

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΑΙΓΙΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΠΟΙΚΙΛΟΜΟΡΦΙΑ ΣΤΗ
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ
ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ
ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ: ΠΙΝΑΚΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΣΥΡΕΤΙΔΟΥ ΑΘΗΝΑΙΔΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΑΤΣΟΥΛΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΑΙΓΙΟ 2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

- ΠΡΟΛΟΓΟΣΣΕΛ 2
- ΕΙΣΑΓΩΓΗΣΕΛ 3

- ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ
- 1.1 ΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑΣΕΛ 5
- 1.2 ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΚΥΤΤΑΡΟΥ.....ΣΕΛ 8

- ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ
- 2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....ΣΕΛ 12
- 2.2 ΑΙΤΙΑΣΕΛ 12
- 2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....ΣΕΛ 14
- 2.4 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣΕΛ 14
- 2.5 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ.....ΣΕΛ 16
- 2.6 ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣΣΕΛ 17
- 2.7 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑΣΕΛ 17
- 2.8 Η ΚΟΠΩΣΗ ΣΤΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ.....ΣΕΛ 21

- ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ
- 3.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....ΣΕΛ 24
- 3.2 ΜΟΡΦΕΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ.....ΣΕΛ 28
- 3.3 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....ΣΕΛ 30

- ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ
- 4.1 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ.....ΣΕΛ 36

- ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ
- ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....ΣΕΛ 38
- 5.1 ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ.....ΣΕΛ 38
- 5.2 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.....ΣΕΛ 51
- 5.3 ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ.....ΣΕΛ 59
- 5.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΔΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ.....ΣΕΛ 64
- 5.6 ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ.....ΣΕΛ 66
- 5.7 ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ.....ΣΕΛ 73
- 5.8 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....ΣΕΛ 79
- 5.9 ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....ΣΕΛ 80
- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....ΣΕΛ 81

- ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....ΣΕΛ 87
- « Η σχέση μας με τη Σκλήρυνση κατά πλάκας και οι σχέσεις μας».

Πρόλογος

Στη παρούσα εργασία ασχοληθήκαμε με την σκλήρυνση κατά πλάκας ως ασθένεια και ειδικότερα με τις επιπτώσεις που επιφέρει στην υγεία του ατόμου και στη ψυχική του κατάσταση. Η σκλήρυνση κατά πλάκας συγκαταλέγεται στα χρόνια νευρολογικά νοσήματα και ειδικότερα στα αυτοάνοσα. Επηρεάζει άμεσα το νευρικό σύστημα σε διάφορα μέρη του και ποικίλλει κάθε φορά η πρόοδος της εξέλιξης της σε κάθε άτομο. Όπως επίσης, εμφανίζεται ποικιλομορφία τόσο στη συμπτωματολογία, όσο και στις διάφορες τεχνικές φυσικοθεραπευτικής αντιμετώπισης. Στην ασθένεια της σκλήρυνσης κατά πλάκας παρατηρείται στο περίβλημα «μυελίνη» των νευρών του σώματος μας, εκφυλισμός και καταστροφή αυτού (απομυελίνωση). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να συναντάται σημαντική δυσκολία στη μετάδοση των πληροφοριών από και προς τον εγκέφαλο.

Η αιτιολογία της νόσου ακόμη και σήμερα παραμένει άγνωστη. Υποστηρίζεται η θεωρία επίκτητης αυτοάνοσης πάθησης με πολυπαραγοντική αιτιολογία για την εμφάνιση της. Εκείνο που ουσιαστικά υπάρχει είναι μια γενετική προδιάθεση που επιπρόσθετα χρειάζεται την επίδραση ενός άγνωστου μέχρι σήμερα εξωγενούς παράγοντα, για να αρχίσει ο παθογενετικός μηχανισμός που προκαλεί τη νόσο.

Η Εθνική Εταιρία σκλήρυνσης κατά πλάκας των Ηνωμένων Πολιτειών όρισε σε τέσσερις μορφές τη νόσο : την υποτροπιάζουσα – υφέσιμη, τη δευτεροπαθή προϊούσα, τη πρωτοπαθή προϊούσα και τη προοδευτική – υποτροπιάζουσα μορφή.

Η διάγνωση της ασθένειας είναι κλινική. Δεν υπάρχει κάποια εργαστηριακή ή απεικονιστική εξέταση που να θέτει με βεβαιότητα τη διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Δεν υπάρχει κάποια κλασική κλινική εικόνα. Ωστόσο είναι συχνότερα τα συμπτώματα από ορισμένες περιοχές, όπως τα οπτικά νεύρα, το εγκεφαλικό στέλεχος, τη παρεγκεφαλίδα και το νωτιαίο μυελό. Σπανιότερα από κρανιακούς πυρήνες, από εγκεφαλικό φλοιό κι από βασικά γάγγλια.

Θεραπεία για ίαση δεν υπάρχει. Τα κορτικοστεροειδή είναι φάρμακα εκλογής στις εξάρσεις. Η πρόσφατη κυκλοφορία της β- ιντερφερόνης, μιας λεμφοκίνης με ανοσορυθμιστικές ιδιότητες, από την οποία αναφέρεται μείωση ή ακόμη και εξαφάνιση των υποτροπών στη μορφή με εξάρσεις και υφέσεις. Η φυσικοθεραπεία είναι απαραίτητο συμπλήρωμα της θεραπείας για την αντιμετώπιση των κινητικών δυσλειτουργιών που προκαλεί η πάθηση και των μόνιμων καταλοίπων της. Οι φυσικοθεραπευτές λαμβάνουν την υποκειμενική και αντικειμενική αξιολόγηση από τον ασθενή, έτσι ώστε ανάλογα με τη κατάσταση του κάθε ασθενούς να δημιουργούν ένα πρόγραμμα θεραπείας κατάλληλο για τη σωματική και ψυχική κατάσταση του ασθενούς.

Εισαγωγή

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μια χρόνια νευρολογική αυτοάνοση ασθένεια στην οποία το ανοσοποιητικό σύστημα επιτίθεται στο κεντρικό νευρικό σύστημα προκαλώντας τη καταστροφή του στρώματος της μυελίνης, ουσίας που βοηθά την προστασία των νευρών και τη μετάδοση των νευρικών ώσεων, στις διάφορες περιοχές του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού. Ανάλογα με το που εντοπίζονται οι βλάβες, είναι δυνατό να προσβληθεί η κινητική όσο και η αισθητική ουδός του κεντρικού νευρικού συστήματος με επίδραση στη κίνηση την αφή ή σε άλλες αισθήσεις (Healthier world, 2008; Dangond, 2010; Stanley, 2000; Swierzewski, 2000).

Υπάρχουν διάφορες μορφές σκλήρυνσης κατά πλάκας. Σε μια μορφή της πάθησης που χαρακτηρίζεται από υποτροπές και υφέσεις, τα σημεία και τα συμπτώματα εμφανίζονται και μετά υποχωρούν. Κατά την ύφεση, ο ασθενής είναι καλά. Σε μια άλλη μορφή της ασθένειας, η κλινική πορεία χαρακτηρίζεται από σταθερή, αργή αλλά προοδευτική επιδείνωση με απώλεια των νευρικών λειτουργιών. Υπάρχουν επιστημονικές παρατηρήσεις που δείχνουν πως στη προοδευτική μορφή της νόσου επηρεάζεται περισσότερο η φαιά ουσία ενώ στη μορφή με υποτροπές και υφέσεις επηρεάζεται περισσότερο η λευκή ουσία (Murray, 2006).

Η πρώτη αναφορά στη νόσο γίνεται το 1822, στο προσωπικό ημερολόγιο του γάλλου ευγενή August D Este, όπου περιγράφει προοδευτική απώλεια της όρασής του, μούδιασμα, σωματική αδυναμία, δυσκολία στο περπάτημα, αστάθεια και κατάθλιψη. Μέχρι τα μέσα του δέκατου ένατου αιώνα οι αναφορές στα συμπτώματα της νόσου ήταν αρκετά ασαφής.

Η σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να προκαλέσει μια σειρά συμπτωμάτων όπως, αλλαγές στην αφή, προβλήματα στην όραση, μυϊκή ατροφία, κατάθλιψη, προβλήματα στο προσανατολισμό και την ομιλία, εξάντληση, νοητική βλάβη, προβλήματα ισορροπίας, πόνο και αναπηρία σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις (Berthesda, 2010; Aratoff, 2008).

Τα συμπτώματα της σκλήρυνσης κατά πλάκας αναγνωρίστηκαν για πρώτη φορά το 1868 από το γάλλο νευρολόγο Charcot. Από τότε γίνονται παγκοσμίως πολλές και εκτεταμένες έρευνες αλλά η αιτία που προκαλεί τη ΣΚΠ παραμένει άγνωστη. Παρόλο που δε θεωρείται κληρονομική πάθηση πιθανολογείται πως οι πάσχοντες έχουν κάποια κληρονομική προδιάθεση (Hafler, 2004).

Η νόσος «αίνιγμα» όπως αποκαλείται από τους ειδικούς προσβάλλει συνήθως νεαρούς, ενήλικες ηλικίας 20- 40 χρονών. Η ΣΚΠ είναι η πιο συχνή νευρολογική ασθένεια που προσβάλλει 80.000 ανθρώπους στη Βρετανία και 250.000 στις ΗΠ. Στην Ελλάδα οι πάσχοντες υπολογίζονται περίπου στους 8.000 πάσχοντες.

Επομένως, στις υπεύκρατες χώρες υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα της νόσου.

Το πρώτο σύμπτωμα εμφανίζεται συνήθως γύρω στην ηλικία των είκοσι και μέχρι τα πενήντα, σπάνια δε πριν τα δώδεκα ή μετά τα πενήντα. Προσβάλλει περισσότερο γυναίκες από άντρες σε αναλογία 2:1 και συχνότερα τη λευκή φυλή (Healthier world, 2008).

Τα αρχικά επεισόδια είναι συνήθως παροδικά, ήπια και ασυμπτωματικά. Συνήθως,

δε παρακινούν κάποιον να επισκεφτεί το γιατρό του και αναγνωρίζονται μόνο όταν θα έχει γίνει τελικά η διάγνωση με βάση περισσότερα επεισόδια. Τα πιο συνηθισμένα αρχικά συμπτώματα της νόσου είναι αλλαγές στην αίσθηση χεριών, ποδιών ή του προσώπου (33%), ολική ή μερική απώλεια της όρασης (16%), αδυναμία (13%), διπλωπία (7%), αταξία στο περπάτημα (5%) και προβλήματα ισορροπίας (3%), άλλα σπάνια αρχικά συμπτώματα έχουν αναφερθεί όπως αφασία και ψύχωση.

Βέβαια, ένας ασθενής που περιγράφει ένα ή περισσότερα από τα ανωτέρω συμπτώματα δε σημαίνει πως πάσχει αναγκαστικά από την ασθένεια. Η συμπτωματολογία εστιακής βλάβης του ΚΝΣ μπορεί να οφείλεται σε άλλες, διάφορες αιτίες που προκαλούν βλάβη. Μερικές από αυτές τις αιτίες είναι όγκοι, αγγειακά επεισόδια, αποστήματα, φλεγμονώδεις παθήσεις και απομυελινώσεις άλλης αιτιολογίας, επίσης, μπορεί τα αναφερόμενα συμπτώματα να οφείλονται σε άλλη είδους διαταραχή που να μην σχετίζεται με εστιακή βλάβη όπως πχ ασθενής που αναφέρει αιμωδίες άνω άκρων πιθανόν να πάσχει από νευροφυτικές διαταραχές, σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, περιφερική νευροπάθεια κα. Για το λόγο αυτό η διάγνωση της νόσου τίθεται από νευρολόγους με βάση τα κριτήρια του POSER αλλά και με εργαστηριακά όπως μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου ή σπονδυλικής στήλης. Εκεί, αποδίδονται λεπτότατες τομές του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού στις οποίες απεικονίζονται οι χαρακτηριστικές λευκές πλάκες της νόσου. Η εξέταση της νόσου γίνεται με τη βοήθεια ηλεκτροδίων, όπου μετράται η ταχύτητα διαβίβασης των νευρικών ερεθισμάτων, την Οσφουονωτιαία Παρακέντηση (ONΠ), όπου ελέγχεται το εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY), το ιατρικό ιστορικό και τη νευρολογική εξέταση (Καπαρός, 2005).

Η θεραπευτική προσέγγιση της νόσου περιλαμβάνει ψυχολογική υποστήριξη και σωστή διατροφή που θα πρέπει να ακολουθήσει ο ασθενής. Αυτή, αποτελείται από αντιοξειδωτικές ουσίες (φρούτα και λαχανικά), ανοσορρυθμιστικές διατροφικές ουσίες όπως η βιταμίνη D (γάλα, αυγά, ψάρι), ουσίες που μειώνουν τη φλεγμονή όπως είναι τα Ω-3 λιπαρά οξέα (ψάρι, άγρια χορταρικά) τα Ω-6 λιπαρά οξέα που είναι τα φυτικά έλαια και τις ουσίες που υποστηρίζουν το νευρικό σύστημα όπως οι Β6, Β12 και τέλος η αποφυγή ζωικών λιπαρών (κόκκινο κρέας), (Γρηγοράκης, 2007; Medlook, 2008; Leweling, 2005; Schwarz, 2005; De Souza, 1997).

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει ενέσιμες θεραπείες με φάρμακα ανοσορρυθμιστικά όπως οι ιντερφερόνες β-1 : Avonex, Betaferon, Rebif, Novantrone , Copraxone που αποτελούν φάρμακα πρώτης επιλογής και χορηγούνται έγκαιρα και χρόνια (Murray, 2006).

Η συμβολή της φυσιοθεραπευτικής προσέγγισης, είναι σημαντική για την αντιμετώπιση των κινητικών κυρίως διαταραχών που προκαλεί η ασθένεια και ιδιαίτερα τα μόνιμα κατάλοιπά της. Οι φυσικοθεραπευτές λαμβάνουν την υποκειμενική και αντικειμενική αξιολόγηση από τον ασθενή, έτσι ώστε ανάλογα με τη κάθε ψυχοσωματική περίπτωση να οργανώνουν το πρόγραμμα θεραπείας έχοντας στόχο τη βελτίωση των κινητικών και ισορροπιστικών προβλημάτων (De Souza, 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.1 ΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Το νευρικό σύστημα ρυθμίζει και ελέγχει τη λειτουργία όλων των οργάνων του ανθρώπινου σώματος καθώς και την μεταξύ τους αρμονική συνεργασία. Αποτελεί επίσης, την έδρα όλων των ψυχικών λειτουργιών και ακόμη μέσω των αισθητηρίων οργάνων συμβάλλει στην αντίληψη του περιβάλλοντος από τον άνθρωπο. (Burnie, 1995; Κανέλλος, 1996; Λυμπέρη, 1996; Larousse, 2001). Ο νευρικός ιστός αποτελεί τη βάση του νευρικού συστήματος ως σύστημα επικοινωνίας του σώματος. Αποτελείται από νευρικά κύτταρα ή νευρώνες Α και από νευρογλοιακά κύτταρα ή νευρογλοία. Ο ρόλος των νευρικών κυττάρων με τις αποφυάδες τους (άξονας ή νευρίτης) είναι διεγείρονται, να μεταφέρουν και να επεξεργάζονται τις πληροφορίες από το ένα μέρος του σώματος στο άλλο (Burnie, 1995; Κανέλλος, 1996; Λυμπέρη, 1996; Larousse, 2001; Kahler, 1985). Τα νευρογλοιακά κύτταρα τα οποία καταλαμβάνουν το χώρο μεταξύ των κυττάρων και του νευρικού συστήματος έχουν κύριο ρόλο τη προστασία στην στήριξη και τη θρέψη των νευρώνων. Ο αριθμός των νευρικών κυττάρων ενός ατόμου δε μπορεί να αντικατασταθεί σε περίπτωση βλάβης (Burnie, 1995; Κανέλλος, 1996; Λυμπέρη, 1996; Larousse, 2001; Kahler, 1985). Παρακάτω, θα αναφερθούμε αναλυτικότερα στη δομή του νευρικού κυττάρου.

Το νευρικό σύστημα διακρίνεται σε :

- Εγκεφαλονωτιαίο Νευρικό Σύστημα και
- Φυτικό ή Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα

Εγκεφαλονωτιαίο Νευρικό Σύστημα

Το Εγκεφαλονωτιαίο νευρικό σύστημα υποδιαιρείται στο Κεντρικό και Περιφερικό νευρικό σύστημα . Το κεντρικό νευρικό σύστημα αποτελείται από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό που βρίσκονται στο εγκεφαλικό κρανίο και σπονδυλικό σωλήνα αντίστοιχα, ενώ το περιφερικό νευρικό σύστημα αποτελείται από τα νεύρα που συνδέουν το κέντρο με τη περιφέρεια και τα γάγγλια, που παρεμβάλλονται στη πορεία των νεύρων και αποτελούνται από γαγγλιακά κύτταρα. (Παπαγεωργίου, 2004).

ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ

Ο εγκέφαλος βρίσκεται εντός του κρανίου και περιβάλλεται από τρεις προστατευτικούς υμένες, τις μήνιγγες, περιέχει δε πάνω από δέκα χιλιάδες δισεκατομμύρια νευρικά κύτταρα. Όταν αυτά τα κύτταρα εργάζονται έντονα, καταναλώνουν περίπου το 20% του οξυγόνου του σώματος, απελευθερώνοντας ενέργεια. Ο εγκέφαλος χωρίζεται σε αρκετά διαμερίσματα, καθένα από τα οποία ελέγχει και από ένα διαφορετικό σημείο του σώματος. Το βάρος του κυμαίνεται από

1300 1400 γραμμάρια στον άνδρα και 1200- 1300 γραμμάρια στη γυναίκα (Κακλαμάνη, 1998; Κάμμα, 1998; Burnie, 1995).

Η εμβρυολογική του καταγωγή είναι από τη κεφαλική μοίρα του μυελικού σωλήνα, στην οποία ο νευρικός σωλήνας χωρίζεται με περισφίξεις, αρχικά σε τρία ανευρύσματα (πρόσθιο, μέσο, οπίσθιο εγκεφαλικό κυστίδιο)και τελικά σε πέντε με διαίρεση του πρόσθιου σε τελικό και διάμεσο και του οπίσθιου σε οπίσθιο και έσχατο. Από τα πέντε αυτά εγκεφαλικά κυστίδια διαμορφώνονται τα πέντε τμήματα του εγκεφάλου, δηλαδή ο τελικός εγκέφαλος με δυο ημισφαίρια , ο διάμεσος εγκέφαλος με τους οπτικούς θαλάμους, ο μέσος εγκέφαλος με το τετράδυμο και τα εγκεφαλικά σκέλη, ο οπίσθιος με τη γέφυρα και τη παρεγκεφαλίδα και ο έσχατος με τον προμήκη. (Κανέλλος, 1996; Λυμπέρη, 1996; Κακλαμάνη, 1998; Κάμμα, 1998; Kahler, 1985; Larousse, 2001; Παπαγεωργίου, 2004).

Νωτιαίος μυελός

Ο νωτιαίος μυελός βρίσκεται μέσα στο σπονδυλικό σωλήνα και καταλαμβάνει τα 2/3 αυτού, από το πρώτο αυχενικό σπόνδυλο (προμήκης μυελός) μέχρι το άνω χείλος του δεύτερου οσφυϊκού. Τελειώνει σε ένα κωνοειδή σχηματισμό, τον μυελικό κώνο, συνέχεια του οποίου είναι το τελικό νημάτιο, που προσφύεται στο κόκκυγα. Διακρίνουμε πέντε μοίρες, την αυχενική, τη θωρακική, την οσφυϊκή, την ιερή και τη κοκκυγική. Από τον νωτιαίο μυελό εκφύονται 31-32 ζεύγη νωτιαίων νεύρων, που εξέρχονται από τα αντίστοιχα μεσοσπονδύλια τμήματα. Τα οσφυϊκά και ιερά νεύρα φέρονται παράλληλα στο τελικό νημάτιο και σχηματίζουν την ιππουρίδα. (Κανέλλος, 1996; Λυμπέρη, 1996; Κακλαμάνη, 1998; Κάμμα, 1998; Kahler, 1985; Larousse, 2001; Παπαγεωργίου, 2004).

Ο νωτιαίος μυελός παρουσιάζει δυο παχύνσεις, το αυχενικό όγκωμα ή αυχενικό πλέγμα για τη νεύρωση των άνω άκρων (αντιστοιχεί στα μυελοτόμια A5 μέχρι Θ1) και το οσφυϊκό όγκωμα για τη νεύρωση των κάτω άκρων (αντιστοιχεί στα μυελοτόμια Ο1 μέχρι Ι2).

Αποτελείται, από τη φαιά και τη λευκή ουσία. Η φαιά ουσία βρίσκεται στο κέντρο, με σχήμα Η. Διακρίνουμε τα πρόσθια και οπίσθια σκέλη. Τα πρόσθια ογκωδέστερα περιλαμβάνουν κινητικά κύτταρα με νευρίτες που προχωρούν προς τη περιφέρεια, ενώ τα οπίσθια λεπτότερα και μακρύτερα με αισθητικά κύτταρα που δέχονται κεντρομόλες ίνες από τη περιφέρεια . (Κανέλλος, 1996; Λυμπέρη, 1996; Κακλαμάνη, 1998; Κάμμα, 1998; Kahler, 1985; Larousse, 2001; Παπαγεωργίου, 2004).

Η γέφυρα της φαιάς ουσίας που ενώνει τα πρόσθια με τα οπίσθια σκέλη λέγεται φαιός σύνδεσμος. Στο κέντρο αυτού του φαιού συνδέσμου, βρίσκεται ο κεντρικός σωλήνας με τον οποίο χωρίζεται σε πρόσθιο και οπίσθιο φαιό σύνδεσμο. Μεταξύ πρόσθιου και οπισθίου σκέλους προς τα έξω βρίσκεται το λεγόμενο πλάγιο σκέλος ή κέρας, όπου εκεί βρίσκονται τα νευροφυτικά κύτταρα του συμπαθητικού (βρισκόμενα από το Α1 μέχρι το Ι5 μυελοτόμιο), κινητικά προς τη βάση του πρόσθιου κέρατος, μα αισθητικά προς τη βάση του οπίσθιου κέρατος. Ακόμη, μεταξύ πρόσθιου και πλάγιου κέρατος αλλά προς τα έσω, κατασκηνώνουν τα κύτταρα του παρασυμπαθητικού (9 έσω διάμεσος πυρήνας).

Η λευκή ουσία αγκαλιάζει τη φαιά και διακρίνεται σε πρόσθιες, πλάγιες και οπίσθιες δέσμες. Αποτελείται από εμμύελες ίνες που άγουν ερεθίσματα από το κέντρο προς τη περιφέρεια και αντίθετα (Λυμπέρη, 1996; Κακλαμάνη, 1998; Κάμμα, 1998; Kahler,

1985; Larousse, 2001; Παπαγεωργίου, 2004).

Περιφερικό νευρικό σύστημα

Το περιφερικό νευρικό σύστημα αποτελείται από τα νεύρα, που συνδέουν το κέντρο με τη περιφέρεια και αντίθετα, αλλά και από τα γάγγλια, που περιλαμβάνονται στη πορεία των νεύρων και αποτελούνται από τα γαγγλιακά κύτταρα.

Τα νεύρα που αποτελούνται από μεγάλες δεσμίδες νευριτών και μπορούν να φτάσουν σε μήκος ένα μέτρο και περισσότερο, διακρίνονται ανάλογα με τη λειτουργία τους σε κινητικά, αισθητικά και μικτά. Τα κινητικά μεταβιβάζουν διεγέρσεις από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό, στους μυς και έτσι προκαλείται η κίνηση. Τα κύτταρα τους βρίσκονται στη φαιά ουσία του νωτιαίου μυελού και στους πυρήνες του εγκεφάλου. Τα αισθητικά νεύρα μεταβιβάζουν στο ΚΝΣ τις διάφορες αισθήσεις. Τα κύτταρα τους βρίσκονται στα νωτιαία γάγγλια δίπλα στο νωτιαίο μυελό ή αντίστοιχα σε γάγγλια των αισθητικών εγκεφαλικών νεύρων. Τα μικτά νεύρα περιέχουν τόσο κινητικές, όσο και αισθητικές ίνες. Ακόμη, διακρίνουμε, δώδεκα εγκεφαλικές συζυγίες νεύρων και τριάντα ένα ζεύγη νωτιαίων νεύρων (Κανέλλος, 1996 ; Λυμπέρη, 1996 ; Κακλαμάνη, 1998 ; Κάμμα, 1998 ; Kahler, 1985 ; Larousse, 2001 ; Παπαγεωργίου, 2004).

Οι δώδεκα εγκεφαλικές συζυγίες είναι : 1^η το οσφρητικό, 2^η το οπτικό, 3^η το κοινό κινητικό, 4^η το τροχλιακό, 5^η το τρίδυμο, 6^η το απαγωγό του οφθαλμού, 7^η το προσωπικό, 8^η το ακουστικό, 9^η το γλωσσοφαρυγγικό, 10^η το πνευμονογαστρικό, 11^η το παραπληρωματικό και 12^η το υπογλώσσιο νεύρο. Οι 1^η, 2^η και 8^η συζυγία εξυπηρετούν τις αντίστοιχες αισθήσεις της οσφρήσεως, οράσεως και ακοής και αποτελούνται από αισθητικές ίνες. Οι 3^η, 4^η, 6^η, 11^η και 12^η συζυγίες αποτελούνται από κινητικές ίνες, οι δε υπόλοιπες 5^η, 7^η, 9^η και 10^η εγκεφαλικές συζυγίες αποτελούνται τόσο από αισθητικές όσο και από κινητικές ίνες. Τα νωτιαία νεύρα είναι μικτά, εκφύονται από το νωτιαίο μυελό με δυο ρίζες, τη πρόσθια κινητική και την οπίσθια αισθητική. Διακρίνονται σε 8 αυχενικά, 12 θωρακικά, 5 οσφυϊκά, 5 ιερά και 1- 2 κοκκυγικά. Κάθε νωτιαίο νεύρο χορηγεί δυο κλάδους, το πρόσθιο και τον οπίσθιο νεύρων (Κανέλλος, 1996 ; Λυμπέρη, 1996 ; Κακλαμάνη, 1998 ; Κάμμα, 1998 ; Kahler, 1985 ; Larousse, 2001 ; Παπαγεωργίου, 2004).

Αυτόνομο νευρικό σύστημα

Αντίθετα με το εγκεφαλονωτιαίο νευρικό σύστημα που λειτουργεί με τη θέλησή μας και ορίζει τις ζωικές μας λειτουργίες, το αυτόνομο νευρικό σύστημα λειτουργεί χωρίς τη θέλησή μας και ελέγχει, ρυθμίζει τις σπλαχνικές λειτουργίες όπως η καρδιά, τους λείους μύες και τους αδένες. Τα κύτταρα του αυτόνομου συστήματος, προερχόμενα από τα νωτιαία γάγγλια, αποσπάστηκαν από αυτά και σχημάτισαν τα συμπαθητικά γάγγλια, που ανάλογα με τη τοποθεσία τους διακρίνονται σε σπονδυλικά, προσπονδυλικά και ενδοτοίχια. Τα γάγγλια αυτά αποτελούνται από συνδετικό ιστό, νευρικά κύτταρα και νευρικές ίνες (Κανέλλος, 1996 ; Λυμπέρη, 1996 ; Κακλαμάνη, 1998 ; Κάμμα, 1998 ; Kahler, 1985 ; Larousse, 2001 ; Παπαγεωργίου, 2004).

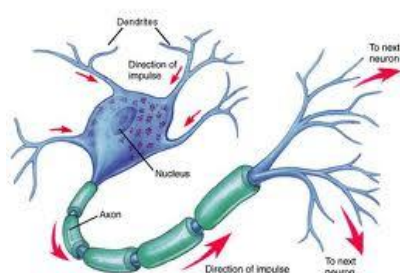
Το αυτόνομο σύστημα διαιρείται στο συμπαθητικό και στο παρασυμπαθητικό. Τα δυο αυτά συστήματα λειτουργούν ανταγωνιστικά και διατηρούν με αυτό τον τρόπο την ισορροπία του οργανισμού. Η αποστολή των συμπαθητικών νεύρων είναι η ενεργοποίηση της λειτουργίας των οργάνων του σώματος και η διέγερση, με στόχο την εμφάνιση διαφόρων αντιδράσεων σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης ή δαπάνες ενέργειας, όπως ότι αυξάνουν το καρδιακό ρυθμό, διευρύνουν τα περάσματα αέρα στους πνεύμονες, μειώνουν την εντερική δραστηριότητα, αυξάνουν την αιμάτωση στους μυς και στον εγκέφαλο, επιταχύνουν το μεταβολισμό, και ακόμη προκαλούν διαστολή της κόρης. Ενώ η διέγερση του παρασυμπαθητικού, προκαλεί τα αντίθετα, δηλαδή συστολή της κόρης, επιβράδυνση του καρδιακού ρυθμού, αύξηση της εντερικής δραστηριότητας, μείωση της αρτηριακής πίεσης, αύξηση των ρινικών εκκρίσεων καθώς και εκκρίσεις σιέλου και δακρύων, τέλος, συστέλλει τις αναπνευστικές οδούς (Κανέλλος, 1996 ; Λυμπέρη, 1996 ; Κακλαμάνη, 1998 ; Κάμμα, 1998 ; Kahler, 1985 ; Larousse, 2001 ; Παπαγεωργίου, 2004).

1.2 ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΚΥΤΤΑΡΟΥ

Το νευρικό σύστημα περιέχει περισσότερο από δέκα δισεκατομμύρια κύτταρα (Κανέλλος, 1996; Λυμπέρη, 1996; Κακλαμάνη, 1998; Κάμμα, 1998; Kahler, 1985; Burnie, 1995). Κάθε νευρικό κύτταρο ή νευρώνας Α αποτελείται δομικά από το κυτταρικό σώμα ή περικάρυο, το οποίο έχει σχήμα αστεροειδές και περιέχει το πυρήνα, ο οποίος αποτελεί και το τροφικό κέντρο του κυττάρου. Στο εσωτερικό του φέρει πλούσιο σε χρωματίνη πυρήνιο, που υπάρχει κυρίως στις γυναίκες, το σωματίο του Barr. Ακόμη, το κυτταρικό σώμα είναι γεμάτο με μικρά σωματίδια, τα επονομαζόμενα σωματίδια του Nissl, που περιέχουν χρωμόφιλες ουσίες και μελανίνη από το νευράξονα ,φέρεται από το κυτταρικό σώμα με τον εκφυτικό κώνο(μη έχοντας σωματίδια του Nissl), μεταφέρει τις νευρικές ώσεις προς τις κοντές προεξοχές του νευρικού κυττάρου, τους δενδρίτες. Στους δενδρίτες καταλήγουν νευρίτες άλλων νευρικών κυττάρων και εκεί γίνονται δεκτές οι νευρικές ώσεις. Τα τελικά δενδρίδια, με τα διογκωμένα τους άκρα, που λέγονται τελικά κομβία, μεταφέρουν ερεθίσματα σε άλλα νευρικά κύτταρα. Σε μικρή απόσταση από την έκφυση του ο νευρίτης αποκτά ένα περίβλημα, το οποίο ονομάζεται έλυτρο (νευρίτης και έλυτρο μαζί αποκαλούνται νευρική ίνα), αποτελείται από μια λιποπρωτεΐνη, την μυελίνη. Το μυελώδες έλυτρο στη συνέχεια διακόπτεται κατά διαστήματα (1-2 mm) από τις περισφιγξείς του Ranvier. Μεταξύ αυτών διακρίνουμε στο μικροσκόπιο τα κύτταρα του Schwann, τα οποία δημιουργούν διόγκωση στο διάστημα μεταξύ του μυελώδες ελύτρου (Κανέλλος, 1996; Λυμπέρη, 1996; Κακλαμάνη, 1998; Κάμμα, 1998; Kahler, 1985; Burnie, 1995; Γρηγοράκης, 2008). Ακόμη, τα νευρικά κύτταρα ποικίλλουν σε σχήμα και μέγεθος έχοντας μια ή περισσότερες αποφυάδες, οι οποίες εκφύονται από το κυτταρικό σώμα. Διακρίνονται ανάλογα με τον αριθμό των αποφυάδων τους σε μονόπολα, δίπολα και πολύπολα (Κανέλλος, 1996; Λυμπέρη, 1996; Γρηγοράκης, 2008). Αυτό που επίσης ποικίλλει στα νευρικά κύτταρα είναι το μήκος του νευρίτη, μπορεί να είναι πολύ μικρός, όπως οι νευρίτες τύπου Golgi, ή πάνω από ένα μέτρο, όπως οι νευρώνες τύπου Deiters. Στο τελικό άκρο κάθε νευρίτη υπάρχει μεγάλος αριθμός τελικών κομβίων, τα οποία έρχονται σε επαφή με τον επόμενο νευρώνα σχηματίζοντας έτσι τις συνάψεις

(Κανέλλος, 1996; Λυμπέρη, 1996; Κακλαμάνη, 1998; Κάμμα, 1998; Kahler, 1985;

Burnie, 1995; Γρηγοράκης, 2008).



Εικόνα 1 (δομή νευρικού κυττάρου)

Η ΣΥΝΑΨΗ

Η σύναψη είναι η διαδικασία μεταφοράς ώσεων από το ένα νευρικό κύτταρο στο άλλο. Αποτελείται από το τελικό κομβίον με τη προσυναπτική μεμβράνη, το συναπτικό διάστημα και τη μετασυναπτική μεμβράνη του επόμενου νευρικού κυττάρου. Το κομβίο περιέχει μιτοχόνδρια και μικρά διαυγή κυστίδια που αθροίζονται στη προσυναπτική μεμβράνη (Κανέλλος, 1996; Λυμπέρη, 1996; Κακλαμάνη, 1998; Κάμμα, 1998; Kahler, 1985; Burnie, 1995;).

Οι συνάψεις ταξινομούνται ανάλογα με τη θέση, τη κατασκευή και τη λειτουργία τους. Όσον αφορά τη θέση, όταν τα τελικά δενδρίλια συνάπτονται με τους δενδρίτες ενός άλλου νευρικού κυττάρου λέγονται αξονοδενδριτικές συνάψεις. Οι συνάψεις με τις οποίες τα τελικά δενδρίλια ενώνονται με το περικάρυο λέγονται αξονοσωματικές συνάψεις και όταν συνάπτονται με άλλον άξονα ονομάζονται αξονοαξονικές. Ανάλογα με τη κατασκευή τους υπάρχουν δυο τύποι συνάψεων I και II σύμφωνα με τον Gray. (Κανέλλος, 1996; Λυμπέρη, 1996; Κακλαμάνη, 1998; Κάμμα, 1998; Kahler, 1985; Burnie, 1995;).

Ανάλογα με τη λειτουργία τους υπάρχουν, οι διεγερτικές και οι ανασταλτικές συνάψεις. Οι περισσότερες διεγερτικές συνάψεις βρίσκονται στους δενδρίτες και οι περισσότερες ανασταλτικές στο περικάρυο ή στη βάση του άξονα. Η διέγερση μεταβιβάζεται μέσω χημικών ουσιών. Η δραστική ουσία και οι ανασταλτικές συνάψεις θεωρείται το γ-αμινο-βουτυρικό οξύ, ενώ σαν νευροδιαβιβαστής ενεργούν η ακετυλοχολίνη, η νοραδρεναλίνη, η ντοπαμίνη και η σεροτονίνη (Κανέλλος, 1996; Λυμπέρη, 1996; Κακλαμάνη, 1998; Κάμμα, 1998; Kahler, 1985). Η νευρογλοία έχει κυρίως στηρικτική λειτουργία αλλά απομονώνει τις νευρικές ώσεις που μεταφέρονται με τις νευρικές ίνες. Ανάλογα, με το είδος των κυττάρων της, τη διακρίνουμε σε 3 είδη : την αστρογλοία, που αποτελείται από αστροκύτταρα, τα οποία περιέχουν ένα μεγάλο ωχρο πυρήνα και πολλές αποφυάδες με αστεροειδή διάταξη γύρω από το κύτταρο. Την ολιγοδενδρογλοία, που αποτελείται από τα ολιγοδενδροκύτταρα, με μικρότερο και σκοτεινότερο πυρήνα και λίγες αναπόσχιστες αποφυάδες. Τέλος, την μικρογλοία, που αποτελείται από μικρογλοιακά κύτταρα, με ωσειδή πυρήνα και παχιές, βραχείες, πολύκλαδες αποφύσεις. Σημειολογικά, τα νευρογλοιακά κύτταρα φέρουν πυκνότερες ίνες στο έμβρυο και αραιότερες στο τέλειο ανθρώπινο όν (Κακλαμάνη, 1998; Κάμμα, 1998; Kahler, 1985).

ΑΠΟΜΥΕΛΙΝΩΣΗ

Η μυελίνη βοηθά τα νεύρα να λαμβάνουν και να μεταδίδουν, με μέγιστη ταχύτητα τα μηνύματα από τον εγκέφαλο. Ο ρόλος της είναι σημαντικότερος για τη προστασία και την ομαλή λειτουργία τον νευρικού συστήματος. Η απομυελίνωση χαρακτηρίζεται από απώλεια ή καταστροφή του ελύτρου της μυελίνης και τη δημιουργία απομυελινωτικής πλάκας. Όταν συμβαίνει κάτι τέτοιο, η ταχύτητα μετάδοσης των μηνυμάτων από τα νεύρα είναι πολύ αργή. Ακόμη και όταν οι ουλές από την απομυελίνωση, έχουν θεραπευτεί και συμβαίνει επαναμυελίνωση, ο χρόνος αντίδρασης των νευρών τείνει να παραμένει πιο αργός (Γρηγοράκης, 2008 ; Marsden, 2001; Fowler, 2001).

Η μυελίνη διατάσσεται γύρω από το νευράξονα σε μπλοκ με διακριτά κενά μεταξύ τους, τους κόμβους του Ranvier. Τα λιπαρά έλυτρα μυελίνης επιτρέπουν τη μεταπήδηση των νευρικών σημάτων από τον ένα κόμβο στον επόμενο. Η συγκεκριμένη αγωγή καλείται αλματώδης, όντας η βάση της ταχείας νευρικής αγωγής. Αξίζει να σημειωθεί, πως το υψηλό περιεχόμενο λίπους προσδίδει στη μυελίνη τη λευκή της όψη.

Η παρουσία μυελίνης διακρίνει ακόμη, τον εγκέφαλο σε δυο περιοχές : την εξωτερική φαιά ουσία που περιέχει νευρώνες με αλληλοσυνδεδεμένους δενδρίτες και την εσωτερική λευκή ουσία που αποτελείται κυρίως από εμμύελους νευράξονες. Οι πλάκες γίνονται εμφανείς όταν αποκολλάται η μυελίνη ή λεπταίνει σε πολλούς νευράξονες μιας περιοχής. Οι αλλοιώσεις επηρεάζουν περισσότερο τη λευκή ουσία γι αυτό και η ασθένεια ορίζεται ως «νόσος της λευκής ουσίας» (Hausser, 2008; Βασιλόπουλος, 2003; Πάνας, 2003; Καλφάκης, 2003; Γρηγοράκης, 2008 ; Κουντούρης, 2007).

Οι πλάκες της Σκλήρυνσης υπολογίζεται πως έχουν μέγεθος 1-2mm έως και κάποια εκατοστά. Αν και οι πλάκες είναι δυνατόν να εντοπιστούν οπουδήποτε, προτιμούν ορισμένες περιοχές, κυρίως δηλαδή τις περικοιλιακές, τα οπτικά νεύρα, το στέλεχος και το νωτιαίο μυελό (Marsden, 2001; Fowler, 2001; Γρηγοράκης, 2008). Οι οξείες βλάβες χαρακτηρίζονται από περιφλεβικές διηθήσεις των φλεγμονωδών μονοπύρηνων κυττάρων, κυρίως των T-λεμφοφοκυττάρων και μακροφάγων, που εκτείνονται στη γειτονική λευκή ουσία. Στις περιοχές της φλεγμονής, ο αιματοεγκεφαλικός φραγμός διασπάται, αλλά σε αντίθεση με τις αγγείτιδες, το τοίχωμα των αγγείων διατηρείται. Στις περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις, ειδικά αυτοαντισώματα κατά της μυελίνης προκαλούν απομυελίνωση και διεγείρουν μακροφάγα και μικρογλοιακά κύτταρα , εξειδικευμένα δηλαδή φαγοκύτταρα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος που σκοπό τους έχουν να απομακρύνουν τα όποια υπολείμματα μυελίνης (Hausser, 2008; Βασιλόπουλος, 2003; Πάνας, 2003; Καλφάκης, 2003; Γρηγοράκης, 2008).

Οι παλιές πλάκες χαρακτηρίζονται από έλλειψη κυττάρων και τη δημιουργία ινώδη ιστού. Τα επιζώντα ολιγοδενδροκύτταρα και εκείνα που σχηματίζονται από πρόδρομα κύτταρα μπορεί να επαναμυελώσουν μερικώς τους επιζώντες γυμνούς άξονες, προκαλώντας τις επονομαζόμενες σκιάδεις πλάκες. Η λεπτομερέστατη εξέταση των βλαβών της ασθένειας υποδηλώνει ότι εντελώς διαφορές παθολογοανατομικές εικόνες μπορεί να διαπιστωθούν σε διαφορετικούς ασθενείς. Έχει παρατηρηθεί ετερογένεια ως προς το αν τα φλεγμονώδη κύτταρα συνοδεύονται από εναπόθεση

αντισωμάτων και ενεργοποίηση του συμπληρώματος και επιπλέον αν ο στόχος της ανοσιακής διεργασίας είναι το έλυτρο της μυελίνης ή το κυτταρικό σώμα των ολιγοδενροκυττάρων. Στη Σκλήρυνση μπορεί να συμβεί μερική ή ολική καταστροφή των αξόνων. Συμπερασματικά, η απώλεια των αξόνων είναι η κύρια αιτία που η νόσος είναι μη αναστρέψιμη νευρολογική αναπηρία (Γρηγοράκης, 2008; Marsden, 2001; Fowler, 2001; Hauser, 2008).



Εικόνα 2 (νευρικό κύτταρο που υπέστη απομυελίνωση)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η Σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μια προοδευτική, αυτοάνοση, φλεγμονώδης, απομυελινωτική νόσος και η πιο κοινή νευρολογική διαταραχή, προσβάλλει κυρίως νέους ανθρώπους ηλικίας μεταξύ 20 έως 50 ετών. Στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα αποτελεί τη δεύτερη πιο συχνή νόσο του ΚΝΣ ύστερα της επιληψίας. Εκτός από σπανιότατες περιπτώσεις η νόσος δε προσβάλλει το Περιφερικό νευρικό σύστημα (Poser, 1998). Η Σκλήρυνση έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία αντισωμάτων από τον ίδιο τον οργανισμό του ασθενούς που προσβάλλει, τα όποια αντισώματα στρέφονται ενάντια στη περιοχή του εγκεφάλου και της σπονδυλικής στήλης (Hauser, 2008; Βασιλόπουλος, 2003; Πάνας, 2003; Καλφάκης, 2003; Γρηγοράκης, 2008) . Η πρόοδος και η βαρύτητα της νόσου ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των ατόμων και πιθανόν να οδηγήσει σε μια ευρεία ποικιλία αποτελεσμάτων. Με βάση το σύνολο των αποτελεσμάτων κατατάσσεται από ήπια έως σοβαρή η ασθένεια. Τα προβλήματα της ασθένειας περιλαμβάνουν μυϊκή αδυναμία, απώλεια ισορροπίας και παράλυση.

Το αιτιατό της Σκλήρυνσης παραμένει μέχρι και σήμερα άγνωστο παρά τις όσες αδιάκοπες έρευνες. Οι επιστήμονες θεωρούν πως το ανοσοποιητικό του ίδιου του οργανισμού επιτίθεται στο νευρικό σύστημα, ειδικότερα στη μυελίνη, η οποία και καλύπτει το νευράξονα του νεύρου και βοηθά στη μεταφορά των ώσεων. Η παραπάνω διαδικασία, πιθανό να ενεργοποιείται από κάποιο συνδυασμό γενετικών παραγόντων και περιβαλλοντικά στοιχεία όπως ιός ή ορισμένες λοιμώξεις, ικανά να προκαλέσουν ανοσολογική αντίδραση σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα και να καταστρέψουν τις πρωτεΐνες της μυελίνης (Hauser, 2008; Βασιλόπουλος, 2003; Πάνας, 2003; Καλφάκης, 2003; Γρηγοράκης, Fowler, 2001; Marsden, 2001).

Η σκλήρυνση κατά πλάκας προκαλεί λέπτυνση ή πλήρη απώλεια του στρώματος της μυελίνης, και σπανιότερα, την αποκοπή των νευρικών αξόνων ή των διακλαδώσεων τους. Όταν η μυελίνη χαθεί, τα νευρικά κύτταρα δε μπορούν πλέον να μεταφέρουν σωστά τα ηλεκτρικά τους σήματα, με αποτέλεσμα να μη μπορούν να λειτουργήσουν σωστά. Το όνομα «Σκλήρυνση» προέρχεται από τις ουλές (σκληρύνσεις) γνωστές ως πλάκες που δημιουργούνται στην λευκή ουσία. Η απώλεια της μυελίνης σε αυτές τις περιοχές προκαλεί τα συμπτώματα, τα οποία μπορούν να ποικίλουν σε μεγάλο βαθμό, ανάλογα με τη περιοχή που έχει πληγεί κάθε φορά. (Γρηγοράκης, 2008; Murray, 2006; Νταϊλάκης, 2000).

2.2 ΑΙΤΙΑ

Η αιτιολογία συνεχίζει να παραμένει άγνωστη. Θεωρείται ότι είναι μια επίκτητη αυτοάνοση πάθηση, με την άποψη πως υπάρχει πολυπαραγοντική αιτιολογία για την εμφάνιση της. Πιστεύεται, ότι ένας εξωγενής παράγοντας, πιθανόν ιός ή πολλαπλές ιώσεις, προκαλεί σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα, μια παθολογική ανοσολογική

αντίδραση που κατευθύνεται εναντίον των πρωτεϊνών της μυελίνης (Λογοθέτης & Μυλωνάς, 2004). Μέχρι σήμερα ωστόσο, κανένας ιός δεν έχει παρατηρηθεί ή απομονωθεί, όπως και επίσης δεν έχει παραχθεί ικανοποιητικό πειραματικό ιικό πρότυπο της νόσου (Victor & Ropper, 2003).

Η ύπαρξη της γενετικής προδιάθεσης στηρίζεται στη διαφορετική συχνότητα της νόσου στις διάφορες φυλές (είναι λιγότερο συχνή στη μαύρη φυλή και πολύ σπανιότερη στη κίτρινη), στην ύπαρξη οικογενών μορφών ,το 15% περίπου των ασθενών έχουν κάποιο συγγενή πάσχοντα από την ίδια τη νόσο, με τους αμφιθαλείς αδερφούς να εμφανίζουν το μεγαλύτερο κίνδυνο συνύπαρξης (5%), στους μονοζυγωτικούς (26%) διδύμους σε μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με τους διζυγωτικούς διδύμους (3,5%). Η νόσος πάντως, δεν είναι κληρονομική, παρόλο που η συχνότητα της στους συγγενείς πρώτου βαθμού των πασχόντων είναι 20- 30 φορές μεγαλύτερη από ότι στο γενικό πληθυσμό. Μόνο το 4% του πρώτου βαθμού συγγενών θα εμφανίσουν τη νόσο. Εκείνο, που ουσιαστικά υπάρχει, είναι μια γενετική προδιάθεση που χρειάζεται επιπρόσθετα την επίδραση του άγνωστου μέχρι σήμερα εξωγενούς περιβαλλοντικού παράγοντα, για να ξεκινήσει ο παθογενετικός μηχανισμός που προκαλεί τη νόσο (Λογοθέτης & Μυλωνάς, 2004).

Η ύπαρξη περιβαλλοντικού παθολογικού παράγοντα υποστηρίζεται από το γεγονός ότι άτομα που μεταναστεύουν σε μικρή ηλικία, από χώρες με υψηλή συχνότητα της νόσου (π.χ. Μεγάλη Βρετανία) σε χώρες με χαμηλή συχνότητα (π.χ. Νότια Αφρική), εμφάνιζαν τη συχνότητα της χώρας προορισμού τους, ενώ αν μετανάστευαν σε ηλικία μεγαλύτερη των 15 ετών, εμφάνιζαν συχνότητα ανάλογη της χώρας από όπου ξεκίνησαν (Λογοθέτης & Μυλωνάς, 2004). Τα επιδημιολογικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι μια λοίμωξη, πιθανότατα ιογενής, που προσέβαλε αυτά τα άτομα πριν την ηλικία των 15 έπαιξε παθογενετικό ρόλο (Rubin & Farber, 1995). Ο R.T Johnson βρήκε ότι διάφοροι ιοί (ιλαρά, ερυθρά, ανεμοβλογιά) μπορούν να προκαλέσουν αυτοάνοση αντίδραση κατά της βασικής πρωτεΐνης της μυελίνης. Αφότου προκληθεί, αυτοάνοση αντίδραση από έναν ιό κατά τη παιδική ηλικία, μπορεί αργότερα να ενεργοποιηθεί ξανά λόγω οποιοδήποτε συνήθων ιογενών λοιμώξεων που είναι ικανό το άτομο να εκτεθεί, ιδιαίτερα μάλιστα σε χώρες που βρίσκονται σε μεγάλο βόρειο ή νότιο γεωγραφικό πλάτος. (Victor & Ropper, 2003).

Αναφορές για επιδημικές μορφές της νόσου, ενισχύουν την άποψη για τη δράση ενός άγνωστου περιβαλλοντικού παράγοντα. Η πιο εντυπωσιακή «επιδημία» συνέβη στα νησιά Φερόε όταν εμφανίστηκαν κρούσματα της νόσου αμέσως μετά τη κατάληψη των νησιών από τα Βρετανικά στρατεύματα, στη διάρκεια του Β Παγκοσμίου Πολέμου. Παρόμοιες «επιδημίες» έχουν εμφανιστεί στην Ισλανδία, τη Σαρδηνία και στα νησιά Orkney και Shetland της Σκωτίας (Rowland, 1995).

Η συχνότητα της νόσου, έχει συσχετισθεί, τόσο με τη χαμηλή θερμοκρασία, όσο και με τη μικρή ηλιοφάνεια που παρατηρείται στις βόρειες χώρες. Έτσι, είναι άξιο να σημειωθεί η επίδραση του ψυχρού κλίματος στο ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού και η αυξημένη συχνότητα ύπαρξης και μετάδοσης ιογενών λοιμώξεων και άλλων νοσογόνων παραγόντων. Ταυτόχρονα, πολλοί ερευνητές συσχετίζουν τη χαμηλή ηλιοφάνεια, η οποία έχει ως συνέπεια τη μειωμένη δυνατότητα σύνθεσης της βιταμίνης D από τον οργανισμό, με την αιτιολογία της νόσου. Δεδομένου ότι, η βιταμίνη D είναι εκλεκτικός ρυθμιστής του ανοσοποιητικού συστήματος, προστατεύοντας από αυτοάνοσες ασθένειες, είναι αυτονόητο ότι η έλλειψη της δημιουργεί αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Τονίζεται, ότι τα κρούσματα

είναι αυξημένα σε περιοχές με χαμηλή ηλιοφάνεια, πράγμα που λειτουργεί καταλυτικά στη παραγωγή της βιταμίνης D στον ανθρώπινο οργανισμό (Γρηγοράκης, 1999).

2.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι νόσος οικουμενική. Η κατανομή της όμως παρουσιάζει ιδιορρυθμίες.

Αναφορικά με τις ανθρώπινες φυλές, από διάφορες μελέτες που έγιναν, βρέθηκε ότι η λευκή φυλή βάλλεται συχνότερα της μαύρης και της κίτρινης φυλής (Βάρβογλη, 2006 ; Βασιλόπουλος, 2003). Δεν έχουν αναφερθεί περιπτώσεις της νόσου στους Ινδιάνους της Αμερικής, τους Εσκιμώους, τους Λάπωνες, τους Αβοριγίνες της Αυστραλίας, στη φυλή Μαόρι καθώς και στους κατοίκους της Πολυνησίας, της Μελανησίας και της Μικρονησίας. Η νόσος είναι λιγότερο συχνή στους λαούς της Ανατολής και εξαιρετικά σπάνια στους κατοίκους της Αφρικής. (Poser, 1998).

Σχετικά με τη κατανομή της κατά φύλο, αναφέρεται πως οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τους άνδρες με αναλογία 3:2. Η εισβολή των συμπτωμάτων συμβαίνει σε ηλικία μεταξύ 20 και 50 ετών, με κορύφωση περίπου την ηλικία των 30. Όμως, περιστασιακά προσέρχονται με το πρώτο τους σύμπτωμα και παιδιά μικρότερα των 12 αλλά και ενήλικες άνω των 50 ετών (Goldman & Bennet, 2000).

Αναλυτικότερα, τα 2/3 περίπου των περιστατικών αρχίζουν στην ηλικία μεταξύ των 20 και 40 ετών. Στο υπόλοιπο 1/3, οι περισσότερες περιπτώσεις εμφανίζονται πριν την ηλικία των 20 ετών. Σε λιγότερες περιπτώσεις η νόσος φαίνεται να αρχίζει στην όψιμη ενήλικη ζωή (στο τέλος της πέμπτης και έκτης δεκαετίας). Στους ασθενείς αυτούς, ίσως υπήρξαν πρώιμα συμπτώματα σε μικρή ηλικία που έχουν ξεχαστεί ή ουδέποτε εκδηλώθηκαν κλινικά. Η επίπτωση στα παιδιά είναι πολύ χαμηλή. Κατά τη διάρκεια της πρώτης δεκαετίας εμφανίζεται μόνο το 0,3 έως και 0,4 % όλων των περιπτώσεων (Victor & Ropper, 2003). Έχει διαπιστωθεί πως το 25% των παιδιών που φέρουν τη νόσο παρουσιάζουν ταυτόχρονα και αυτισμό, ενώ το 39% των παιδιών με αυτισμό παρουσιάζουν επίσης και ΣΚΠ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Μετά το πέρας της παιδικής ηλικίας, ο κίνδυνος εμφάνισης των πρώτων συμπτωμάτων της ασθένειας αυξάνεται συνεχώς φθάνοντας στο μέγιστο στα 30 περίπου έτη, παραμένοντας υψηλή κατά τη τέταρτη δεκαετία, ενώ στη συνέχεια υποχωρεί εξίσου εντυπωσιακά και είναι χαμηλή κατά την έκτη δεκαετία (Victor & Ropper, 2003).

2.4 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

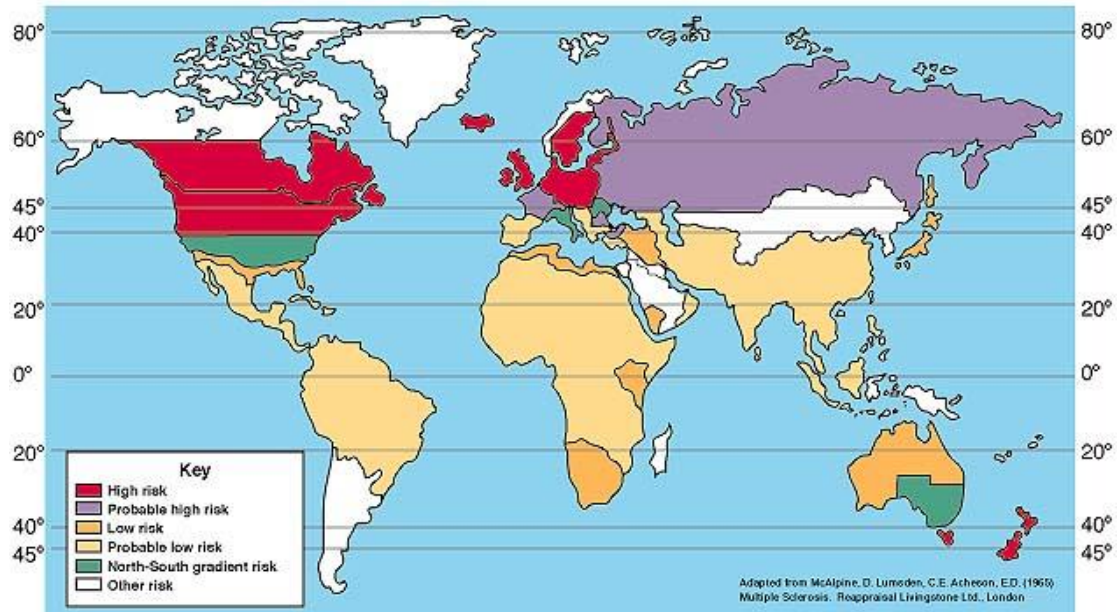
Η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται η σκλήρυνση κατά πλάκας στα διάφορα μήκη και πλάτη της γης δεν είναι ενιαία. Έτσι, ο επιπολασμός της νόσου συνδέθηκε πρωτίστως θετικά με το γεωγραφικό πλάτος κάθε χώρας, δηλαδή βόρειο ή νότιο. Αναλυτικότερα, όσο αυξάνεται η απόσταση κάθε χώρας από τον ισημερινό τόσο αυξάνεται και ο επιπολασμός της νόσου, συνεπώς και ο κίνδυνος των ανθρώπων να νοσήσουν (Βάρβογλη, 2006). Υψηλής επίπτωσης της ασθένειας περιοχές θεωρούνται όσες εμφανίζουν περισσότερες από 30 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα. Οι περιοχές

μέσης επίπτωσης εμφανίζουν 5 με 30 περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα, ενώ μικρής επίπτωσης αυτές που εμφανίζουν λιγότερα από 5 κρούσματα ανά 100.000 άτομα (Rowland, 1995). Η υψηλότερη επίπτωση στο κόσμο βρίσκεται στα νησιά Orkney (309 ανά 100.000) και Shetland (184 ανά 100.000) της Σκωτίας (Walton, 1985). Επιπλέον, άλλες χώρες με υψηλή επίπτωση θεωρούνται η Ουγγαρία (176 ανά 100.000), η Σλοβενία (150 ανά 100.000), η Γερμανία (149), οι Η.Π.Α (135), ο Καναδάς (132,5), η Τσεχία (130), η Νορβηγία (149), η Δανία (122), η Πολωνία (120), και η Κύπρος (110) (World Health Organization, 2008). Οπότε, ζώνες με μεγαλύτερη συχνότητα θεωρούνται η Βόρεια Ευρώπη, ο Καναδάς, οι Βόρειες Πολιτείες των Η.Π.Α και η Αυστραλία. Στις νότιες περιοχές της Ευρώπης, ο επιπολασμός κυμαίνεται μεταξύ 10-40 σε 100.000 άτομα, ενώ κοντά στον ισημερινό έχουμε μικρότερη συχνότητα, δηλαδή 5 σε 100.000 (Λογοθέτης & Μυλωνάς, 2004). Η Ιαπωνία, Κίνα, Λατινική Αμερική έχουν πολύ χαμηλή επίπτωση, ενώ η νόσος ουσιαστικά είναι άγνωστη στην Αλάσκα και στους γηγενείς πληθυσμούς της Ισημερινής Αφρικής (Rowland, 1995).

Η συχνότητα στη χώρα μας έχει βρεθεί στο 29,5 (Λογοθέτης & Μυλωνάς, 2004). Έχουν αναφερθεί ακόμη, περιοχές υψηλής συχνότητας της νόσου, στην Κεφαλονιά, την Ικαρία, με συχνότητα 74 ανά 100.000 άτομα. Τα συγκεκριμένα δεδομένα μπορούν να ερμηνευτούν και ως μια γενετική προδιάθεση ατόμων σκανδιναβικής και αγγλοσαξονικής καταγωγής (Βάρβογλη, 2006). Γενικά, η Ελλάδα ανήκει στη χώρας μέτριου κινδύνου, με ολοένα και αυξανόμενη εμφάνιση νέων περιστατικών. Το γεγονός αυτό, πιθανότατα να οφείλεται στη διεύρυνση των πιθανών μολυσματικών παραγόντων και επίσης, μπορεί να συνδέεται στενά με τις διεθνείς κοινωνικές επαφές, αλλά και με τη προοδευτική στροφή της χώρας προς τα δυτικά πρότυπα, ως προς τον τρόπο ζωής και τη διατροφή (Γρηγοράκης, 1999). Στην Ελλάδα οι πάσχοντες υπολογίζονται περίπου στους 5000. (Ελληνική Εταιρία για τη σκλήρυνση κατά πλάκας, 1997).

Σήμερα, από την σκλήρυνση πάσχουν περίπου 500.000 άτομα στην Ευρώπη και περισσότεροι από 2,5 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον υπόλοιπο κόσμο (Ελληνική Εταιρία για τη Σκλήρυνση κατά πλάκας, 2004).

World Distribution of Multiple Sclerosis



Εικόνα 3 (Πληθυσμιακή κατανομή ατόμων με ΣΚΠ)

2.5 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Όταν τα άτομα που είναι επιρρεπή για εμφάνιση της νόσου από το γενετικό τους υλικό, εκτεθούν σε ένα ειδικό άγνωστο περιβαλλοντικό παράγοντα, μια ομάδα από βρισκόμενα σε λανθάνουσα Τα- λεμφοκύτταρα ενεργοποιούνται, οπότε μπορούν να περάσουν τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και εισερχόμενα στο κεντρικό νευρικό σύστημα επιτίθενται στο τοίχο- αντιγόνο, που είναι η μυελίνη. Έτσι λοιπόν, αρχίζει η φλεγμονώδης διαδικασία της νόσου. Με τη καταστροφή της μυελίνης οι νευράξονες μένουν γυμνοί. Οπότε δε μπορούν να μεταφέρουν αποτελεσματικά τις εντολές και έτσι προκαλούνται τα τυπικά συμπτώματα της νόσου. Για κάποια άγνωστη αιτιολογία τα συμπτώματα μπορεί να υφεθούν, η φλεγμονή να υποχωρήσει, ο αιματοεγκεφαλικός φραγμός να αποκατασταθεί και συχνά οι νευρικές ίνες να επαναμυελωθούν. Τούτο, είναι το παθοφυσιολογικό υπόστρωμα μιας απομυελινωτικής πλάκας που ανάλογα με τη θέση της στο κεντρικό νευρικό σύστημα είναι ικανή να προκαλέσει και ανάλογα συμπτώματα (την όση, όπως λέγεται στη σκλήρυνση κατά πλάκας, η εμφάνιση της συμπτωματολογίας), που άλλοτε υποχωρούν πλήρως και άλλοτε πάλι, μερικώς (Λογοθέτης & Μυλωνάς, 2004).

Οι πλάκες αυτές έχουν μέγεθος από κεφαλή καρφίτσας μέχρι 2 εκατοστών και μπορούν να είναι από λίγες μέχρι εκατοντάδες (Παπαγεωργίου, 2004). Μολονότι, απαντώνται σε οποιαδήποτε εμμύελη περιοχή του ΚΝΣ, οι περισσότερες προσβαλλόμενες περιοχές περιλαμβάνουν τα οπτικά νεύρα, τη περικοιλιακή λευκή ουσία του εγκεφάλου και τον αυχενικό νωτιαίο μυελό (Goldman & Bennet, 2000). Σε πρόσφατες πλάκες, υπάρχει οίδημα και ιστολογικά αποκαλύπτεται η ύπαρξη περιαγγειακής διήθησης από λεμφοκύτταρα και μακροφάγα (Λογοθέτης & Μυλωνάς,

2004). Οι υποξείες πλάκες παρουσιάζουν εκτεταμένη επαναμυελίνωση. Οι παλιές πλάκες χαρακτηρίζονται από παντελή έλλειψη κυττάρων και την ινώδη γλοΐωση (Marsden & Fowler, 2001).

Πρέπει να τονισθεί πως οι νευράξονες με προσβολή της μυελίνης είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι σε έναν αριθμό εξωγενών παραγόντων, πχ αυξημένη θερμοκρασία του σώματος (πυρετός, πολύ ζεστό μπάνιο, υπερβολική άσκηση). Ετούτοι οι παράγοντες, είναι ικανοί να προκαλέσουν διακοπή της αγωγιμότητας και επιδείνωση υπαρχόντων συμπτωμάτων ή εμφάνιση συμπτωμάτων από σιωπηλές κλινικά εστίες (Λογοθέτης & Μυλωνάς, 2004). Αυτοί οι μερικώς απομυελινωμένοι νευράξονες μπορεί να παράγουν ερεθίσματα αυθόρμητα, κάτι που εξηγεί τις δυσάρεστες διαταραχές αισθητικότητας, που αναφέρονται σε ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών (Carr & Shepherd, 1998).

Η κλασική άποψη είναι ότι υπάρχει επαρκής διατήρηση των αξόνων, πράγμα που συμβαίνει συχνά, τα τελευταία όμως χρόνια διαπιστώνεται ολοένα και μεγαλύτερη βαθμού απώλεια των αξόνων, κυρίως σε χρόνιες βλάβες (Marsden & Fowler, 2001).

2.6 ΕΚΛΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ποικίλα γεγονότα που συμβαίνουν αμέσως πριν την εκδήλωση των αρχικών συμπτωμάτων ή των υποτροπών της νόσου, έχουν θεωρηθεί εκλυτικοί παράγοντες. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται οι λοιμώξεις, οι συναισθηματικές καταπονήσεις, οι τραυματισμοί, οι εμβολιασμοί, η αύξηση της θερμοκρασίας και η λοχειά (Βασιλόπουλος, 2003).

Η επίπτωση των αναπνευστικών ή γαστρεντερικών ιογενών λοιμώξεων, οι οποίες προηγούνται της έναρξης ή των εξάρσεων της σκλήρυνσης ποικίλλει ευρέως στις διάφορες μελέτες από 5 έως 50%. Από την άλλη πλευρά σε μεμονωμένες περιπτώσεις μια ενδογενής λοίμωξη, όπως ο επιχείλιος έρπητας ή ο έρπητας των γεννητικών οργάνων, προηγείται τακτικά νέας ώσης της ασθένειας (Victor & Ropper, 2003).

Όπως με πολλά αυτοάνοσα νοσήματα, η νοσηρή δραστηριότητα της σκλήρυνσης κατά πλάκας ελαττώνεται κατά τη κύηση και αυξάνεται κατά τη λοχειά. Η ΣΚΠ όμως, δε θα πρέπει να καταστεί αιτία αποφυγής τεκνοποίησης σε άτεκνες ιδίως γυναίκες, εφόσον η νόσος δεν επηρεάζει τη κύηση ή το τοκετό, όπως και η κύηση δεν επηρεάζει τη νόσο (Goldman & Bennet, 2000).

Δύσκολο είναι να προσδιοριστεί η πιθανή επιβαρυντική επίπτωση ενός τραύματος στην εκδήλωση της ΣΚΠ. Αναφέρεται ελαφρά αυξημένη συχνότητα κατά τη διάρκεια του τριμήνου που προηγείται της εμφάνισης της νόσου, σε σχέση με τυχαίο δείγμα νοσηλευόμενων ασθενών (Victor & Ropper, 2003).

Όσον αφορά τους εμβολιασμούς, καλό θα είναι να αποφεύγονται ή να πραγματοποιούνται μόνο οι άκρως απαραίτητοι (Βασιλόπουλος, 2003).

2.7 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η επικρατούσα άποψη ότι η νόσος προσβάλλει νέους χωρίς προβλήματα υγείας δεν είναι ολάκερα ορθή. Συχνά στο ιστορικό αναφέρονται κόπωση, νωθρότητα, απώλεια βάρους και ασαφή άλγη μυών και αρθρώσεων, εβδομάδες ή και ακόμη μήνες πριν την εμφάνιση των νευρολογικών συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα γενικά δεν εμφανίζονται οξεία έναρξη (Victor & Ropper, 2003).

Τα κλινικά χαρακτηριστικά και συμπτώματα της σκλήρυνσης κατά πλάκας ποικίλλουν ευρέως επειδή αντανακλούν την υφιστάμενη, διαφορετική προσβολή του ΚΝΣ, ενός εκάστοτε ασθενή. Παρακάτω, θα γίνει προσπάθεια για αναφορά και ανάλυση των περισσότερων συμπτωμάτων και στο ειδικό μέρος της εργασίας που απαντάται η φυσιοθεραπευτική προσέγγιση θα γίνει λόγος για την αντιμετώπιση αυτών από τους ειδικούς.

ΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι αισθητικές διαταραχές είναι συχνές και χαρακτηριστικές στη ΣΚΠ, εμφανίζονται είτε ως εναρκτήρια συμπτώματα, είτε ως επιμέρους εκδηλώσεις κατά τη περαιτέρω πορεία της νόσου. Παρουσιάζονται στο 87% των ασθενών λόγω βλάβης της νωτιαθλαμικής οδού των οπισθίων δεσμών ή της περιοχής εισόδου των ριζών στο κεντρικό νευρικό σύστημα. οι αισθητηριακές διαταραχές διακρίνονται σε παραισθησίες, δηλαδή σε υποκειμενική αντίληψη αισθητικού ενοχλήματος (αιμωδίες, μυρμηγκιάσεις, νυγμοί, βελονισμοί, αίσθημα ψύχους, ριζιτικοί πόνοι), και αντικειμενικές δυσαισθησίες, δηλαδή σε παραποιημένη αντίληψη της αφής, του άλγους και του ψυχρού ή του θερμού που αναφέρεται από τον ασθενή ή διαπιστώνεται στη κλινική εξέταση από τον ειδικό (διαταραχές της εν τω βάθει αισθητικότητας, περιοχές υπαισθησίας ή υπεραισθησίας).

Πάντως, σημασία για τη διάγνωση της νόσου έχουν η εμφάνιση αισθήματος ζωστηροειδούς πίεσης στη κοιλιά και το θώρακα, οι παραισθητικού κυρίως τύπου διαταραχές της εν τω βάθει αισθητικότητας, συχνά τα ενοχλήματα ξεκινούν από τις άκρες των δακτύλων, παραμένουν εκεί ή εξαπλώνονται στο μεγαλύτερο μέρος του άκρου, όπου οι ασθενείς νομίζουν, ότι περπατούν στον αέρα ή σε βαμβάκι, ή ότι έχουν στα παπούτσια τους άμμο κλπ.. Όπως επίσης και οι αιμωδίες στη μια πλευρά του προσώπου (Βασιλόπουλος 2003).

Λόγω της απρόβλεπτης φύσης, που παρουσιάζει η συγκεκριμένη νόσος, τα αισθητικά ελλείμματα μπορεί να προσβάλλουν ένα άκρο, μια πλευρά του σώματος ή και τα τέσσερα άκρα.

ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι κινητικές διαταραχές προκαλούνται ως επί το πλείστον, από βλάβες του πυραμιδικού συστήματος, της παρεγκεφαλίδας και ως συνέπεια διαταραχής της εν τω βάθει αισθητικότητας.

Επί βλάβης του πυραμιδικού συστήματος, η αδυναμία όπως και η σπαστικότητα, είναι βαρύτερη στα κάτω άκρα, από ότι στα άνω άκρα (Βασιλόπουλος, 2003). Η αδυναμία μπορεί να πάρει τη μορφή της μονοπάρεσης ή της ημιπάρεσης, αλλά πιο συχνή είναι η παραπάρεση. Αναπτύσσεται αδυναμία και αδεξιότητα του μέλους ή των μελών με άμεση δυσκολία στη βάρδιση. Συχνά η αδυναμία είναι ασύμμετρη και ο άρρωστος παραπονείται ότι σέρνει το ένα πόδι, θεωρώντας το άλλο φυσιολογικό. Σε ελαφρές περιπτώσεις η αδυναμία γίνεται έκδηλη ύστερα από περπάτημα ή ορθοστασία για αρκετό καιρό (Walton, 1996).

Τα τενόντια αντανακλαστικά διατηρούνται ή παράγονται ζωνρά με αμφοτερόπλευρο σημείο babinski και άλλα μαζί ευρήματα που υποδηλώνουν αμφοτερόπλευρη προσβολή των φλοιονωτιαίων και οπισθίων δεσμών (Victor & Ropper, 2003).

Υπάρχει ακόμη, πιθανότητα να έχουμε κατάργηση των κοιλιακών αντανακλαστικών (Παπαγεωργίου, 2004).

ΑΤΑΞΙΑ

Η βλάβη των παρεγκεφαλιδικών οδών εκδηλώνεται με αταξία. Εδώ, πρέπει να σημειωθεί πως ο θεράπων νευρολόγος είναι φρόνιμο να σημειώνει και να διαφοροδιαγιγνώσκει τη παρεγκεφαλιδική αταξία από εκείνη άλλης προέλευσης, όπως του αιθουσαίου συστήματος ή της εν τω βάθει αισθητικότητας, για να βοηθήσει το θεραπευτή στο σχεδιασμό και την εκτέλεση του θεραπευτικού προγράμματος αντιμετώπισης των συμπτωμάτων. Η παρεγκεφαλιδική αταξία δημιουργεί διαταραχές της μυϊκής συνεργασίας κατά τη κίνηση λόγω της κακής συνεργασίας μεταξύ αγωνιστών, συναγωνιστών και ανταγωνιστών (ασυνέργεια). Αυτή τη διαταραχή μυϊκής ασυνέργειας τη διαφοροποιούμε σε δυο είδη:

- Η πρώτη εκφράζεται σε σχέση με τη μυϊκή συνέργεια και τον χώρο (δυσμετρία, ανάλυση των κινήσεων).
- Η δεύτερη όπου έχουμε έκφραση της βλάβης στη μυϊκή συνέργεια σε σχέση με το χρόνο (δοκιμασία σύσπασης των ανταγωνιστών μυών- τρόμος).

Μια τρίτη σημειολογία που νομίζουμε ότι θα πρέπει να καταγράψει ο θεράπων νευρολόγος, έχει σχέση με τις διαταραχές της μυϊκής συνεργασίας στην όρθια στάση και βάδιση (στασική και κινητική ισορροπία).

Τέλος, η υπόλοιπη συμπτωματολογία από βλάβη της παρεγκεφαλίδας, που πρέπει να σημειωθεί είναι ο νυσταγμός, η δυσαρθρία, το πρόβλημα στη γραφή, το μυϊκό τόνο, η δυσδιαδοχοκινησία και η δυσφαγία (Βασιλόπουλος, 2003).

Εδώ αξίζει να σημειωθεί πως, η τριάδα νυσταγμός- δυσαρθρία τρόμος είναι γνωστή ως η τριάδα του Charcot. Η ομάδα αυτή των συμπτωμάτων είναι συχνή σε όψιμα στάδια της νόσου (Victor & Ropper, 2003). Οι κινητικές διαταραχές της αταξίας αναλύονται παρακάτω:

ΔΥΣΜΕΤΡΙΑ

Η δυσμετρία παρουσιάζεται ως ανακριβές εύρος τροχιάς της κίνησης και η λάθος εφαρμογή δύναμης. Αντικατοπτρίζει την έλλειψη συγχρονισμού της μυϊκής δύναμης, τυπικό στοιχείο της παρεγκεφαλιδικής αταξίας. Το εύρος της τροχιάς της κίνησης είναι υπερβολικό (υπερμετρία, πέρα του επιθυμητού στόχου), ή ελλιπές (υπομετρία), μη προσεγγίζοντας το στόχο. Η δυσμετρία εκδηλώνεται σε κεντρικές και περιφερικές αρθρώσεις. Η ανεπάρκεια θεωρείται ότι βρίσκεται στη σχέση αγωνιστών ανταγωνιστών και στη διάρκεια συστολής των αγωνιστών μυών. Η διαταραχή της σχέσης των αγωνιστών με των ανταγωνιστών μυών, προκαλεί έλλειψη ομαλότητας στη κίνηση, κάτι που κάποιες φορές αποκαλείται κινητικός τρόμος. Έχει προταθεί πως η δυσμετρία οφείλεται αντιληπτικά κινητικά ελλείμματα (Carr & Shepherd, 1998).

ΤΡΟΜΟΣ

Με τον όρο τρόμο αναφερόμαστε σε μια ταλαντώδη κίνηση των άκρων ή μερικές φορές της κεφαλής. Όπως συμβαίνει σε όλα τα συμπτώματα της σκλήρυνσης κατά

πλάκας, ο τρόμος είναι δυνατόν να εμφανίζεται και να εξαφανίζεται. Είναι ένα από τα πλέον χαρακτηριστικά συμπτώματα της νόσου που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης.

Υπάρχουν διαφορετικά είδη τρόμου, μερικά έχουν διάρκεια μεγάλης εμφάνισης (μεγάλος τρόμος), ενώ άλλες εκφάνσεις του δύσκολα γίνονται αντιληπτές(μι-κρός τρόμος). Σε μερικές περιπτώσεις ο τρόμος εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της ξεκούρασης του ασθενή, ενώ σε κάποιες άλλες περιπτώσεις εμφανίζεται κατά τη διάρκεια των λειτουργικών του κινήσεων. Άλλοτε είναι γρήγορος, άλλοτε όμως αργός. Ορισμένες φορές εμφανίζεται στα άκρα, ενώ άλλες στη κεφαλή, στο κορμό ή στην ομιλία.

Με τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι λόγω της ποικιλίας στην εμφάνιση του η κατάλληλη διάγνωση έχει τεράστια αξία στην κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση.

ΤΡΟΜΟΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΚΟΥΣΙΑ ΚΙΝΗΣΗ

Αυτού του είδους ο τρόμος, είναι τύπος που εμφανίζεται συχνά σε ασθενή με τη νόσο της σκλήρυνσης. Μπορεί να εμφανιστεί ως αιφνίδιες εκτατικές κινήσεις της κεφαλής ή απότομα τινάγματα, ακόμη και άναρθρο λόγο. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα που θα μπορούσαμε να δώσουμε είναι κατά τη διάρκεια του φαγητού ή του ποτού του ασθενή, όπου στη προσπάθεια του να ανοίξει το στόμα, προκαλούνται οι βίαιες αυτές κινήσεις της κεφαλής. Ο τρόμος αυτός εμφανίζεται, όταν από τη νόσο έχει επηρεαστεί η παρεγκεφαλίδα (οδοντωτός πυρήνας), ερυθρός πυρήνας, πλάγιος πυρήνας του θαλάμου ή οι συνδέσεις μεταξύ αυτών των τριών πυρήνων.

ΔΥΣΔΙΑΔΟΧΟΚΙΝΗΣΙΑ

Ο όρος περιγράφει τη δυσκολία εκτέλεσης γρήγορων εναλλασσόμενων κινήσεων. Υπάρχει ακανόνιστο πρότυπο κίνησης, που παρατηρείται, όταν ο ασθενής εκτελεί γρήγορες, εναλλασσόμενες κινήσεις, όπως είναι ο πρηνισμός και ο υπτιασμός αντιβραχίου. Οι κινήσεις τότε, εκτελούνται αδέξια και αργά. (Carr & Shepherd, 1998).

ΑΣΥΝΕΡΓΕΙΑ

Η αποκαλούμενη «αποδόμηση» της κίνησης παρουσιάζεται ως έλλειψη συντονισμού μεταξύ αγωνιστή, ανταγωνιστή και συνεργαζόμενων μυών. Ως κατάληξη, έχουμε την απουσία της φυσιολογικής, ομαλής, διαδοχικής εκτέλεσης των διαφόρων χαρακτηριστικών της κίνησης. Παρουσιάζονται σφάλματα στο σχετικό συγχρονισμό των επιμέρους τμημάτων των πολυαρθρικών κινήσεων. Έτσι λοιπόν, σε μια ομαλή, συνεχή κίνηση όπως θα μπορούσε να είναι η κάμψη ισχίου και γόνατος και αντίστοιχα η έκταση αυτών στη δοκιμασία πτέρνα- κνήμης, παρατηρείται το άτομο με παρεγκεφαλιδική δυσλειτουργία να εκτελεί τις κινήσεις μεμονωμένα, δίνοντας έτσι την εντύπωση της «αποδομημένης» κίνησης.

ΑΔΥΝΑΜΙΑ

Η αδυναμία μπορεί να εκδηλωθεί σταδιακά σε ένα ή περισσότερα άκρα, να αυξάνεται με τη χρήση, συχνά μάλιστα περιγράφεται από τους ασθενείς ως αίσθηση βαρύτητας και αδεξιότητας. Η απομυελίνωση στο νωτιαίο μυελό προκαλεί προοδευτικά αδυναμία και στα δυο κάτω άκρα.

ΣΠΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η σπαστικότητα οφείλεται σε βλάβη του πυραμιδικού συστήματος. Θεωρείται, τυπικά ως ένα συχνό πρόβλημα στη σκλήρυνση κατά πλάκας. Η επιρροή της σπαστικότητας, στη νόσο είναι δύσκολο να αξιολογηθεί, αυτό γιατί ο όρος σπάνια ορίζεται και δε μπορεί να γίνει διάκριση μεταξύ της αντίστασης στη παθητική κίνηση λόγω της υπεραντανακλαστικότητας και της αυξημένης μηχανικής σκληρότητας. Η σπαστικότητα οδηγεί μέσω της αύξησης του μυϊκού τόνου σε μειωμένη μυϊκή ισχύ και επηρεάζει τη διάρκεια της κίνησης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ασυνέργεια αγωνιστών και ανταγωνιστών, οδηγώντας έτσι στη διαταραχή της κίνησης. Η κλίμακα Ashworth χρησιμοποιείται τυπικά για τη μέτρηση της σπαστικότητας. Στη σκλήρυνση κατά πλάκας η σπαστικότητα προσβάλλει κατά κύριο λόγο τα κάτω άκρα και λιγότερο τα άνω άκρα. Προκαλεί μια χαρακτηριστική εικόνα όπου τα γόνατα δε μπορούν να λυγίσουν, και δεν είναι δυνατό να σηκώσουν τον άκρο πόδα, έτσι όπως είναι επιθυμητό (Carr & Shepherd, 1998).

2.8 Η ΚΟΠΩΣΗ ΣΤΗΝ ΣΚΠ

- Αντιμετωπίζω την κόπωση που παρουσιάζεται στη ΣΚΠ σημαίνει αντιλαμβάνομαι τις αλλαγές της φυσικής και ψυχολογικής κατάστασης του οργανισμού και αναδιοργανώνω το πρόγραμμα ασκήσεων.
- Τι ακριβώς εννοούμε με την έννοια “κόπωση” στη ΣΚΠ;
- Όλοι οι ασθενείς αισθάνονται κόπωση αλλά το αίσθημα αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για τους πάσχοντες από ΣΚΠ. Η κόπωση που αισθανόμαστε όλοι οφείλεται κυρίως σε κούραση και αδυναμία των μυών εξαιτίας του γαλακτικού οξέος μετά από επίμονη άσκηση ή εργασία.
- Η κόπωση όμως που αισθάνονται οι ασθενείς με ΣΚΠ είναι άλλης μορφής διότι επηρεάζεται και το νευρικό σύστημα εκτός των άλλων. Δεν έχουν βρεθεί τα αίτια πρόκλησης της ΣΚΠ. Αυτό που γνωρίζουμε είναι ότι υπάρχει δυσκολία στη μετάδοση του μηνύματος κατά μήκος των νευρών που έχουν υποστεί απομυελίνωση. Έτσι η ένταση της μετάδοσης των μηνυμάτων είναι πολύ μειωμένη, γεγονός που προκαλεί αίσθημα κούρασης και αδυναμίας που επιδρά τόσο στα κινητήρια όσο και στα αισθητήρια νεύρα.
- Η κόπωση των κινητήριων νευρών μπορεί να φέρει αδυναμία, έλλειψη συντονισμού και τρόμο. Η κόπωση των αισθητήριων νευρών της όρασης, ακοής, γεύσης, οσμής και αφής μπορεί να προκαλέσει προβλήματα σε μία ή περισσότερες αισθήσεις.

Η κόπωση, παρουσιάζεται στους περισσότερους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας και μπορεί να επιφέρει τη σοβαρότερη ανικανότητα από οποιαδήποτε από τα ηπιότερα συμπτώματα, καθώς επιδεινώνει την αποδοτικότητα και την ευεξία του

ασθενούς. Τα άτομα με ΣΚΠ αναφέρουν ότι η κόπωση γενικά εκδηλώνεται καθημερινά, εμποδίζει τις σωματικές και κοινωνικές δραστηριότητες. Πιθανή αιτία της κόπωσης στους σκληρυντικούς, είναι η ελαττωμένη μετάδοση των νευρικών ώσεων κατά μήκος των μερικώς απομυελινωμένων αξόνων. Η ζέστη, με τη μορφή του ζεστού καιρού, υπερθερμασμένων δωματίων και εμβύθισης στο ζεστό νερό, είναι δυνατόν να αυξάνει τη κόπωση. Η αυξημένη ευαισθησία στη θερμοκρασία, με την ελάττωση της ασφαλούς μετάδοσης των ώσεων σε μερικώς απομυελινωμένους νευράξονες, ενδέχεται να εξηγεί την αύξηση των συμπτωμάτων μετά από άσκηση ή ζεστό μπάνιο. Από την άλλη το κρύο ενδέχεται να βοηθήσει στη βελτίωση των επιδόσεων (Carr & Shepherd, 1998).

ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΣΥΖΥΓΙΩΝ

Παρακάτω αναφέρονται αρκετές εκδηλώσεις της απομυελίνωσης στο εγκεφαλικό στέλεχος. Η οπτική νευρίτιδα θεωρείται η πιο συχνή εκδήλωση προσβολής της οπτικής οδού. Χαρακτηριστικά, μέσα σε λίγες μέρες, σημειώνεται μερική ή πλήρης απώλεια όρασης από τον ένα οφθαλμό. Μερικοί ασθενείς μια με δυο ημέρες πριν την απώλεια της όρασης, εμφανίζουν άλγος στη κόγχη, το οποίο επιτείνεται με την οφθαλμική κίνηση. Περίπου, το 1/3 των ασθενών με οπτική νευρίτιδα αποκαθίσταται πλήρως και οι περισσότεροι από τους υπόλοιπους βελτιώνονται σημαντικά. Συχνά, μόνιμο υπόλειμμα είναι η δυσχρωματοψία. Πέραν όμως αυτής, μπορεί να προκύψουν οφθαλμοπαρέσεις, από τη μεμονωμένη προσβολή οφθαλμοκινητικών νεύρων στο εγκεφαλικό στέλεχος, που έχουν ως συνέπεια την εμφάνιση της διπλωπίας. Αρκετά συχνή και χαρακτηριστική, είναι επίσης, η εμφάνιση διαπυρηνικής οφθαλμοπληγίας, η οποία συνιστά συνδυασμένη διαταραχή του βλέμματος. Πρέπει να τονιστεί, ότι στη ΣΚΠ, μπορεί να ανευρεθούν όλα τα είδη νυσταγμού, ακόμη και τα πλέον πιο σπάνια (Victor & Ropper, 2003).

Οι αιμοδιές και η εμφάνιση υπαισθησίας στο πρόσωπο είναι συνήθεις εκδηλώσεις της νόσου, ακόμη δε η εμφάνιση νευραλγίας του τριδύμου νεύρου.

Άλλα συμπτώματα από βλάβη πυρήνων των κρανιακών νεύρων στο εγκεφαλικό στέλεχος είναι η συχνή εμφάνιση σφοδρών και παρατεταμένων ιλίγγων, που συνοδεύονται από αταξία, εμετούς, παράλυση των μυών του προσώπου και εκδηλώσεις που προκύπτουν από τη προσβολή, σε μικρότερη συχνότητα, άλλων κρανιακών νεύρων όπως κώφωση, εμβοές, μη οργανωμένες ακουστικές ψευδαισθήσεις και σπανιότερα αφασία (stupor), επιληπτικές κρίσεις και κόμα (Βασιλόπουλος, 2003; Victor & Ropper, 2003).

ΟΡΘΟΚΥΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ -ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η έκταση των σφιγκτηριακών και σεξουαλικών διαταραχών, συχνά βαίνει παράλληλα προς το βαθμό αδυναμίας των κάτω άκρων. Το πιο συχνό σύμπτωμα προσβολής του αυτόνομου νευρικού συστήματος είναι οι επιτακτικές ουρήσεις, ένα αίσθημα άμεσης ανάγκης προς ούρηση. Αλλά και το αντίθετο, η κατακράτηση, δηλαδή η αδυναμία κένωσης της κύστης, δεν είναι ασυνήθης και συχνά επί του ίδιου ασθενούς, μπορεί να συνυπάρχουν και τα δυο αυτά είδη των σφιγκτηριακών διαταραχών (Βασιλόπουλος, 2003).

Στους άρρενες, τα συμπτώματα αυτά συχνά συνυπάρχουν με ανικανότητα. Περίπου, το 50% των ασθενών έχουν σεξουαλική ανεπάρκεια, απότοκο της νόσου τους.

Η δυσκοιλιότητα είναι πιο συχνή από την ακράτεια κοπράνων (Βασιλόπουλος, 2003; Victor & Ropper, 2003).

ΕΚΠΤΩΣΗ ΝΟΗΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ - ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι ασθενείς συχνά παραπονούνται ότι έχουν φτωχή μνήμη, μειωμένη ικανότητα παρατεταμένης νοητικής προσπάθειας και αφηρημάδα. Στα όψιμα στάδια της νόσου εμφανίζονται με κάποια τακτικότητα και άλλες νοητικές διαταραχές όπως απώλεια της καθηλωτικής μνήμης, καθολική άνοια ή συγγυτική, ψυχωτική κατάσταση. Η γνωσιακή έκπτωση είναι κυρίως συμβατή με τη μορφή της «υποφλοιώδους άνοιας».

Οι ψυχικές διαταραχές είναι αποτέλεσμα της νόσου και εκφράζονται συνήθως υπό τη μορφή αντιδραστικής κατάθλιψης, φόβων, υστερικών συμπτωμάτων κ.ά. Ενίοτε, όμως μπορεί να συνυπάρχει με τη ΣΚΠ διπολική διαταραχή (μανιοκατάθλιψη), σπανιότερα δε και σχιζοφρενικού τύπου εκδηλώσεις (Βασιλόπουλος, 2003; Victor & Ropper, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της νόσου είναι κλινική. Δεν υπάρχει εργαστηριακή ή απεικονιστική εξέταση που να θέτει με βεβαιότητα τη νόσο. Η διάγνωση εναπόκειται στις γνώσεις ενός πεπειραμένου φυσίατρου ή νευρολόγου, ο οποίος λαμβάνει το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς, εκτελεί νευρολογική εξέταση και αν κρίνεται αναγκαίο πραγματοποιεί συμπληρωματικές εξετάσεις (Bloom & David, 1998). Παρά ταύτα μερικές εξετάσεις είναι υπερβολικά χρήσιμες για την επιβεβαίωση της διάγνωσης της νόσου σε συγκερασμό με την αντίστοιχη κλινική εικόνα (Marsden & Fowler, 2001).

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο γιατρός θα ρωτήσει για το αναλυτικό ιατρικό ιστορικό, το οποίο θα περιλαμβάνει παλαιότερες καταγραφές σημείων και συμπτωμάτων αλλά και τη τωρινή κατάσταση της υγείας του ασθενούς.

Όταν τα συμπτώματα που αντιμετωπίζει, πιθανόν για μεγάλο χρονικό διάστημα, εξετάζονται στη βάση τους υπάρχει πιθανότητα να υποκρύπτεται η ΣΚΠ. Ωστόσο, θα χρειαστεί μια ολοκληρωμένη εξέταση και ιατρικά τεστ για την επιβεβαίωση της νόσου.

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η νευρολογική εξέταση δείχνει το πόσο καλά λειτουργεί το νευρικό σύστημα. ο νευρολόγος ψάχνει για ανωμαλίες που τυχόν εμφανίζονται στα νεύρα αυτά, που μεταφέρουν μηνύματα από τον εγκέφαλο στα άλλα μέρη του σώματος. Επίσης, ψάχνει για αλλαγές στη κίνηση των ματιών, στο συντονισμό των άκρων, μυϊκή αδυναμία, ισορροπία, αισθητικότητα, προβλήματα λόγου και αντανακλαστικών.

Η συγκεκριμένη εξέταση μπορεί να αποκαλύψει συμπτώματα που να υποδεικνύουν τη ΣΚΠ, αλλά δε μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προσδιορίσει την αιτιολογία των προϋπαρχόντων προβλημάτων. Θα πρέπει ακόμη, να αποκλειστούν άλλες καταστάσεις που πιθανότατα να παρουσιάζουν παρόμοια συμπτώματα με τη ΣΚΠ.

ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

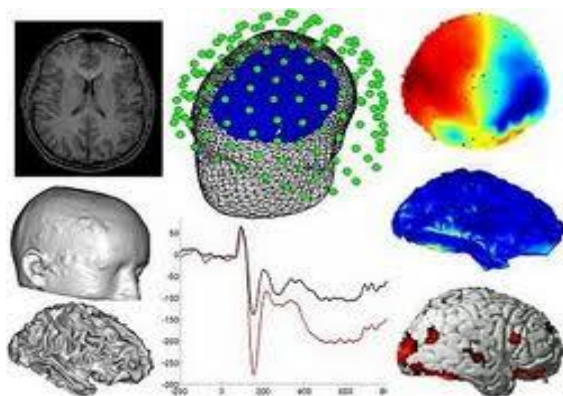
ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ (MRI)

Είναι πλέον αποδεκτό πως η μαγνητική τομογραφία είναι η πιο χρήσιμη επικουρική εξέταση για τη διάγνωση της ΣΚΠ, λόγω της ικανότητας της να ανακαλύπτει ασυμπτωματικές πλάκες στον εγκέφαλο, το στέλεχος, τα οπτικά νεύρα και το νωτιαίο μυελό (Victor & Ropper, 2003). Έχει πολύ μεγαλύτερη διακριτική ικανότητα της αξονικής τομογραφίας (CT), για αυτό και χρησιμοποιείται κατά προτεραιότητα (Βασιλόπουλος, 2003). Οι τομογραφίες MRI κεφαλής δείχνουν ανωμαλίες στο 85% τουλάχιστον των ασθενών με κλινικά βέβαιη τη ΣΚΠ. Συνήθως η MRI, αποκαλύπτει πολύ περισσότερες εστίες παρότι θα αναμενόταν κλινικά (Goldman & Bennet, 2000). Σε οξείες βλάβες είναι συνήθως μεγάλες και με προκαθορισμένα όρια, καθώς όμως

παρέρχεται η οξεία φάση της νόσου, γίνονται μικρότερες, αλλά με σαφή πλέον όρια. Η ενίσχυση των πλακών με σκιαγραφική ουσία (γαδολίνιο) υποδηλώνει νέες, πρόσφατα ενεργοποιημένες πλάκες (Βασιλόπουλος, 2003).

Είναι χαρακτηριστικό, ότι με κάθε έξαρση της νόσου παρατηρείται αύξηση του μεγέθους υπαρχουσών πλακών και εμφάνιση νέων. Οι πλάκες εμφανίζονται συνήθως από τα μετωπιαία, ινιακά κέρατα και περικοιλιακά. Στις μισές περίπου περιπτώσεις, οι πλάκες εμφανίζονται στη παρεγκεφαλίδα και το στέλεχος

(Συγκούνας, 2003).



Εικόνα 4 (ηλεκτροεγκεφαλογράφημα-MRI)

ΟΣΦΥΝΩΤΙΑΙΑ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ

Υπάρχουν πολλές δοκιμασίες που μπορούν να πραγματοποιηθούν στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, αλλά συνήθως για τη ΣΚΠ εξετάζονται οι πρωτεΐνες.

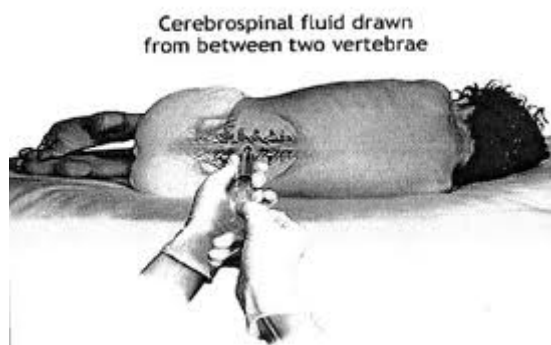
Το υγρό λαμβάνεται από τη σπονδυλική στήλη με την εισαγωγή βελόνας χαμηλά στη πλάτη. Δίνεται τοπική αναισθησία για να μουδιάσει το δέρμα, συνεπώς ενώ είναι δυσάρεστη αίσθηση, συνήθως δεν είναι επώδυνο.

Αυτή η εξέταση απαιτεί από το άτομο να απλώσει για αρκετές ώρες μετά, και συνέπεια της είναι οι πονοκέφαλοι που προκαλούνται λόγω αφυδάτωσης. Αυτό μπορεί να αποφευχθεί αμέσως με τη κατάποση υγρών, αμέσως μετά τη διαδικασία, έτσι ώστε το άτομο να βοηθήσει τον οργανισμό του να αναπληρώσει άμεσα τα υγρά που έχασε. Μπορεί να απαιτεί παραμονή μιας νύχτας στο νοσοκομείο και μια μικρή περίοδο ανάρρωσης.

Στη πλειοψηφία των ατόμων 90%, η ηλεκτροφόρηση των πρωτεϊνών του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY) με εγκατεστημένη τη νόσο, είναι παθολογική. Έτσι λοιπόν, αυτή η εξέταση μπορεί να επιβεβαιώσει τη διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Ωστόσο, οι πρωτεΐνες του ENY ατόμων με αρχική ή ήπια ΣΚΠ υπάρχει πιθανότητα να μην έχουν επηρεαστεί ακόμη, οπότε το αποτέλεσμα μπορεί πάλι, να μην είναι ξεκάθαρο. Συνήθως χρησιμοποιείται όταν τα αποτελέσματα της μαγνητικής τομογραφίας δεν είναι σαφή.

Σε αντίθεση με άλλες ασθένειες, δεν υπάρχει ένα παθογνωμικό τεστ « θετικό ή αρνητικό» για τη ΣΚΠ, και κανένα από τα τεστ που είναι διαθέσιμα δε βοηθούν τους γιατρούς για μια 100% πειστική διάγνωση.

Αυτό σημαίνει ότι τελικά ο γιατρός κάνει διάγνωση της ΣΚΠ μέσα από ένα συνδυασμό συμπτωμάτων που παρατηρεί στον ασθενή και απορρίπτει άλλες παρόμοιες διαγνώσεις. Αυτό αποκαλείται «κλινική διάγνωση».



Εικόνα 5 (Θέση ασθενούς για οσφυονωτιαία παρακέντηση και κατεύθυνση των χεριών του γιατρού)

ΜΥΕΛΟΓΡΑΦΙΑ

Η μυελογραφία είναι μια ακτινογραφία του νωτιαίου μυελού. Κατά την εξέταση αυτή εγχέεται χρωματισμένο υγρό στη σπονδυλική στήλη που η κίνηση του κατά μήκος του νωτιαίου μυελού, φαίνεται στην ακτινογραφία. Έτσι, οποιοδήποτε εμπόδιο υπάρξει ανάμεσα στα νεύρα θα φανεί στην ακτινογραφία και ο γιατρός θα μπορέσει να αναγνωρίσει τα συμπτώματα άλλων νόσων άλλα και τη πιθανότητα της ύπαρξης της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Όπως στην οσφυονωτιαία παρακέντηση, έτσι και στη μυελογραφία, ίσως χρειαστεί ο ασθενής να παραμείνει για λίγο στο νοσοκομείο. Η εξέταση δεν είναι επώδυνη, μόνο άβολη (Γρηγοράκης, 2008 ; Δαρδιώτης, 2006).

ΑΞΟΝΙΚΗ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ (CT SCAN)

Η αξονική τομογραφία, θα παραμείνει για πολλά χρόνια ακόμη, η μόνη διαθέσιμη απεικονιστική τεχνική στις φτωχότερες χώρες. Παρόλο που η ανάλυση της αξονικής είναι υποδεέστερη της μαγνητικής τομογραφίας, το κόστος του εξοπλισμού και του ίδιου του τομογράφου αποτελούν μονάχα ένα κλάσμα του κόστους του μαγνητικού τομογράφου. Η χορήγηση ενδοφλέβιου ιωδιούχου σκιαγραφικού, έχει αυξήσει τη χρησιμότητα της αξονικής τομογραφίας. Διπλασιάζοντας, ή ακόμη και τριπλασιάζοντας τη δόση του σκιαγραφικού και καθυστερώντας την απεικονιστική διαδικασία για μια ή δυο ώρες, μετά τη χορήγησή του, αυξάνει την ικανότητα της CT να αποκαλύπτει αλλοιώσεις της νόσου ακόμη και στο νωτιαίο μυελό (Poser, 1998).

Το ποσοστό θετικών ευρημάτων στην αξονική τομογραφία σε βέβαιες, κλινικές περιπτώσεις ανέρχεται μόνο στο 25% (Βαρβόλη, 2006).

- **ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Πριν τεθεί η διάγνωση της νόσου θα πρέπει να αποκλειστούν άλλες καταστάσεις που προκαλούν παρόμοια συμπτωματολογία και έχουν παρόμοια ευρήματα στη μαγνητική τομογραφία (Λογοθέτης & Μυλωνάς, 2004). Παρόλο που η πλήρης λίστα των πιθανών διαγνώσεων, μοιάζει να είναι ατελείωτη, μόνο λίγες διαταραχές έχουν παρόμοια κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα που να οδηγούν σε διαγνωστικές δυσκολίες. Λαμβάνονται κυρίως υπόψη τα ακόλουθα νοσήματα :

- Οξεία διάσπαρτη εγκεφαλομυελίτιδα (ANTEM)
- Νόσος LYME
- Μυελοπάθεια σχετιζόμενη με τον ιό HIV
- Μυελοπάθεια σχετιζόμενη με τον ιό HTLV-I
- Σύφιλη του νευρικού συστήματος
- Προϊούσα πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια
- Συστηματικός ερυθρηματώδης λύκος
- Οζώδης πολυαρτηρίτιδα
- Σύνδρομο Sjogren
- Νόσος Αδαμαντιάδη Behcet
- Σαρκοείδωση
- Παρανεοπλασματικά σύνδρομα (Lampert- Eaton)
- Υποξεία συνδυασμένη εκφύλιση του μυελού
- Υποξεία οπτική Νευρομυελίτιδα (Νόσος του όσος του)
- Αδρανομυελοπάθεια
- Έλλειψη της βιταμίνης B12
- Νωτιαιοπαρεγκεφαλιδικά σύνδρομα (Friedrich, Pierre Marie)
- Οικογενής σπαστική παραπληγία
- Πλάγια μυατροφική σκλήρυνση
- Διάφορα όπως εγκεφαλικά, όγκοι, αρτηριοφλεβώδεις δυσπλασίες, αραχνοειδείς κύστες, συριγγομυελία, δυσπλασία Arnold Chiari και αυχενική σπονδύλωση (Classer et al, 2004 ; Rowland, 1995 ; Bloom & David, 1998).

Η νόσος που μπερδεύεται συχνά με τη σκλήρυνση κατά πλάκας είναι η ψυχοσωματική ασθένεια. Οι περισσότεροι άνθρωποι που απευθύνονται σε νευρολόγο για τη διάγνωση της νόσου συνήθως πάσχουν από κάποια ψυχιατρική διαταραχή,

όπως σωματοποίηση, υποχονδρία, προσποίηση της νόσου, κατάθλιψη, άγχος ή άλλα παρόμοια προβλήματα. Στο κέντρο του Colorado, το 67% των ασθενών που εισήχθη για τη διάγνωση πιθανής ΣΚΠ εμφάνιζε κάποια άλλη νόσο, με τη ψυχική νόσο να είναι συνηθέστερη. Υπάρχουν δυο χρήσιμα χαρακτηριστικά που βοηθούν στη διαφοροδιάγνωση των συμπτωμάτων. Αυτά είναι η ανατομία τους και η πορεία τους μέσα στο χρόνο. Τα ψυχοσωματικά συμπτώματα είναι διάχυτα και δεν εξηγούνται ανατομικά. Αντιθέτως, τα συμπτώματα της ΣΚΠ έχουν ξεκάθαρη ανατομική αντιμετώπιση. Οι υποτροπές της νόσου, έχουν περιορισμένη χρονική διάρκεια. Εισβάλλουν αιφνίδια, επιδεινώνονται επί ημέρες και αποδράμουν αργά σε διάστημα ημερών έως εβδομάδων. Αντίθετα τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, είναι συνήθως σύντομα και διαρκούν από δευτερόλεπτα έως λεπτά. Η πιθανή επιμονή τους, αποτελεί άλλο στοιχείο το οποίο εξηγεί τη ψυχοσωματική αιτιολογία τους. Ο μέσος ασθενής παρουσιάζει ένα διακεκριμένο νευρολογικό επεισόδιο το χρόνο και είναι ελεύθερος συμπτωμάτων, μέχρι την επόμενη υπότροπη. Οι ασθενείς με ψυχοσωματική νόσο έχουν πολλαπλά συμπτώματα, τα οποία έρχονται και φεύγουν συνεχώς. Τέλος αν ο ασθενής είναι αγχώδης ή καταθλιπτικός, ή έχει ιστορικό ψυχοσωματικών προβλημάτων, τα συμπτώματα του θα πρέπει να εξεταστούν με μεγαλύτερη καχυποψία (Rolak & Fleming, 2007).

3.2 ΜΟΡΦΕΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Το 1996 η εθνική εταιρία σκλήρυνσης κατά πλάκας των Ηνωμένων Πολιτειών (National Multiple Sclerosis Society) όρισε τέσσερις μορφές της νόσου : την υποτροπιάζουσα υφέσιμη, τη δευτεροπαθή προϊούσα, τη πρωτοπαθή προϊούσα και τη προοδευτική υποτροπιάζουσα μορφή. Παρακάτω θα αναφερθούν αναλυτικότερα, η καθεμία ξεχωριστά.

ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΥΦΕΣΙΜΗ ΜΟΡΦΗ (ΔΙΑΛΕΙΠΟΥΣΑ ΜΕ ΕΞΑΡΣΕΙΣ ΚΑΙ ΥΦΕΣΕΙΣ)

Χαρακτηρίζονται από απρόβλεπτες υποτροπές που ακολουθούνται από περιόδους μηνών μέχρι και ετών σχετικής ηρεμίας (ύφεσης), χωρίς κανένα απολύτως σημάδι νοσηρής δραστηριότητας. Τα κλινικά συμπτώματα επιδεινώνονται μέσα σε ημέρες ή εβδομάδες, φθάνουν σε ένα πλατώ και μετά σταδιακά υποστρέφουν, μερικώς ή ολοκληρωτικά, μέσα σε εβδομάδες ή μήνες. αυτή η μορφή, περιγράφει την αρχική πορεία των ασθενών με σκλήρυνση σε ένα ποσοστό 85% με 90%. Εδώ υπάγεται και η καλοήθης μορφή με ελαφρές εξάρσεις, γρήγορη αποκατάσταση, με μακράς διάρκειας υφέσεις και ελάχιστα μόνιμα υπολείμματα στο πέρασμα των χρόνων. Το 10% με 15% περίπου των ασθενών, έχουν καλοήθη πορεία και δεν αναπτύσσουν μόνιμη αναπηρία από τη νόσο.

ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΠΡΟΪΟΥΣΑ ΜΟΡΦΗ

Η υποτροπιάζουσα υφέσιμη μορφή μπορεί με τη πάροδο του χρόνου (μετά από 6 10 χρόνια) να μεταπέσει σε χρόνια προϊούσα μορφή, που σε αυτή τη περίπτωση, αναφέρεται ως δευτεροπαθής προϊούσα. Το 40 με 50 % των ασθενών με την υποτροπιάζουσα υφέσιμη μορφή, τελικώς εισέρχονται σε αυτή τη φάση της νόσου, όπου υπάρχει προοδευτική επιδείνωση με ή χωρίς σαφώς καθορισμένες υποτροπές.

ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΠΡΟΪΟΥΣΑ

Περιγράφει περίπου το 10 με 15% των ατόμων που δεν εμφανίζουν ποτέ ύφεση των αρχικών συμπτωμάτων τους. Χαρακτηρίζεται από προοδευτική επιδείνωση της αναπηρίας, από την αρχή της νόσου με ηλικία έναρξης κατά κανόνα μετά τα 40 έτη. Είναι η μορφή με τη βαρύτερη πρόγνωση.

ΠΡΟΟΔΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΜΟΡΦΗ

Προσβάλλει το 1 με 2 % των ασθενών και η αρχική της πορεία, είναι όμοια με αυτή της πρωτοπαθούς προϊούσας μορφής, αλλά με σαφείς, οξείες υποτροπές. Είναι η πιο σπάνια από όλες τις μορφές (Wikipedia, 2009 ; Λογοθέτης & Μυλωνάς, 2004 ; Ginsberg, 1999 ; Bloom & David, 1998)

Όλες οι προαναφερθείσες μορφές, μπορούν να σταθεροποιηθούν ή να επιδεινωθούν ανά πάσα στιγμή. Περίπου το 2/3 των ασθενών που φέρουν την ασθένεια, θα διατηρήσουν τη κινητικότητά τους κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Όμως οι περισσότεροι από αυτούς θα χρειαστούν βοηθήματα για το περπάτημα, όπως το μπαστούνι για παράδειγμα και θα επιλέξουν το τροχοκάθισμα ή άλλο ανάλογο μέσο για να εξοικονομήσουν τις δυνάμεις τους.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Παρότι, υπάρχει μεγάλη ποικιλομορφία στη πορεία της νόσου και η πρόγνωση της εξέλιξης, στα αρχικά τουλάχιστον στάδια, είναι ανέφικτη, έχουν εντούτοις, καθιερωθεί ορισμένα εμπειρικά κριτήρια για μια αδρή σχετικά εκτίμηση. Έτσι :

Η ΣΚΠ ακολουθεί πιο καλοήγη πορεία στις γυναίκες, απ ότι στους άνδρες.

Η έναρξη της νόσου, πριν το 29^ο έτος της ηλικίας, θεωρείται ευνοϊκός παράγοντας για την εξέλιξη.

Η διαλείπουσα μορφή της νόσου, συνδυάζεται με καλύτερη πρόγνωση, από ότι η χρόνια προοδευτική.

Η έναρξη της νόσου με αισθητικές διαταραχές ή οπτική νευρίτιδα έχει καλύτερη πρόγνωση, ενώ αντίθετα, η πρόγνωση θεωρείται δυσμενής, όταν υπάρχουν ευθύς εξ αρχής πυραμιδικού τύπου συμπτώματα, παρεγκεφαλιδικές διαταραχές ή συμπτώματα από το εγκεφαλικό στέλεχος (Βασιλόπουλος, 2003).

Η απουσία αναπηρίας, μετά από 5 χρόνια και άνω, από την έναρξη των συμπτωμάτων, αποτελεί σχετικά καλό προγνωστικό σημείο (Marsden & Fowler, 2001). Στατιστικά, η πρόγνωση εξαρτάται από το συνδυασμό βαρύτητας και συχνότητας των ώσεων με την ηλικία του ασθενή (Παπαγεωργίου, 2004). Η συχνότητα εμφάνισης των ώσεων διαφέρει, αλλά κατά μέσο όρο εμφανίζεται μια κάθε ένα με δυο χρόνια για τα πρώτα 5 με 10 χρόνια της νόσου (Bloom & David, 1998). Το μεσοδιάστημα όμως, μεταξύ του αρχικού συμπτώματος και της πρώτης υποτροπής ποικίλλει ευρέως.

Αν και οι περισσότεροι ασθενείς υφίστανται, εξάρσεις και υφέσεις από νωρίς στη πορεία της νόσου, με το πέρασμα του χρόνου, ο βαθμός ανάρρωσης από κάθε ξεχωριστή ώση μειώνεται, μονιμοποιούνται δυσλειτουργίες και αναπηρίες και η πορεία της νόσου γίνεται χρόνια προϊούσα. Περίπου, το 40 με 50% των ασθενών με υποτροπιάζουσα υφέσιμη θα αναπτύξουν στη συνέχεια δευτερογενή προϊούσα (Bloom & David, 1998 ; Goldman & Bennet, 2000).

Δέκα χρόνια μετά την έναρξη της νόσου, οι μισοί περίπου ασθενείς είναι ακόμη σε θέση να διεκπεραιώσουν το νοικοκυριό τους και τα επαγγελματικά τους καθήκοντα. Δεκαπέντε χρόνια μετά την έναρξη, οι μισοί περίπου χρειάζονται μαστούνι για να περπατήσουν. Είκοσι πέντε χρόνια, μετά την εισβολή οι μισοί είναι ανίκανοι να περπατήσουν, ακόμη και με βοήθεια. Μερικά άτομα, αντιθέτως, ίσως και το 1/3, καταλαμβάνουν τα δυο άκρα, είτε της παντελούς αποφυγής οποιαδήποτε αναπηρίας, είτε έχοντας ασυνήθιστα σοβαρούς περιορισμούς, καταντώντας καθηλωμένοι στο κρεβάτι εντός μηνών μετά την εισβολή της νόσου (Goldman & Bennet, 2000).

Η διάρκεια της νόσου ποικίλλει ευρύτατα. Ένας μικρός αριθμός ασθενών πεθαίνει μερικούς μήνες ή έτη μετά την εμφάνιση της νόσου (Victor & Ropper, 2003). Το μέσο διάστημα όμως από τη κλινική έναρξη ως το θάνατο, είναι 35 έτη περίπου, ενώ καταληκτικοί παράγοντες θεωρούνται η σηψαιμία λόγω ουρολοίμωξης ή κατακλίσεων, η πνευμονία από εισρόφηση και η αυτοκτονία (Goldman & Bennet, 2000).

3.3 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας, έχει ως στόχο την άμεση ανακούφιση του ατόμου από τα συμπτώματα της οξείας φάσης, το περιορισμό του ρυθμού και της βαρύτητας των υποτροπών της αναπηρίας, τη χρονική διάρκεια και περίοδο των ώσεων, τη μείωση μεμονωμένων κλινικών εκδηλώσεων, οι οποίες επηρεάζουν τη ποιότητα ζωής του ασθενούς. Ακόμη συμβάλλει στην επαναφορά του ατόμου στη πριν την ώση λειτουργική κατάσταση ή τουλάχιστον πλησιέστερα αυτής (Γεωργοπούλου, 2009 ; Βασιλόπουλος, 2003; Πάνας, 2003 ; Καλφάκης, 2003 ; Marsden, 2001 ; Fowler, 2001).

Στα φάρμακα που μπορούν να μεταβάλλουν τη πορεία της νόσου περιλαμβάνονται η ιντερφερόνη βήτα 1b, η ενέσιμη ιντερφερόνη βήτα 1a, και η glatiramer acetate (Murray, 2006 ; Marsden, 2001 ; Fowler, 2001 ; Hauser, 2008 ; Βασιλόπουλος, 2003 ; Πάνας, 2003; Καλφάκης, 2003). Περίπου, ένας στους τέσσερις ασθενείς που λαμβάνουν ιντερφερόνη βήτα 1b ή υποδόρια ιντερφερόνη βήτα- 1a και ένας στους είκοσι που λαμβάνουν ενδομυϊκή ιντερφερόνη βήτα -1a, αναμένεται να αναπτύξουν αντισώματα έναντι του φαρμάκου, γεγονός που θα μειώσει τη δραστηριότητα του μέσα σε δυο χρόνια. Στη περίπτωση που, δεν ανιχνευτούν αντισώματα μετά από λήψη δυο χρόνων του φαρμάκου, τότε δεν απαιτούνται συμπληρωματικές εξετάσεις, στην αντίθετη περίπτωση, οι ασθενείς πρέπει να παίρνουν glatiramer acetate (Murray, 2006).

Προς το παρόν, δεν υπάρχει κάποια ειδική θεραπεία για τη νόσο της σκλήρυνσης κατά πλάκας (Ginsberg, 1999). Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται ποικίλλα θεραπευτικά σχήματα, με αντιφλεγμονώδη και ανοσοκατασταλτικά φάρμακα. Κλινικές μελέτες, έχουν αποδείξει πως η φλοιοτρόπος ορμόνη (ACTH), η μεθυλπρεδνιζολόνη, η πρεδνιζόνη, η κυκλοφωσμιμίδη και η ιντερφερόνη β έχουν επωφελή δράση στις εκδηλώσεις της νόσου και στις βλάβες της MRI (Victor & Ropper, 2003).

ACTH: Η ενδομυϊκή ένεση ACTH βραχύνει τη διάρκεια των υποτροπών χωρίς όμως

να επιδρά στη τελική έκβαση (Marsden & Fowler, 2001).

ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΗ: Η ενδοφλέβια χρήση υψηλών δόσεων μεθυλ-πρεδνιζολόνης και στη συνέχεια ,η από του στόματος χορήγηση μεγάλων δόσεων πρεδνιζόνης, συνήθως συμβάλλει στην υποχώρηση ή τη συντόμευση της διάρκειας μιας οξείας ή υποξείας έξαρσης στη ΣΚΠ ή οπτικής νευρίτιδας (Victor & Ropper, 2003). Όπως έχει αποδειχτεί, με αυτό το θεραπευτικό σχήμα, το 85% των πασχόντων από την υποτροπιάζουσα μορφή της νόσου, εμφανίζουν αντικειμενική βελτίωση των συμπτωμάτων τους, ενώ εκ των πασχόντων, από τη προοδευτική μορφή της νόσου, το 50% επωφελούνται, τουλάχιστον όσο αφορά τη μείωση της σπαστικότητας τους. Πάντως, οι ανεπιθύμητες ενέργειες των κορτικοειδών (αϋπνία, ευφορία, γαστρικά ενοχλήματα, υπεργλυκαιμία, καρδιακή αρρυθμία κλπ) δεν αποφεύγονται τελείως (Βασιλόπουλος, 2003).

AZATHIOPRINE: Ανοσοκατασταλτικό φάρμακο. Φαίνεται να μειώνει τη συχνότητα των υποτροπών και να σταθεροποιεί τη πορεία της ΣΚΠ, ιδίως όταν δοθεί κατά την έναρξη της πάθησης (Βασιλόπουλος, 2003).

CYCLOPHOSPHAMIDE: Θεωρήθηκε ότι επιβραδύνει τη προοδευτική εξέλιξη της νόσου, όμως λόγω των πολλών παρενεργειών (λευκοπενία, αιμορραγική κυστίτιδα, αμηνόρροια, ολιγοσπερμία, νεοπλασίες κύστης και λεμφικού συστήματος κλπ) η χρήση της περιορίζεται στις περιπτώσεις με πολλές και βαριές υποτροπές ή ταχύτατη προοδευτική επιδείνωση (Βασιλόπουλος, 2003).

CYCLOSPORINE: Απεδείχθη ότι επιβραδύνει τη προοδευτική εξέλιξη της νόσου. Οι σημαντικές παρενέργειες του φαρμάκου περιορίζουν τη χρήση του καθώς δεν απεδείχθη ότι υπερτερεί της AZA (Βασιλόπουλος, 2003).

METHOTREXATE: Φαίνεται ότι περιορίζει τη περαιτέρω επιδείνωση στη χρόνια προοδευτική μορφή της νόσου (Βασιλόπουλος, 2003).

INTEΡΦΕΡΟΝΕΣ (IFNS): Στη ΣΚΠ χρησιμοποιείται μόνο η IFN-β, με την οποία επιδιώκεται η μείωση του αριθμού και της βαρύτητας των υποτροπών και η επιβράδυνση της επερχόμενης αναπηρίας (Βασιλόπουλος, 2003). Ωστόσο, πρέπει να χρησιμοποιούνται με φειδώ, δεδομένου ότι μπορεί να παρουσιάσουν προβλήματα στο ήπαρ.

Έχουν εγκριθεί δυο μορφές ανασυνδυασμένης ιντερφερόνης- β (IFN- β), και ιντερφερόνης β-1a(Avonex), και ιντερφερόνη-β- 1b (Betaferon), για χορήγηση σε ασθενείς με υποτροπιάζουσα- υφέσιμη MS (Goldman & Bennet, 2000). Στις παρενέργειες των ιντερφερονών β , περιλαμβάνονται συμπτώματα παρόμοια με εκείνα της γρίπης (πυρετός, αρθραλγίες κλπ), αντιδράσεις στα σημεία της ένεσης, διαταραχή της ηπατικής λειτουργίας, λευκοπενία και πιθανώς κατάθλιψη (ενίοτε μάλιστα και αυτοκτονικός ιδεασμός), (Marsden & Fowler, 2001). Η θεραπεία με IFN-β έχει συγκεκριμένους στόχους και περιορισμένες δυνατότητες, για αυτό πρέπει να αποφασίζεται η χορήγησή της, όταν όντως υπάρχει ένδειξη και αναμένεται κάποιο όφελος (Βασιλόπουλος, 2003). Το 40% των ασθενών αναπτύσσουν αντισώματα στη β- ιντερφερόνη μετά από ένα με δυο χρόνια, πράγμα που σχετίζεται με την απώλεια της δραστηριότητας της πάνω στη συχνότητα των υποτροπών και είναι αβέβαιο αν η ευνοϊκή επίδραση, διαρκεί πέραν των 2 χρόνων (Marsden & Fowler, 2001). Η θεραπεία είναι κάπως κουραστική και ακριβή (Victor & Ropper, 2003).

COPOLYMER 1 (COP-1, COPAXONE): Είναι συνθετικό πεπτίδιο τεσσάρων αμινοξέων, με σύνθεση παρόμοια της βασικής πρωτεΐνης της μυελίνης. Φαίνεται ότι πραγματοποιεί αναστολή της λειτουργίας των T- λεμφοκυττάρων, των ειδικών για τη βασική πρωτεΐνη της μυελίνης. Γίνεται καλώς, ανεκτό με ηπιότατες μόνο παρενέργειες, συνιστάμενες κυρίως σε ερυθρότητα στο σημείο της ένεσης, αίσθημα παλμών, έξαψη, ιδρώτας, άγχος και ενίοτε πόνος στο στήθος (Βασιλόπουλος, 2003).

MITOXANTRONE (NOVANTRONE): Φαίνεται ότι περιορίζει τον ετήσιο αριθμό υποτροπών στη διαλείπουσα μορφή της νόσου και σταθεροποιεί τη πορεία στη δευτεροπαθή χρόνια προϊούσα μορφή της. Επιβραδύνει, την εξέλιξη της αναπηρίας και βοηθά στο να διατηρείται η ανεξαρτησία του ασθενούς (Βασιλόπουλος, 2003).

NATALIZUMAB: Το natalizumab είναι από τις πιο θεραπευτικές, αποτελεσματικές αγωγές για τη ΣΚΠ που υπάρχουν σήμερα. Είναι μια δυναμική θεραπεία που βασίζεται σε ένα νέο μηχανισμό δράσης ενάντια στη νόσο. Εμποδίζει τη μετανάστευση κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος στους ιστούς και καταστέλλει τη φλεγμονώδη δραστηριότητα. Είναι ένα μονοκλωνικό αντίσωμα το οποίο μειώνει τη πιθανότητα επιδείνωσης της αναπηρίας ως και 54% και την ετήσια συχνότητα υποτροπών κατά 68% στα δύο χρόνια. Ωστόσο, αυξάνει τις πιθανότητες στον ασθενή, να εμφανίσει πολυεστιακή εγκεφαλοπάθεια, θανατηφόρο λοίμωξη του εγκεφάλου. Χορηγείται περισσότερο σε ασθενείς, που δε μπορούν να ανεχτούν άλλες θεραπείες, ή που δεν αντιμετώπισαν κανένα όφελος από αυτές. Κυκλοφορεί στη χώρα μας από τον Απρίλιο του 2007(www. Iatronet .gr). Γενικά μέτρα: Περιλαμβάνουν την αποφυγή μεταβολών της θερμοκρασίας (ιδίως προς το θερμό), τον ήσυχο ύπνο, τη διαιτητική αγωγή (περιορισμός λιπών, κατάργηση γλουτενίου, εμπλουτισμός σε λινολενικό οξύ, βιταμίνες και μέταλλα), την άσκηση δια βαδίσεως κατά περιόδους ηρεμίας, την αποφυγή της υπερκόπωσης και της πνευματικής υπερέντασης και την αποφυγή κηύσεων για δυο χρόνια μετά τη τελευταία υποτροπή (Μουλόπουλος, 2005).

SATIVEX: Πρόσφατα εγκρίθηκε το συγκεκριμένο φάρμακο για την αντιμετώπιση της σπαστικότητας στη σκλήρυνση κατά πλάκας. Έχει βάση του τη κάνναβη, και προς το παρόν χορηγείται επικουρικά σε σκληρυντικούς ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στις υπάρχουσες θεραπείες, καθώς κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι το συγκεκριμένο φάρμακο, το οποίο ψεκάζεται κάτω από τη γλώσσα, μειώνει την υπάρχουσα σπαστικότητα (ελληνική εταιρία για τη σκλήρυνση κατά πλάκας, 2011).

ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΚΠ

Η ομοιοπαθητική μπορεί να βοηθήσει ορισμένους ασθενείς που φέρουν τη νόσο της σκλήρυνσης. Ο βαθμός και ο χρόνος που θα επωφεληθεί ο ασθενής διαφέρει και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Μιλώντας λοιπόν ειδικά, θεωρούνται θετικοί προγνωστικοί παράγοντες το μικρό χρονικό διάστημα από τη διάγνωση της νόσου, τη δυνατότητα να μην εμφανίζει ο ασθενής υψηλό πυρετό στις οξείες φάσεις της νόσου, η μικρή ηλικία του ατόμου, η μη λήψη χημικών φαρμάκων και η αποφυγή κατάχρησης χημικών φαρμάκων που δίνονται για την ασθένεια (κορτιζόνη, ορμόνες, αντιβιώσεις). Τα αποτελέσματα της ομοιοπαθητικής είναι φτωχά σε περιπτώσεις που υπάρχουν σοβαρές παθολογοανατομικές βλάβες, εάν υπάρχει βεβαρημένο

κληρονομικό ιστορικό (γονείς ή συγγενείς πάσχουν από άλλης νευρολογικής φύσεως ασθένειες ή εάν απεβίωσαν σε νεαρή ηλικία λόγω άλλης σοβαρής ασθένειας), εάν το διάστημα από τη διάγνωση της ΣΚΠ είναι μεγάλο, καθώς και στη περίπτωση που το άτομο λάμβανε για πολλά χρόνια χημικά φάρμακα. Πάραυτα, ακόμη και τότε η ομοιοπαθητική μπορεί να ωφελήσει αρκετά σε ψυχολογικό και διανοητικό τομέα.

Συνοψίζοντας, η ομοιοπαθητική ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα, το μεταβολισμό και γενικότερα όλες τις λειτουργίες του οργανισμού. Άτομα στα οποία έχει μόλις εμφανιστεί η νόσος, έχουν πολλές πιθανότητες να ωφεληθούν πολύ από την ομοιοπαθητική.

3.4 ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η μη φαρμακευτική αντιμετώπιση, περιλαμβάνει πρωτίστως την αποκατάσταση, η οποία στη νόσο έχει προστατευτικό και επανορθωτικό χαρακτήρα. Σκοπός των παρεμβάσεων της, είναι να μειώσει την ανικανότητα, δηλαδή τις συνέπειες της νόσου στη λειτουργικότητα του ατόμου, τις προσωπικές δραστηριότητες και τη συμμετοχή του στη κοινωνία. Η αποκατάσταση καλό θα είναι να γίνεται σε ειδικά κέντρα από κατάλληλη, διεπιστημονική ομάδα που θα διέπεται από φυσίατρο, νευρολόγο (ειδικός στη διάγνωση και στη θεραπευτική αγωγή που θα ακολουθήσει ο ασθενής), φυσικοθεραπευτές (ειδικοί στα προβλήματα κινητικότητας και ισορρόπησης), εργοθεραπευτές (βοηθούν στη διαμόρφωση του χώρου του ασθενή, ώστε να είναι ανεξάρτητος στη καθημερινή ζωή ο σκληρυντικός), λογοθεραπευτές (εκτιμούν και θεραπεύουν τυχόν δυσκολίες στην ομιλία, τη κατάποση και την επικοινωνία, που τυχόν μπορεί να εμφανίσει ο ασθενής, ως επακόλουθο της νόσου), κοινωνικούς λειτουργούς (εκτιμούν τις ανάγκες του ασθενή, ορίζουν τυχόν βοήθεια που μπορεί να χρειαστεί ο ασθενής, και είναι σε θέση να ενημερώνουν για τις κοινωνικές παροχές) και ψυχολόγους (βοηθούν τον ασθενή να αποδεχτεί τη καινούρια θέση στην οποία βρίσκεται και να αντιμετωπίσει τη ζωή, εκμεταλλευόμενος τις τωρινές του δυνατότητες.

Επιπλέον, η μη φαρμακευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει και τη ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Αρχικά, η σωστή πληροφόρηση του ασθενή σχετικά με τη νόσο του, είναι μια διαδικασία που περιλαμβάνεται σε αυτό το πεδίο. Ο ασθενής μέσω της ενημέρωσης και της εκπαίδευσης, κατανοεί πλήρως την ασθένεια του και προσαρμόζει αντίστοιχες στρατηγικές αντιμετώπισης. Έπειτα, η διάγνωση και η θεραπεία αισθηματικών και γνωστικών διαταραχών από ειδικούς που έχουν προαναφερθεί και οι υποστηρικτικές παρεμβάσεις στην οικογένεια για καλύτερη αντιμετώπιση της εισβολής της νόσου στο σπίτι και όχι αγνόηση των προβλημάτων που παρουσιάζονται λόγω της ασθένειας, είναι πολύ σημαντικό κομμάτι της μη φαρμακευτικής αντιμετώπισης. Τέλος, και η υποστήριξη και προσπάθεια των ατόμων αυτών να μείνουν παραγωγικοί, ανήκει σε αυτό το τομέα.

ΔΥΝΗΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

ΒΛΑΣΤΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ

Έχουν αναφερθεί θετικά αποτελέσματα στη χρήση βλαστοκυττάρων για τη θεραπεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Αντίθετα, με τις υφιστάμενες θεραπείες που στόχο τους

έχουν να καθυστερήσουν τη ταχύτητα εξέλιξης της νόσου, σε αυτή την έρευνα οι επιστήμονες κατάφεραν να σταματήσουν και να ανατρέψουν τις νευρολογικές βλάβες που ακολουθούν τη νόσο. Πειράματα, που έχουν διεξαχθεί σε ζώα (ποντίκια με την προαναφερθείσα νόσο) έδειξαν πως τα κύτταρα μπορούσαν να αναπλάσουν μυελίνη και νευρικό ιστό, ενώ παράλληλα προστατεύονταν τα νευρικά κύτταρα από τη χρόνια φλεγμονή (εφημερίδα Ελευθεροτυπία, Αύγουστος 2007).

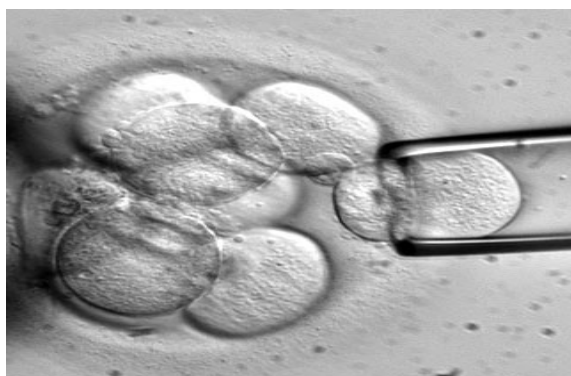
Τα βλαστοκύτταρα θεωρούνται πολυδύναμα κύτταρα, που υπό κατάλληλες συνθήκες μπορούν να διαφοροποιηθούν σε κύτταρα όλων των ιστών του σώματος, συμπεριλαμβανομένων και του νευρικού ιστού. Τα βλαστοκύτταρα, στη κλασσική τους μορφή, λαμβάνονται συνήθως από εμβρυϊκούς ιστούς, τα τελευταία όμως χρόνια έχει γίνει δυνατόν, να απομονώνονται και από τους ιστούς, οποιουδήποτε ενήλικα (εφημερίδα Ελευθεροτυπία, Αύγουστος 2007).

Η πιο αποτελεσματική και εύκολη μέθοδος, να παραχθούν μεγάλες ποσότητες τέτοιων κυττάρων, είναι από το μυελό των οστών. Ο μυελός των οστών περιέχει μεσεγχυματικού τύπου βλαστοκύτταρα τα οποία χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της νόσου της ΣΚΠ (εφημερίδα Ελευθεροτυπία, Αύγουστος 2007).

Η μέθοδος μεταμόσχευσης είναι πολύ απλή. Τα κύτταρα λαμβάνονται με παρακέντηση από το μυελό των οστών, με σύντομη αναισθησία, μετά υποβάλλονται σε ειδική καλλιέργεια κάτω από ειδικές συνθήκες. Αφού ετοιμαστούν τα κύτταρα, γίνεται έγχυση τους με μια απλή οσφυονωτιαία παρακέντηση, με τοπική μόνο αναισθησία. Ο ασθενής δεν έχει πόνους ή άλλες παρενέργειες από την έγχυση. Η όλη διαδικασία απαιτεί μόνο μια ημέρα εισαγωγής στο νοσοκομείο. Εδώ πρέπει να τονισθεί, πως αφού τα κύτταρα ανήκουν στον ίδιο τον ασθενή, δεν υπάρχει καμία περίπτωση απόρριψης του μοσχεύματος, για αυτό το λόγο δεν υπάρχει και κανένας λόγος ανοσοκαταστολής (εφημερίδα Ελευθεροτυπία, Αύγουστος 2007).

Οι πιθανές παρενέργειες, αφορούν το κίνδυνο επιμόλυνσης, ο οποίος γίνεται προσπάθεια από τους ειδικούς να μειωθεί στο ελάχιστο, όπως ακόμη και τον ενδεχόμενο κίνδυνο τα εγγεόμενα βλαστοκύτταρα να πολλαπλασιαστούν αρκετά και να προκαλέσουν κίνδυνο νεοπλασίας. Τέτοιος, βέβαια κίνδυνος υπάρχει περισσότερο με τα βλαστοκύτταρα εμβρυϊκού τύπου και όχι του μυελού των οστών

(εφημερίδα Ελευθεροτυπία, Αύγουστος 2007).



Εικόνα 6 (Η θεραπεία με βλαστοκύτταρα βρίσκεται σε εξέλιξη)

ΜΙΚΡΟΝΕΥΡΟΤΡΟΦΙΝΕΣ

Η χρήση των μικρονευροτροφινών απέναντι στην εκφυλιστική νόσο της σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι πρόσφατης ελληνικής ανακάλυψης των επιστημόνων του πανεπιστημίου Κρήτης και του Ιδρύματος Τεχνολογίας και Έρευνας (ΙΤΕ), του ιατροβιολογικού ινστιτούτου της Ακαδημίας των Αθηνών.

Οι μικρονευροτροφίνες λοιπόν, είναι νευροπροστατευτικές ουσίες, που μιμούνται τη δράση των νευροτροφίνων. Οι νευροτροφίνες είναι ουσίες που παράγει ο οργανισμός μας και «τρέφουν» τα νευρικά κύτταρα. Στη περίπτωση που κάποιος πάσχει από κάποιο νευρολογικό, εκφυλιστικό νόσημα, η παραγωγή αυτών των ουσιών μειώνεται αισθητά, ως αποτέλεσμα αυτού να γίνονται εμφανή τα συμπτώματα της νόσου. Όμως οι νευροτροφίνες δε μπορούν να χορηγηθούν ούτε από το στόμα (γιατί καταστρέφονται στο στομάχι) ούτε με ένεση (δε μπορούν να φτάσουν στον εγκέφαλο μέσω του αίματος, καθώς είναι πρωτεΐνες και δε διέρχονται του αιματοεγκεφαλικού φραγμού). Εδώ λοιπόν, έρχονται οι μικρονευροτροφίνες, που μιμούνται τη δράση των νευροτροφίνων και οι οποίες έχουν τη δυνατότητα να απορροφώνται καλά από το στομάχι.

Σε πειράματα που διεξάγονται, στο εργαστήριο της κυτταρικής ανοσολογίας του ιατροβιολογικού ινστιτούτου της Ακαδημίας των Αθηνών, σε ποντικούς με απομίμηση της νόσου, διαπιστώθηκε πως με τη χρήση των μικρονευροτροφινών, ακόμη και όταν οι ποντικοί εμφάνιζαν σημαντική παράλυση στα προχωρημένα στάδια της ασθένειας, πραγματοποιήθηκε αναστροφή της παράλυσης. Το αξιοσημείωτο είναι πως μέχρι πρότινος δεν υπάρχουν στην αγορά άλλες ουσίες με τέτοια δραστηριότητα.

Οι ερευνητές πάντως τονίζουν ότι απαιτούνται περισσότερες μελέτες για να διαπιστωθεί η αξιοπιστία δράσης του φαρμάκου (Ελληνική εταιρία για τη σκλήρυνση κατά πλάκας, Σεπτέμβριος, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4.1 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Ο ρόλος της διατροφής στη αντιμετώπιση της νόσου παραμελείται παρά τα ακλόνητα στοιχεία που αποδεικνύουν ένα από τους αιτιολογικούς παράγοντες εμφάνισης της σκλήρυνσης κατά πλάκας, τη διατροφή. Οι σκληρυντικοί ασθενείς επιβάλλεται να καταναλώνουν τρόφιμα υψηλά σε ενέργεια, ψευδάργυρο, φολικό οξύ, ασβέστιο και βιταμίνη Β. Θα πρέπει να υποστηρίζουν την αύξηση των θρεπτικών συστατικών που περιλαμβάνονται στην υποστήριξη και τη διατήρηση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Fitzerald, 1997; Γρηγοράκης, 2008; Hauser, 2008 ; Κεκάτος, 2001).

Πολλαπλές μελέτες, παρατήρησαν, ότι η υψηλή κατανάλωση ψαριών και γενικότερα θαλασσινών, που είναι πλούσια σε ω-3 λιπαρά οξέα, μειώνει το κίνδυνο προσβολής από τη σκλήρυνση κατά πλάκας. Επιπλέον, η αυξημένη λήψη χυμών από φρούτα, παρουσιάζει αντίστροφη σχέση με το κίνδυνο νόσησης. Προστατευτικές επιδράσεις, σημειώθηκαν για τα δημητριακά και το ψωμί ολικής αλέσεως. Οι βασικές αρχές διαιτητικής παρέμβασης στη νόσο, είναι η υποβοήθηση του οργανισμού να καταστείλει αυτοάνοσες αντιδράσεις και να ενισχύσει το νευρικό σύστημα. έτσι, υπάρχουν πολλές ενδείξεις, ότι η βιταμίνη D, σχετίζεται εκτός από την αιτιολογία για πιθανή εμφάνιση της ασθένειας όταν είναι ελλιπής στον οργανισμό, με την αποτελεσματική αντιμετώπιση της σκλήρυνσης όταν τη βρίσκουμε σε αρκετή ποσότητα στον οργανισμό. Οι βιταμίνες Β6 και Β12 ενισχύουν το νευρικό σύστημα, ενώ με τη χαμηλή κατανάλωση κορεσμένου λίπους (20gr/d) εμφανίζεται μικρότερη επιδείνωση και σαφώς λιγότεροι θάνατοι. Επιπλέον, η συντριπτική πλειοψηφία των ερευνών, επιδεικνύουν αυξημένη κινητικότητα ελεύθερων ριζών (οξειδωτικού στρες) στους πάσχοντες. Κατά συνέπεια, το κόκκινο κρέας, λιπαρά τρόφιμα, αλκοόλ και κάπνισμα είναι φρόνιμο να αποφεύγονται. Παράλληλα, αναμφισβήτητα, προστατευτικός είναι ο ρόλος των αντιοξειδωτικών στοιχείων : ρεσβερατρόλη, κουερσιτίνη, πυκνογενόλη, συνένζυμο Q10, λυκοπένιο, τα οποία βρίσκονται στα φρούτα, τα λαχανικά, τα δημητριακά, το ελαιόλαδο, το πράσινο τσάι, το κόκκινο κρέας, της βιταμίνης C και E, όπως και του ασβεστίου, μαγνησίου, ψευδάργυρου και σεληνίου. Παράλληλα, κυρίαρχος ρόλος παραμένει ο ρόλος της διατροφής, στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της σκλήρυνσης κατά πλάκας πχ παχυσαρκία, ανορεξία, δυσφαγία δυσκαταποσία, δυσκοιλιότητα, οστεοπόρωση κλπ, με αποτέλεσμα τη μακροπρόθεσμη βελτίωση της ποιότητας ζωής του πάσχοντα. (Fitzerald, 1997 ; Γρηγοράκης, 2008 ; Κεκάτος, 2001).

Η έλλειψη βιταμινών D, Β6 και Β12, αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα εμφάνισης της νόσου.

Η βιταμίνη Β6 είναι απαραίτητη στη 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. Η έλλειψη της, μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητα αποτελέσματα όπως αρτηριοσκλήρυνση και την εμφάνιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Την Β6 βιταμίνη, τη λαμβάνουμε από το κρέας, τα ψάρια, τις πατάτες, τα όσπρια και τα δημητριακά ολικής αλέσεως (Fitzerald, 1997 ; Γρηγοράκης, 2008).

Η βιταμίνη D παίζει σημαντικό ρόλο στην ομοιοστάση του ασβεστίου και του φωσφόρου, μπορεί να αποτρέψει τη πειραματική αυτοάνοση εγκεφαλομυελίτιδα, που είναι το πειραματικό μοντέλο της σκλήρυνσης σε ποντίκια. Επίσης, η δραστική μορφή αυτής της βιταμίνης είναι ο εκλεκτικός ρυθμιστής του ανοσοποιητικού συστήματος, προστατεύοντας έτσι από αυτοάνοσες παθήσεις. Η κύρια πηγή, από την οποία λαμβάνουμε τη συγκεκριμένη βιταμίνη, είναι η έκθεση μας στον ήλιο (Γρηγοράκης, 2008).

Η λήψη της βιταμίνης D, αξίζει να σημειωθεί, ότι είναι αναγκαίο να λαμβάνεται από τρεις έγκυες γυναίκες ώστε να υπάρχει η δυνατότητα μείωσης της πιθανότητας τα παιδιά να φέρουν τη νόσο.

Παιδιά που γεννήθηκαν, λοιπόν, από μητέρες που έπιναν πάρα πολύ γάλα, είχαν υψηλή πρόσληψη της βιταμίνης D, κατά την εγκυμοσύνη με αποτέλεσμα, χαμηλότερο το κίνδυνο εκδήλωσης της σκλήρυνσης κατά πλάκας (Medlook, 2010; Γρηγοράκης, 2008 ; Fitzgerald, 1997).

Η βιταμίνη B12 είναι απαραίτητη για τη σύνθεση της μυελίνης, η έλλειψη της καθώς και συγγενείς διαταραχές του μεταβολισμού της, αποτελούν γνωστές αιτίες απομυελίνωσης των νευρικών κυττάρων του κεντρικού νευρικού συστήματος. Τη B12 τη λαμβάνουμε από τροφές ζωικής προέλευσης, ιδιαίτερα μάλιστα από τα εντόσθια ζώων και τα τρόφιμα με βακτηριακή ζύμωση (Γρηγοράκης, 2008 ; Fitzgerald, 1997).

Συμπεράσματα

Η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στο χειρισμό της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Ο ρόλος είναι τρίπτυχος, δηλαδή παροχή συμβουλών και προσδοκίας από τη δίαιτα για τη γενική υγεία, παροχή διατροφικής εκπαίδευσης και συμβουλές για το θεραπευτικό ρόλο της δίαιτας απέναντι στη νόσο και την εξέλιξη της. Όλη η οικογένεια μπορεί να ακολουθήσει, τη συγκεκριμένη προαναφερθείσα διατροφή και δε χρειάζεται να απομονώνει τον ασθενή. Αναφορά σε διαιτολόγο είναι σωστό να γίνει όσο το δυνατόν συντομότερα και μπορούν να ακολουθήσουν τη δίαιτα ασθενείς με αναπηρία κάθε επιπέδου.



Εικόνα 7 (διατροφική πυραμίδα)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5.1 ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Επειδή, είναι πιθανό να προσβληθούν πολλές περιοχές του Κ.Ν.Σ, επιβάλλεται να γίνει μια πολύ προσεκτική αξιολόγηση, ώστε να καθοριστεί συγκεκριμένα η έκταση των νευρολογικών και λειτουργικών επιπλοκών. Σημειώνουμε, ότι θα πρέπει να ακολουθήσουν επαναξιολογήσεις, ανά τακτά χρονικά διαστήματα, για να διαπιστωθούν οι όποιες αλλαγές της κατάστασης του ασθενή, καθώς και τα αποτελέσματα της θεραπευτικής αγωγής. Μπορεί να μην είναι δυνατόν να διακρίνουμε τα αποτελέσματα της θεραπείας από τη φάση ύφεσης των συμπτωμάτων. Δεδομένου ότι τα συμπτώματα ποικίλλουν σημαντικά, σε κάθε περίπτωση θα ήταν ωφέλιμο, η διαδικασία αξιολόγησης να παρατείνεται για αρκετές ημέρες, ώστε να έχουμε όσο το δυνατόν αντιπροσωπευτικότερο δείγμα της κατάστασης των βασικών λειτουργιών. Αξίζει να σημειωθεί, ότι κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης θα πρέπει πάντοτε να λαμβάνεται υπόψη ο παράγοντας της κόπωσης.

ΓΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ / ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ / ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Οικογενειακή κατάσταση

Κοινωνικό επίπεδο

Μορφωτικό επίπεδο

Ιατρικό ιστορικό / Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Συζήτηση με το θεράποντα ιατρό

Επίγνωση των αποτελεσμάτων της μαγνητικής τομογραφίας

Γνώση των φαρμάκων που χορηγούνται με τις τυχόν παρενέργειες τους, οργανικές, ψυχολογικές, πνευματικές στον ασθενή

Σημειώνονται τα φυσικά χαρακτηριστικά του ασθενή, δηλαδή ηλικία, φύλο, βάρος, σωματική διάπλαση κτλ

Σημειώνεται εάν ο ασθενής είναι περιπατητικός, εάν χρησιμοποιεί αναπηρική καρέκλα, ή εάν είναι κατάκοιτος

Παρατηρείται το δέρμα για τυχόν ύπαρξη κατακλίσεων, στιλπνότητας, δερματικών παθήσεων ή αλλοιώσεων (πχ ψωρίαση, έρπης ζωστήρ κλπ) που είναι δυνατόν να παρεμβληθούν στη διαδικασία της αποκατάστασης

Καταγράφονται η κατάσταση των μαλλιών και των νυχιών

Ζητείται από τον ασθενή να περιγράψει τις ενοχλήσεις και τους πόνους, καθώς και τη ποιότητα, το χρόνο και το τόπο που γίνονται αισθητοί αυτοί οι πόνοι

Καταγράφονται προβλήματα που αντιλαμβάνεται ο φυσικοθεραπευτής κατά τη διάρκεια λήψης του ιστορικού, όπως εκείνα της όρασης, της ακοής, του λόγου και της αντίληψης.

ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

Σε αυτό το σημείο γίνεται εκτίμηση :

Της ακουστικής ικανότητας

Της όρασης

Της εξωδεκτικής αισθητικότητας (αισθητικότητα του δέρματος, δόνηση, σχέση του ασθενή με το θερμό, το κρύο, τη πίεση, τις αιχμηρές ή τις ομαλές επιφάνειες και γενικότερα το «πως» και το «πόσο» αντιλαμβάνεται ο ασθενής την επαφή με τα χέρια του θεραπευτή)

Της εν τω βάθει αισθητικότητας (στερεογνωσία, κιναισθησία)

Της αντίληψης του σώματος (της ικανότητας, δηλαδή να αντιλαμβάνεται το σώμα του στο χώρο)

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΣΤΑΣΗΣ

Εδώ η αξιολόγηση θα πρέπει να είναι όσο πιο εκτενής μας επιτρέπει η φυσική κατάσταση και ιδιοσυγκρασία του ασθενή. Στοιχεία αυτής της αξιολόγησης θα δώσουν απαντήσεις στα ερωτήματα των άμεσων και έμμεσων στόχων και θα καθοδηγήσουν υο θεραπευτή στη κατάρτιση της πορείας της παρέμβασης του.

ΜΥΪΚΟΣ ΤΟΝΟΣ

Ο μυϊκός τόνος αξιολογείται σε διάφορες θέσεις. Χρησιμοποιούμε τη ψηλάφηση και τις παθητικές κινήσεις για να ανιχνεύσουμε τη ποιότητα του μυϊκού τόνου. Η επιτέλεση των παθητικών κινήσεων γίνεται αργά και γρήγορα, ώστε να σημειώνουμε

αν υπάρχει διαφορά στην απάντηση των μυών. Εδώ, είναι δυνατόν να παρατηρήσουμε εξαρτημένες αντιδράσεις, ένα σημάδι που δείχνει την έκταση που παίρνει, στη δραστηριοποίηση του ασθενή, η τονική στατική δραστηριότητα.

Ο μυϊκός τόνος θα αξιολογηθεί κατά τη διάρκεια επιτέλεσης κινητικών δράσεων (αδρή κίνηση, δεξιότητες, στάση) και θα εντοπιστούν διαφοροποιήσεις στη μεταβολή του από την ηρεμία. Σε ένα φυσιολογικό Κ.Ν.Σ η δραστηριοποίηση θα επιφέρει μεταβολή στο τόνο, αλλά στη περίπτωση μας η αξιολόγηση γίνεται στο τρόπο και στη διακύμανση που μεταβάλλεται ο τόνος.

Η καταγραφή των αποτελεσμάτων της αξιολόγησης, δε θα πρέπει σε καμία περίπτωση να μείνει σε σαφή ονοματολογία πχ υπέρτονια, αφού ο μυϊκός τόνος είναι μια δυναμική κατάσταση που μεταβάλλεται είτε από το Κ.Ν.Σ είτε από άλλους παράγοντες (δράση Α.Ν.Σ, ψυχογενή αίτια).

ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΑ

Στο σημείο αυτό εξετάζονται τα επιπολής και τα εν τω βάθει τενόντια αντανακλαστικά.

Τα επιπολής αντανακλαστικά ελέγχονται γρατζουνώντας το δέρμα πάνω από μια περιοχή και παρατηρώντας για μυϊκή σύσπαση. Εδώ ανήκουν και τα κοιλιακά αντανακλαστικά, καθώς και τα αντανακλαστικά Babinski.

Τα εν τω βάθει αντανακλαστικά εξετάζονται χτυπώντας ελαφρά και απότομα το τένοντα του μυός. Τα πιο κοινά είναι του αχίλλειου τένοντα, της επιγονατίδας και του αγκώνα.

Ο έλεγχος των αντανακλαστικών είναι μια κοινή μέθοδος εκτίμησης του μυϊκού τόνου και της κατάστασης των διάφορων νευρικών οδών. Καλό είναι να γίνεται με όσο το δυνατόν πιο επιδέξιο τρόπο και με σεβασμό στη φυσική κατάσταση του ασθενή.

Στην αξιολόγηση της αντανακλαστικής δραστηριότητας λαμβάνονται στοιχεία όπως :

Η παραμονή ή η απουσία των αντανακλαστικών

Η ποιότητα και η επιμονή στην εμφάνιση τους, δηλαδή αν παρουσιάζονται αυξημένα ή μειωμένα.

Η αξιολόγηση των αντανακλαστικών θα πρέπει να ξεφύγει από τη λογική της εξέτασης που επιχειρείται από τον ιατρό και να περάσει σε λειτουργικές δραστηριότητες. Εκτός αυτού, χρειάζεται να εκτιμηθεί ο βαθμός παρέμβασης των αντανακλαστικών στη διαμόρφωση των στατικών και κινητικών προτύπων του ασθενή.

Στη ΣΚΠ, τα τενόντια αντανακλαστικά παρουσιάζονται υπερβολικά αυξημένα (σε βλάβες του πυραμιδικού) λόγω της ύπαρξης υπέρτονιας σπαστικής φύσης.

ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΥ

Οι αντιδράσεις προσανατολισμού κατά την αξιολόγησή τους θα πρέπει να συγκριθούν με την αντιληπτική ικανότητα του ασθενή και την εικόνα του σώματος του όπως αυτός την αντιλαμβάνεται.

Τα σχήματα που θα ενεργοποιήσουν τις λαβυρίνθιες και αυχενικές αντιδράσεις προσανατολισμού σε επιλεγμένες θέσεις, όπως πρηνή, ύπτια, πλάγια, όρθια κα, είναι αυτά που θα χρησιμοποιήσουμε στην αξιολόγησή μας.

Η αξιολόγηση συνεχίζεται κατά τη στάση ή κάποια συνδυασμένη δεξιότητα. Σε αυτό το μοντέλο αξιολόγησης θα μπορέσουμε να συγκεντρώσουμε πληροφορίες για τα ελλείμματα ή την υπερδραστηριοποίηση των αντιδράσεων προσανατολισμού, καθώς και για τον οπτικό προσανατολισμό.

ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ- ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ

Η καλή ισορροπία απαιτεί ένα καλό νευρικό σύστημα, με επαρκή αισθητικότητα, κινητικότητα αρθρώσεων, υγιείς μύες και φυσιολογικό μυϊκό τόνο.

Η ικανότητα ισορρόπησης εκτιμάται σε διάφορες στάσεις και βέβαια κατά τη διάρκεια της κίνησης. Επειδή η εκτίμηση αυτή απαιτεί τεράστια ανάλυση, έχοντας επιλέξει μια θέση εκκίνησης μπορούμε να προβληματιστούμε σε ερωτήματα όπως :

Πόση βοήθεια χρειάζεται για τη διατήρηση μιας θέσης;

Κατά τη μεταβολή των ισορροπιστικών συνθηκών από το φυσικοθεραπευτή (πχ σπρώξιμο, τράβηγμα, αλλαγή βάσης στήριξης), ο ασθενής διατηρεί τη θέση του;

Μπορεί και κατά πόσο να επαναλάβει τις ίδιες διαδικασίες με κλειστά μάτια;

Πώς διατηρεί την ισορροπία του σε καθημερινές δραστηριότητες (ντύσιμο, ατομική καθαριότητα, παιχνίδι κλπ);

Κατά την αξιολόγηση θα πρέπει να παρακολουθήσουμε τη τυχόν έκλυση εξαρτημένων αντιδράσεων και τη ποιότητα των προστατευτικών αντιδράσεων του ασθενή στα διάφορα επίπεδα κίνησης. Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι το εύρος κίνησης μιας άρθρωσης, επηρεάζει σημαντικά τη ποιότητα των ισορροπιστικών / προστατευτικών αντιδράσεων, και για αυτό ο θεραπευτής, οφείλει πάντοτε να το λαμβάνει υπόψη του.

ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ

ΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ

Αξιολογείται το ενεργητικό και παθητικό εύρος της άρθρωσης, αφού ορισμένοι ασθενείς δε μπορούν να παρουσιάσουν κίνηση λόγω αδυναμίας, υποτονίας, υπέρτονίας, αλλά και αξιολογούνται ταυτόχρονα οι πιθανές βραχύνσεις των μαλακών μορίων.

Ο θεραπευτής θα πρέπει πάντα να θυμάται ότι στη περίπτωση νευρολογικού ασθενή,

τα παθολογικά στατικά πρότυπα επηρεάζουν δραματικά την αρθρική και μυϊκή λειτουργία. Θα αποφύγει έτσι, να τοποθετήσει τον ασθενή σε τέτοιες θέσεις που τα πρότυπα αυτά θα σταθούν εμπόδιο ή θα ευοδώσουν υπέρμετρα την αρθρική κίνηση.

Η εξέταση του σκληρυντικού ασθενή, όπως και κάθε νευρολογικού ασθενή, περιλαμβάνει όλο το σώμα, ανεξάρτητα από την εντόπιση της βλάβης. Οι αρθρώσεις αξιολογούνται μια μια.

Ο πόνος είναι ένα σημείο, που θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη σημασία και προσοχή, αφού είναι ειδοποιό στοιχείο για τη σχέση οστών μυών και για την εμφάνιση ενδοαρθρικών ή εξωαρθρικών δυσμορφιών. Η εξακρίβωση της αιτίας που προκαλεί το πόνο θα οδηγήσει σε προσεκτικότερη επιλογή του θεραπευτικού προγράμματος και στην ιεράρχηση άμεσων στόχων.

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΚΙΝΗΣΗΣ

Η κινητική λειτουργία, σχετίζεται με την αλληλοδιαδοχή θέσεων και στάσεων και την ικανότητα λεπτών επιδέξιών προσαρμογών του νευρομυϊκού συστήματος, με σκοπό τη φυσιολογική έκφραση των κινητικών δεξιοτήτων. Η φυσιολογική κίνηση είναι μια αισθητικοκινητική λειτουργία.

Για να αξιολογηθεί η κινητική λειτουργία, θα πρέπει να γνωρίζουμε με λεπτομέρεια την εξελικτική πορεία της φυσιολογικής ανάπτυξης και τους αισθητικοκινητικούς μηχανισμούς του Κ.Ν.Σ .

ΘΕΣΗ

Η αξιολόγηση των διαφόρων θέσεων που παίρνει ο ασθενής, σύμφωνα πάντα με τα φυσιολογικά πρότυπα, είναι το πρώτο επίπεδο στην αξιολόγηση των δυνατοτήτων της κίνησης του. Σε αυτό το επίπεδο ελέγχεται η κάθε θέση που υιοθετεί ο ασθενής ως προς το φυσιολογικό, δηλαδή τη συμμετρία ή την ασυμμετρία του σώματος και την ευθυγράμμιση ή όχι των αρθρώσεων. Κάθε απόκλιση αξιολογείται και ερμηνεύεται, διαπιστώνοντας ποιες θέσεις προτιμά ο ασθενής να παίρνει και να διατηρεί ή όχι. Επίσης, σε ποιες θέσεις που εμείς τον έχουμε βοηθήσει ή υποχρεώσει να κάτσει αντιδρά ή δυσανασχετεί. Μας ενδιαφέρει άλλωστε, η ποιοτική διατήρηση θέσης και όχι η επιπόλαιη, αδέξια, μη φυσιολογική διατήρηση μιας θέσης.

ΑΛΛΑΓΗ ΘΕΣΕΩΝ

ΠΡΟΤΥΠΑ ΚΙΝΗΣΗΣ

Η δυνατότητα του ασθενή να αλλάζει θέσεις, είναι βασισμένη στη ποιοτική λειτουργική ενσωμάτωση στη κίνησή του, των προτύπων κίνησης και φόρτισης.

Η αξιολόγηση των προτύπων κίνησης του ασθενή, θα μας δώσει μια πρώτη εικόνα της κινητικής του συμπεριφοράς. Στα φυσιολογικά ή όχι πρότυπα κίνησης, θα βασιστεί ο ασθενής όταν θελήσει να αλλάξει τη θέση του και μοιραία η διαδικασία αλλαγής των θέσεων του θα χαρακτηριστεί από τη ποιότητα και τη ποικιλία

προτύπων που διαθέτει. Μια έλλειψη ποικιλίας κινητικών προτύπων θα έχει ως αποτέλεσμα μια στερεότυπη κινητική δραστηριοποίηση του ασθενή.

Εδώ, θα πρέπει να εξετάσουμε και να προβλέψουμε την ανάπτυξη νέων, δευτερογενών προβλημάτων που θα επιφέρει η συνέχιση της δραστηριοποίησης σε λάθος πρότυπα.

ΠΡΟΤΥΠΑ ΦΟΡΤΙΣΗΣ

Η στερεοτυπία που τυχόν εμφανίζει ένας ασθενής στη διαδικασία αλλαγής των θέσεων του θα έχει ως επακόλουθο την ικανότητα του για μετατόπιση, μεταφορά και διατήρηση του βάρους του σε διάφορες θέσεις. Αξιολογώντας, τα πρότυπα του ασθενή, στη πραγματικότητα αξιολογούμε τα προαναφερθέν στερεότυπα.

Η μετακίνηση του βάρους του είναι μείζονος ενδιαφέροντος για την μεταφορά του ίδιου του ασθενή. Θα πρέπει να αξιολογηθεί η πορεία της μετατόπισης, δηλαδή η διεύθυνση και η φορά της, η αλληλοδιαδοχή των σημείων φόρτισης, δηλαδή ο χρόνος της και η ταχύτητα που θα εκτελεστεί.

Για να εκτελεστεί με φυσική ακολουθία η μεταφορά βάρους, αρμόζει να υπάρχει αρμονική σχέση των μεταξύ αρθρώσεων. Ο έλεγχος αυτής της επιμέρους δυναμικής λειτουργίας της κίνησης θα δώσει απαντήσεις και θα προβληματίσει το θεραπευτή για τη διαμόρφωση στασικών προτύπων του ασθενή.

Η «διατήρηση» του βάρους, θα τεκμηριώσει απαντήσεις για τον αισθητικοκινητικό συντονισμό του Κ.Ν.Σ του ασθενή. Η ικανότητα να διατηρήσει το βάρος του, με ή χωρίς αναπροσαρμογή της βάσης στήριξης και με παρουσία ή όχι εξαρτημένων αντιδράσεων θα οριοθετήσει βασικούς θεραπευτικούς στόχους και θα δημιουργήσει ικανά υπόβαθρα για την ενσωμάτωση σύνθετων τεχνικών μέσα στο θεραπευτικό πλάνο.

Τέλος, σε όλα τα επίπεδα της αξιολόγησης των προτύπων φόρτισης, θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη, το πώς η μετατόπιση, μεταφορά, και διατήρηση του βάρους επηρεάζουν τη διέγερση των αισθητικών υποδοχέων. Η ποιότητα και το μέγεθος της δυναμικής τους έκφρασης επηρεάζουν τη πορεία της επανατροφοδότησης του Κ.Ν.Σ.

ΚΙΝΗΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Η αξιολόγηση των λειτουργιών του κινητικού ελέγχου, είναι το τελευταίο επίπεδο αξιολόγησης της κινητικής λειτουργίας.

Μια κινητική δεξιότητα πρέπει να παρουσιάζει βαθμούς ελευθερίας, δηλαδή να ευοδώνεται ή να αναχαιτίζεται από τον ασθενή σε οποιοδήποτε σημείο της διεύθυνσης της και επίπεδο της κατεύθυνσης της. Η εντόπιση του στόχου και η ακρίβεια με την οποία θα εκτελεστεί το «κινητικό καθήκον», είναι σημεία που επιδέχονται προσεκτική παρατήρηση και αξιολόγηση. Μαζί με αυτά τα σημεία, έμμεσα απεικονίζεται και η σχέση του ασθενή με το σώμα του (γνώση του σώματος) και ο προσανατολισμός του, δηλαδή η σχέση του με το περιβάλλον του.

Στην εκτέλεση μιας κινητικής δεξιότητας, διαπλέκονται λειτουργίες της κίνησης και

της στάσης. Και οι δυο λειτουργίες, με το ποσό της ενσωμάτωσης της, η καθεμία στα επιμέρους κινητικά προγράμματα, χαρακτηρίζονται από συμμετρική ή ασύμμετρη εικόνα. Αξιολογείται επίσης, το ύψος με το οποίο η καθεμία ενσωματώνεται στα επιμέρους κινητικά προγράμματα, δηλαδή η ενεργητική ή όχι συμμετοχή και η διατήρηση μιας σταθερής ή όχι δυναμικής δραστηριοποίησης, καθ' όλη τη διάρκεια του κινητικού έργου.

ΜΥΪΚΗ ΣΥΝΕΡΓΕΙΑ

Πολύ βασικό τμήμα της αξιολόγησης θεωρείται ο έλεγχος της μυϊκής συνέργειας. Ένα καλό σημείο εκκίνησης είναι η διαπίστωση στοιχείων, όπως η ακρίβεια εκτέλεσης, η ομαλότητα, η ύπαρξη τρόμου / σπασμών, η σταθερότητα και η διαπίστωση υπερβολής ή μειονεκτικότητας καθ' όλη τη διάρκεια παρουσίασης, εκ μέρους του ασθενή, διαφορετικών αλληλοδιαδοχικών θέσεων (από πρηνή σε πλάγια, γονυπετή ή τετραποδική ή ύπτια θέση και αντίστροφα).

Σημειώνεται, ότι οι αργές κινήσεις, είναι πολύ συχνά πιο δύσκολες για τον ασθενή με ασυνέργια και έτσι θα πρέπει να ελέγχονται με την ίδια προσοχή όπως και οι γρήγορες κινήσεις.

Το τεστ «δείκτης μύτη», είναι μια κλασσική μέθοδος ελέγχου του συντονισμού. Με το τεστ αυτό ο ασθενής που παρουσιάζει ασυνέργια, είτε χάνει τη μύτη εντελώς, είτε εμφανίζει τρόπο πριν φτάσει εκεί και τη χτυπά μάλλον δυνατά στη τελική φάση. Υποδηλώνεται, έτσι η έλλειψη σταθερότητας των κεντρικών αρθρώσεων.

Προοδευτικά, οι κινήσεις εξετάζονται μέσα σε πιο σύνθετες διαδικασίες, κατά τις οποίες η σκέψη του ασθενή δεν είναι στη κίνηση, αλλά στο σκοπό της. Μια τέτοια συνδυασμένη κίνηση πχ είναι το βάδισμα.

ΜΥΪΚΗ ΙΣΧΥΣ

Σε μύες που παρουσιάζεται σπαστικότητα, η αξιολόγηση της μυϊκής δύναμης είναι άτοπη και μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένα αποτελέσματα, εφόσον η μυϊκή αδυναμία είναι πιθανό :

Να οφείλεται σε αισθητική ανεπάρκεια

Να οφείλεται σε έλλειψη κεντρικής σταθεροποίησης

Να περιορίζεται σε μεμονωμένες συσπάσεις, ενώ ο μυς να ενεργεί σε μαζικές κινήσεις

Να μην είναι πραγματική, αλλά να οφείλεται σε υπερτονία των ανταγωνιστών

Σε μυϊκές ομάδες όπου ο τόνος είναι φυσιολογικός, μπορεί να γίνει εκτίμηση της μυϊκής ισχύς και κατάταξη των μυών, βάσει του πίνακα της Οξφόρδης.

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Ο αναπνευστικός έλεγχος είναι ιδιαίτερα σημαντικός, στην σκλήρυνση κατά πλάκας και σαφώς απαραίτητος στο κατακεκλιμένο ασθενή. Η αναπνευστική λειτουργία δεν εξαρτάται μόνο από τη χωρητικότητα των πνευμόνων και τη κινητικότητα του

θωρακικού κλωβού, αλλά επίσης και από τη μυϊκή ισχύ και το συντονισμό των αναπνευστικών μυών. Η εξέταση περιλαμβάνει :

Παρατήρηση της θωρακικής έκπτυξης και στη περίπτωση, που αυτή είναι συμμετρική, το εύρος κίνησης του θώρακα και της σπονδυλικής στήλης, ύπαρξη δυσμορφιών (κύφωση, σκολίωση), το σχήμα του θώρακα (αύξηση προσθιοπίσθιας διαμέτρου, επίπεδη εμφάνιση στη προσθιοπίσθια θωρακική επιφάνεια).

Παρατήρηση των θωρακικών κινήσεων, το πρότυπο της αναπνοής (θωρακική διαφραγματική), το ρυθμό και τη συχνότητα της αναπνοής, τη χρήση των επικουρικών μυών, σημεία όπως η κυάνωση, η δύσπνοια, ο ήχος της φωνής.

Ψηλάφηση κατά την αναπνοή για έλεγχο των βρογχικών εκκρίσεων και μυϊκών συσπάσεων.

Μέτρηση με σπειρόμετρο της Ζωτικής Χωρητικότητας και συνεχείς μετρήσεις για επανέλεγχο.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

Η αξιολόγηση της λειτουργικότητας γίνεται με σκοπό να εκτιμήσει ο θεραπευτής την ικανότητα του ασθενή να είναι ανεξάρτητος. Δραστηριότητες, όπως το ντύσιμο και το πλύσιμο, οι μεταφορές (από τη καρέκλα στο κρεβάτι ή στη τουαλέτα κα), το ανεβοκατέβασμα της σκάλας, αξιολογούνται ανεξάρτητα από τη ποιότητα της κίνησης και το πώς τα καταφέρνει ο ασθενής.

Βέβαια, στους θεραπευτικούς στόχους συνδέεται η ποιότητα κίνησης με τη λειτουργικότητα, αλλά με το σκεπτικό ότι η βελτίωση της πρώτης σημαίνει και βελτίωση της δεύτερης.

Η αξιολόγηση της λειτουργικής δραστηριότητας του ασθενή, γίνεται καλύτερα σε συνδυασμό με την εργασιοθεραπεία. Παρόλα αυτά, πολλές φορές είναι απαραίτητη μια επίσκεψη μας στο σπίτι του ασθενή ή στο χώρο εργασίας του, για να μπορέσουμε να βγάλουμε πιο συγκεκριμένα αποτελέσματα.

ΛΟΓΟΣ- ΚΙΝΗΣΕΙΣ ΓΛΩΣΣΑΣ- ΚΑΤΑΠΟΣΗ

Αποτελεί κυρίως αρμοδιότητα της λογοθεραπείας, ωστόσο υπάρχουν ορισμένες λεπτομέρειες, άξιες ελέγχου από το φυσικοθεραπευτή. Έτσι, για παράδειγμα, ο θεραπευτής χρειάζεται να γνωρίζει το επίπεδο επικοινωνίας του ασθενή, την ικανότητα του να απαντάει και το πώς τα παραπάνω στοιχεία έχουν επηρεαστεί από τη πάθηση. Αξίζει να τονιστεί, πως η λειτουργία των μυών του προσώπου, επηρεάζεται από τη θέση του κεφαλιού, με αποτέλεσμα δυσκολία στη συνέργεια των μυών στον ασθενή με ελλιπή έλεγχο κεφαλής.

ΚΟΠΩΣΗ

Αποτελεί σύνηθες σύμπτωμα στη νόσο της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Συνήθως, εμφανίζεται αργά το απόγευμα ή το βράδυ και φτάνει σε παροξυσμούς στις υψηλές θερμοκρασίες. Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης τροποποιούνται εύκολα, λόγω της κόπωσης. Αξιολογήσεις στον ίδιο τον ασθενή, σε διαφορετικούς χρόνους, με ή χωρίς ανάπαυση μπορούν να οδηγήσουν σε διαφορετικά αποτελέσματα.

Η αξιολόγηση της κόπωσης περιλαμβάνει :

- Καθημερινό πρότυπο κόπωσης
- Στιγμές της ημέρας, οπότε ή είναι υψηλή ή φυσιολογική ή και χαμηλή
- Δραστηριότητες ή συμβάντα (πχ ζεστός καιρός) που χειροτερεύουν ή ανακουφίζουν από τη κόπωση
- Λειτουργική επιρροή της κόπωσης σε καθημερινές δραστηριότητες
- Εντόπιση της κόπωσης σε συγκεκριμένες ομάδες μυών, τμήμα του σώματος ή λειτουργικού συστήματος
- Εάν η κόπωση προκαλεί διάχυτα προβλήματα σε όλο το σώμα.

ΜΝΗΜΗ - ΑΝΤΙΛΗΨΗ- ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Για να διευκρινιστεί πλήρως η ψυχοπαθολογία της Σ.Κ.Π απαιτείται καλύτερη κατανόηση των ποικίλων αλληλεπιδράσεων ανάμεσα στους περιβαλλοντικούς και οργανικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση ψυχιατρικών και νοητικών διαταραχών, καθώς και των διακυμάνσεων στον αριθμό και το μέγεθος των βλαβών που συχνά δε συνοδεύονται από κλινικές εκδηλώσεις.

Σήμερα, δεν είναι απαραίτητη η παρατεταμένη νευροψυχολογική εξέταση, αφού έχουν αναπτυχθεί σύντομες διαγνωστικές μέθοδοι με υψηλό βαθμό ευαισθησίας.

Η μειωμένη μνήμη είναι πιθανό να οδηγήσει σε κατάλληλη προσαρμογή του προγράμματος αποκατάστασης.

ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Απαραίτητη στη διαδικασία αξιολόγησης είναι η αυτοεκτίμηση της κατάστασης του ασθενή από τον ίδιο. Η εκτίμηση αυτή πρέπει να αναφέρεται στα εξής σημεία :

- Αντίληψη για τις ικανότητες και τους περιορισμούς του
- Ικανότητα για αντιμετώπιση
- Προθυμία για αλλαγή
- Προσωπικές προτεραιότητες και προσδοκίες από τη φυσικοθεραπεία.

ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί διάφορες κλίμακες αξιολόγησης (τυποποιημένα τεστ) για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας, των κινητικών ικανοτήτων και των αναγκών αποκατάστασης ασθενών με ΣΚΠ, οι κυριότερες από αυτές είναι οι εξής:

The Barthel intex (1965)

Kurtzke (1961)

Mcalpine and Comston (1952)

Pylses profile

Κλίμακα ανικανότητας (ISS)

Κλίμακα περιβαλλοντικής κατάστασης (ESS)

ΚΛΙΜΑΚΑ KURTZKE

Πυραμιδική σημειολογία

- Φυσιολογικό
- Πυραμιδικά σημεία χωρίς ανικανότητα
- Ελάχιστη ανικανότητα
- Ελάχιστη ή μέσου βαθμού παραπάρεση ή ημιπάρεση, εκσεσημασμένη μονοπάρεση
- Εκσεσημασμένη παραπάρεση ή ημιπάρεση, μέσου βαθμού τετραπάρεση ή μονοπληγία
- Παραπληγία, τετραπληγία, ή εκσεσημασμένη τετραπάρεση
- Τετραπληγία
- Αταξινόμητο

Παρεγκεφαλιδικές λειτουργίες

- Φυσιολογικό
- Παρεγκεφαλιδικά σημεία χωρίς ανικανότητα
- Ελαφρά αταξία
- Μέσου βαθμού σωματική αταξία ή αταξία μέλους
- Εκσεσημασμένη αταξία σε όλα τα μέλη
- Ανικανότητα συντονισμένων κινήσεων οφειλόμενη σε αταξία
- Αταξινόμητο

Λειτουργίες στελέχους

- Φυσιολογικό
- Μόνο σημεία
- Μέσου βαθμού νυσταγμός ή άλλη ελαφριά ανικανότητα
- Σοβαρός νυσταγμός ή μέτρια προσβολή άλλων κρανιακών νεύρων
- Εκσεσημασμένη δυσαρθρία ή άλλη εκσεσημασμένη ανικανότητα

- Αδυναμία κατάποσης ή ομιλίας
- Αταξινόμητο

Διαταραχές αισθητικότητας

- Φυσιολογικό
- Ελάττωση της αισθητικότητας σε ένα ή δυο μέλη
- Ελαφρά ελάττωση της αφής ή του πόνου ή της θέσης των μελών στο χώρο ή μέσου βαθμού ελάττωση της αισθητικότητας σε ένα μέλος, στα τρία ή στα τέσσερα
 - Μέσου βαθμού ελάττωση της αφής ή του πόνου ή της αίσθησης των μελών στο χώρο (βασική απώλεια στο 1 ή στα 4 μέλη)
- Εκσεσημασμένη διαταραχή της αφής ή του πόνου σε ένα ή περισσότερα μέλη
- Ελάττωση της αισθητικότητας σε ένα ή δυο άκρα και στο μεγαλύτερο μέρος του σώματος κάτω από το κεφάλι
- Εκσεσημασμένη διαταραχή της αισθητικότητας κάτω από το κεφάλι
- Αταξινόμητο

Ορθοκυστικές διαταραχές

- Φυσιολογικό
- Ελαφρά κατακράτηση ούρων ή απώλεια
- Μέσου βαθμού κατακράτηση ούρων ή απώλεια, ή και εντέρου
- Συχνή κατακράτηση ούρων
- Απαιτείται συνεχής σχεδόν μόνιμος καθετήρας
- Πλήρης αδυναμία ελέγχου λειτουργίας της κύστης
- Πλήρης αδυναμία ελέγχου λειτουργίας της κύστης και του εντέρου
- Αταξινόμητο

Διαταραχές της όρασης

- Φυσιολογικό
- Σκότωμα με οπτική οξύτητα πάνω από 20/30
- Εκτεταμένο σκότωμα με μέγιστη οπτική οξύτητα 20/30 20/59
- Οπτική οξύτητα από 20/60 μέχρι 20/99
- Εκσεσημασμένη ελάττωση οπτικών πεδίων και οπτική οξύτητα 20/100 μέχρι 20/200 : βαθμός 3 συν μέγιστη οξύτητα του καλύτερου οφθαλμού 20/60
- Οπτική οξύτητα 20/200 ή λιγότερο : βαθμός 4 συν μέγιστη οξύτητα του

καλύτερου οφθαλμού

- Βαθμός 5 συν μέγιστη οξύτητα του καλού οφθαλμού 20/60 ή λιγότερο
- Αταξινόμητο

Νοητικές διαταραχές

- Φυσιολογικό
- Αλλαγή διάθεσης μόνο
- Ελαφρά νοητική έκπτωση
- Μέσου βαθμού νοητική έκπτωση
- Σημαντική νοητική έκπτωση
- Άνοια ή χρόνια εγκεφαλικό σύνδρομο
- Αταξινόμητο

Άλλες διαταραχές

- Καμία
- Οποιαδήποτε άλλα νευρολογικά ευρήματα σχετικά με τη ΣΚΠ
- Αταξινόμητο

Βαθμολογία

- 0= φυσιολογική νευρολογική εξέταση
- 0= το εγκεφαλικό τεστ αν βαθμολογείται με 1 = φυσιολογικό
- 1= καμία ανικανότητα, ελάχιστα σημεία σε κάποιο τεστ, εκτός του εγκεφαλικού
- 1,5= καμία ανικανότητα ή ελάχιστα σημεία με περισσότερα του 1 τεστ, εκτός του εγκεφαλικού
- 2= ελάχιστη ανικανότητα σε ένα τεστ (ένα τεστ με βαθμό 2, τα άλλα 0)
- 2,5= βαθμός 2 μόνο σε 1 τεστ, στα άλλο 0 ή 1
- 3= μέσου βαθμού αδυναμία σε ένα τεστ ή μέση ανικανότητα σε 3 ή 4 (3 με 4 τεστ με βαθμό 2, τα άλλα 0 ή 1)
- 3,5= ένα τεστ με βαθμό 3 ή 2 τεστ με βαθμό 2 ή 2 τεστ με βαθμό 3 ή 5 τεστ με βαθμό 2
- 4= περιπατητικός χωρίς βοήθεια, αυτοεξυπηρετούμενος για περίπου 12 ώρες την ημέρα, χωρίς σημαντική ανικανότητα (βαθμός 4 σε ένα τεστ, τα άλλα 0 ή 1, ή συνδυασμός βαθμών). Ικανός να περπατάει χωρίς βοήθεια για 500 μέτρα
- 4,5= περιπατητικός χωρίς βοήθεια, ικανός να εργάζεται, περπατά χωρίς

βοήθεια για 300 μέτρα (ένα τεστ 4, τα άλλα 0 ή 1)

- 5= περιπατητικός χωρίς βοήθεια για 200 μέτρα, αδυναμία να εκτελέσει σοβαρές εργασίες (ένα τεστ 5, τα άλλα 0 ή 1, συνδυασμός βαθμών)

- 5,5 περιπατητικός χωρίς βοήθεια για 100 μέτρα
- 6= συνεχής μονόπλευρη βοήθεια για 100 μέτρα
- 6,5= συνεχής αμφοτερόπλευρη βοήθεια για 20 μέτρα
- 7= αδυναμία βάδισης για περισσότερο από 5 μέτρα, ακόμη και με βοήθεια
- 7,5= αδυναμία βάδισης, χρειάζεται αναπηρική καρέκλα
- 8= κλινήρης ή τηλεχειριζόμενη αναπηρική καρέκλα
- 8,5= κλινήρης τη περισσότερη μέρα
- 9= πλήρης αδυναμία σε όλες τις λειτουργίες του
- 10= θάνατος

Χρησιμοποιώντας τη παραπάνω κλίμακα, τα στάδια 3-4 μπορούν να αναμένονται σε 5 έως 6 χρόνια, τα στάδια 5-6 σε 10 χρόνια, τα στάδια 7-8 μετά από 18 με 20 χρόνια και τα στάδια 9-10 μετά από 30 χρόνια. Οι απόψεις αυτές στηρίζονται βέβαια στη μελέτη της πορείας μεγάλου αριθμού ασθενών, αλλά επειδή τα συμπτώματα που παρουσιάζουν ποικίλλουν, τόσο η εξέταση, όσο και η θεραπεία θα πρέπει να είναι ανάλογη με κάθε περίπτωση ξεχωριστά.

Κλίμακα Barthel

Η πιο διαδεδομένη και στατιστικά αξιόπιστη κλίμακα λειτουργικής αξιολόγησης είναι η κλίμακα Barthel. Με αυτή γίνεται εκτίμηση 10 δραστηριοτήτων, συμπεριλαμβανομένων της αυτοεξυπηρέτησης, του ελέγχου των σφιγκτήρων και της κίνησης. Το κάθε επίπεδο βαθμολογείται με 0,5, 10 ή 15. Συνολικά, συγκεντρώνονται 100 βαθμοί. Η βαθμολογία αντικατοπτρίζει το χρόνο και τη βοήθεια που χρειάζεται ο κάθε ασθενής.

Η αξιολόγηση μέσω της κλίμακας αυτής μπορεί να γίνει με συνεντεύξεις, παρατήρηση, ιατρικούς φακέλους, μέσω τηλεφώνου ή με αναφορά από τον ασθενή. Το κόστος είναι μηδαμινό και η αξιολόγηση δεν απαιτεί μεγάλο χρονικό διάστημα.

Σκορ < 20: πλήρης εξάρτηση

Σκορ 21-61: βαριά ανικανότητα

Σκορ 62-90: μέσης βαρύτητας εξάρτηση

Σκορ 91-99: ελάχιστη εξάρτηση

Σκορ 100: σημαίνει ανεξαρτησία στην αυτοεξυπηρέτηση, όχι όμως και αυτόνομη διαβίωση

Οι δραστηριότητες που αξιολογούνται είναι οι εξής:

- Πίνει και τρώει
- Μετακινείται από το αναπηρικό αμαξίδιο στο κρεβάτι και το αντίθετο (περιλαμβάνει και το κάθισμα στο κρεβάτι)
- Πλένει το πρόσωπο του και τα δόντια του, ξυρίζεται και χτενίζεται
- Χρησιμοποιεί μόνος του τη τουαλέτα
- Κάνει μπάνιο μόνος του
- Βαδίζει σε ένα επίπεδο έδαφος ή δε βαδίζει αλλά κινεί την αναπηρική του καρέκλα
- Ανεβαίνει κατεβαίνει σκαλοπάτια
- Ντύνεται και δένει κορδόνια των παπουτσιών
- Ελέγχει τις κενώσεις του
- Ελέγχει τη κύστη του

5.2 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Οι πληροφορίες που λαμβάνονται κατά την αξιολόγηση χρησιμοποιούνται για να συνταχθεί μια λίστα προβλημάτων που θα καθορίσει το πρόγραμμα αποκατάστασης, το οποίο θα ακολουθηθεί στη συνέχεια. Απαιτείται συζήτηση με τον ασθενή, από τον οποίο εξαρτάται η διαδικασία της θεραπείας ανάλογα με τον τρόπο ζωής που επιβάλλει στο άτομο η νόσος.

Απαραίτητα χαρακτηριστικά ενός επιτυχημένου προγράμματος αποκατάστασης αποτελούν τα εξής:

Να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ασθενή.

Να ανταποκρίνεται στους προγεγραμμένους στόχους.

Να είναι εφικτό και ελαστικό.

Να είναι εξελικτικό.

Να εναρμονίζεται με τις υπόλοιπες θεραπείες που λαμβάνει ο ασθενής (πχ φάρμακα).

Να είναι αποδεκτό από τον ίδιο τον ασθενή και τους δικούς του.

Να είναι ευέλικτο στις μεταβαλλόμενες καταστάσεις.

Η ανάγκη για καλή επικοινωνία και διαπροσωπική σχέση κατά τη διάρκεια της θεραπείας δε πρέπει να υπερβαίνει τα αναγκαία όρια.

Η θεραπεία θα πρέπει να προσαρμοστεί στις αλλαγές που συμβαίνουν όχι μόνο εξ αιτίας της εξέλιξης της νόσου, αλλά και λόγω αλλαγής του τρόπου ζωής όπως η εργασία, μια εγκυμοσύνη ή απλά ή αύξηση της ηλικίας.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Προτού γίνει ο καθορισμός των θεραπευτικών στόχων, η σκέψη του θεραπευτή πρέπει να καθοδηγηθεί βάσει των παρακάτω αρχών:

Εμπιστοσύνη στο θεραπευτικό πρόγραμμα και τη μεθοδολογία του.

Πειθαρχία και μεγάλη προσοχή κατά την επιτέλεση των ασκήσεων, διατηρώντας συνεχώς την επικοινωνία με το χώρο δράσης.

Χρήση ερεθισμάτων (πχ φωνή) πληροφοριών κατά τη διάρκεια κάθε κίνησης.

Νοητική συμμετοχή (χρήση μνήμης με ασκήσεις που βοηθούν την ικανότητα αντίληψης).

Αισθητική συμμετοχή (να προσπαθεί να νιώσει και να αισθάνεται τη κίνηση στο χώρο, ακόμη και με κλειστά μάτια).

Κάθε ασθενής με ΣΚΠ πρέπει να προσεγγίζεται ολιστικά ανάλογα με το οικογενειακό, κοινωνικό και εργασιακό του περιβάλλον.

Είναι απαραίτητη η ομαλή και τακτική συνεργασία ανάμεσα στα άτομα της ομάδας αποκατάστασης, συμπεριλαμβανομένων του ίδιου του ασθενή, της οικογένειας και του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού.

Ο ασθενής πρέπει να είναι υπεύθυνος και ενεργός συμμετοχός στη θεραπεία και όχι ένας παθητικός δέκτης του προγράμματος

Ακριβής πληροφόρηση πρέπει να παρέχεται στον ασθενή προκειμένου να γνωρίζει τη φύση της ασθένειας του και πως το σώμα του θα αντιδράσει σε αυτή.

Προώθηση της θετικής σκέψης, δίνοντας έμφαση στις ικανότητες και στα επιτεύγματα, παρά τις δυσλειτουργίες και την αναπηρία.

Πρώιμη έναρξη τη θεραπείας: όσο πιο νωρίς αρχίσει η φυσικοθεραπεία, τόσο πιο εύκολη είναι η διατήρηση της κινητικής κατάστασης και του ελέγχου, καθώς και η πρόληψη δευτερογενών προβλημάτων.

Ο θεραπευτής θα πρέπει να γνωρίζει όλες τις κατάλληλες τεχνικές που θα οδηγήσουν στην αντιμετώπιση προβλημάτων που μπορεί να παρουσιάσει στο άτομο η ΣΚΠ λόγω της νευρολογικής της φύσεως.

Να δίνονται συμβουλές σχετικά με τη παρεμπόδιση δευτερογενών προβλημάτων.

Υλοποίηση ρεαλιστικών θεραπευτικών στόχων.

Σε περιόδους ύφεσης της νόσου, οι φυσικοθεραπευτικοί στόχοι να είναι πιο δυναμικά σχεδιασμένοι.

Συνεχές επαναξιολογήσεις και αναπροσαρμογές- εφόσον κρίνεται αναγκαίο- των θεραπευτικών στόχων. Άλλωστε, ένα θεραπευτικό πρόγραμμα που σχεδιάστηκε για τα αρχικά στάδια της νόσου, μπορεί να εξελιχτεί όχι μόνο σε ανεπαρκές άλλα και επίζημιο.

Η αποκατάσταση οφείλει να έχει εξατομικευμένο χαρακτήρα.

Η μεταχείριση των ασθενών πρέπει να είναι συνεχής και να μη περιορίζεται μόνο στις συνεδρίες. Αν κατά τη διάρκεια της συνεδρίας ερεθίζονται κύριοι μηχανισμοί θέσης, άλλα αργότερα στη διάρκεια της ημέρας δεν ενισχύονται, θα χρειάζονται κάθε φορά να επαναδιδάσκονται.

Ο φυσικοθεραπευτής θα πρέπει να αφιερώνει χρόνο στον ασθενή, για να του εξηγήσει τη λογική της θεραπείας, διδάσκοντας ειδικούς χειρισμούς ή αναγκαίες τοποθετήσεις ώστε να διεγείρονται οι απαιτούμενες απαντήσεις.

Ειδική φροντίδα είναι απαραίτητη σε περιπτώσεις όπως γρίπη, κρύωμα, μολύνσεις, εγχειρήσεις, εγκυμοσύνη, κατάγματα ή εξάρθρηματα. Σε τέτοιες καταστάσεις η έγκαιρη δραστηριοποίηση και η ανάγκη να βρίσκεται ο ασθενής εκτός κρεβατιού κατέχει μεγάλη σπουδαιότητα, αν και ο ασθενής τείνει να μένει ακίνητος για μεγάλο χρονικό διάστημα.

ΣΤΟΧΟΙ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ένα αποτελεσματικό φυσικοθεραπευτικό πρόγραμμα είναι αναγκαίο να βασίζεται σε 3 μακροπρόθεσμους στόχους:

Βελτίωση της κατάστασης των νευρολογικών συμπτωμάτων της ΣΚΠ.

Βελτίωση ή διατήρηση του καλύτερου δυνατού επιπέδου της λειτουργικής ικανότητας των ασθενών.

Αναστολή ή καθυστέρηση της ανάπτυξης δευτερευουσών επιπλοκών.

Αναλυτικότερα, οι στόχοι της φυσικοθεραπευτικής παρέμβασης στη ΣΚΠ είναι οι εξής:

Να ελαχιστοποιήσει την ανικανότητα από τις παραμορφωτικές θέσεις και την αχρηστία.

Να επαναδιδάξει και να διατηρήσει κάθε υπαρκτό εκούσιο έλεγχο των κινήσεων.

Να επαναδιδάξει και να διατηρήσει τους φυσιολογικούς μηχανισμούς ελέγχου της στάσης του κορμού.

Να διατηρήσει το πλήρες εύρος κίνησης όλων των αρθρώσεων και των μαλακών ιστών και να διδάξει στον ασθενή και στους συγγενείς του, κατάλληλες τεχνικές διάτασης για αποτροπή των δυσκαμμιών.

Να συνενώσει όλες τις θεραπευτικές τεχνικές μέσα στο τρόπο ζωής του ασθενή, συσχετίζοντας τις με τις κατάλληλες καθημερινές δραστηριότητες ώστε να παρέχονται μέσα διατήρησης οποιαδήποτε βελτίωσης.

Να προσφέρει συμβουλές για λογική χρήση της ενέργειας.

Να αποτρέψει τη χρήση μη φυσιολογικών προτύπων κίνησης, τα οποία είναι μη

αποδοτικά και κοπιαστικά, ενώ ταυτόχρονα παρεμποδίζουν τη λειτουργικότητα. Να αναχαιτίσει κάθε μορφή μη φυσιολογικού τόνου.

Να διεγείρει όλες τις αισθητικές και αντιληπτικές εμπειρίες και ταυτόχρονα να διατηρήσει την εμπειρία της φυσιολογικής κίνησης καθ' όλη τη πορεία της νόσου, όχι μόνο για να εκμεταλλευτεί το δυναμικό του ασθενούς, αλλά για να του δώσει τη δυνατότητα να αισθανθεί πιο ασφαλής και ελεύθερος, όταν η βοήθεια των συγγενών ή των βοηθών απαιτείται στα τελικά στάδια.

Βελτίωση της μυϊκής δύναμης.

Βελτίωση της συνεργίας των κινήσεων.

Βελτίωση της βάρδισης.

Ένα παράδειγμα βασικού προγράμματος άσκησης παρουσιάστηκε από τους Ashburn-De Souza το 1988. Ένα κεντρικό σύνολο ασκήσεων μπορεί να χρησιμοποιηθεί για διαφορετικούς σκοπούς με διαφορετικούς ασθενείς, αλλάζοντας την έμφαση των κινήσεων. Η έμφαση των κινήσεων μπορεί να είναι, πρώτον, για να αυξήσει μια σειρά εκούσιου ελέγχου, που ακολουθείται από υποστηριζόμενη έκταση στο τέλος της σειράς. Εναλλακτικά το κράτημα συγκεκριμένων στάσεων και θέσεων θα ενθαρρύνει τη σταθερότητα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διάταση των μυών. Οι θεραπευτές θα πρέπει να διευκρινίσουν στους ασθενείς ότι είναι η ποιότητα των σχεδίων της κίνησης που είναι περισσότερο σημαντική από την ποσότητα των επαναλήψεων που επιτυγχάνονται. Ένα κεντρικό σύνολο ασκήσεων πιστεύεται να είναι γενικής χρήσεως στους περισσότερους ασθενείς με Σ.Κ.Π. Όμως καθώς δε θα υπάρξουν ποτέ δύο ασθενείς με τον ίδιο ακριβώς τύπο αισθητικοκινητικής βλάβης, ασκήσεις συγκεκριμένες για τον κάθε ασθενή απαιτούνται επιπλέον του βασικού προγράμματος. (Κεκάτος 2001, Souza 1997).

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΒΑΣΙΚΩΝ ΑΣΚΗΣΕΩΝ

Α) ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ

Τοποθετείται ένα ρολόι με λεπτοδείκτη απέναντι από τον ασθενή, ο οποίος αναπνέει συγχρονισμένος με αυτό. Βρίσκει επομένως το όριο αναπνοής του (διάρκεια εισπνευστικού χρόνου, εκπνευστικού και χρόνος συγκράτησης της αναπνοής). Στη συνέχεια γίνεται προσπάθεια για αύξηση του ορίου αναπνοής.

Πιο συγκεκριμένα:

- Εισπνοή 4'' κρατήστε την αναπνοή για 4'', εκπνοή 4''
- Επαναλάβετε αργά το ίδιο για 7''
- Επαναλάβετε το ίδιο για 10''
- Εισπνεύσετε τμηματικά σε ίσο χρονικό διάστημα π.χ. 4'' επί 2 φορές

(Εισπνοή-

- κράτημα αναπνοή-εισπνοή-κράτημα αναπνοής)
- Εκπνεύστε 3 φορές (εκπνοή-παύση-εκπνοή-παύση-εκπνοή για 4'')
- Επαναλάβετε τμηματικά 3 φορές εισπνοή, 4 φορές εκπνοή
- Φυσήξτε δυνατά σε ένα μπουκάλι με νερό
- Φυσήξτε δυνατά με κοντό και μακρύ καλαμάκι
- Χρησιμοποιείστε εξασκητές αναπνοής ''μπαλάκια''

Οι αναπνευστικές ασκήσεις γρήζουν μεγάλης σημασίας και αυτό διότι συμβάλλουν στην διατήρηση της μυϊκής ισχύος, αντοχής και δύναμης των αναπνευστικών μυών, στην οξυγόνωση του εγκεφάλου, την καλύτερη κατάσταση του κυκλοφορικού συστήματος του οργανισμού και στην χαλάρωση του ασθενούς.

Τα αναπνευστικά προβλήματα είναι αποτέλεσμα της αδυναμίας, της σπαστικότητας και της αταξίας των αναπνευστικών μυών με αποτέλεσμα την ανεπαρκή αναπνοή και το βήχα. Η περεταίρω ανάλυση των αναπνευστικών ανισορροπιών εξ αιτίας της ΣΚΠ αναφέρονται παρακάτω

Β)ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

- **Κάμψεις-εκτάσεις του γόνατος σε πρηνή θέση (τετραποδική)**



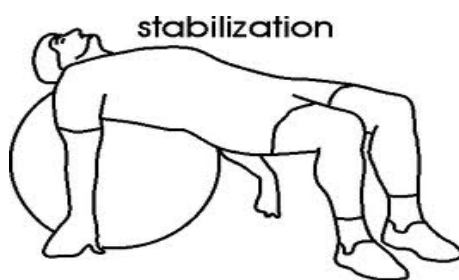
Εικόνα 8

- **Κάμψη μηρού και γόνατος ύπτια**



Εικόνα 9

- **Θέση ύπτιας κινητικής εξέλιξης**



Εικόνα 10

- **Τεντωμένα πόδια, χέρια σε ανάταση**



Εικόνα 11

- **Κάμψη γόνατος με περιστροφή του κορμού**



Εικόνα 12

- **Ασκήσεις κορμού από γονυπετή θέση**



Εικόνα 13

- **Ασκήσεις άνω και κάτω άκρων στην όρθια θέση**



Εικόνα 14

- **Περιστροφή του κορμού**



Εικόνα 15

- **Κάμψη του μηρού**



Εικόνα 16

- **Μετατόπιση βάρους σε στάση**



Εικόνα 17

- **Βάδιση**



Εικόνα 18

Υπάρχουν διάφορα είδη ασκήσεων για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά από το φάσμα της κινησιοθεραπείας, αυτό όμως εξαρτάται από τα εξής:

- Τι μπορεί να κάνει ο ίδιος μόνος του
- Εάν προϋπάρχουν της συγκεκριμένης πάθησης άλλα προβλήματα στην υγεία
- Πόση βοήθεια και συμπαράσταση χρειάζεται από ένα δεύτερο άτομο

(Κεκάτος 2001, Souza 1997, Colby 2003, Σιούτης 2010)

5.3ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Πολλά από τα υλικά που παρουσιάζονται είναι εύκολο να κατασκευαστούν (π.χ. στον ξυλουργό) ή είναι εύκολο να βρεθούν στη φύση. Θα διαπιστώσετε, όταν τα χρησιμοποιήσετε, όπως περιγράφονται, τι σημαντικές αλλαγές μπορούν να επιφέρουν στο νευρικό σας σύστημα.

Μπορείτε να αρχίσετε με ένα ή δύο αντικείμενα διαφορετικά σε όγκο ή σχήμα και σιγά-σιγά να τα ποικίλλετε.

Όπως θα διαπιστώσετε, λείπει σε κάθε άσκηση η συχνότητα της, όσον αφορά τα σετ που πρέπει να γίνουν κατά τη διάρκεια της μέρας και τις επαναλήψεις των ασκήσεων. Ο λόγος είναι προφανής. Κάθε ασθενής βρίσκεται σε διαφορετική φυσική και ψυχική από τους υπόλοιπους ασθενείς και διαθέτει τα ατομικά του χαρακτηριστικά. Επίσης, πολλές από αυτές τις ασκήσεις πρέπει να γίνονται με τη βοήθεια δεύτερου προσώπου.

5.4 ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΕΩΝ

- **ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ**

Μιμικές ασκήσεις

A) Τοποθέτηση στην ύπτια θέση με το υγιές άκρο (άνω ή κάτω), σε οποιαδήποτε θέση προτιμάται από τον ασθενή. Με κλειστά μάτια τοποθετείται συμμετρικά το πάσχον άκρο πραγματοποιείται, αν τυχόν χρειάζεται, οποιαδήποτε διόρθωση είτε έλεγχος της θέσης του πάσχοντος άκρου. Είναι αρκετά δόκιμες οι ασκήσεις κυματισμού ή οχτάρια σε όλες τις αρθρώσεις από αριστερά προς τα δεξιά και αντιστρόφως, αρκεί να πραγματοποιούνται με ομαλότητα στη κίνηση, συμμετρία και ποικιλία στο μέγεθος του εύρους τροχιάς.

B) Διατήρηση μιας μπάλας ανάμεσα στα λυγισμένα γόνατα σε καθιστή θέση.

Χρησιμοποιείται προοδευτικά όλο και μικρότερου μεγέθους μπάλα και πραγματοποιείται προσπάθεια και από τα δύο κάτω άκρα να συγκρατηθεί η μπάλα στη θέση αυτή. Η άσκηση αυτή μπορεί γίνεται και στην όρθια θέση συγκρατώντας και τον παράγοντα της ισορροπησης.

Ασκήσεις χαλάρωσης

Αυτές οι ασκήσεις μπορούν να γίνουν κάθε φορά που οι ασθενείς αισθάνονται κουρασμένοι ή τοποθετούνται πρώτες στο πρόγραμμα αποκατάστασης.

Με κλειστά μάτια και σε ύπτια κατάκλιση τοποθετείται κάτω από ελαφρώς λυγισμένα γόνατα ένα μαξιλάρι. Επικεντρώνεται στη συνέχεια ο ασθενής σε κάθε άρθρωση του σώματος του. Πιο συγκεκριμένα, ελέγχει την ανατομική θέση της άρθρωσης στο σώμα, το βάρος της και πραγματοποιείται κίνηση με τη μικρότερη δύναμη σε όλες τις αρθρώσεις. Συνεχίζει με αργές αναπνοές ρυθμίζοντας ο ίδιος το ρυθμό της αναπνοής του.

2)ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΣΕ ΗΜΙΚΑΘΙΣΤΗ ΘΕΣΗ

- **Άσκηση 1:** Κάμψη-έκταση του ισχίου. Το μέλος ολισθαίνει πάνω στην επιφάνεια την οποία στηρίζεται.
- **Άσκηση 2:** Κάμψη γόνατος και ισχίου, απαγωγή, προσαγωγή του ισχίου και έκταση(9επαναφορά στην αρχική θέση)
- **Άσκηση 3:** Επαναφορά του γόνατος και του ισχίου σε μικρότερο εύρος-έκταση
- **Άσκηση 4:** Κάμψη του γόνατος και του ισχίου (μικρό εύρος), απαγωγή-προσαγωγή του ισχίου και έκταση
- **Άσκηση 5:** Κάμψη του ισχίου και του γόνατος (ο ασθενής σταματά κατά βούληση τη κίνηση)- έκταση
- **Άσκηση 6:** Όπως η προηγούμενη, αλλά ο ασθενής σταματά με παράγγελμα του θεραπευτή.

3)ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΤΙΑ ΘΕΣΗ

- **Άσκηση 1:** Κάμψη του γόνατος και του ισχίου του ενός μέλους με ανασήκωμα της πτέρνας-έκταση
- **Άσκηση 2:** Η πτέρνα του ενός ποδιού τοποθετείται στην επιγονατίδα του άλλου μέλους, επαναφορά στην αρχική θέση
- **Άσκηση 3:** Όμοια με τη προηγούμενη, με σταμάτημα της κίνησης από τον ασθενή κατά βούληση
- **Άσκηση 4:** Όμοια με τη προηγούμενη, με σταμάτημα της κίνησης μετά από το παράγγελμα του θεραπευτή
- **Άσκηση 5:** Η πτέρνα τοποθετείται στο μέσο της άλλης κνήμης, ανασηκώνεται και τοποθετείται στο κρεβάτι δίπλα στο άλλο μέλος και στη συνέχεια επανέρχεται στην αρχική θέση με έκταση του γόνατος και του ισχίου
- **Άσκηση 6:** Η πτέρνα τοποθετείται στο άλλο γόνατο. Γλιστρά κατά μήκος της κνήμης μέχρι τη ποδοκνημική άρθρωση και στη συνέχεια επανέρχεται στην αρχική θέση (δίπλα στο άλλο μέλος)
- **Άσκηση 7:** Όμοια με τη προηγούμενη, αλλά η πτέρνα επανέρχεται πάλι στο γόνατο και ακολουθεί η έκταση (επαναφορά στη αρχική θέση)
- **Άσκηση 8:** Κάμψη-έκταση των γονάτων και των ισχίων και των δύο μελών

συγχρόνως με ανασήκωμα της πτέρνας

- **Άσκηση 9:** Όμοια με τη προηγούμενη, αλλά συνοδεύεται με σταμάτημα, αρχικά κατά βούληση του ασθενή και στη συνέχεια με παράγγελμα του θεραπευτή
- **Άσκηση 10:** Κάμψη του αριστερού γόνατος, απαγωγή του αριστερού ισχίου με κάμψη του δεξιού γόνατος συγχρόνως. Προσαγωγή του αριστερού ισχίου και συγχρόνως έκταση του δεξιού γόνατος. Επανάληψη με αντίθετες κινήσεις στα δύο μέλη
- **Άσκηση 11:** Κάμψη του αριστερού γόνατος και ταυτόχρονα απαγωγή και κάμψη του δεξιού ισχίου και γόνατος, προσαγωγή του δεξιού ισχίου, έκταση και των δύο μελών με ανύψωση της πτέρνας
- **Άσκηση 12:** Ο θεραπευτής τοποθετεί το δάχτυλό του σε διάφορα σημεία του ασθενή και αυτός με την πτέρνα του άλλου ποδιού προσπαθεί να ακουμπήσει το δάχτυλο του θεραπευτή
- **Άσκηση 13:** Όμοια με τη προηγούμενη, μόνο που εδώ ο θεραπευτής μετακινεί το δάχτυλό του μόλις το πλησιάσει ο ασθενής ο οποίος προσπαθεί να ακολουθήσει το θεραπευτή
- **Άσκηση 14:** Η δεξιά πτέρνα τοποθετείται πάνω στο αριστερό γόνατο που βρίσκεται σε έκταση. Κρατώντας τη δεξιά πτέρνα στη θέση αυτή, το αριστερό μέλος κάμπτεται και εκτείνεται
- **Άσκηση 15:** Η δεξιά πτέρνα τοποθετείται πάνω στο αριστερό γόνατο και σέρνεται κατά μήκος της κνήμης μέχρι την ποδοκνημική άρθρωση. Καθώς ολισθαίνει προς τα κάτω, το αριστερό μέλος κάμπτεται, ενώ όταν επανέρχεται με ολίσθηση η πτέρνα στο γόνατο, το μέλος εκτείνεται

3)ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΚΑΘΙΣΤΗ ΘΕΣΗ

- **Άσκηση 1:** Ο ασθενής κάθεται μπροστά σε πολύζυγο. Του δίνεται η εντολή να ακουμπήσει το πόδι του π.χ. στη δεύτερη μπάρα του πολύζυγου. Η τοποθέτηση αυτή του ποδιού γίνεται με τρεις κινήσεις. Α) Κάμψη του ισχίου β) Έκταση του γόνατος γ) Τοποθέτηση (χαμήλωμα) του ποδιού στη μπάρα. Ακολουθεί η επαναφορά του ποδιού στο πάτωμα.
- **Άσκηση 2:** Ο ασθενής τοποθετεί τα δάχτυλά του ποδιού του σε σχεδιασμένα στο πάτωμα κυκλάκια που φέρουν αριθμηση (οπτικό ερέθισμα). Ο θεραπευτής με το παράγγελμα για τη στιγμή της έναρξης της κίνησης (τώρα), δίνει εντολή στον ασθενή να τοποθετήσει τα δάχτυλά του ενός ποδιού στο νούμερο π.χ.1 στη συνέχεια επαναφορά

στην αρχική θέση με το ίδιο παράγγελμα. Ακολουθεί η εντολή για κάποιο άλλο νούμερο ή ακόμη και για συνδυασμό περισσότερων αριθμών ώστε να γίνεται η κίνηση πιο σύνθετη

4)ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ

Άσκηση 1: Πλάγια βάδιση: Ο ασθενής συνοδευμένος από τον θεραπευτή που πρέπει να είναι έτοιμος να στηρίξει τον ασθενή, αρχίζει με πλάγια βήματα. Συγκεκριμένα ο θεραπευτής του δίνει εντολή να τοποθετήσει το ένα του πόδι με πλάγιο βήμα κάθε φορά, σε σχεδιασμένες στο πάτωμα γραμμές που αντιστοιχούν σε ολόκληρο βήμα, σε μισό βήμα και σε τέταρτο του βήματος με το γνωστό παράγγελμα για τη στιγμή της έναρξης της κίνησης (Τώρα...). Ακολουθεί η επαναφορά στην αρχική θέση πάντα με το παράγγελμα (Τώρα...). Ο ασθενής ακολουθεί πρώτα τα ολόκληρα βήματα προς μία κατεύθυνση και επανέρχεται στην αρχική του θέση. Στη συνέχεια ασκείται στην πλάγια τοποθέτηση του ποδιού στις γραμμές που αντιστοιχούν στο μισό βήμα και τέλος στο τέταρτο του βήματος. Η διαδικασία του βηματισμού ακολουθεί τρία στάδια

- Τοποθέτηση του ενός ποδιού στην ενδεδειγμένη θέση
- Μεταφορά του σώματος
- Ανασήκωμα του άλλου ποδιού και τοποθέτηση δίπλα στο άλλο

Στα στάδια αυτά ο ασθενής ανταποκρίνεται ακολουθώντας, όπως προαναφέρθηκε, τα παραγγέλματα του θεραπευτή. Ακολουθεί εξάσκηση του ασθενή συνδυάζοντας τα τρία μεγέθη των βημάτων σε μία άσκηση π.χ. μισό βήμα προς τα δεξιά 1-2-3, τέταρτο προς τα αριστερά 1-2-3, τρία τέταρτα προς τα δεξιά 1-2-3, και ολόκληρο βήμα προς τα αριστερά 1-2-3.

Άσκηση 2: Ευθεία βάδιση: Ο ασθενής εξασκείται σε ολόκληρο, μισό και τέταρτο του βήματος σε ευθεία βάδιση με εναλλαγή των ποδιών, ακολουθώντας το παράγγελμα του θεραπευτή. Η άσκηση ανταποκρίνεται και πάλι στα τρία στάδια

- τοποθέτηση του ενός ποδιού στο πάτωμα
- μεταβίβαση του βάρους του σώματος και ανασήκωμα του άλλου ποδιού
- μεταφορά αυτού του ποδιού παράλληλα προς το πόδι που κινήθηκε πρώτο

άσκηση 3: Οπίσθια βάδιση: με παρόμοιο τρόπο

άσκηση 4: Βάδιση σε αποτυπωμένα στο πάτωμα πέλματα: Ο ασθενής εξασκείται με τρεις κινήσεις για τη στροφή π.χ. προς τα δεξιά:

- ο ασθενής στρέφει επιτόπου το δεξί του πόδι
- σηκώνει την αριστερή πτέρνα και στρέφει τα δάκτυλα
- τοποθετεί το αριστερό του πόδι δίπλα στο δεξιό. Αν αυτό επαναληφθεί

τέσσερις φορές σε μία κατεύθυνση θα εκτελεστεί μια πλήρης στροφή. Η διαδικασία αυτής της στροφής μπορεί να γίνει και αντίστροφα.

5.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΔΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗ ΣΚΠ

Η υδροθεραπεία συνιστάται γιατί προσφέρει άριστες συνθήκες άσκησης. Μέσα στο νερό όπου η άνωση ελαττώνει τη βαρύτητα, ένα άτομο με αδύναμα άκρα μπορεί να επιτύχει μεγαλύτερο εύρος κίνησης. Επιπρόσθετα, το νερό έως το ύψος του στήθους μπορεί να προσφέρει στήριξη και να βοηθήσει άτομα με MS να στέκονται όρθια και να διατηρούν την ισορροπία τους για την εκτέλεση ασκήσεων, με μικρότερη προσπάθεια. Η αντίσταση του νερού μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για μυϊκή ενδυνάμωση.

Κατά τη διάρκεια περιόδων με υποτροπές στοχεύουμε στην επανάκτηση του προηγούμενου βασικού λειτουργικού επιπέδου. Καθώς η νόσος προοδεύει, η κινητοποίηση είναι συχνό πρόβλημα. Βακτηρίες, περπατητήρες και κηδεμόνες μπορεί να βοηθήσουν και ένα αμαξίδιο μπορεί να γίνει απαραίτητο. Σε εκσεσημασμένη αδυναμία είναι απαραίτητες οι διατακτικές ασκήσεις και οι ασκήσεις διατήρησης εύρους κίνησης, για να προλάβουμε ρικνώσεις. Οι ασκήσεις ενδυνάμωσης πρέπει να εκτελούνται πολύ προσεκτικά, γιατί η υπερβολική άσκηση μπορεί να οδηγήσει σε λειτουργική εξασθένιση.

(Ιωάννη Λογοθέτη- Ιωάννη Μυλωνά: Νευρολογία Έκδοση Τρίτη σελ.:580-586)

Στη συνέχεια αναφέρουμε επιγραμματικά, μερικά από τα θεραπευτικά οφέλη, που μπορεί να προσφέρει η υδροθεραπεία στον ασθενή:

- 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 σπαστικότητας, θα θελήσει άμεσα να βάλει την υδροθεραπεία στη ζωή του, για να την κάνει όσο γίνεται καλύτερη.

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

Η άσκηση στο νερό αποτελεί τον καλύτερο και πιο ασφαλή τρόπο άθλησης και ψυχαγωγίας. Απολαύστε το νερό και ενημερωθείτε για τα πάντα που μπορεί να προσφέρει στο σώμα και την υγεία σας.

Ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας, χρήζουν των θεραπευτικών οφελών που προσφέρουν οι ιδιότητες του νερού.

(Joel A. DeLisa – Bruce M. Gans :Rehabilitation Medicine, Principles and Practice. Third Edition 1998 : Multiple Sclerosis p :1241-1257)



Εικόνα 19 (Αναερόβιες ασκήσεις στη πισίνα, ποδήλατο)



Εικόνα 20 (Ενδυνάμωση)

5.6 ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Εάν ανατρέξουμε στο χρόνο, θα δούμε ότι η αξία της άσκησης άλλοτε έχει εκτιμηθεί και άλλοτε είχε απαξιωθεί τελείως. Ευτυχώς όμως η παλιά ιδέα ότι η άσκηση θα πρέπει να αποφευχθεί από τους ασθενείς με Σ.Κ.Π. έχει εκτοπιστεί, αφού η αδράνεια επέφερε σοβαρές επιπλοκές, οδηγώντας πολλές φορές σε πρόωρο θάνατο τον ασθενή. Όλοι οι ασθενείς με Σ.Κ.Π., ανεξάρτητα από το βαθμό ανικανότητας, έχουν κάποιες δυνατότητες και μπορούν να επωφεληθούν από την άσκηση αρκεί να το πιστέψουν και να το επιδιώξουν.

Τα κυριότερα οφέλη της άσκησης είναι τα εξής:

- Βοηθάει στη διατήρηση της μέγιστης κατά περίπτωση ανεξαρτησίας
- Διατηρεί τους μυς ισχυρούς και περιορίζεται η υπάρχουσα ατροφία
- Διατηρείται το εύρος κίνησης των αρθρώσεων και μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης παραμορφώσεων και βραχύνσεων στα μαλακά μόρια
- Συντελεί στην βελτίωση της ισορροπίας και του συντονισμού Βελτιώνει τη κυκλοφορία του αίματος και συνεπώς και τις οργανικές λειτουργίες
- Συμβάλλει στη μείωση της σπαστικότητας
- Μειώνεται ο κίνδυνος των κατακλίσεων

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Ποτέ οι ασθενείς δεν είναι μεταξύ τους ίδιοι, είτε ότι αφορά τη κατάσταση τους, είτε τα συμπτώματά τους, έτσι ποτέ οι θεραπείες δεν είναι όμοιες. Παρ' όλα αυτά, όποια προσέγγιση και αν υιοθετηθεί, υπάρχουν συγκεκριμένα προβλήματα που εμφανίζονται στους περισσότερους ασθενείς με ανικανότητα και τα οποία μπορούν να προληφθούν και να εμποδιστεί η εμφάνισή τους.

Πελματιαία κάμψη άκρου ποδός. Διακρίνεται βράχυνση των τενόντων που περνούν από τα οστά της πτέρνας. Μπορεί να αποτραπεί αποφεύγοντας τη χρήση του συνολικού εκτατικού προτύπου για τη μεταφορά βάρους, δίνοντας προσοχή στη θέση του ποδιού, στη καθιστή θέση και με τη καθημερινή απόκτηση της όρθιας στάσης, όταν η βάδιση δεν είναι πλέον μια από τις λειτουργικές δραστηριότητες του ασθενή.

Επικράτηση του προτύπου έκτασης και προσαγωγής στα κάτω άκρα. Το πρότυπο ολικής έκτασης, μπορεί να αναχαιτιστεί με την εκπαίδευση σωστής μεταφοράς βάρους, με έμφαση στην επαρκή κάμψη της άρθρωσης του ισχίου στη καθιστή θέση και με τη χρήση καθίσματος, ειδικά κατασκευασμένου για τη διάταση των προσαγωγών.

Σύσπαση του γόνατος σε κάμψη. Η συστολή στο γόνατο μπορεί να εμποδιστεί εάν οι ισχιοκνημιαίοι διαταθούν.

Σύσπαση του ισχίου σε κάμψη. Η βράχυνση των καμπτήρων του ισχίου μπορεί να αποφευχθεί εξασφαλίζοντας καλή έκταση στα ισχία κατά τη βάδιση ή την όρθια στάση. Η καθημερινή υιοθέτηση της πρηνής κατάκλισης πρέπει να ενθαρρυνθεί από το θεραπευτή.

Κάμψη της θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Η φτωχή στάση κορμού, μπορεί να αποτραπεί με ενεργητική ραχιαία έκταση στη καθιστή και πρηνή θέση. Η διάταση από ύπτια θέση ξαπλωμένος πάνω σε ένα μαξιλάρι, έχει θετικό αποτέλεσμα.

Κάμψη και έσω στροφή στον ώμο. Ο περιορισμός της κίνησης του ώμου, μπορεί να εξουδετερωθεί με εκπαίδευση στις αντιδράσεις ισορροπίας και υποβοηθούμενη ανύψωση του ώμου σε πλήρες εύρος.

Φιξαρισμένες θέσεις της κεφαλής. Αποφεύγονται με εκπαίδευση επαρκούς ισορροπίας και αντιδράσεις στάσεως, καθώς και αποφυγή των παθολογικών προτύπων κίνησης.

ΕΠΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΙΝΗΣΗΣ

Τα προβλήματα του κινητικού ελέγχου στη ΣΚΠ είναι πολλά και συχνά. Τα συμπτώματα καλύπτονται από άλλα, δημιουργώντας συγκεχυμένη και παραπλανητική εικόνα της κινητικής δυσλειτουργίας. Η λεπτομερής φυσικοθεραπευτική αξιολόγηση, θα εξακριβώσει τα προβλήματα του κινητικού ελέγχου που θα προκληθούν από ανωμαλίες της στάσης, της ισορροπίας, του μυϊκού τόνου και συντονισμού της κίνησης.

Η εκμάθηση και προσαρμογή στην αλλαγή είναι χαρακτηριστικό όλων των

σπονδυλωτών κεντρικών συστημάτων και περισσότερο αναπτυγμένο στα πρωτεύοντα, ιδιαίτερα στον άνθρωπο. Οι νευρικοί μηχανισμοί της μάθησης παραμένουν υπό συζήτηση, άλλα στοιχεία από πειράματα ζώων, δείχνουν ότι κάποιες αλλαγές συμβαίνουν σε τμήματα του ΚΝΣ και ιδιαίτερα στις συνάψεις. Αρκετές μελέτες δείχνουν, ότι όμοιες πλαστικές αλλαγές στο ΚΝΣ συμβαίνουν στον άνθρωπο. Τέτοιες συνθετικές αλλαγές μπορεί να είναι όμοιες με εκείνες που φαίνονται να συμβαίνουν όταν αποκτάται μια καινούρια κινητική δραστηριότητα (Globus, 1973 ; Greenough, 1976). Όμως, μια προσέγγιση στη φυσικοθεραπεία, η οποία ενσωματώνει τη μάθηση καινούριων κινητικών δραστηριοτήτων, χρειάζεται πολυάριθμες επαναλήψεις των κινήσεων και κατά συνέπεια απαιτεί καλό βαθμό κίνησης από τον ασθενή (De Souza, 1983).

Για να συντηρήσουμε το κίνητρο οι ασκήσεις θα πρέπει λειτουργικά να προσανατολίζονται στο πραγματικό κόσμο του ασθενή, δηλαδή στις δραστηριότητες της πραγματικής του ζωής. Επίσης, η εκπαίδευση του ασθενή, ώστε να δείχνει και να εξηγεί τη λογική των ασκήσεων αυξάνει τη γνώση της σωματικής διαχείρισης προς την ασθένεια.

Σε όλες τις διαδικασίες εκμάθησης, οι περίοδοι κινητικής εκμάθησης ακολουθούνται από περιόδους εδραίωσης των νεοαποκτηθέντων γνώσεων. Κατά τη διάρκεια των περιόδων εδραίωσης, ο ασθενής φαίνεται να μη κάνει καμία απολύτως πρόοδο στη θεραπεία. Τέτοιες περίοδοι στασιμότητας, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να ανακεφαλαιωθούν οι κινήσεις που έχουν ήδη διδαχτεί. Κατά συνέπεια όταν ο ασθενής, δε δείχνει καμία νέα πρόοδο στη θεραπεία, η ενίσχυση και η εδραίωση της προηγούμενης θεραπείας ενδείκνυται, και όχι η διακοπή της θεραπείας όπως συμβαίνει πολύ συχνά. Οι περίοδοι κινητικής εκμάθησης και εδραίωσης, ποικίλλουν από ασθενή σε ασθενή, αλλά φαίνεται να εξαρτώνται γενικά από την ηλικία και τη διάρκεια της ασθένειας.

Για να μάθει τη σωστή δύναμη, κατεύθυνση και χρόνο της κίνησης, η όλη κίνηση πρέπει να επαναλαμβάνεται, διορθώσεις σε ανακριβείς κινήσεις, μπορούν να γίνουν από τους θεραπευτές σε μέρος της όλης κινητικής δραστηριότητας. Αυτό είναι πολύ πιο εύκολο για τον ασθενή να το μάθει από ότι να διδαχτεί διάφορες μεμονωμένες κινήσεις που θα πρέπει μετά να τις οργανώσει σε ένα συνδυασμένο κινητικό πρότυπο.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΙΝΗΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Αταξία: Η αντιμετώπιση της κινητικής αταξίας, αυτής δηλαδή που οφείλεται σε παρεγκεφαλιδική βλάβη πετυχαίνει, όταν ο ασθενής τοποθετείται σε θέσεις ενάντια στη βαρύτητα, σύμφωνα με την ακολουθία της φυσιολογικής ανάπτυξης (πρηγής

στους αγκώνες, καθιστή, τετραποδική, γονατιστή, ημιγονατιστή κλπ), καθώς και με τεχνικές που δίνουν καταπληκτικά αποτελεσματική σταθεροποίηση. Για να επιτευχθεί η σταθερότητα στάσης, ο θεραπευτής θα πρέπει να κατευθύνει τη τακτική της θεραπείας στην ενθάρρυνση του ασθενή να κερδίσει τον έλεγχο του κέντρου βάρους σώματος. Ο ασταθής αταξικός ασθενής γενικά χαμηλώνει το κέντρο βάρους με κάμψη των ισχίων. Σε αυτή τη στάση ο ασθενής, πιθανότατα να νιώθει πιο σταθερός, αλλά μειονεκτεί όταν προσπαθεί να περπατήσει. Επιπλέον, υπάρχει ο κίνδυνος ανάπτυξης λειτουργικών αντανεκλαστικών συσπάσεων στο ισχίο. Ο ασθενής θα προσπαθήσει να πετύχει περισσότερη σταθερότητα, ακινητοποιώντας το κορμό και

σφίγγοντας τα γόνατα σε υπερέκταση. Για να διορθώσει αυτή τη τυπικά ανώμαλη στάση ο φυσικοθεραπευτής θα πρέπει να κατευθύνει τη θεραπεία σε αναμόρφωση των εκτατικών μυών του ισχίου πρώτα. Κατόπιν θα πρέπει να ενθαρρύνεται η πρόσθια κλίση της λεκάνης. Οι ασκήσεις οφείλουν να γίνονται σε γονυπετή ή τετραποδική στήριξη αν ο ασθενής φαίνεται ασταθής ή φοβάται τη πτώση. Όταν ο ασθενής κερδίσει κάποιο έλεγχο έκτασης του ισχίου και της κλίσης της λεκάνης, ο θεραπευτής θα πρέπει να προχωρήσει σε αναμόρφωση του μυϊκού ελέγχου στο γόνατο. Για τη συντήρηση και βελτίωση του συντονισμού δύο περιοχές του ελέγχου κίνησης πρέπει να λαμβάνονται υπόψη.

Η πρώτη περιλαμβάνει αναμόρφωση των ολικών σωματικών κινήσεων και επικεντρώνεται στον έλεγχο της κεφαλής και του σωματικού άξονα. Η περιστροφή από ύπτια σε πρηγή θέση, η περιστροφή του κορμού σε διάφορες θέσεις και οι περιστροφικές κινήσεις βοηθούν την ανάπτυξη του συντονισμού που απαιτείται στα περιστροφικά συστατικά των κινήσεων. Η ικανότητα κίνησης της κεφαλής και του κορμού σε τακτικά χρονικά διαστήματα και η περιστροφή γύρω από τον άξονα του σώματος είναι βασική για λειτουργικές κινήσεις, όπως η μεταφορά και το βάδισμα.

Η δεύτερη περιοχή κινητικού ελέγχου που είναι φρόνιμο να συμπεριληφθεί, είναι αυτή του συντονισμού των μυϊκών ομάδων, των αγωνιστών και ανταγωνιστών των άκρων.

Οι βασικές κινήσεις στις οποίες θα πρέπει να στρέψουμε τη προσοχή μας, είναι η έκταση των άνω άκρων και το βάδισμα στα κάτω άκρα. Τα βασικά σημεία ελέγχου κίνησης επικεντρώνονται στους ώμους και τα ισχία. Οι μύες περιστροφής σε αυτές τις αρθρώσεις είναι ανατομικά και λειτουργικά σύνθετοι και η ικανότητα αυτών των μυϊκών ομάδων, είτε να σταθεροποιήσουν, είτε να κινήσουν τις κεντρικές συνθέσεις κατάλληλα, είναι αυτή που αποφασίζει την εκτέλεση των κινήσεων στο άκρο.

Το διαγώνιο τόξο κίνησης μπορεί να ενθαρρυνθεί με τη χρήση προληπτικών νευρομυϊκών τεχνικών. Η χρήση του χειρισμού επαφής, πρέπει να κατευθύνει τη πορεία της κίνησης και αν είναι απαραίτητο θα εφαρμόσει και κάποια αντίσταση για να ενθαρρύνει το μυϊκό συντονισμό στους κεντρικούς συνδέσμους. Σημαντικό είναι, να εφαρμόζεται μικρή αντίσταση, λόγω της εύκολης κόπωσης του ασθενούς.

Η τεχνική της αντίστροφης σταθεροποίησης που μας δίνει η PNF μας δείχνει ότι με τη χρήση εναλλακτικών ισοτονικών συσπάσεων, αντιτάσσουμε αρκετή αντίσταση, ώστε να εμποδίσουμε τη κίνηση, προκαλώντας αύξηση της σταθερότητας και της ισορροπίας αλλά και αύξηση της μυϊκής δύναμης. Επίσης, με τη τεχνική αντιστροφής των ανταγωνιστών στη δυναμική αντιστροφή μπορούμε να αλλάξουμε τη κατεύθυνση της ενεργητικής κίνησης σε άλλη πορεία χωρίς η κίνηση να σταματά και έτσι πετυχαίνουμε την ανάπτυξη συντονισμού που τον χρειαζόμαστε στη τελική προσπάθεια των λειτουργικών κινήσεων.

Αφού αντιμετωπίσουμε το κορμό, μπορούμε να συνεχίσουμε με την «χειραγώγηση» της αταξίας στις κινήσεις των άκρων, χρησιμοποιώντας βάρη γύρω από τον καρπό ή τη ποδοκνημική. Με αυτό πετυχαίνουμε την αύξηση της ιδιοδέκτριας επανατροφοδότησης κατά τη διάρκεια των ασκήσεων του θεραπευτικού μας προγράμματος και μειώνονται οι περιττές και άσχετες κινήσεις.

Εδώ, καλό είναι να σημειωθεί ότι οι γνώμες δίστανται όσον αφορά τη χρήση βαρών και περιχειρίδων για τη καταπολέμηση της αταξίας. Ερευνητές, υποστηρίζουν ότι δεν

υπάρχουν μακροχρόνια αποτελέσματα και ότι από τη μια πλευρά προκαλείται κόπωση στους μύες και από την άλλη ενώ η αταξία παραμένει σχεδόν αναλλοίωτη, μετά την αφαίρεση των βαρών χειροτερεύει. Είναι πάντως, κοινά αποδεκτό πως η χρήση βαρών θα πρέπει να αποφεύγεται όπου οι μύες είναι αδύνατοι.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΕ ΣΚΠ ΜΕ ΑΤΑΞΙΑ

Κύριοι στόχοι της θεραπείας είναι:

- Διατήρηση της ισορροπίας
- Μεταφορές βάρους
- Αύξηση στατικής σταθερότητας
- Απόκτηση ελέγχου Κ.Β στη μεταφορά βάρους
- Ενθάρρυνση διατήρησης Κ.Β στη κίνηση
- Εξέλιξη από ευρεία σε μικρότερη βάση στήριξης
- Συνέργεια δυναμικών κινήσεων
- Πρότυπα κίνησης
- Αύξηση του λεπτού των προτύπων κίνησης
- Εξέλιξη από απλά σε σύνθετα πρότυπα
- Εξέλιξη από αργές σε γρήγορες κινήσεις
- Εντοπισμένο στη μέση γραμμή του σώματος
- Αδρές κινήσεις σώματος (πχ μεταφορές)
- Ελεύθερη κίνηση κεφαλής
- Αύξηση ελέγχου κινήσεων προς, από και γύρω από τη μέση γραμμή
- Ενθάρρυνση κινήσεων στροφής
- Εντοπισμένο στα άκρα
- Εκούσιες κινήσεις του σώματος
- Αύξηση κεντρικής σταθεροποίησης άκρου
- Ενθάρρυνση συνέργειας αγωνιστών ανταγωνιστών
- Εξέλιξη από μικρά σε μεγάλα εύρη κίνησης
- Μείωση ανάγκης για οπτική καθοδήγηση
-

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΤΡΟΜΟΥ

Η αντιμετώπιση του τρόμου μπορεί να γίνει με τρεις τρόπους (τεχνικές):

Η πρώτη τεχνική ονομάζεται, τεχνική ανάπτυξης προτύπων (patterning), η οποία χρησιμοποιείται από φυσικό/εργοθεραπευτές. Σε αυτή σχεδιάζουν και επαναλαμβάνουν κινητικά πρότυπα, τα οποία καλείται να εκτελεί ο ασθενής. Η διαδικασία αυτή βασίζεται σε μια θεωρία, η οποία αναφέρεται σε συγκεκριμένη μυϊκή ομάδα, την οποία μπορούμε να την εκπαιδύσουμε να κινηθεί σε διαμορφωμένο και συντονισμένο λειτουργικό επίπεδο, όπου με τη συχνή επανάληψη και τη χρήση της νευρολογικής τροχιάς που περικλείει τις λειτουργικές κινήσεις του στόχου, μπορούμε να τον πετύχουμε αρκετά αποτελεσματικά. Οι φυσιολογικές αυτές κινήσεις καθοδηγούνται και βοηθούνται από το θεραπευτή, μέχρι να γίνουν αυτόματες. Στο τέλος, προστίθεται και αφαιρείται η ελάχιστη αντίσταση, καθώς ο ασθενής ανεξάρτητα πλέον επαναλαμβάνει τα πρότυπα πολλές φορές. Η συγκεκριμένη μυϊκή ομάδα βαθμιαία εμφανίζει αυξημένη αντοχή στη συγκεκριμένη λειτουργική κίνηση που έχει εκπαιδευτεί και έτσι πετυχαίνουμε να εξασφαλίσουμε αναχαίτιση του τρόμου και έλεγχο ταυτόχρονα των λειτουργικών κινήσεων.

Η δεύτερη τεχνική, η λεγόμενη ακινητοποίηση (immobilization), αναφέρεται στη τοποθέτηση μιας σταθερής στήριξης κατά μήκος μιας άρθρωσης, σταθεροποιώντας την σε μια συγκεκριμένη θέση, έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθεί η ένταση του τρόμου και άρα να ελαττωθεί ο αριθμός των άσκοπων κινήσεων. Η ακινητοποίηση είναι πιο χρήσιμη στη ποδοκνημική και στο ισχίο, γιατί παρέχουν μια σταθερή βάση για την όρθια θέση και τη βάδιση. Μπορεί επίσης, να χρησιμοποιηθεί στο βραχίονα και την άκρα χείρα. Ανάλογα με τους λειτουργικούς στόχους καθορίζεται και η επιθυμητή θέση ακινητοποίησης (γράψιμο, φαγητό κτλ). Προφανώς, η στήριξη η οποία χρησιμοποιείται για την ακινητοποίηση του βραχίονα ή του χεριού, στο τέλος απομακρύνεται.

Η Τρίτη τεχνική, είναι η τεχνική τοποθέτησης βάρους (weighting). Αναφέρεται δε, στη πρόσθεση βάρους σε ένα μέρος του σώματος, ώστε να του δίνει τη δυνατότητα για αυξημένο έλεγχο σε σχέση με τις όποιες λειτουργικές κινήσεις. Η θεωρία που βρίσκεται πίσω από αυτή τη προσέγγιση, βασίζεται στην αντίληψη που λέει, ότι όταν επιδράσει ένα βαρύτερο αντικείμενο, θα ενεργοποιηθούν περισσότεροι μύες για τη σταθεροποίηση ενός απομακρυσμένου σημείου του σώματος (χέρια, καρποί, ποδοκνημικές κλπ). Αυτή λοιπόν, η ενέργεια σταθεροποίησης τείνει να μειώσει το τρόμο και να δίνει μεγαλύτερη αισθητηριακή ανατροφοδότηση στον εγκέφαλο. Εντούτοις, πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η τεχνική αυτή έχει μικρή αξία σε ασθενείς με έντονη μυϊκή αδυναμία ή μεγάλου βαθμού τρόμο, για το λόγο ότι συνήθως απαιτούνται μεγαλύτερα βάρη (750 - 1000gr) για τον έλεγχο του τρόμου και μπορεί έτσι, να προκαλέσουν κόπωση στον ασθενή. Επιπλέον, έρευνες έχουν δείξει ότι τα βάρη μπορούν να προκαλέσουν επιδείνωση της αταξίας σε ασθενείς με ανάλογο πρόβλημα.

Οι τεχνικές που προαναφέρθηκαν, χρησιμοποιούνται αρχικά για το τρόμο, ο οποίος εμφανίζεται στα άκρα. Ο σκοπός τους είναι να διδάξουν στα άτομα με ΣΚΠ πώς να ισοσκελίζουν το τρόμο, δίνοντας μεγαλύτερη σταθερότητα στα άκρα. Τα διάφορα προσαρμοστικά μηχανήματα και βοηθητικά μέσα, μπορούν με τη κατάλληλη εκπαίδευση να βοηθήσουν πολλές δραστηριότητες, όπως γράψιμο, ντύσιμο,

μαγείρεμα κτλ. Ο τρόμος στο κεφάλι, αυχένα και στον άνω κορμό είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπισθεί σε σχέση με τα υπόλοιπα άκρα. Η σταθεροποίηση του αυχένα με κολάρο μπορεί ίσως να δώσει μια κάποια, μικρή βοήθεια.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΕΙΑΣ

Το πρόβλημα ισορροπίας και συνέργειας στη ΣΚΠ μπορεί να είναι αποτέλεσμα ανωμαλιών σχεδόν σε κάθε τμήμα του Κ.Ν.Σ . βασικά εμπλέκεται η παρεγκεφαλίδα. Το παρεγκεφαλιδικό σύνδρομο, μπορεί να έχει αποτέλεσμα την εμφάνιση αταξίας με ασυνέργεια, σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος ή σε όλα τα άκρα, ή μπορεί να προκαλέσει τρόμο, ο οποίος αυξάνεται κατά τη διάρκεια της κίνησης. Βλάβες στο εγκεφαλικό στέλεχος, μπορεί να εμφανίζουν πανομοιότυπα συμπτώματα, αφού η εκροή των νευρικών οδών της παρεγκεφαλίδας περνούν μέσα από το εγκεφαλικό στέλεχος (brainstem). Γνωρίζουμε ότι οι οπίσθιες δέσμες μεταφέρουν αισθητηριακές πληροφορίες από τα άκρα προς τον εγκέφαλο. Αφού η αίσθηση της θέσης είναι σημαντική στην ισορροπία, η απομυελίνωση των οπίσθιων δεσμών έχει ως αποτέλεσμα προβλήματα στην ισορροπία. Αυτές οι οδοί, επειδή διανύουν μεγάλες αποστάσεις στο νωτιαίο μυελό, επηρεάζονται σε διάφορα νευρολογικά επίπεδα, δημιουργώντας ποικιλία βλαβών.

Τα οπτικά νεύρα συχνά απομυελινώνονται και η απουσία της απαιτούμενης οπτικής πληροφορίας μπορεί να επηρεάσει ουσιαστικά την ισορροπία. Τέλος, στη περιοχή των βρεγματικών λοβών γνωρίζουμε ότι οργανώνεται ένα ποσοστό αισθητηριακής πληροφορίας. Όταν λοιπόν, υπάρχουν βλάβες, δεν υπάρχουν φυσιολογικές πληροφορίες. Αυτό συχνά, συμβαίνει σε ένα επίπεδο κάτω από τη συνείδηση και ο ασθενής δε μπορεί να γνωρίζει τη φτώχη του ισορροπία, με αποτέλεσμα να γίνεται ακόμη δυσκολότερη η αποκατάσταση.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΝΕΡΓΙΑΣ

Η συνέργεια εμπεριέχει πολλά στοιχεία του κινητικού ελέγχου. Για το συγκεκριμένο λόγο, αρμόζει κάθε τμήμα να εξετάζεται ξεχωριστά, για να υπάρχει μια ολοκληρωμένη αλλά και ταυτόχρονα τμηματική αξιολόγηση της συνέργειας του κάθε ασθενή. Ο απαιτούμενος κινητικός έλεγχος στο χώρο περιλαμβάνει την ικανότητα του κάθε ασθενή να ελέγχει τρεις συνισταμένες : τη κατεύθυνση, τη ποιότητα, τη ταχύτητα.

Η παρουσία και ο βαθμός του τρόμου μπορούν να καταγραφούν ακόμη και σε cm. Ο έλεγχος της ταχύτητας μπορεί να εκτιμηθεί, παρατηρώντας αν και πώς ο ασθενής κτυπά τα χέρια του ή πώς κτυπά ξεχωριστά με τη πτέρνα του ποδιού του το πάτωμα. Αναλύοντας, τη ταχύτητα της κίνησης πρέπει να αξιολογείται και να καταγράφεται ο έλεγχος της ταχύτητας, ο έλεγχος της κατεύθυνσης, η ακρίβεια, ο έλεγχος της

αντίδρασης σε σύγκρουση και ο έλεγχος της αντίστροφης κίνησης.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ

Η ισορροπία περιλαμβάνει πολλά στοιχεία του κινητικού ελέγχου. Η ισορροπία της στάσης αρχικά εκτιμάται με τον ασθενή να στέκεται άνετα, χωρίς υποβοηθητικές συσκευές, προοδευτικά η βάση στήριξης (9 η απόσταση ανάμεσα στα πόδια) μικραίνει, έως ότου τα πόδια να βρίσκονται σε επαφή. Τότε ζητείται από τον ασθενή να κλείσει τα μάτια του και ο εξεταστής σπρώχνει απαλά τους ώμους του ασθενή, για να παραχθεί στιγμιαία ανισορροπία (Romberg test).

Αυτό στη συνέχεια μπορεί να επαναληφτεί με το ένα πόδι μπροστά και το άλλο πίσω. Η ισορροπία στη καθιστή θέση εκτιμάται ζητώντας από τον ασθενή να καθίσει και ο εξεταστής παρατηρεί τη σταθερότητα του κορμού κατά τη διάρκεια σπρωξιμάτων στο κορμό και τη λεκάνη.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΝΕΡΓΕΙΑΣ

Όταν δουλεύουμε τις δραστηριότητες ισορροπίας, είναι σημαντικό να δουλεύουμε από χαμηλό προς υψηλό κέντρο βάρους, από στατικές σε δυναμικές δραστηριότητες, όπου θα πρέπει να έχουν κάποια πρόκληση για τον ασθενή. Να μην είναι δύσκολες, γιατί οι δύσκολες ασκήσεις μπορεί να προκαλέσουν αύξηση της σπαστικότητας και κατά συνέπεια μείωση της ισορροπίας. Είναι πολύ χρήσιμο, να διευκολύνουμε τον ασθενή και κατόπιν να αρχίζει δραστηριότητες, πχ οι όποιες δραστηριότητες ισορροπίας θα ήταν πολύ καλό να ακολουθούν ένα αργό λίκνισμα ή μεταφορά βάρους.

Η οπτική παρατήρηση έχει αποδειχτεί πολύ χρήσιμη στη βελτίωση της ισορροπίας. Βάζουμε τον ασθενή να συγκεντρωθεί σε ένα αντικείμενο που βρίσκεται σε απόσταση 10 cm και κατόπιν μειώνουμε την απόσταση (5cm). Επαναρυθμίζει τη παρατήρησή του. Αναπτύσσοντας την ακολουθία θέσεων μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της ισορροπίας σε λειτουργικές θέσεις. Η ίδια η ακολουθία συστήνεται προοδευτικά από μια πλατιά βάση, χαμηλό κέντρο βάρους σε περισσότερο δύσκολες θέσεις. Ο θεραπευτής σε αυτό το στόχο για την αντιμετώπιση της ισορροπίας οφείλει να ξεχωρίσει την αδυναμία από τα προβλήματα ισορροπίας και άρα θα πρέπει η αδυναμία και η σπαστικότητα να αντιμετωπίζονται πριν τη θεραπευτική αγωγή και την ισορροπία.

5.7 ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η χρήση βοηθημάτων κίνησης από τους ασθενείς που φέρουν τη νόσο της σκλήρυνσης κατά πλάκας, έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, που πρέπει να ληφθούν υπόψη. Φανερά πλεονεκτήματα, είναι η βοήθεια του ασθενή να περπατήσει μακρύτερα ή γρηγορότερα ή να περπατήσει με καλύτερο βάδισμα. Σε μερικές περιπτώσεις τα βοηθήματα αυτά, μπορεί να αυξήσουν τη σταθερότητα του ασθενή ή να μειώσουν την εξάντληση. Για πολλούς ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας η

χρήση τέτοιων βοηθημάτων τους δίνει τη δυνατότητα, να παραμείνουν και να αναβάλλουν την ανάγκη της συνεχούς χρήσης αναπηρικής πολυθρόνας

Ο φυσικοθεραπευτής χρειάζεται να γνωρίζει τις επιβλαβείς συνέπειες των αναπηρικών βοηθημάτων και να ασκήσει τη κατάλληλη προσοχή και προφύλαξη για να τα ελαχιστοποιήσει. Αυτά τα επιβλαβή αποτελέσματα περιγράφονται από τον

Todd (1982). Πρώτον, το κατασταλτικό αποτέλεσμα της σπαστικότητας της ανοχής βάρους μέσα από τα κάτω άκρα θα μειωθεί. Δεύτερον, αλλαγές στη στάση θα προξενήσουν πλευρική μεταβολή αν χρησιμοποιείται μονόπλευρη υποστήριξη ή προς τα εμπρός κλίση του κορμού με κλίση του γοφού, όταν χρησιμοποιείται αμφίπλευρη υποστήριξη. Τρίτον, καθώς μειώνονται οι φυσιολογικές κινήσεις της κεφαλής και του κορμού, θα υπάρξει μείωση των αντιδράσεων ισορροπίας που με τη σειρά τους αλλοιώνουν το μυϊκό τόνο

Ο φυσικοθεραπευτής, θα χρειαστεί να δώσει ασκήσεις και δραστηριότητες που θα αναπληρώσουν, την αναπόφευκτη απώλεια της κινητικής ικανότητας και τις ευκαιρίες του ασθενή για φυσιολογική κίνηση. Τα επιβλαβή αποτελέσματα που προαναφέρθηκαν, επιδεινώνονται περισσότερο αν τα βοηθήματα βάδισης είναι φτωχά εφαρμοσμένα στο κάθε ασθενή. Εκτός της προληπτικής αγωγής της θεραπείας που είναι απαραίτητη για τη καταπολέμηση των επιβλαβών αποτελεσμάτων της χρήσης στηριγμάτων, ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να εφαρμόσει θεραπεία για τη διατήρηση κίνησης και αύξησης δύναμης στα άνω άκρα. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς ο ασθενής με ΣΚΠ μπορεί σταδιακά να εξαρτάται όλο και περισσότερο από υποστήριξη των άνω άκρων για την ανάκτηση της κίνησης

Εξαιτίας της προοδευτικής φύσης της ασθένειας, το είδος των βοηθημάτων βαδίσματος που εφαρμόζεται στους ασθενείς πρέπει να αναθεωρείται σε τακτικά χρονικά διαστήματα. Η συνέχιση της θεραπείας είναι επίσης, απαραίτητη στη περίπτωση που ο ασθενής κυκλοφορεί με υποστηρίγματα κατά τη διάρκεια ανάρρωσης από υποτροπή

Τέλος, οι ασθενείς που στηρίζονται σε στηρίγματα των άνω άκρων για τη κίνηση, είναι συχνά επιρρεπείς σε τραυματισμούς των μυών και των τενόντων, ιδιαίτερα στους ώμους. Τέτοιοι τραυματισμοί πρέπει να θεραπεύονται ενεργά από το φυσικοθεραπευτή, όταν βρίσκονται σε οξεία φάση και η ανάπτυξη χρόνιων τραυματισμών να αποφεύγεται όπου είναι δυνατόν

(Κεκάτος, 2001 ; Souza, 1997).

Η χρήση νάρθηκα χρειάζεται να χορηγείται με την ίδια προφύλαξη όπως τα βοηθήματα βάδισης. Ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να γνωρίζει ότι από τη στιγμή που μια σύνδεση ακινητοποιείται από ένα νάρθηκα οποιαδήποτε υπολείπουσα κίνηση του συνδέσμου θα χαθεί, με συνέπεια να πρέπει άμεσα να ξεκινήσει θεραπευτική αγωγή. Αν και ο νάρθηκας, μπορεί να ανακουφίσει μερικά προβλήματα κίνησης, άλλα κινητικά συμπτώματα, όπως η σπαστικότητα μπορεί να επιδεινωθεί. Τακτικές εκτιμήσεις του ασθενή θα βοηθήσουν το θεραπευτή να εξακριβώσει τέτοια γεγονότα

Όταν επιβάλλεται να δοθούν βοηθήματα κίνησης, ο φυσικοθεραπευτής πρέπει πρώτα να αξιολογήσει τον ασθενή με σκλήρυνση για να αποφασίσει το καταλληλότερο είδος βοήθειας. Η χρήση βοηθημάτων πρέπει να ενσωματωθεί σε ένα

σχέδιο μακροχρόνιας θεραπείας, με βραχυπρόθεσμους στόχους που καθορίζονται από τους σκοπούς της θεραπείας σε συγκεκριμένα προγράμματα ανάκτησης του βαδίσματος

Είναι σημαντικό οι στόχοι να συζητούνται με τον ασθενή και την οικογένεια του. Ακόμη όμως σημαντικότερο είναι, τα βοηθήματα κίνησης να συστήνονται στους ασθενείς με ευαισθησία, καθώς πολλοί ασθενείς βλέπουν το μπαστούνι και τις πατερίτσες σαν σύμβολο της ανικανότητας τους και την ανάγκη χρήσης τους σα σημάδι ότι η πάθηση τους χειροτερεύει. Πρέπει, λοιπόν να ενθαρρύνεται μια θετική στάση στη χρήση βοηθημάτων στήριξης, ώστε ο ασθενής να κατανοήσει τα πλεονεκτήματα της βελτιωμένης κίνησης

\ (Κεκάτος, 2001 ; Souza,1997).

Ο χειρισμός του ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας μέχρι την ακινησία

Είναι πιθανό, σε κάποιο σημείο της διαδρομής της πάθησης, να χρειαστεί ο ασθενής μια μηχανική στηρικτική υποβοήθηση. Αυτό βέβαια, θα γίνεται σε συνεργασία και με προτροπή του ειδικού και δε θα πρέπει να δημιουργεί ούτε συναίσθημα απογοήτευσης, ούτε αφορμή για αποφυγή της προσπάθειας βάδισης. Ανάλογα με το βαθμό δυσκολίας της κινητικής λειτουργίας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν βοηθητικό μέσο κίνησης η βακτηρία κάποιας από τις παρακάτω μορφές :

Μπαστούνι: κλασικό στηρικτικό μέσο, με μικρό ύψος, μπορεί είτε να είναι από ξύλο είτε από μέταλλο. Η στήριξη γίνεται με το χέρι σε ελαφρά κάμψη.

Καναδικού τύπου: είναι από ελαφρύ μέταλλο. Η βοηθητική του ικανότητα βασίζεται στη στήριξη του αγκώνα, ο οποίος είναι σε ελαφρά κάμψη. Θεωρούνται βολικές οι βακτηρίες με δυνατότητα ικανοποιητικής στήριξης. Στη βάση τους πρέπει να τοποθετείται ελαστικό προστατευτικό κάλυμμα, για να μη γλιστρά ο ασθενής.

Υπομασχάλιες: είτε από ξύλο, είτε από μέταλλο, αποτελούν ένα παλιό και στηρικτικό μέσο. Το ύψος τους μπορεί να φτάνει κάτω από τη μασχάλη του ασθενούς και πρέπει να αποφεύγεται η συμπίεση της μασχάλης κατά τη φάση στήριξης.

Βακτηρία στήριξης 4 σημείων: είναι ένα στηρικτικό μέσο που παρέχει μεγάλη δυνατότητα στήριξης, διότι αφαιρεί την υποχρέωση της διατήρησης της ισορροπίας του ασθενή, αφού έχοντας 4 σημεία στήριξης στηρίζεται μόνο του. Παρέχει πλήρη στήριξη αρκεί να μην το σέρνει ο ασθενής κατά τη διάρκεια της βάδισης αλλά σηκώνοντας το να το επανατοποθετεί με κάθετη φορά και να αποφεύγει να εισέρχεται πολύ μέσα στη καμπύλη στήριξης.

Η βάδιση με βακτηρία γίνεται με διάφορες μεθόδους και εξαρτάται από το ποιο πόδι αισθάνεται αδύναμο ή ποιο χέρι αισθάνεται πιο σταθερό. Πάντως θεωρούμε καλύτερη μέθοδο αυτή κατά την οποία ο ασθενής αισθάνεται πιο βολικά και πιο ασφαλής.

Ασκήσεις ισορροπίας θα δυναμώσουν τη στηρικτική ικανότητα με τη χρήση

βακτηρίας. Οι βακτηρίες πάντως δε θα πρέπει να θεωρηθούν ως οριοθέτηση σταδίου κινητικότητας. Με την εφαρμογή του κατάλληλου προγράμματος αποκατάστασης, είναι πολύ πιθανόν να χρειαστούν για περιορισμένο μόνο διάστημα (Κεκάτος, 2001 ; Souza, 1997).

Ειδικά αμαξίδια

Η χρήση του ειδικού αμαξιδίου σαν υποστηρικτικό μέσο μετακίνησης, θα βελτιώσει σημαντικά το ποιοτικό επίπεδο του ανθρώπου, που είτε αδυνατώντας να περπατήσει από μόνος του ή κουρασμένος υπερβολικά, περιορίζει αναγκαστικά και το πεδίο μετακίνησης

Η χρήση του ειδικού αμαξιδίου πρέπει να αντιμετωπιστεί με ψυχραιμία και ο ασθενής βλέποντας ότι αυτό διευκολύνει τη μετακίνηση του θα αφοσιωθεί περισσότερο στο πρόγραμμα αποκατάστασης. Η χρήση του, μπορεί να θεωρηθεί βοηθητική ή μερικής εφαρμογής όταν υπάρχει η δυνατότητα έστω και για λίγο, υποστήριξης με βακτηρία

Υπάρχουν φυσικά, διάφορα είδη αμαξιδίων ανάλογα με το βάρος, το σχεδιασμό και τη δυνατότητα ηλεκτροκίνητης μετακίνησης. Θεωρούμε πάντως, ότι ένα χειροκίνητο, με καλή στήριξη του σώματος, ελαφρύ, εύχρηστο ειδικό αμαξίδιο, που θα έχει τη δυνατότητα να διπλώνει για να είναι πιο εύκολο, μεταφερόμενο σε αυτοκίνητο, είναι ότι καλύτερο και πρακτικότερο για τον ασθενή που κρίνεται ότι του χρειάζεται

Κύρια συνθήκη ασφάλειας θα είναι το φρένο, το οποίο χρειάζεται να είναι σε λειτουργία, όταν το αμαξίδιο είναι σταθμευμένο. Η πρακτική άσκηση της μετακίνησης πρέπει να γίνεται σε χώρο με λίγα εμπόδια, σε διάφορες κατευθύνσεις και σε επίπεδα με ελαφρές κλίσεις, είτε ανηφορικές, είτε κατηφορικές. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στο πέρασμα των σκαλοπατιών, που ειδική τεχνική με στήριξη στις πίσω ρόδες και συνοδό να συγκρατεί, θα εξασφαλίσει τη σίγουρη και ασφαλή διάβαση

(Κεκάτος, 2001 : Souza, 1997).

Η προσθήκη ειδικού σημείου αντανάκλασης, για να είναι ορατό το αμαξίδιο τις απογευματινές ώρες και η δυνατότητα προσαρμογής ειδικού στηρικτικού δίσκου για εργασία ή φαγητό πάνω στο αμαξίδιο θα βελτιώσει τη δυνατότητα αξιοποίησης του. Πρέπει τέλος, να αποφεύγεται το σύνδρομο εξάρτησης, που αποκτάται από την υπερβολική χρήση του αμαξιδίου, όταν υπάρχει έστω και περιορισμένη κινητική, στηρικτική δυνατότητα



Εικόνα 21



Εικόνα 22 (Η επιλογή ειδικού βοηθήματος αποστήριξης της κίνησης είναι ξεχωριστή για κάθε ασθενή, ανάλογα με τη κλινική κατάσταση στην οποία βρίσκεται)

Πρόληψη πληγών κατακλίσεως

Οι κατακλίσεις παρουσιάζονται σαν επιπλοκή, όταν απαιτείται μακροχρόνια παραμονή στο κρεβάτι, ή ακόμη πιο εύκολα, όταν συνυπάρχει έλλειψη αίσθησης και εκούσιας κίνησης με ταυτόχρονη απώλεια του αγγειοκινητικού ελέγχου. Ενώ είναι δυνατόν, να δημιουργηθούν κατακλίσεις στο κρεβάτι που τις προκαλεί. Η κύρια αιτία των κατακλίσεων είναι η πίεση. Εξ αιτίας αυτής της πίεσης, το ζωογόνο οξυγόνο, που μεταφέρεται στο αίμα, δε μπορεί να περάσει μέσα από τη περιοχή, που πιέζεται. Κατά συνέπεια το δέρμα και οι ιστοί παρακμάζουν και νεκρώνονται. Οι νεκροί ιστοί αρχίζουν να μολύνονται και ένα εξελισσόμενο έλκος σχηματίζεται. Τα πιο επικίνδυνα τμήματα που μπορεί να αναπτυχθεί μια κατάκλιση είναι:

Ύπτια θέση: ώμοι, ιερό οστό, τροχαντήρες, κνήμες και πτέρνες

Πλάγια θέση: αγκώνες, ισχιακά κυρτώματα, έσω μηριαίοι κόνδυλοι, σφυρά, πτέρνες και δάκτυλα

Καθιστή θέση: αγκώνες, ισχιακά κυρτώματα, έσω μηριαίοι κόνδυλοι, σφυρά, πτέρνες και δάκτυλα.

Οι κατακλίσεις μπορεί να αποφευχθούν και η πρόληψη αποτελεί το πρώτο βήμα για την επανεκπαίδευση. Έτσι, το πρώτο και πιο σημαντικό πράγμα που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι « όπου δεν υπάρχει πίεση, δεν υπάρχει κατάκλιση». Η δε πρόληψη, εξαρτάται αρχικά από τη συχνή ανακούφιση από τη πίεση σε σχέση πάντα με τη σωστή θέση του αρρώστου (Σιούτης, 2010).

Γύρισμα του ασθενούς

Ο ασθενής πρέπει να γυρίζει κάθε δυο ώρες, μέρα και νύχτα, ενώ το πολύ 4 ώρες είναι ο χρόνος, που συνιστάται μεταξύ των γυρισμάτων. Σε μια οξεία βλάβη,

χρησιμοποιούνται η ύπτια και η πλάγια θέση. Η πρηνής κατάκλιση θεωρείται ακατάλληλη για τους περισσότερους ασθενείς, ενώ είναι χρήσιμη μόνο σε περιπτώσεις ασθενών που δε παρουσιάζουν αντενδείξεις και που οι κατακλίσεις τους εντοπίζονται στο ιερό οστό, στα ισχία, στους τροχαντήρες, στις πτέρνες κλπ

Στη θέση αυτή πρέπει να ληφθεί φροντίδα ώστε οι πτέρνες, τα γόνατα, οι λαγόνιες ακρολοφίες και γενικά όλες οι ευαίσθητες περιοχές να είναι απαλλαγμένες από πίεση. Για το σκοπό αυτό, πιο χρήσιμο είναι να τοποθετηθεί ο ασθενής σε κρεβάτι με πολλά από κάτω μαξιλάρια

Όταν ο ασθενής μας έχει συμπτώματα παραπληγίας, οφείλει στη καθημερινή του ζωή να κάθεται πάντα σε ένα μαλακό επίπεδο (συνθετικού αφρολέξ) και πρέπει να ανασηκώνεται από τη πολυθρόνα στηριζόμενος στα πλευρικά στηρίγματα με τα άνω άκρα κάθε πέντε λεπτά και για μερικά δευτερόλεπτα

Έτσι επιτρέπεται η ελεύθερη κυκλοφορία του αίματος και η συντήρηση από αυτό των υποκείμενων ιστών του δέρματος, ενώ βοηθείται σημαντικά η νεφρική λειτουργία, με τη πρόληψη λιμνάσεων των άχρηστων προϊόντων.

Σε κάθε γύρισμα ή σήκωμα, το δέρμα ελέγχεται και οι τυχόν ρυτίδες ή συρρικνώσεις αντιμετωπίζονται κατάλληλα. Κάθε ένδειξη τοπικής πίεσης αποτελεί άμεση προειδοποίηση. Έτσι, αν ο άρρωστος βρει κόκκινο σημείο, πρέπει να μείνει στο κρεβάτι και να σιγουρευτεί ότι αυτή η περιοχή είναι τελείως ελεύθερη από πίεση μέχρι το κοκκίνισμα να εξαφανιστεί

Έχει παρατηρηθεί ότι η ανωτέρω περιγραφόμενη πρώτη αντιμετώπιση, σώζει από νοσηλεία αρκετών μηνών στο νοσοκομείο, που απαιτούνται όταν τα πρώτα σημεία μιας κατάκλισης παραμεληθούν. Το δέρμα πάντως, πρέπει να κρατιέται καθαρό και υγιές με τη φυσιολογική χρήση σαπουνιού και νερού. Σκόνη ταλκ, θα προτιμάται σε απολύτως στεγνό δέρμα, σε περιορισμένη ποσότητα, διότι υπάρχει φόβος το δέρμα να γίνει σκληρό και ευάλωτο σε τυχόν κατακλίσεις

Η μάλαξη τοπικά πάνω στα πρώτα σημεία μιας κατάκλισης αντενδείκνυται, ενώ η εφαρμογή της βαθιά στη γύρω περιοχή είναι χρήσιμη για τη βελτίωση της κυκλοφορίας και τη διατήρηση της ελαστικότητας και της κινητικότητας του δέρματος. Ο ασθενής πρέπει να σιγουρευτεί ότι τα καθίσματα του είναι καθαρά και λεία, ενώ τυχόν πτυχές ή ζαρωματιές μπορούν να προκαλέσουν πίεση στο δέρμα του. Στο ειδικό αμαξίδιο πρέπει πάντα να κάθεται σε ένα παχύ μαξιλάρι με ένα μαλακό γωνίωμα

(Κεκάτος, 2001; Souza, 1997).

Σκληρά αντικείμενα που υπάρχει περίπτωση να φυλάσσονται στις τσέπες του παντελονιού, όπως κλειδιά, νομίσματα και αναπτήρες, θα προκαλέσουν πίεση με μόνο το βάρος τους ή με το να κάθεται πάνω τους ο ασθενής, ειδικά όταν βρίσκεται στο καροτσάκι. Έτσι, θα φανεί πολύ χρήσιμη η εφαρμογή μεγάλης θήκης στη πλευρά του αναπηρικού καροτσιού για να μεταφέρονται καθημερινά τα απαραίτητα αντικείμενα

(Κεκάτος, 2001; Souza, 1997).

Φροντίδα πρέπει να ληφθεί από τον ασθενή, ώστε τα πόδια του να μη χτυπούν στα στηρίγματα του καροτσιού ή να μη πέφτουν έξω από αυτά. Επίσης, οι διάφορες μετακινήσεις, όπως από καρέκλα σε κρεβάτι, πρέπει να γίνονται με κάθε προσοχή για αποφυγή τυχόν τραυματισμού.

Στην ύπτια θέση πρέπει να τοποθετηθούν μαξιλάρια ανάμεσα στα γόνατα, κάτω από τις κνήμες και αντίθετα στα πέλματα, για πρόληψη πίεσεως του άκρου πόδα.

Στη πλάγια θέση τοποθετούνται μαξιλάρια ανάμεσα στα γόνατα και στα πόδια. Ενώ όσον αφορά την αντιμετώπιση πίεσης στο ισχίο, είναι χρήσιμο να ξαπλώνει ο ασθενής σε διπλά μαξιλάρια, ενώ τα πιεζόμενα σημεία να βρίσκονται στα κενά των μαξιλαριών.

Στη πρηνή θέση, φροντίδα πρέπει να παίρνεται για τους καθετήρες και τη τοποθέτηση των ποδιών και των γονάτων στα κενά διαστήματα.

Τέλος, ένα προσεκτικό ελαφρύ ντύσιμο είναι σημαντικό για τη πρόληψη κατακλίσεων. Αποφεύγεται τα ενδύματα να είναι πολύ στενά που να περιορίζουν τις κινήσεις, όσον αφορά τα παπούτσια, θα είναι ένα ή δυο μεγέθη μεγαλύτερα από ότι φορά ο ασθενής, φτιαγμένα από ένα μαλακό υλικό και ποτέ σφιχτοδεμένα. Έτσι, θα εμποδιστεί η εμφάνιση κατακλίσεων αλλά και οιδήματος στα κάτω άκρα που είναι πολύ σύνηθες φαινόμενο

(Κεκάτος, 2001; Souza, 1997).

Εκτός τώρα από το κρεβάτι που προαναφέρθηκε με τα μαξιλάρια, υπάρχει ειδικό περιστρεφόμενο κρεβάτι που επιτρέπει την εύκολη αλλαγή της θέσης και γενικότερα τη περιποίηση του αρρώστου.

5.8 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

ΟΡΙΣΜΟΙ

Η ποιότητα ζωής είναι μια έννοια που αλλάζει από εποχή σε εποχή και γίνεται αντιληπτή, διαφορετικά από το κάθε άτομο. Το γεγονός ότι δεν έχει καθοριστεί ακόμη με ένα συγκεκριμένο ομοίμορφο τρόπο, έχει ως αποτέλεσμα να υπάρχουν πολλές εννοιολογικές ασάφειες. Μετά το 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο, ο όρος ποιότητα ζωής, εκφράζει τη κατοχή υλικών αγαθών, χρήματος και τη διάθεση ελεύθερου χρόνου για τις δραστηριότητες και την ανάπαυση. Στη δεκαετία του 60 ο όρος περιλαμβάνει ακόμη, την εκπαίδευση, την υγεία, τη κοινωνική πρόνοια, την βιομηχανική και οικονομική ανάπτυξη. Στη δεκαετία του 70 δίνεται έμφαση προς τη κατεύθυνση της «προσωπικής ελευθερίας», της συναισθηματικής και ψυχοκοινωνικής ισορροπίας

(Θεοδώρου, 2001).

Η ποιότητα ζωής από τότε που παρουσιάστηκε για πρώτη φορά σαν έννοια, έχει οριστεί με διάφορους τρόπους. Μερικοί είναι οι παρακάτω :

Η ποιότητα ζωής αναφέρεται στην ευεξία, η οποία γίνεται αντιληπτή είτε ως αντικειμενικοί παράγοντες της ζωής ενός ατόμου είτε ως προσωπική εμπειρία της ζωής ενός ατόμου ή ως συνδυασμός και των δυο αντιλήψεων (Σαρρής, 2001).

Η ποιότητα ζωής συνδέεται με το συγκεκριμένο άτομο, κρίνεται καλύτερα από το άτομο αυτό, οι διάφορες αντιλήψεις αλλάζουν στο χρόνο και πρέπει να συνδέεται με όλες τις όψεις της ζωής

(Downie & Calman, 1997).

Η ποιότητα ζωής είναι η διαφορά μεταξύ των προσδοκιών και των φιλοδοξιών του ατόμου και της παρούσας κατάστασης. Η επίτευξη μιας καλής ποιότητας ζωής,

σημαίνει σμίκρυνση του διαστήματος μεταξύ των προσδοκιών και της πραγματικότητας

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Η ποιότητα ζωής δεν αφορά μόνο στη παρουσία ή στην απουσία σωματικής ασθένειας αλλά και σε πολλές άλλες διαστάσεις. Τέτοιες είναι :

Η εργασία

Ο ελεύθερος χρόνος

Οι διαπροσωπικές σχέσεις

Οι ψυχολογικές και συναισθηματικές πλευρές της ζωής

Η αντιμετώπιση και θεραπεία της νόσου

Η φυσική ευεξία

Η ψυχική ευεξία

Η κοινωνική ευεξία

Η προσωπική έλξη

Η νοοτροπία και η κουλτούρα

Οι οικονομικές συνθήκες

(Θεοδώρου, 2001; Downie & Calman, 1997).

Βασική προϋπόθεση για την ολοκλήρωση του ανθρώπου και την υψηλού επιπέδου ποιότητα ζωής αποτελεί η υγεία του ατόμου, η οποία αναγνωρίζεται ως η σημαντικότερη επιθυμητή κατάσταση ύπαρξης. Σύμφωνα με την ολιστική θεώρηση, η υγεία δε θεωρείται μόνο ως απουσία νόσου ή έστω μόνο ως σωματική ευεξία αλλά επίσης και ως ψυχολογική και κοινωνική ευεξία του ατόμου (Σαρρής, 2001).

Οι παραπάνω διαστάσεις, μπορούμε να πούμε ότι εμπεριέχονται σε τρεις μεγαλύτερους τομείς. Στους τομείς της φυσικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας.

ΜΕΤΡΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιούνται η άμεση παρατήρηση, συνεντεύξεις και ερωτηματολόγια. Περισσότεροι προτιμούν τη χρήση ερωτηματολογίων, καθώς είναι η λιγότερη χρονοβόρος διαδικασία

(Pfenning et al., 1997).

5.9 ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Διαπιστώνουμε ότι στη σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζεται ποικιλομορφία, τόσο στη συμπτωματολογία όσο και στις διάφορες μορφές αντιμετώπισης.

Είναι γεγονός ότι αν και έχουν διεξαχθεί εκτεταμένες επιστημονικές έρευνες πάνω στην αντιμετώπιση της νόσου, ανατρέχοντας στη βιβλιογραφία συναντάμε πολλές προσεγγίσεις οι οποίες συχνά διαφέρουν.

Αδιαμφισβήτητα, η προσφορά του φυσικοθεραπευτή, είναι ιδιαίτερα σημαντική στην αποκατάσταση των διαφόρων συμπτωμάτων και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς με ΣΚΠ. Εντούτοις, ο ρόλος του, είναι κάθε άλλο παρά εύκολος.

Απαιτείται επιστημονική κατάρτιση, συνεργασία με ιατρικό προσωπικό και την οικογένεια και πάνω από όλα υπομονή, κατανόηση και σεβασμός στον ασθενή και στο πρόβλημα που αντιμετωπίζει.

Σκέψη μας είναι ότι θα μπορούσε να γίνει μια μελέτη που να αφορά στο συγκεκριμένο θέμα προκειμένου να αναδειχτούν και να επιβεβαιωθούν και ερευνητικά οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι σκληρυντικοί ασθενείς και να συσχετισθούν με τη ποιότητα ζωής τους.

Ευχαριστούμε πολύ!



Εικόνα 23 (Ελπίδα)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΘΡΟΓΡΑΦΙΑ

Adams, R.D., Victor, M. (1985). Principles of Neurology 3rd Ed. New York McGraw Hill Book Company.

Compston A., Confaureux C., Lassman H., McDonald, I., Miller, D., Noseworthy, J., Smith, K., Werekle, H. (2006). McAlpine's Multiple Sclerosis. 4th Ed. Philadelphia. Churchill Livingstone.

Corey- Bloom, J., David R.B (1998). Adult Neurology. St. Lewis. Mosby

Crepeau, E.B., Cohn, E.S., Boytschell, B.A. (1996). Willard and Spackman's Occupational Therapy. 10th Ed. Baltimore. Lippincott Williams & Wilkins.

Davis, R.L., Roberston, D.M (1997). Textbook of Neuropathology. 3rd Ed. Baltimore. Williams & Wilkins.

- Daniel, M., Strickland, L.R (1992). Occupational Therapy Protocol Management in Adult Physical Dysfunction. Maryland. Aspen Publication.
- Early, M.B (2006). Physical Dysfunction. Practice Skills for the Occupational Therapy Assistant. Mosby. St. Lewis.
- Greenwood, R., McMillan, T.M., Barnes, M.P., Ward, C.D. (1997). Neurological Rehabilitation. United Kingdom. Psychology Press.
- Hansen, R.A., Atchinson, B. (1993). Conditions in Occupational Therapy. Effect on Occupational Performance. Baltimore Williams & Wilkins.
- Hopkins, H.L., Smith, H.D. (1993). Willard and Spackman's Occupational Therapy. 8th Ed. Philadelphia. Lippincott Company.
- Illis, L.S. (1994). Neurological Rehabilitation. 2nd Ed. London. Blackwell Scientific Publications.
- Kielhofner, G. (1997). Conceptual Foundations of Occupational Therapy. 2nd Ed. Philadelphia. F.A Davis Company.
- Lazae, R.B (1998). Principles of Neurological Rehabilitation. New York. McGraw Hill.
- Levi- Montalcini, R. (2006). Multiple Sclerosis Drug Therapy. Mayo Foundation for Medical Education and Research.
- Mayo Clinic. (2010). Multiple Sclerosis Drug Therapy. Mayo Foundation for Medical Education and Research.
- Multiple Sclerosis International Federation (2008). Atlas. Multiple Sclerosis Resources in the World. Geneva. World Health Organization.
- Pedretti, L.W., Early, M.B (2001). Occupational Therapy. Practice Skills for Physical Dysfunction. 5th Ed. St Louis. Mosby.
- Pfennings, L., Cohen, L., Van der Ploeg, H.M. (1997). Assessing the Quality of Life of Patients with Multiple Sclerosis. In. Thompson, A.J., Polman, C., Hohlfeld, R. (Ed). Multiple Sclerosis Clinical Challenges and Controversies. London. Martin Dunitz Ltd. Pp. 295-308.
- Poser, C.M (1998). An Atlas of Multiple Sclerosis. New York. The Parthenon Publishing Group.
- Punwar, A.J. (1994). Occupational Therapy. Principles and Practice. 2nd Ed. Baltimore. Williams & Wilkins.
- Raine, C.S., McFarland, H.F., Tourtellote, W.W. (1997). Multiple Sclerosis. Clinical and Pathogenetic basis. London. Chapman and Hall Medical.
- Reed, K.L., Sanderson, S.N (1999). Concepts of Occupational Therapy. 4th Ed. Baltimore. Lippincott Williams & Wilkins.
- Rolak, L.A., Fleming, J.O. (2007). The Differential Diagnosis of Multiple Sclerosis. The Neurologist. pp. 57-72.

- Rolak, L.A. (2009). The Basic Facts. The History of MS. National MS Society.
- Rowland, L.P. (1995). Merritt's Textbook of Neurology. 2nd Ed. Baltimore. Williams & Wilkins.
- Rubin, E., Farber, J. (1995). Essential Pathology. 2nd Ed. Philadelphia. Lippincott Company.
- Sir Walton, J. (1985). Brain's Diseases of the Nervous System. 9th Ed. New York. Medical Oxford Publications.
- Trombly, C.A (1983). Occupational Therapy for Physical Dysfunction. 4th Ed. Baltimore. Williams & Wilkins.
- Trombly, C.A. (1995). Occupational Therapy for Physical Dysfunction. 4th Ed. Baltimore. Williams & Wilkins.
- Trombly, C.A., Radomski, M.V. (2002). Occupational Therapy for Physical Dysfunction. 5th Ed. Baltimore. Lippincott Williams & Wilkins.
- Turner, A. (1987). The Practice of Occupational Therapy. An Introduction to the Treatment of Physical Dysfunction. 2nd Ed. London. Churchill Livingstone.
- Turner, A., Foster, M., Johnson, S. (1996). Occupational Therapy and Physical Dysfunction, Skills and Practice. 4th Ed, London. Churchill Livingstone.
- Turner, A., Foster, M., Johnson, S. (2002). Occupational Therapy and Physical Dysfunction. Principles, Skills and practice. 5th Ed. London. Churchill Livingstone.
- Umphred, D.A. (2001). Neurological Rehabilitation. 4th Ed. St. Lewis. Mosby.
- Williams, P.L., Bannister, L.H., Berry, M.M., Collins, P., Dyson, M., Dussek, J.E., Ferguson, M.J. (1995). Gray's Anatomy. The Anatomical Basis of Medicine and Surgery. 38th Ed. New York. Churchill Livingstone.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΒΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ανατροπή της σκλήρυνσης κατά πλάκας σε έρευνα με βλαστικά κύτταρα. Περιοδικό Αναπηρία Τώρα. Τεύχος Φεβρουάριος 2009 pp. 90.
- Βασιλόπουλος, Δ. (2003). Νευρολογία. Επιτομή Θεωρίας και Πράξης. Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- Βάρβογλη, Α. (2006). Κλινική Νευροψυχολογία. Αθήνα. Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Γεωργαρά, Α., Μαλτέζου, Μ. (1996). Νευρολογία. Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- Γρηγοράκης, Δ. (1999). Πολλαπλή Σκλήρυνση: Διατροφή και Σκλήρυνση κατά πλάκας. Πρόγραμμα Υποστήριξης Ασθενών. Αθήνα Genesis Pharma SA.
- Ελληνική Εταιρία για τη Σκλήρυνση Κατά Πλάκας. (2004). Ζώντας με τη Σκλήρυνση

- Κατά Πλάκας. Εισαγωγή στη Σκλήρυνση Κατά Πλάκας. Αθήνα. Εκδόσεις Schering.
- Ελληνική Εταιρία για τη Σκλήρυνση Κατά Πλάκας. (2004). Ζώντας με τη Σκλήρυνση Κατά Πλάκας. Πώς τίθεται η διάγνωση και τι γίνεται στη συνέχεια. Αθήνα. Εκδόσεις Schering.
- Ελληνική Εταιρία Ομοιοπαθητικής Ιατρικής(2006). Σκλήρυνση Κατά Πλάκας και Ομοιοπαθητική Αντιμετώπιση. Αθήνα. Εκδόσεις Δίοπτρα.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Μ.(2001). Συστήματα Υγείας. Αθήνα. Εκδόσεις Παπαζήση.
- Κάζη, Ε.Α. (1999). Πολλαπλή Σκλήρυνση : Ψυχολογικές Επιπτώσεις. Πρόγραμμα Υποστήριξης Ασθενών. Αθήνα. Genesis Pharma SA.
- Κακλαμάνης, Ν., Καμμάς, Α. (1998). Η Ανατομική του Ανθρώπου. Αθήνα. Εκδόσεις M-Edition.
- Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ. (2006). Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων. Αναπτυξιακή Προσέγγιση. 5^η Εκ. Αθήνα, Τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδανός.
- Κανέλλος, Ε., Λυμπέρη, Μ. (1996). Φυσιολογία II. 2^η Εκ. Αθήνα. Εκδόσεις Λύχνος.
- Κεκάτος, Ε.Β. (2001). Σκλήρυνση κατά Πλάκας. Φυσικοθεραπευτική Φροντίδα. Αθήνα. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Κεραμιώτου, κ. (2003). Νάρθηκες και Βοηθητικά Μηχανήματα. Αθήνα. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας. Τμήμα Φυσικοθεραπείας.
- Λογοθέτης, Ι., Μυλωνάς, ι. (2004). Νευρολογία Λογοθέτη. 4^η Εκ. Θεσσαλονίκη. University Studio Press.
- Μουλόπουλος, Σ.Δ. (2005). Θεραπευτική Εσωτερικών Νόσων. 7^η Εκ. Αθήνα. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Μπαϊρακτάρης, Χ. (1999). Πολλαπλή Σκλήρυνση: : Η Κόπωση και οι Επιπτώσεις της. Πρόγραμμα Υποστήριξης Ασθενών. Αθήνα. Genesis Pharma SA.
- Παπαγεωργίου, Ε.Γ.(2004). Νευρολογία. 4^η Εκ. Αθήνα.
- Παπαετρόπουλος, Ε.Θ. (1996). Σκλήρυνση κατά Πλάκας. Αίτιο-παθογένεια Διάγνωση Θεραπεία. Πρακτικά 5^{ης} Μετεκπαιδευτικής Ημερίδας. Πάτρα. Νευρολογική Κλινική Πανεπιστημίου Πατρών.
- Ράπτης, Θ.Γ. (1999). Πολλαπλή Σκλήρυνση : Ειδικές Ασκήσεις Φυσικοθεραπείας και η Θεωρία τους. Πρόγραμμα Υποστήριξης Ασθενών. Αθήνα. Genesis Pharma SA.
- Σηφάκη, Μ., (1998). Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής I. Ένας Τομέας Λειτουργικής Ενασχόλησης. Αθήνα. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας. Τμήμα Εργοθεραπείας.
- Οι εικόνες της εργασίας προέρχονται από το επιστημονικό εγχειρίδιο “Ίατωρ”
- Σιούτης, Γ. Κίνηση με Σκλήρυνση κατά Πλάκας. Αθήνα. Ελληνική Εταιρία για τη

Σκλήρυνση Πλάκας.

Σκλήρυνση κατά Πλάκας (1997). 2^η Εκ. Αθήνα. Ελληνική Εταιρία για τη Σκλήρυνση κατά Πλάκας.

Συγκούνας, Ε.Γ. (2003). Κλινική και Ακτινολογική Μελέτη των Νοσημάτων του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Αθήνα. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.

BIBΛΙΑ ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΑ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ

Bromley, I. (1998). Tetraplegia and Paraplegia. A Guide for Physiotherapists. 5th Ed. London. Churchill Livingstone. Ελλην. Μετάφρ: Τετραπληγία και Παραπληγία. Οδηγός για Φυσικοθεραπευτές. Αθήνα. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.

Burnie David. (1995). Το Εγκυκλοπαιδικό Λεξικό του Ανθρώπινου Σώματος. Εκδόσεις Ερευνητές, Αθήνα.

Carr, J.H., Shepherd, R.B. (1998). Neurological Rehabilitation. Optimizing Motor Performance. U.S.A. Elsevier Science Ltd. Ελλην. Μετάφρ: Νευρολογική Αποκατάσταση Βελτιστοποίηση των Κινητικών Επιδόσεων. Αθήνα. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.

Classer, Diehl, Koch, Kochsiek, Pongratz, Scriba (2004). Διαφορική Διαγνωστική στην Εσωτερική Παθολογία. Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις. Π.Χ Πασχαλίδης.

De Souza, L. (1997). Θεραπευτική Προσέγγιση στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας. Αθήνα. Έλλην.

Downie, R.S, Calman, K.C. (1997). Healthy Respect Ethics in Health Care. London. Faber and Faber Ltd. Ελλην. Μεταφρ: Υγής Σεβασμός. Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Dustine, J.L., Moore, G.E. (2003). ACSM S Exercise Management for Persons with Chronic Diseases and Disabilities. 2nd Ed. U.S.A. Human Kinetics. Ελλην. Μεταφρ: Άσκηση. Χρόνιες Παθήσεις και Αναπηρίες. Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις. Π.Χ Πασχαλίδης.

Goldman, L., Bennett, J.C. (2000). Cecil Νοσολογία Φυσιολογία. Διάγνωση. Θεραπεία. Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις. Π.Χ Πασχαλίδης.

Ginseng, L., (1999). Lecture Notes on Neurology. 7th Ed. Oxford. Ελλην. Μεταφρ.: Νευρολογία. Αθήνα. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.

Hauser, S. (2008). Κλινική Νευρολογία του Harrison. Αθήνα. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.

Healthier World. (2008). Σκλήρυνση κατά Πλάκας. Designed and Hosted by mediascape. Ltd.

Marsden, Fowler. (2001). Κλινική Νευρολογία 2^η Εκ. Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

Murray, T.J. (2006). Διάγνωση και Θεραπεία της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας. British

Medical Journal. Canada.

Victor, M., Ropper, A.H. (2003). Νευρολογία. Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.

Walton, J. (1996). Essentials of Neurology. 6th Ed. New York. Churchill Livingstone. Ελλην. Μεταφρ: Νευρολογία. Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

« Η σχέση μας με τη ΣΚΠ και οι σχέσεις μας».

« Το όνομα μου είναι σκλήρυνση, το επίθετο μου κατά πλάκας. Είμαι 23 ετών και λέγομαι σκλήρυνση εδώ και εννέα χρόνια, το πραγματικό μου όνομα δε το χρησιμοποιώ πια, το έχω ξεχάσει. Η ζωή μου περιβάλλεται από πολλά «πρέπει». **Πρέπει** να κάνω ενέσεις, ενώ συχνά πρέπει να κάνω κορτιζόνη και σίγουρα κατά διαστήματα **πρέπει** να κάνω διαγνωστικές εξετάσεις. **Πρέπει** να προσπαθώ για μια καλή φυσική κατάσταση. Ακόμη, σίγουρα πρέπει να βρω ένα τρόπο να τα βγάλω πέρα με την αναπηρία μου που μου δυσκολεύει τη ζωή. Επιπλέον, **πρέπει** να έχω μια καλή ψυχολογία, για το λόγο αυτό **πρέπει** να γελάω και να έχω φίλους. Έχω μερικούς, ευτυχώς με έχουν αποδεχτεί κι ας με λένε σκλήρυνση, δε με φοβούνται, όμως δεν μου είναι καθόλου εύκολο να βρω άλλους, ντρέπομαι. Πολλές φορές προτιμώ να κλείνομαι σπίτι, δε θέλω να με βλέπουν σε άσχημη κατάσταση και έτσι προτιμώ να μένω με τον εαυτό μου. Νιώθω μεγάλη ανασφάλεια και για αυτό κάποια στιγμή πρέπει να βρω έναν άνθρωπο να με αγαπάει, να μη με φοβάται και να ζησει για πάντα μαζί μου, μάλλον είναι δύσκολο, δε ξέρω αν μου αξίζει βιώνω συνέχεια το φόβο της μοναξιάς και την ανάγκη να αποδείξω στο κόσμο πως μπορώ να ζήσω μια φυσιολογική ζωή σαν όλους τους άλλους, πως μπορώ να τα καταφέρω. Δε μου αρέσει να με υποτιμούν. **Μήπως όμως τελικά υποτιμώ εγώ τον εαυτό μου**».

Οι παραπάνω σκέψεις ίσως να έχουν περάσει από το μυαλό πολλών από εμάς, είτε σε αυτό το βαθμό είτε σε μικρότερο. Ακόμη, είναι πιθανό να λειτουργούμε υποσυνείδητα κατ' αυτό τον τρόπο. Σε όποια περίπτωση, **θα ήταν χρήσιμο να επεξεργαστούμε και να φιλτράρουμε όλες τις παραπάνω σκέψεις, πριν τις αποδεχτούμε ως στάση ζωής**

Αρχικά, ας επικεντρωθούμε στα υπαρκτά και αναγκαστικά «πρέπει», που βρίσκονται ως αναγκαία στη ζωή μας. Είναι αλήθεια πως η ζωή ενός ανθρώπου που «συναντήθηκε» με τη σκλήρυνση συχνά τον αναγκάζει να ζει μέσα σε όρια. Τα όρια αυτά επιβάλλονται τόσο από το μυαλό μας, όσο και από το ίδιο μας το σώμα. **Πώς μπορούμε λοιπόν να ελέγξουμε το σώμα μας και όλα τα κουραστικά «πρέπει» που μας επιβάλλει;**

Η εννιάχρονη εμπειρία μου σχετικά με το νόσημα, με βοήθησε να αντιληφθώ πως τα επιβεβλημένα «πρέπει» του σώματος μας, με καλή διάθεση και θετική σκέψη, μπορούν να μετατραπούν σε «θέλω». Νομίζω πως όλοι θέλουμε να είμαστε καλά και με κάθε τρόπο θέλουμε να προσπαθούμε για μια καλή ζωή. Θέλουμε να φερόμαστε καλά στο σώμα μας, να σεβόμαστε τα όρια του και να μη το καταπονούμε. Τελικά, θέλουμε να έχουμε μια καλή φυσική κατάσταση μιας και αυτό θα μας βοηθήσει να νιώθουμε όμορφα! Θέλουμε να έχουμε φίλους, να περνάμε ευχάριστα και να γελάμε. Η μέχρι τώρα εμπειρία μου, μου έχει δείξει πως πάντα θα μπορώ να περνάω καλά με τους δικούς μου ανθρώπους. Το σώμα μου ποτέ δε με εμπόδισε σε αυτό, αφού **η σκλήρυνση δε μπορεί να θέσει όρια ούτε στη σκέψη μου, ούτε στα συναισθήματα μου**. Όταν το σώμα μου υποδεικνύει πως θέλει ξεκούραση, φροντίζω να περνάω ευχάριστα με ένα τρόπο που να σέβεται τις αντοχές μου. Σίγουρα όμως πάντα προσπαθώ, αφού το θέλω, να μη στερούμαι τη διασκέδαση και τη συντροφικότητα. Ίσως μετά από όλα αυτά, επιβάλλεται να συστηθώ ξανά

« Το όνομα μου είναι Ανδριανή Νικολάκου. Είμαι 23 ετών, η σκλήρυνση κατά πλάκας έχει μπει στη ζωή μου εδώ και εννέα χρόνια. **Η σκλήρυνση θα είναι συνοδοιπόρος στη ζωή μου, αλλά ούτε με προσδιορίζει, ούτε είναι η ταυτότητα μου ή το επίκεντρο της ζωής μου.** Η ζωή μου συνεχίζει κανονικά, με τις όποιες δυσκολίες της, βρίσκω τρόπο να τις ξεπερνάω. Θέλω να νιώθω καλά, και έτσι κάνω κάποιες ενέσεις που με βοηθούν, συχνά κάνω κορτιζόνες και έτσι η φυσική μου κατάσταση βελτιώνεται. Θέλω πολύ να προσέχω και να φροντίζω τον εαυτό μου, για αυτό ελέγχομαι τακτικά με εξετάσεις και προσπαθώ να διατηρώ μια καλή φυσική κατάσταση. Η αναπηρία μου με δυσκολεύει, αλλά εγώ θέλω να τα βγάλω πέρα μαζί της και έτσι δε το βάζω κάτω, θέλω να περνάω καλά! Θέλω να έχω μια υγιή και καλή ψυχολογία, σε αυτό με βοηθούν οι δικοί μου άνθρωποι και φίλοι. Δεν έχω το παραμικρό λόγο να ντρέπομαι για αυτό που μου συμβαίνει, είναι κομμάτι της ζωής μου. Υπάρχουν φορές που όσο και αν δεν επιθυμώ, μένω σπίτι αφού το σώμα μου δεν ακολουθεί πάντα τις επιθυμίες μου. **Με θετική σκέψη προσαρμόζω τις επιθυμίες μου, έχοντας σεβασμό στις αντοχές μου.** Έτσι, όταν χρειάζεται μένω σπίτι με καλή παρέα, περνώντας ευχάριστα την ώρα μου ή ψυχαγωγώ τον εαυτό μου με μουσική ή διαβάζοντας. Πολλές φορές οι άνθρωποι γύρω μου, μου τονίζουν πως για να νιώσω ασφαλής σε σχέση με τα προβλήματα μου, θα ήταν καλό να βρω ένα σύντροφο που να με αγαπάει και να ζήσει για πάντα μαζί μου. Άραγε μπορώ να καταπολεμήσω τις ανασφάλειες μου μέσα από μια σχέση; Μάλλον όχι σίγουρα η ανθρώπινη επαφή μπορεί να βοηθήσει να νιώσω ακόμη καλύτερα. Ωστόσο, **οι ανασφάλειες μου είναι μια προσωπική μου μάχη κι αν δε τη κερδίσω, δε θα βρω τη λύση μου μέσα από μια σχέση.** Αν το επιθυμώ, ξέρω πως μπορώ να μοιραστώ στιγμές και εμπειρίες με ένα άλλο άνθρωπο και ίσως, αν προκύψει και μια κοινή ζωή. Οι πιθανότητες να προκύψει κάτι τόσο ευχάριστο στη ζωή ενός πάσχοντος από σκλήρυνση, είναι ακριβώς οι ίδιες με τις πιθανότητες που έχει ένας μη πάσχων, αρκεί να βρεθεί ο κατάλληλος άνθρωπος. Άλλωστε, **προσεγγίζουμε τους ανθρώπους με το μυαλό μας και τη προσωπικότητά μας.**

Κατά τη γνώμη μου όπως συστήνεσαι, αυτό είσαι, για αυτό προτιμώ να συστήνομαι με το ονοματεπώνυμο μου και να αφήνω τη σκλήρυνση στη θέση που πρέπει. Είμαι σίγουρη πως μπορώ να ζήσω μια καλή και ήρεμη ζωή και δε χρειάζεται να το αποδείξω σε κανένα, είναι δικαίωμα μου και το διεκδικώ κάθε μέρα!».

Ανδριανή Νικολάκου