσεις και επώδυνους ερεθισμούς.

Η τακτική επανάληψη της περίπτωσης ανοίγει δίκτυα επικοινωνίας ανάμεσα στους διάφορους επιστημονικούς κλάδους που περιλαμβάνονται στο χειρισμό της κατάστασης των ατόμων με πολλαπλή σκλήρυνση. Ισχυροποιώντας αυτούς τους δεσμούς μέσα στην ομάδα των επιστημόνων μπορεί να αναπτυχθεί μια πιο συντονισμένη προσέγγιση. Αυτό επιβεβαιώνει ότι το άτομο με πολλαπλή σκλήρυνση και η οικογένεια, δεν υπερφορτώνεται με θεραπείες και συμβουλές για κάποιο χρονικό διάστημα, ενώ μένει άδεια εντελώς σε κάποιο άλλο. Η συζήτηση πάνω στη θεραπεία και τους σκοπούς της θεραπείας από τους επιστήμονες που εμπλέκονται θα επιβεβαιώσει ότι υπάρχει κάποια συνοχή στις συμβουλές που παρέχονται στο άτομο και στην οικογένεια. Επίσης είναι σημαντικό όλα τα μέλη της ομάδας να είναι ενήμερα για τη θεραπεία που ακολουθείται σε κάποια δεδομένη στιγμή. Αυτό βεβαιώνει ότι η θεραπεία που δίνεται από έναν επιστήμονα δεν εμπλέκεται με αυτή που δίνεται από κάποιον άλλο.

Εάν επιτευχθεί ένας σωστός συντονισμός της θεραπείας, οι επιστήμονες μπορούν να υιοθετήσουν μεθόδους με τις οποίες θα ενισχύσουν ο ένας τη θεραπεία του άλλου. Αυτό το είδος προσέγγισης καλλιεργεί την εμπιστοσύνη του ασθενή, και της οικογένειας, καθώς δίνονται σε αυτούς τα ίδια μηνύματα από διάφορα μέλη της ομάδας.

Τελικά, δουλεύοντας πάνω στο σχέδιο της χρόνιας φροντίδας οι θεραπευτές και τα άλλα μέλη της ομάδας μπορούν να χρησιμοποιήσουν δραστηριότητες, που θα βοηθήσουν τον ασθενή και την οικογένεια του να προετοιμαστούν ψυχικά και συναισθηματικά για τα συμβάντα της ζωής. Ο σχεδιασμός και η προετοιμασία με επιστημονικές συμβουλές και καθοδήγηση εκ των προτέρων, θα βοηθήσει τους ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση να προετοιμαστούν για γεγονότα όπως εγκυμοσύνη και τοκετός, έναρξη εργασίας, αναπηρική καρέκλα ή ελεύθερες δραστηριότητες για όσους μείνουν άνεργοι.¹⁷

9.3 Οι Αρχές Οργάνωσης και Λειτουργίας της Νοσηλευτικής Φροντίδας

Αρχή 1. Όλα τα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι σχεδιάζονται, οργανώνονται και διευθύνονται από κατάλληλα εκπαιδευμένο, με μεταπτυχιακό τίτλο νοσηλευτή με εμπειρία στην κοινοτική νοσηλευτική και τη διοίκηση.

Αρχή 2. Ο νοσηλευτής εφαρμόζει τις θεωρητικές έννοιες σαν βάση για τις αποφάσεις του στην πρακτική άσκηση της κατ' οίκον νοσηλείας.

Αρχή 3. Ο νοσηλευτής συνεχώς συλλέγει και καταγράφει τις πληροφορίες οι οποίες είναι κατανοητές, ακριβείς και συστηματικές.

Αρχή 4. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τις πληροφορίες από την εκτίμηση του επιπέδου υγείας του ασθενή για την εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών/ νοσηλευτική διάγνωση.

Αρχή 5. Ο νοσηλευτής αναπτύσσει σχέδια φροντίδας τα οποία καθορίζουν στόχους. Το σχέδιο φροντίδας είναι βασισμένο στις νοσηλευτικές διαγνώσεις και ενσωματώνει νοσηλευτικές πράξεις που σχετίζονται με τη θεραπεία, πρόληψη και αποκατάσταση.

Αρχή 6. Η νοσηλευτική παρέμβαση καθοδηγείται από λεπτομερές σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας και στοχεύει στην ανακούφιση, επαναφορά, βελτίωση και προαγωγή της υγείας αλλά και στην πρόληψη επιπλοκών και στην αποκατάσταση της υγείας.

Αρχή 7. Ο νοσηλευτής συνεχώς αξιολογεί τις αντιδράσεις του ατόμου και της οικογένειάς του στις παρεμβάσεις του για να καθορίζει την πρόοδό του όσον αφορά στην επίτευξη των στόχων και να αναθεωρήσει τις βάσεις δεδομένων, τις νοσηλευτικές διαγνώσεις και το σχέδιο φροντίδας.

Αρχή 8. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την κατάλληλη και αδιάκοπη φροντίδα μέσα στο πλαίσιο της συνεχούς φροντίδας υγείας και επομένως χρησιμοποιεί τον ανάλογο σχεδιασμό και συνεργασία με τις πηγές της κοινότητας.

Αρχή 9. Ο νοσηλευτής εγκαινιάζει και διατηρεί ένα σύνδεσμο με τα κατάλληλα άτομα που παρέχουν φροντίδα υγείας έτσι ώστε να εξασφαλίσει ότι όλες οι προσπάθειες αποτελεσματικά συμπληρώνουν η μια την άλλη.

Αρχή 10. Ο νοσηλευτής θεωρεί ως δεδομένο την υπευθυνότητα για την επαγγελματική εξέλιξη και συμβάλλει στην επαγγελματική ανάπτυξη των άλλων.

Αρχή 11. Ο νοσηλευτής συμμετέχει στις ερευνητικές δραστηριότητες οι οποίες συμβάλλουν στη συνεχή ανάπτυξη του επαγγέλματος όσον αφορά στη γνώση για τη φροντίδα υγείας στο σπίτι.

Αρχή 12. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας που καθιέρωσε η Αμερικάνικη Ένωση Νοσηλευτών ως οδηγό για θέματα ηθικής που αφορούν στη λήψη αποφάσεων στην πράξη.

(<http://www.zesi.gr/katoikon.html>)

9.4 Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με Σκλήρυνση κατά πλάκας με την μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας

9.4.1 1^ο Περιστατικό με την μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας

Η ασθενής Μ.Β. ετών 27 νοσηλεύτηκε στην νευρολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Περιφερειακού Νοσοκομείου από 26/2/2012 έως 1/3/2012. Λόγοι εισαγωγής αιφνίδιας πληγίας κάτω άκρων. Η ασθενής πάσχει από σκλήρυνση κατά πλάκας από το 2009.

Η ασθενής αναφέρει αιφνίδια πληγία των κάτω άκρων. Η ασθενής είναι τώρα κατακεκλιμένη. Επίσης αναφέρει ακράτεια ούρων από διμήνου καθώς και επεισόδιο απώλειας συνείδησης με σπασμούς και αφρώδη πτύελα.

| ΛΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|---|--|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Μυϊκή αδυναμία των άνω και κάτω άκρων. Αστάθεια στην βάδιση. | <ul style="list-style-type: none"> Να επανέλθει η μυϊκή ισχύς όσων αυτό είναι εφικτό. Πρόληψη επιπλοκών, όπως κατάγματα. | <ul style="list-style-type: none"> Ανακούφιση από την μυϊκή δυσκαμψία ή τον πόνο. Σωστή αντιμετώπιση και βοήθεια, ώστε να χρησιμοποιήσει η ασθενής τη λειτουργικότητα που απομένει στα άκρα της. Να μην μείνει η ασθενής καθηλωμένη στο κρεβάτι για αποφυγή επιπλοκών, όπως κατακλίσεις, δυσλειτουργία του εντέρου. Άμεση ψυχολογική υποστήριξη Διατήρηση και αύξηση λειτουργικότητας των μελών. Οργάνωση και προγραμματισμός κατάλληλου θεραπευτικού σχήματος. | <ul style="list-style-type: none"> Ο νοσηλευτής εξασφαλίζει στην ασθενή τα κατάλληλα μηχανικά μέσα για υποβοήθηση και διατήρηση της έγερσής του. Ενθαρρύνει την ασθενή να εκτελεί ενεργητικές κινήσεις πλήρους τροχιάς, με διαστήματα ανάπαυσης. Χορηγεί μυοχαλαρωτικά για να την ανακουφίσει από την δυσκαμψία και τον πόνο. Εφαρμόζει μασάζ για να την απαλλάξει από την σπαστικότητα. | <ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής κατορθώνει να χρησιμοποιήσει την εναπομείνουσα λειτουργικότητα των μελών της με την κατάλληλη μηχανική βοήθεια, την ψυχολογική υποστήριξη και το κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα. Έτσι βοηθήθηκε ψυχολογικά αποκτώντας ασφάλεια και αυτοπεποίθηση και συγχρόνως προλήφθηκαν επιπλοκές, όπως σπαστικότητα, παραμορφώσεις και κατακλίσεις. |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|---|--|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Αιφνίδια πληγία κάτω άκρων | <ul style="list-style-type: none"> Βελτίωση της κινητικότητας των κάτω άκρων και αποφυγή της επιδείνωσής της. Πρόληψη επιπλοκών. | <ul style="list-style-type: none"> Εφαρμογή φυσικοθεραπείας Διδασκαλία για τη διατήρηση της κινητικότητας. Λήψη μέτρων για την αποφυγή τραυματισμού. Τόνωση του ηθικού Συζήτηση με την ασθενή για εκτόνωση και λύση αποριών. Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων ώστε να μειωθεί ο πόνος για την εκτέλεση των ασκήσεων. | <ul style="list-style-type: none"> Άρχισε φυσικοθεραπεία με εκτέλεση ενεργητικών και παθητικών κινήσεων Έγινε ενημέρωση και επίδειξη ασκήσεων στην ασθενή ώστε να εξασφαλιστεί η συνέχεια της θεραπείας με την εκτέλεση ενεργητικών κινήσεων. Χορηγήθηκαν αναλγητικά φάρμακα ύστερα από ιατρική εντολή για την μείωση του πόνου κατά την εκτέλεση των ασκήσεων. | <ul style="list-style-type: none"> Μετά τη λήψη των παραπάνω μέτρων η ασθενής εκτελεί το πρόγραμμα φυσικοθεραπείας και παρουσιάζει βελτίωση στην κινητικότητα των κάτω άκρων. |

| ΔΕΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|---|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής παρουσίασε ανορεξία, λόγω ναυτίας και εμέτων. | <ul style="list-style-type: none"> • Να επανέλθει η όρεξη στα φυσιολογικά επίπεδα. • Διατήρηση της καλής θρέψης της ασθενούς και κάλυψη των θερμιδικών αναγκών. | <ul style="list-style-type: none"> • Ο νοσηλευτής σε συνεργασία με τον διαιτολόγο φροντίζει <ul style="list-style-type: none"> α) ο ασθενής να λαμβάνει μικρά και τακτικά γεύματα β) προσφέρει τροφές της αρεσκείας της • περιποίηση της στοματικής κοιλότητας μετά από εμετούς με συχνές πλύσεις. | <ul style="list-style-type: none"> • Έγινε ρύθμιση του διαιτολογίου • Προσφέρονται γεύματα της αρεσκείας της ασθενούς • Υπάρχει νεφροειδές κοντά στην ασθενή σε περίπτωση εμετού • Έγινε περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. | <ul style="list-style-type: none"> • Με την εξασφάλιση επαρκούς και σωστής θρέψης αποτράπηκαν προβλήματα όπως: απώλεια βάρους, αδυναμία, κόπωση εφόσον καλύπτονται οι θερμιδικές ανάγκες της ασθενούς. |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Αισθητικές διαταραχές λόγω προσβολής του νευρικού συστήματος. | <ul style="list-style-type: none"> • Να επανέλθουν όσων αυτό είναι εφικτό, οι αισθητικές της διαταραχές. • Πρόληψη επιπλοκών. | <ul style="list-style-type: none"> • Ο νοσηλευτής λαμβάνει ιστορικό αυξημένης ή ελαττωμένης αίσθησης των ερεθισμάτων • Λαμβάνει ιστορικό για τυχόν εμπειρίες ανωμαλιών των αισθήσεων όπως αίσθημα ηλιακού εγκαύματος, μυρμηκίασης, ηλεκτρικού σοκ. • Δίνει ιδιαίτερη προσοχή στην ασθενή, η οποία είναι επιρρεπής σε κακώσεις, εγκαύματα και μολύνσεις του δέρματος λόγω μειωμένης αντίληψης του πόνου και της θερμοκρασίας • Προστασία του δέρματος με συχνή αλλαγή θέσεως, συχνό πλύσιμο και έγκαιρη θεραπεία των ερεθισμάτων ή των μολύνσεων. • Έγκαιρη διαπίστωση των νεοεμφανιζόμενων αισθητικών διαταραχών και προστασία της ασθενούς. | <ul style="list-style-type: none"> • Έγινε σωστή αντιμετώπιση και περιποίηση των τραυματισμών • Έλεγχος θερμοκρασίας νερού και φαγητού • Απομακρύνθηκαν αιχμηρά και επικίνδυνα αντικείμενα με τα οποία μπορεί να τραυματιστεί κατά την διάρκεια σπασμών. Και εξασφαλίστηκε προστατευτικό περιβάλλον. | <ul style="list-style-type: none"> • Με την φροντίδα και την διδασκαλία προλαμβάνονται τα προβλήματα που προκαλούν οι αισθητικές διαταραχές του δέρματος και εντοπίζει έγκαιρα τις νεοεμφανιζόμενες διαταραχές. |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ακράτεια ούρων λόγω προσβολής της ιερής μοίρας του νωτιαίου μυελού. | <ul style="list-style-type: none"> • Να επανέλθει η διούρηση στα φυσιολογικά επίπεδα • Πρόληψη επιπλοκών. | <ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση του ασθενή για το πρόγραμμα ούρησης που θα εφαρμοσθεί • Καταρτισμός προγράμματος ούρησης σε συνεργασία με το νοσηλεύτη • Λήψη μέτρων για την αποφυγή ουρολοίμωξης • Λήψη μέτρων για την αποφυγή κατακλίσεων • Έλεγχος ισοζυγίου υγρών • Καθητηριασμός ουροδόχου κύστεως • Λήψη δείγματος ούρων για καλλιέργεια • Έλεγχος των ζωτικών σημείων και κατά-γραφή τους στο διά-γραμμα. | <ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής ενημερώθηκε για την προσαρμογή του προγράμματος ούρησης, με σκοπό τη συνεργασία του • Εφαρμόστηκε πρόγραμμα ούρησης • Τοποθετήθηκε καθετήρας folley με ιδιαίτερα λεπτούς και άσηπτους χειρισμούς • Έγινε τοπική και τακτική καθαριότητα για μείωση των εστιών μόλυνσης ώστε να αποφευχθεί η δημιουργία κατακλίσεων • Ελέγξαμε το ισοζύγιο υγρών του ασθενούς • Ελήφθη δείγμα ούρων και εστάλη για καλλιέργεια. | <ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής έως την έξοδο του δεν παρουσίασε κάποια επιπλοκή στο ουροποιητικό σύστημα • Με την λήψη των παραπάνω μέτρων επανήλθε μερικώς η φυσιολογική λειτουργία της ουροδόχου κύστεως. |

9.4.2 2^ο Περιστατικό με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας

Η ασθενής Κ.Σ. ετών 34 νοσηλεύτηκε στην νευρολογική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου από τις 5/10/12 έως τις 16/10/12. Λόγοι εισαγωγής: διαταραχές στην όραση (μειωμένη οπτική οξύτητα) και επιδείνωση της προϋπάρχουσας παραπάρεσης.

Κατά το προηγούμενο διάστημα η ασθενής είχε καλή όραση, είχε καταφέρει να περπατάει μόνη ή υποβοηθούμενη, είχε υποχωρήσει ο πόνος στα κάτω άκρα, εξακολουθούσε να επιμένει όμως η ακράτεια ούρων και το αίσθημα ήπιας αιμοδίας.

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|--|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Συναισθηματικές διαταραχές: έντονο άγχος για το μέλλον, θυμός, άρνηση. | <ul style="list-style-type: none"> • Να επανέλθει η αυτοεκτίμηση του αρρώστου. • Να μειωθεί στο ελάχιστο το άγχος, ο θυμός και η άρνηση. • Ο ασθενής να ηρεμήσει όσο γίνεται γρηγορότερα. | <ul style="list-style-type: none"> • Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή για την αποδοχή της νόσου. • Ενημέρωση της φύσης της ασθένειας για το μέλλον και την εξέλιξη της νόσου. • Ενθάρρυνση για συμμετοχή σε ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης. • Δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης. • Τόνωση του ηθικού και της αυτοεκτίμησης του ασθενούς. • Αποφυγή στρεσογόνων καταστάσεων. | <ul style="list-style-type: none"> • Δημιουργήσαμε κλίμα εμπιστοσύνης. • Συζητήσαμε με τον ασθενή για την νόσο και προσπαθήσαμε να τον ηρεμήσουμε όσον αφορά τις ανησυχίες του. • Εξηγήσαμε στον ασθενή τη σοβαρότητα της καλής ψυχολογικής κατάστασης για την πορεία της νόσου. • Βοηθήσαμε τον ασθενή μέσω του διαλόγου να αποκτήσει την αυτοεκτίμηση του και να αποδεχθεί την ασθένεια του. | <ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής κατανοεί τα προβλήματα της νόσου και πορεύεται με αυτά. • Αρνείται κατηγορηματικά την ασθένεια του. • Συνεχίζει να παρουσιάζει έντονο άγχος και θυμό • Εξακολουθεί να στρεσάρεται. • Αντιδρά έντονα σε οποιαδήποτε συμβουλή. |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|---|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Διαταραχές της όρασης | <ul style="list-style-type: none"> • Να μειωθούν οι διαταραχές της όρασης του ασθενούς, όσων αυτό είναι εφικτό. | <ul style="list-style-type: none"> • Προγραμματισμός για οφθαλμολογική εκτίμηση • Αξιολόγηση οπτικής λειτουργίας • Ακριβής καταγραφή των ευρημάτων ώστε σε συνεργασία με το νευρολόγο να δοθεί η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή • Εξασφάλιση της σωματικής ασφάλειας του αρρώστου για αποφυγή τραυματισμών • Να ενημερωθεί ο ασθενής για τις διαταραχές της όρασης ως εκδήλωση συμπτωματολογίας της νόσου. | <ul style="list-style-type: none"> • Έγινε η οφθαλμολογική εκτίμηση • Αξιολογήθηκε η οπτική λειτουργία του ασθενούς και κατά-γράφηκαν τα ευρήματα • Χορηγήσαμε στερινοειδή στον άρρωστο με οδηγία γιατρού και λάβαμε τα απαραίτητα μέτρα για την πρόληψη • Εδόθησαν γυαλιά οράσεως • Εδόθη ιδιαίτερη προσοχή και βοήθεια κατά την έγερση και κινητοποίηση του ασθενή για πρόληψη πτώσεως τραυματισμού • Ο ασθενής ενημερώθηκε για τις διαταραχές της όρασής του. | <ul style="list-style-type: none"> • Παρατηρήθηκε βελτίωση στη διαταραχή της όρασης • Ο ασθενής αισθάνεται ικανοποίηση μετά την ενημέρωση που του έγινε όσον αφορά τις διαταραχές της όρασής του. |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|---|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Μυϊκή αδυναμία των κάτω άκρων | <ul style="list-style-type: none"> Μείωση μυϊκών δραστηριοτήτων, να επανέλθει η μυϊκή ισχύς των κάτω άκρων ,όσων αυτό είναι εφικτό. Πρόληψη επιπλοκών, όπως κατάγματα. | <ul style="list-style-type: none"> Εξασφάλιση μηχανικών μέσων για υποβοήθηση της βάδισης και γενική δραστηριοποίηση της κίνησης. Διδασκαλία της ασθενούς για σωστή χρησιμοποίηση των βοηθητικών μέσων. Ενθάρρυνση της ασθενούς να εκτελεί ενεργητικές κινήσεις πλήρους τροχιάς. Εφαρμογή μασάζ για απαλλαγή από την σπαστικότητα. Σε περίπτωση φυσικοθεραπείας η νοσηλεύτρια είναι παρούσα για να βοηθήσει την ασθενή. Διατήρηση και αύξηση λειτουργικότητας των μελών. Οργάνωση και προγραμματισμός κατάλληλου θεραπευτικού σχήματος. | <ul style="list-style-type: none"> Η νοσηλεύτρια βοήθησε την ασθενή στην χρησιμοποίηση της υπομασχαλιαίας βακτηρίας για βάδιση. Τοποθετήθηκαν εύκαμπτοι νάρθηκες για τη στήριξη των μυών και των αρθρώσεων. Η ασθενής εκτελεί ενεργητικές κινήσεις. Εφαρμόστηκε μασάζ στα κάτω άκρα για μυϊκή τόνωση. Κατά την διάρκεια της φυσικοθεραπείας η νοσηλεύτρια βρισκόταν κοντά της. Την στήριξε ψυχολογικά καθώς και στην εκτέλεση των ασκήσεων. | <ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής κινητοποιήθηκε με την σωστή στήριξη και καθοδήγηση. Αποφεύχθηκαν περαιτέρω επιπλοκές όπως κατακλίσεις, τραυματισμοί Η ασθενής ακολουθώντας το κατάλληλο πρόγραμμα φυσικοθεραπείας κατάφερε να βελτιώσει και να διατηρήσει την κινητικότητα της. |

| ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΤΟΜΟΥ | ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ | ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ |
|--|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ακράτεια ούρων λόγω προσβολής της ιερής μοίρας του νωτιαίου μυελού. | <ul style="list-style-type: none"> • Να επανέλθει η διούρηση στα φυσιολογικά επίπεδα • Πρόληψη επιπλοκών. | <ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση του ασθενή για το πρόγραμμα ούρησης που θα εφαρμοσθεί. • Καταρτισμός προγράμματος ούρησης σε συνεργασία με το νοσηλεύτη. • Λήψη μέτρων για την αποφυγή ουρολοίμωξης. • Λήψη μέτρων για την αποφυγή κατακλίσεων • Έλεγχος ισοζυγίου υγρών. • Καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως • Λήψη δείγματος ούρων για καλλιέργεια. • Έλεγχος των ζωτικών σημείων και κατάγραφής τους στο διάγραμμα. | <ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής ενημερώθηκε για την προσαρμογή του προγράμματος ούρησης, με σκοπό τη συνεργασία του. • Εφαρμόστηκε πρόγραμμα ούρησης. • Τοποθετήθηκε καθετήρας folley με ιδιαίτερα λεπτούς και άσηπτους χειρισμούς • Έγινε τοπική και τακτική καθαριότητα για μείωση των εστιών μόλυνσης ώστε να αποφευχθεί η δημιουργία κατακλίσεων • Ελέγξαμε το ισοζύγιο υγρών του ασθενούς • Ελήφθη δείγμα και εστάλη για καλλιέργεια. | <ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής έως την έξοδο του δεν παρουσίασε κάποια επιπλοκή στο ουροποιητικό σύστημα • Με την λήψη των παραπάνω μέτρων επανήλθε μερικώς η φυσιολογική λειτουργία της ουροδόχου κύστεως. |

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μετά την διερεύνηση της εργασίας για τη σκλήρυνση κατά πλάκας προκύπτουν τα παρακάτω συμπεράσματα που αφορούν την συγκεκριμένη πάθηση και κατ' επέκταση ορισμένες προτάσεις για τους ασθενείς που πάσχουν από αυτή.

Αρχικά, τα συμπεράσματα που προέκυψαν είναι πως η ΣΚΠ είναι μια χρόνια αυτοάνοση πάθηση του ΚΝΣ, η οποία καταστρέφει τη μυελίνη που περιβάλλει τα νευρικά κύτταρα. Όσον αφορά την αιτιολογία της ασθένειας παραμένει άγνωστη ακόμα και στις μέρες μας και συνεπώς δεν υπάρχει ίαση. Η ΣΚΠ επηρεάζει όχι μόνο τον ίδιο τον πάσχοντα αλλά και το άμεσο οικογενειακό και εργασιακό του περιβάλλον. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ένας ασθενής με ΣΚΠ αποτελούν σημαντικό παράγοντα που μειώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και επιβαρύνει την καθημερινότητά τους. Ο νοσηλευτής θα παίζει καθοριστικό ρόλο στην άρση αυτών των προβλημάτων για την καλύτερη εξέλιξη της νόσου.

Στην συνέχεια, παρατίθενται οι προτάσεις που αφορούν τους ασθενείς με ΣΚΠ. Καταρχήν είναι απαραίτητη η ολιστική προσέγγιση του ασθενή και η παρακολούθησή του από επιστημονική ομάδα υγείας που θα αποτελείται από το γιατρό το νοσηλευτή, το φυσικοθεραπευτή, το ψυχολόγο, τον εργοθεραπευτή, το λογοθεραπευτή, το διαιτολόγο και τον επισκέπτη υγείας, οι οποίοι πρέπει να είναι καταρτισμένοι και να έχουν εξειδικευτεί στην συγκεκριμένη πάθηση.

Ο κυριότερος φόβος των ασθενών με ΣΚΠ είναι η απώλεια της αυτονομίας τους και γι' αυτό το λόγο η κοινωνική στήριξη πρέπει να κατευθύνεται προς αυτόν τον στόχο, βοηθώντας τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν πιο αισιόδοξα τη νόσο τους. Είναι απαραίτητο να υπάρχουν οργανωμένα κέντρα, σε όλη την Ελλάδα και όχι μόνο στα μεγάλα αστικά κέντρα τα οποία θα καλύπτουν όλα τα ασφαλιστικά ταμεία, που θα προσφέρουν εξειδικευμένη κινητική αποκατάσταση ή βελτίωση της κινητικής λειτουργικότητας με σύγχρονα μηχανήματα και προγράμματα.

Οι οικογένειες που έχουν κάποιο μέλος που πάσχει από ΣΚΠ έχουν καθήκον να είναι δίπλα στον ασθενή και να είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν οποιαδήποτε απροσδόκητη συμπεριφορά του. Επιπλέον, το εργασιακό περιβάλλον θα πρέπει να παρέχει στήριξη στον ασθενή με ΣΚΠ και η πληροφορική και η διαδικτύωση να χρησιμοποιούνται για τους ανθρώπους με κινητικά προβλήματα τη στιγμή που επιτρέπουν την εργασία στο σπίτι. Επίσης

θα ήταν ενδιαφέρον να ερευνηθεί πανελληνίως πόσοι από τους νόμους που στηρίζουν επαγγελματικά τους ασθενείς με ΣΚΠ τηρούνται στην πραγματικότητα.

Τέλος η ανάληψη του υψηλού κόστους νοσηλείας, από τους ασφαλιστικούς φορείς και την πολιτεία γενικότερα, συμβάλλει στην μείωση του άγχους, αυξάνει την ποιότητα ζωής των ασθενών και δίνει τη δυνατότητα βοήθειας και πρόσβασής στα κέντρα παροχής φροντίδας. Παράλληλα, είναι σημαντικό να πολλαπλασιαστεί ο αριθμός και να γίνει καλύτερος συντονισμός για τη συγκεκριμένη ασθένεια σε εθνικό, ευρωπαϊκό και παγκόσμιο επίπεδο οι οποίες θα γίνονται με αντιπροσωπευτικό δείγμα ώστε να εξάγονται ακριβή συμπεράσματα.

Προτάσεις: Πρέπει να γίνει κατανοητό σε όλους ότι η πορεία της ασθένειας και η κατάσταση του ασθενή είναι μη αναστρέψιμη ώστε να μπορεί να προσαρμοστεί στην καινούργια κατάσταση.

Οι φορείς υγείας πρέπει να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν την κατάσταση του πάσχοντα όσον αφορά το οικονομικό μέρος για να διευκολύνεται η ποιότητα της ζωής του.

Οι οικογένειες που έχουν κάποιο μέλος που πάσχει από σκλήρυνση οφείλουν να είναι κοντά στον ασθενή όσο δύσκολο και αν είναι αυτό, και να είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν οποιαδήποτε συμπεριφορά από τον ασθενή.

Επειδή η ΣΚΠ διαφέρει από ασθενή σε ασθενή, θα πρέπει η προσέγγιση σε κάθε περίπτωση ξεχωριστά να γίνεται όχι μόνο με επιστημονική συνείδηση, αλλά και με μεγαλύτερο ενδιαφέρον και κατανόηση για το συνάνθρωπο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι η πιο κοινή νευρολογική νόσος, χαρακτηριζόμενη από επαναλαμβανόμενα επεισόδια καταστροφής της μυελίνης των νευρικών ινών και το σχηματισμό πολλών μικρών πλακών στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει ολοκληρωμένη θεραπεία, όπως και βέβαιος τρόπος αναστολής της ιδιόμορφης πορείας της.

Όσον αφορά την επιδημιολογική προσέγγιση τις τελευταίες δεκαετίες έχει δοθεί μεγάλη σημασία στη γεωγραφική κατανομή της ΣΚΠ, που αυξάνεται όσο μεγαλώνει η απόσταση από τον ισημερινό, τόσο προς το βόρειο, όσο και προς το νότιο ημισφαίριο. Η ΣΚΠ προσβάλλει συχνότερα τη λευκή φυλή και η συχνότητα εμφάνισης της είναι υψηλότερη στις γυναίκες από ότι στους άντρες, σε αναλογία 3:2.

Η νόσος είναι περισσότερο από το αναμενόμενο διαδεδομένη στη Μεσόγειο. Η Ελλάδα ανήκει θεωρητικά στη ζώνη μετρίου κινδύνου, με συνολικό αριθμό πασχόντων γύρω στους 7.000-10.000.

Πολλοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει να συσχετίσουν διατροφικές συνήθειες με την εξάπλωση της ΣΚΠ. Η συχνότητα της νόσου συσχετίστηκε θετικά με διαιτολόγιο πλούσιο σε γαλακτοκομικά προϊόντα και προϊόντα ζωικής προέλευσης. Αντίθετα, η υψηλή κατανάλωση ψαριών φαίνεται να ελαττώνει τον κίνδυνο. Η βιταμίνη D3 θεωρείται κρίσιμος παράγοντας, ως εκλεκτικός ρυθμιστής του ανοσοποιητικού συστήματος, προστατεύοντας από αυτοάνοσα νοσήματα. Άλλα θρεπτικά συστατικά που φαίνεται να εμπλέκονται στην αιτιολογία της ΣΚΠ είναι ο σίδηρος και οι βιταμίνες B6 και B12. Για το γάλα βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση με την επίπτωση της νόσου, σε αντίθεση με την κρέμα γάλακτος, το βούτυρο και το τυρί.

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

Η συμβίωση βέβαια με μια τόσο ιδιόμορφη νόσο δεν είναι εύκολη. Η οικογένεια του ασθενούς, όπως και όλοι οι θεραπευτές του βρίσκονται κοντά του για να τον βοηθήσουν να

αποδεχτεί την καινούργια αυτή κατάσταση. Η ενημέρωση και η επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ασθενή είναι αυτή που μπορεί να βοηθήσει την επίτευξη της θεραπευτικής προσέγγισης.

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

SUMMARY

Multiple sclerosis is the most common neurological disease characterized by repeated episodes of myelin destruction of nerve fibers and the formation of many small plates in the central nervous system. So far there is no complete cure, as well as inhibiting certain way peculiar course. Regarding the epidemiological approach in recent decades has paid much attention to the geographical distribution of MS, which increases with increasing distance from the equator, both in the north, and to the southern hemisphere. MS affects more often the white race and the incidence is higher in women than in men, at a ratio of 3:2. The disease is more prevalent than expected in the Mediterranean. Greece is theoretically zone of moderate risk patients with a total of around 7000-10000. Many researchers have tried to correlate dietary habits with the spread of MS. The incidence of the disease correlated with diets rich in dairy and animal products. In contrast, high fish consumption seems to reduce the risk. Vitamin D3 is critical, as a selective modulator of the immune system, protecting from autoimmune diseases. Other nutrients that may be involved in the etiology of MS is iron and vitamins B6 and B12. For milk was found to correlate with the incidence of the disease, in contrast with the cream, butter and cheese. Multiple sclerosis is a chronic neurological condition incurable which both the full explanation and complete healing is not clear yet. Regarding the clinical manifestations of a varied, because depending on the location, number and severity of pathological lesions. However, many of the symptoms of the modern therapeutic methods can be addressed and to slow the progression of the disease. The symbiosis of course with such a peculiar disease is not easy. The patient's family, like all therapists are near him to help him accept his new situation. The information and communication of the nurse with the patient is the one that can help achieve the therapeutic approach. Summarizing we can say that although multiple sclerosis is an unpredictable disease, although the approach to the patient is not only scientific but consciousness, and possibly with greater interest and understanding for your fellow man and then the patient himself will be able to accept, understand and assist in compliance with the treatment.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Drake R.L., Vogl W., Mitchell A.W.M., Gray's Anatomy, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, επιμέλεια Σκανδαλάκης Π.Ν., Αθήνα 2007, σ. 62-64
2. Γιαννακοπούλου Ι., φυσιολογία ΙΙ, σημειώσεις για τους σπουδαστές του Β' εξαμήνου του τμήματος Νοσηλευτικής Πάτρας, Πάτρα 2008, σ. 1-3
3. Κίτρου Μ., φυσιολογία ΙΙ, Σημειώσεις για τους σπουδαστές του Β' εξαμήνου του τμήματος Νοσηλευτικής Πάτρας, Πάτρα 1998, σ. 1,8
4. Dewit S.C., Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική έννοιες και πρακτική, εκδόσεις Πασχαλίδης, επιμέλεια Λαμπρινού Α., Λεμονίδου Χ., Αθήνα 2009, σ. 832-833
5. Χρυσή Υγεία της 3^{ης} χιλιετίας, εκδόσεις Δομική, επιμέλεια Αποστολοπούλου-Χατζηδάκη Μ., Αθήνα 2002, σ. 100-101
6. Γρηγοράκης Δ., Διατροφή και σκλήρυνση κατά πλάκας, 1^η έκδοση, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2003, σ. 1-5, 20-32, 35-40, 79-81, 87, 134-136
7. Λογοθέτης Ι., Μυλωνάς Ι., Νευρολογία, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2004, σ. 456-467
8. Masuhr K.F., Neumann M., Νευρολογία, 6^η έκδοση, εκδόσεις Ροτόντα, επιμέλεια Βλακίδης Ν.Δ., Θεσσαλονίκη 2011
9. Κεκάτος Ε., Διάγνωση: σκλήρυνση κατά πλάκας-φυσικοθεραπευτική φροντίδα, 1^η έκδοση, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2001, σ. 17-28, 73-76, 84-85, 275-276
10. Warren S., Warren K., Πολλαπλή σκλήρυνση, εκδόσεις Βήτα, επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Μητσικόστας Δ.Δ., Αθήνα 2004, σ. 54-83
11. Marsden D., Fowler T., Κλινική νευρολογία, Μετάφραση: Πασχάλης Χ., Μαραζιώτης Θ., Παπαθανασόπουλος Π., Πολυχρονόπουλος Π., Χρόνη Ε., 2^η έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2001, σ. 457-466
12. Bannister R., Brain's clinical neurology (κλινική νευρολογία), εκδόσεις Σακκούλα Π., επιμέλεια: Αγαπητός Δ., μετάφραση: Κοκκίνη-Τσικρίκη Δ., Χατζηλεωνίδας Β., Θεσσαλονίκη-Αθήνα 1976, σ. 480
13. Μυλωνάς Ι., Επιδημιολογία Σκλήρυνσης κατά πλάκας, πρακτικά 5^{ης} μετεκπαιδευτικής ημερίδας Νευρολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών, 1^η έκδοση, επιμέλεια Παπαπετρόπουλος Θ., Πάτρα 1996, σ. 10-11

14. Wechsler I.S., Κλινική Νευρολογία (a text book of clinical Neurology), εκδόσεις Κοβάνης-ιατρικά βιβλία, Αθήνα 1958 σ. 601-609
15. Τάσκος Ν., Νευρολογία συνοπτική και εικονογραφημένη, εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2010
16. Αναστασόπουλος Δ., Έλλουλ Ι., Παπαπετρόπουλος Θ., Χαρμούση Σ., Τάσεις στη θεραπεία των νευρολογικών παθήσεων, πρακτικά 8^{ης} μετεκπαιδευτικής ημερίδας, Ιατρική βιβλιοθήκη πανεπιστημίου Πατρών, πάτρα 1999, σ. 54-56
17. Lorraine DeSouza, θεραπευτική προσέγγιση στη σκλήρυνση κατά πλάκας, εκδόσεις "Ελλην", Αθήνα 1997, σ. 190-191, 221-226, 243-248
18. Σαχίνη-Καρδάση Α., Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, 3^{ος} τόμος, 2^η έκδοση, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1997, σ. 310-314, 317, 266-268

Διαδικτυακές πηγές:

<http://www.disabled.gr/lib/?p=700922> Μαΐου 2010

http://www.msif.org/el/ms_the_disease/the_course_of_ms.html 12/10/2012

<http://www.homeopathy.gr/homeopathy.php?pathology=multiple-sclerosis>

http://www.msif.org/el/ms_the_disease/diagnostic_tests.html 16/10/2012

<http://translate.google.gr/translate?hl=el&langpair=en%7Cel&u=http://www.nationalmssociety.org/about-multiple-sclerosis/what-we-know-about-ms/treatments/medications/corticosteroids/index.aspx> 20/9/2012

http://www.iatronet.gr/newsarticle.asp?art_id=14286 23/03/2011

<http://newpost.gr/post/74654/sta-farmakeia-to-xapi-gia-ti-sklirynsi-kata-plakas/>
22/09/2012

<http://newpost.gr/post/100113/omfalios-loros-enantia-sti-sklirynsi-kata-plakas> 23/9/2012

<http://www.mssociety.gr/news/?p=1450> 16/11/2011

<http://clubs.pathfinder.gr/sklhrinshkataplakas/480566?read=165&forum=53631> 26/11/2007

<http://www.mssociety.gr/news/?p=1352> 30/10/2011

<http://www.anthorama.gr/users/zioziou/page7.html> 24/02/2013

<http://www.zesi.gr/katoikon.html> 8/11/2012

<http://www.e-ygeia.pblogs.gr/tags/skliryysi-kata-plakas.gr.html> 25/05/2011