

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:

ΔΗΜΑΚΗ ΜΑΡΙΑ- ANNA

ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΠΑΤΡΑ, 2017

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας είναι η πιο γνωστή από τις απομυελινωτικές νόσους. Η αιτία της νόσου είναι άγνωστη. Ωστόσο υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται με την εμφάνισή της. Ενώ και κάποια μορφή ιογενούς λοίμωξης μπορεί να είναι ο εκλυτικός μηχανισμός της νόσου, πιθανά μια λανθασμένη ανοσιακή απάντηση παίζει μεγάλο ρόλο στην παθογένεση της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας. Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας συνήθως εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας 20- 50 ετών, είναι συχνότερη στις γυναίκες, τα άτομα αγροτικών περιοχών και των κατοίκων των εύκρατων κλιμάτων. Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας εκδηλώνεται με ποικιλία συμπτωμάτων και λειτουργικών ελλειμμάτων, τα οποία καταλήγουν σε προοδευτική εξασθένηση και αναπηρία. Τα συμπτώματα αυτά συμβάλλουν στην απώλεια της ανεξαρτησίας περιορίζουν τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες και συχνά είναι υπεύθυνα για την εμφάνιση ψυχολογικών διαταραχών στους ασθενείς. Για τη διάγνωση της νόσου πραγματοποιούνται μαγνητική τομογραφία, εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού, εξέταση προκλητών δυναμικών και ουροδυναμικές εξετάσεις. Προς το παρόν δεν υπάρχει θεραπεία για τη νόσο. Ενδείκνυται ένα εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα για την απαλλαγή του ασθενή από συμπτώματα και για παροχή συνεχούς υποστήριξης. Οι ασθενείς με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας πρέπει να αντιμετωπίζονται συστηματικά και με τη συνεργασία όλης της διεπιστημονικής ομάδας υγείας, ώστε να αναγνωρίζονται και αντιμετωπίζονται έγκαιρα τα σωματικά, συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματα των ασθενών. Συγκεκριμένα ο νοσηλευτής διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, στον προγραμματισμό της νοσηλευτικής φροντίδας, στην εφαρμογή του προγράμματος νοσηλείας συνεργαζόμενος με άλλους επαγγελματίες υγείας καθώς και στην αξιολόγηση του αποτελέσματος της κάθε παρέμβασης. Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει ως σκοπό την αποσαφήνιση του νοσηλευτικού ρόλου στην αντιμετώπιση της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας και των ψυχολογικών διαταραχών που εμφανίζουν οι ασθενείς με σκλήρυνση. Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική επισκόπηση και στην συνέχεια παρατίθενται δύο νοσηλευτικές διεργασίες ασθενών με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας. Η εργασία πραγματοποιήθηκε με βιβλιογραφική

ανασκόπηση από επιστημονικές και ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων ή ιστοσελίδες εγκεκριμένων οργανισμών υγείας και βιβλίων.

ABSTRACT

Multiple Sclerosis is the best known demyelinating disease. The cause of the disease is unknown. However several factors contribute to its appearance. While some form of viral ingestion may be the releasing mechanism of the disease. Multiple Sclerosis usually appears in people between 20-50 years old, is slightly more prevalent in women, it often affects people in rural areas and is considered a disease of temperate climates. Multiple Sclerosis is manifested with a variety of symptoms and function deficits, which eventually lead to impairment independence, restrict the participation in social activities and are often responsible for the continuing psychological disturbances in patients. Test for diagnosis of the disease include computed axial tomography, CSF test, evoked potential tests, MRI and urodynamic tests. At present, there is no care for multiple sclerosis. An individualized and structured treatment is indicated for the patient for relief of symptoms and for providing ongoing support. The patients with multiple sclerosis must be treated systematically and with cooperation of the whole scientific group in order to readily detect the resulting organic, emotional and social problems of the patients. Specifically, nurse plays essential role in the estimate of the patients situation in the planning of nursing care, in the application of hospitalisation program, collaborating with other professionals of health as well as in the evaluation of the result of each intervention. This thesis aims to clarify the role of nursing in the treatment of multiple sclerosis and the psychological disturbances of patients. Carry out a literature review and then given two nursing processes of patients with multiple sclerosis. The work performed by scientific literature and online databases or websites approved by health authorities.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT.....	3
Περιεχόμενα	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
Κεφάλαιο 1	6
1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ	6
1.2. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	7
1.3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	12
1.4. ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	16
1.5. ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ	18
1.6. ΑΠΟΜΥΕΛΙΝΩΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ.....	22
1.7. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	24
Κεφάλαιο 2	25
2.1. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	25
2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	27
2.3. ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	35
2.4. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	40
2.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ (φαρμακευτική- χειρουργική).....	44
2.6. ΔΙΑΤΡΟΦΗ.....	49
2.7. ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	53
Κεφάλαιο 3	57
3.1. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ-ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	57
3.2. ΣΥΜΒΙΩΝΟΝΤΑΣ ΜΕ ΤΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ	60
3.3. ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ	64
3.4. ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ	69
3.5. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ.....	71
3.6. Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΠΑΘΗΣΗ.....	74
3.7. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	76

Κεφάλαιο 4	77
4.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ	77
4.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	83
1° ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	87
2° ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	96
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	102

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Σκλήρυνση κατά πλάκας αποτελεί την συχνότερη εκφυλιστική νευροπάθεια των ενηλίκων. Είναι μια χρόνια νόσος του νευρικού συστήματος, η οποία περιγράφηκε για πρώτη φορά πριν από έναν αιώνα περίπου, ενώ η αιτιολογία της μέχρι και σήμερα δεν είναι πλήρως εξακριβωμένη. Πρόκειται για αυτοάνοσο νόσημα που χαρακτηρίζεται κυρίως από την δημιουργία πλακών στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα με αποτέλεσμα την απώλεια του περιβλήματος των νευρών, τη μυελίνη. Η βλάβη της μυελίνης οδηγεί σε δυσλειτουργία των νευρών και κατά συνέπεια στην πρώτη εκδήλωση της νόσου.(Γουργουλίδου, 2008)

Οι ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας, συνήθως εκδηλώνουν τη νόσο με μορφή εξάρσεων και υφέσεων. Η συχνότητα των υποτροπών ποικίλει από ασθενή σε ασθενή. Η σκλήρυνση κατά πλάκας αποτελεί μια χρόνια νόσο, κατά την οποία ο ασθενής με την πάροδο του χρόνου εμφανίζει μια ποικιλία συμπτωμάτων, όπου σταδιακά οδηγούν σε δυσκολία κάλυψης των καθημερινών αναγκών του ασθενή καθώς και στην αναπηρία. Για το λόγο αυτό πολλοί ασθενείς που πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζουν πλήθος ψυχολογικών διαταραχών, με συχνότερες το άγχος και την κατάθλιψη. (Αναγνωστόπουλος και Καραδήμας, 2008, Γουργουλίδου, 2008)

Η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται στους συγκεκριμένους ασθενείς είναι ιδιαίτερα σημαντική. Εξίσου κρίσιμο κρίνεται για τους ασθενείς, εκτός από τα οργανικά προβλήματα που εμφανίζουν, να αξιολογούνται και τα ψυχικά προκειμένου να αντιμετωπίζονται όσο το δυνατόν νωρίτερα. Για να επιτευχθεί αυτό είναι

απαραίτητο ο νοσηλευτής να χτίσει μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή, έτσι ώστε να νιώθει άνετα να εκφράζει τις ανησυχίες, τις απορίες και τα συναισθήματά του. Σε κάθε νέα έξαρση που εμφανίζει ο ασθενής θα πρέπει να αναπτύσσει νέα κατανόηση και προσαρμογή στα νέα δεδομένα. Τέλος, ο νοσηλευτής είναι πολύ σημαντικό να επανεκτιμά τακτικά τη φυσική και συναισθηματική κατάσταση του ασθενή. (Σαχίνη και Πάνου, 2006)

Κεφάλαιο 1

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Για πρώτη φορά το 1868, περιγράφηκαν από το καθηγητή νευρολογίας Jean Martin Charcot περιστατικά περιαγγειακών συναθροίσεων κυττάρων με φλεγμονή στη λευκή ουσία και χρησιμοποίησε τον όρο «sclérose en plaques disséminées» ή αλλιώς την γνωστή σε εμάς σκλήρυνση κατά πλάκας.(Τσούγγου και συν.2016)

Πρόκειται για μια νόσο που τα τελευταία χρόνια αποτελεί μία από τις συχνότερες νευρολογικές παθήσεις σε ιστολογικά παρασκευάσματα εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού. Ανήκει στις απομυελινωτικές νόσους και κύριο χαρακτηριστικό της είναι οι επαναλαμβανόμενες εστιακές ή πολυεστιακές προσβολές του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η σκλήρυνση κατά πλάκας ή πολλαπλή σκλήρυνση, όπως μετονομάστηκε τα τελευταία χρόνια, είναι από τις σοβαρότερες αυτοάνοσες παθήσεις με επιθετικά επεισόδια υποτροπής κατά τα οποία καταστρέφεται η μυελίνη των νευρικών ινών, αντικαθίσταται από ουλώδη ιστό και οδηγεί σε δημιουργία πλακών στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Την κύρια καταστροφή δέχεται η λευκή ουσία και σε επέκταση η φαιά ουσία. Ακόμη, προσβάλλονται σε ορισμένο βαθμό τα περιφερικά

νεύρα και οι ρίζες ενώ ταυτόχρονα η έλλειψη μυελίνης οδηγεί σε απώλεια μετάδοσης των νευρικών ώσεων. Η σκλήρυνση κατά πλάκας χαρακτηρίζεται ως «νόσος εσπαρμένη σε χρόνο και τόπο» με μεγάλη ποικιλία εκδήλωσης συμπτωμάτων και πορείας μετά την διάγνωση της. Σημαντικό γνώρισμα της νόσου είναι οι εξάρσεις και οι υφέσεις που παρουσιάζουν ανά διαστήματα οι ασθενείς. Στα βασικά χαρακτηριστικά της νόσου, αξίζει να σημειωθεί, η ανεύρεση σε νεκροτομές μεγαλύτερου βαθμού απομυελινωτικών εστιών από κλινικές και εργαστηριακές μεθόδους. Πιστεύεται πως πρόκειται για πάθηση πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, που σημαίνει πως ίσως να μην πρόκειται για μια ενιαία νόσο αλλά για ένα σύνολο περισσότερων.(Γρηγοράκης, 2005)

Αποτελεί το συνηθέστερο νόσημα της ενήλικης ηλικίας που ξεκινά από την ημιτελή ή ατελή μετάδοση πληροφοριών από νευράξονα σε νευράξονα λόγω λανθασμένων αντισωμάτων εναντίον της μυελίνης. Τα αντισώματα αυτά καταστρέφουν περιοχές του προστατευτικού περιβλήματος των νευρικών ινών του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού δημιουργώντας πλάκες απομυελίνωσης . Οι πλάκες αυτές εμποδίζουν την μετάδοση μηνυμάτων και οδηγούν σε δυσκολία ή και αδυναμία κίνησης, προβλήματα όρασης, αισθητικότητας και άλλες δυσκολίες στην όραση, κατάποση και ομιλία των ασθενών όπου γίνεται έκδηλη η νόσος και συνοδεύεται από κοινωνικό ρατσισμό και περιθωριοποίηση.(Καστανιάς και Τοκμακίδης, 2008)

1.2. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το νευρικό σύστημα είναι υπεύθυνο για την αντίδραση του σώματος στις συνεχείς μεταβολές του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος. Συγκεκριμένα, η βασική αποστολή του είναι η ανίχνευση των μεταβολών στο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον και η μεσολάβηση ώστε να πραγματοποιηθεί η κατάλληλη ανταπόκριση από τους μυς, τα όργανα και τους αδένες. Το νευρικό σύστημα, λοιπόν, χρησιμοποιεί εξειδικευμένα κύτταρα ώστε να παραλάβει τα αισθητικά ερεθίσματα από το εξωτερικό περιβάλλον αλλά και το εσωτερικό του σώματος και στη συνέχεια τα μετατρέπει σε πληροφορία και δίνει

τις κατάλληλες εντολές στα εκτελεστικά όργανα. (Johnson, 2012, Moore et al., 2013)

Το ανθρώπινο νευρικό σύστημα διαιρείται δομικά και λειτουργικά σε δύο τμήματα. Δομικά χωρίζεται στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ) και στο Περιφερικό Νευρικό Σύστημα (Π.Ν.Σ). Τα δύο αυτά τμήματα ενώ ανατομικά είναι ανεξάρτητα, παρουσιάζουν συνάφεια στη λειτουργία τους. Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα αποτελείται από τον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό, τα οποία είναι τα κύρια κέντρα όπου σε αυτά γίνεται η συσχέτιση και η ολοκλήρωση των νευρικών πληροφοριών.

Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα έχει σπουδαία λειτουργική σημασία, για αυτό το λόγο παρουσιάζει έναν ολοκληρωμένο τρόπο προστασίας. Ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός περιβάλλονται από το εγκεφαλονωτιαίο υγρό, ενώ προστατεύονται από τα σκληρά πλατιά οστά του κρανίου και τη σπονδυλική στήλη. Οι κύριοι ρόλοι του κεντρικού νευρικού συστήματος είναι κυρίως η ολοκλήρωση και ο συντονισμός των εισερχόμενων και των εξερχόμενων νευρικών σημάτων καθώς και η επιτέλεση υψηλότερων πνευματικών λειτουργιών όπως για παράδειγμα η σκέψη και η μάθηση. Ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός αποτελούνται από φαιά ουσία και λευκή ουσία. Τα σώματα των νευρικών κυττάρων βρίσκονται μέσα και συνιστούν την φαιά ουσία, ενώ τα συστήματα των συνδεομένων νευρικών δεσμίδων σχηματίζουν την λευκή ουσία. Κατά τις εγκάρσιες διατομές του νωτιαίου μυελού, η φαιά ουσία εμφανίζεται σαν μια περιοχή με το σχήμα του Η που βρίσκεται μέσα στην λευκή ουσία. Οι πλάγιες κάθετες γραμμές που παρουσιάζει το σχήμα Η, ονομάζονται κέρατα, έτσι υπάρχουν δεξιά και αριστερά οπίσθια ή ραχιαία και πρόσθια ή κοιλιακά κέρατα φαιάς ουσίας. (Johnson, 2012, Moore et al., 2013)

Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα περιβάλλεται και προστατεύεται από το εγκεφαλονωτιαίο υγρό και τις μήνιγγες. Οι μήνιγγες συνιστώνται από τρία πέταλα υμένων, την χοριοειδής μήνιγγα, την αραχνοειδής μήνιγγα και τη σκληρά μήνιγγα. Το εγκεφαλονωτιαίο υγρό βρίσκεται ανάμεσα από την χοριοειδή και την αραχνοειδή μήνιγγα. Εξωτερικά από την χοριοειδή και την αραχνοειδή μήνιγγα βρίσκεται η παχιά, ισχυρά μήνιγγα, η σκληρά μήνιγγα του εγκεφάλου η οποία σχετίζεται στενά με την έσω επιφάνεια του οστού του περιβάλλοντος εγκεφαλικού κρανίου. Η σκληρά μήνιγγα του νωτιαίου μυελού διαχωρίζεται από

τα περιβάλλοντα οστά της σπονδυλικής στήλης από τον περιέχοντα λίπος επισκληρίδιο χώρο.(Johnson, 2012, Moore et al., 2013)

Το Περιφερικό Νευρικό Σύστημα αποτελείται από τα εγκεφαλικά και τα νωτιαία νεύρα και τα νευρικά γάγγλια. Τα εγκεφαλικά και τα νωτιαία νεύρα του περιφερικού νευρικού συστήματος εξαπλώνονται παντού άγοντας ώσεις και μεταφέροντας πληροφορίες από και προς το κεντρικό νευρικό σύστημα. Τα νεύρα του περιφερικού νευρικού συστήματος συνδέουν το κεντρικό νευρικό σύστημα με τα διάφορα όργανα και τους ιστούς του σώματος. Χρησιμεύουν για την αγωγή των διεγέρσεων από τα νευρικά κέντρα προς τα περιφερικά όργανα και αντίστροφα. Τα αισθητικά γάγγλια των οπίσθιων ριζών και των στελεχών (μεικτών) εγκεφαλικών νευρών έχουν την ίδια δομή. Το κάθε γάγγλιο περιβάλλεται από μια κάψα συνδετικού ιστού που συνεχίζεται με το επινεύριο του νεύρου. Αποτελούνται από εμμύελες νευρικές ίνες, εκτός από τα συμπαθητικά νεύρα που αποτελούνται κυρίως από αμύελες νευρικές ίνες. Ανάλογα με τη λειτουργία τους διακρίνονται σε κινητικές ίνες οι οποίες νευρώνουν τους σκελετικούς μυς και σε αισθητικές ίνες. (Johnson, 2012, Moore et al., 2013)

Μια νευρική ίνα αποτελείται από ένα νευράξονα, το περίβλημά του και τον περιβάλλοντα ενδονευρικό συνδετικό ιστό. Το νευρείλημα αποτελείται από τις κυτταρικές μεμβράνες των κυττάρων του Schwann οι οποίες περιβάλλουν στενά τον νευράξονα, ξεχωρίζοντάς τον από άλλους νευράξονες. Ένα νεύρο αποτελείται από μια δεσμίδα νευρικών ινών έξω από το κεντρικό νευρικό σύστημα ή από μια δέσμη από δεσμίδες νευρικών ινών ή δέσμες, στην περίπτωση των μεγαλύτερων νεύρων. (Johnson, 2012, Moore et al., 2013)

Τα νεύρα είναι αρκετά ισχυρά και ανθεκτικά εξαιτίας των τριών καλυμμάτων του συνδετικού ιστού, τα οποία υποστηρίζουν και προστατεύουν τις νευρικές ίνες. Τα τρία καλύμματα αυτά, είναι το ενδονεύριο, το περινεύριο και το επινεύριο. Το ενδονεύριο αποτελείται από έναν χαλαρό συνδετικό ιστό που περιβάλλει άμεσα το νευρείλημα των κυττάρων και τους άξονες. Το περινεύριο αποτελείται από μια στοιβάδα πυκνού συνδετικού ιστού το οποίο περιβάλλει μια δεσμίδα νευρικών ινών, χορηγώντας ένα αποτελεσματικό τοίχωμα, έτσι ώστε να εμποδίζεται η διαπέραση των νευρικών ινών από ξένες ουσίες. Το επινεύριο αποτελείται από ένα έλυτρο παχέος συνδετικού ιστού το οποίο περιβάλλει και

περικλείει δέσμες δεσμίδων, σχηματίζοντας το εξωτερικό κάλυμμα του νεύρου, όπου περιλαμβάνει λιπώδη ιστό, αιμοφόρα αγγεία και λεμφαγγεία. (Johnson, 2012, Moore et al., 2013)

Επικρατεί μεγάλη ποικιλία όσον αφορά το μέγεθος και η μορφή των νευρώνων, παρόλα αυτά όλοι οι νευρώνες παρουσιάζουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά που είναι απαραίτητα για τη διακυτταρική επικοινωνία. Οι περισσότεροι από τους νευρώνες αποτελούνται από το κυτταρικό σώμα και απολήξεις, οι οποίες μπορεί να είναι είτε δενδρίτες είτε άξονες με αξονικές απολήξεις που λέγονται αξονικά τερματικά ή τελικά κομβία. Το κυτταρικό σώμα του νευρώνα όπως και σε άλλα κύτταρα περιέχει πυρήνα και ριβοσώματα, φέρει λοιπόν τη γενετική πληροφορία καθώς και τα απαραίτητα οργανίδια για πρωτεϊνοσύνθεση. Οι δενδρίτες από την άλλη σχηματίζουν μια σειρά από εκβλαστήσεις με αρκετές διακλαδώσεις που ξεκινούν από το κυτταρικό σώμα. Ο άξονας που ορισμένες φορές αποκαλείται και νευρική ίνα, είναι μια μονήρης μακριά αποφυάδα που εκτείνεται από το κυτταρικό σώμα μέχρι και τα κύτταρα στόχους. Το μήκος τους κυμαίνεται από μερικά μικρόμετρα έως και πάνω από ένα μέτρο. Ο κύριος άξονας μπορεί να έχει διακλαδώσεις κατά την πορεία του, οι οποίες καλούνται παραπλεύριοι νευράξονες. Κοντά στις απολήξεις του κύριου άξονα και των παράπλευρων αξόνων, παρατηρούνται περαιτέρω διακλαδώσεις. Όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός διακλάδωσης του κύριου άξονα και των παράπλευρων αξόνων τόσο μεγαλύτερη είναι και η σφαίρα επιρροής ενός κυττάρου. Ο κάθε κλάδος τελειώνει σε μια αξονική απόληξη ή τελικό κομβίο, το οποίο είναι υπεύθυνο για την απελευθέρωση των νευροδιαβιβαστών. (Widmaler, et al., 2016)

Λειτουργικά το ανθρώπινο νευρικό σύστημα διακρίνεται σε σωματικό ή ζωικό και σε αυτόνομο ή φυτικό νευρικό σύστημα. Και οι δύο λειτουργικές διαιρέσεις έχουν τμήματα στο κεντρικό νευρικό σύστημα και στο περιφερικό νευρικό σύστημα. (Johnson, 2012, Moore et al., 2013)

Το σωματικό ή ζωικό νευρικό σύστημα, αποτελείται από τις σωματικές μοίρες του κεντρικού νευρικού συστήματος και του περιφερικού νευρικού συστήματος. Παρέχει αισθητική και κινητική νευρώση σε όλα τα μέρη του σώματος, εκτός από τα σπλάχνα των κοιλιοτήτων του σώματος, τους λείους μυς και τους αδένες. Το σωματικό αισθητικό σύστημα μεταφέρει αισθήσεις αφής, θερμοκρασίας, πόνου

και αντίληψης της θέσης στο χώρο από αισθητικούς υποδοχείς. Οι περισσότερες από αυτές τις αισθήσεις φτάνουν σε συνειδητά επίπεδα. Το σωματικό κινητικό σύστημα νευρώνει μόνο τους σκελετικούς μυς, διεγείροντας τις εκούσιες και αντανακλαστικές κινήσεις προκαλώντας την σύσπαση των σκελετικών μυών. (Johnson, 2012, Moore et al., 2013)

Το αυτόνομο ή φυτικό νευρικό σύστημα, ρυθμίζει τη λειτουργία πολλών οργάνων και ιστών του σώματος. Το αυτόνομο νευρικό σύστημα περιλαμβάνει τα νευρικά κύτταρα (εντός ή εκτός του κεντρικού νευρικού συστήματος) που έχουν σχέση με την νεύρωση των σπλαχνικών οργάνων, των λείων μυϊκών ινών και των εκκριτικών αδένων. Συμβάλλει στην προσαρμογή λειτουργιών για τη διατήρηση της ομοιοστασίας του σώματος με τη ρύθμιση του καρδιαγγειακού, του αναπνευστικού, του πεπτικού, του θερμορυθμιστικού συστήματος και των εκκρίσεων, χωρίς ή με ελάχιστο βουλητικό έλεγχο. Η λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος γίνεται σε συνεργασία με τους ενδοκρινείς αδένες, ενώ λειτουργεί ακούσια (χωρίς την θέληση μας). (Johnson, 2012, Moore et al., 2013)

Το αυτόνομο νευρικό σύστημα αποτελείται από μια κεντρική και μια περιφερική μοίρα. Διαιρείται σε δύο μέρη το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό σύστημα, τα οποία παρουσιάζουν διαφορές τόσο ανατομικά και φυσιολογικά όσο και φαρμακολογικά. Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα είναι το σύστημα, το οποίο θέτει τον οργανισμό σε ετοιμότητα, ενώ το παρασυμπαθητικό σύστημα είναι το σύστημα, το οποίο τείνει να διατηρήσει και να αποκαταστήσει τις εφεδρείες ή τις πηγές ενέργειας του οργανισμού. Το συμπαθητικό και το παρασυμπαθητικό σύστημα δρουν στις περισσότερες περιπτώσεις ανταγωνιστικά, τουλάχιστον στα όργανα που νευρώνονται και από τα δύο. Το συμπαθητικό σύστημα προκαλεί εντονότερη λειτουργία των οργάνων και ανταλλαγή της ύλης, για το λόγο αυτό ονομάζεται και εργοτρόπο. Αναλαμβάνει δράση σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Το παρασυμπαθητικό από την άλλη μεριά αναστέλλει την εργοτρόπο δράση του συμπαθητικού και βοηθά τους ιστούς να ξεκουραστούν και να αποκαταστήσουν τις βλάβες. Η δράση του παρασυμπαθητικού συνήθως είναι διακριτική και εντοπισμένη. (Johnson, 2012, Moore et al., 2013, Widmaler, et al., 2016)

Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα έχει την κεντρική μοίρα των κινητικών του νευρώνων στην πλάγια φαιά στήλη των θωρακικών και δύο πρώτων οσφυϊκών

νευροτομιών του νωτιαίου μυελού. Όσον αφορά την λειτουργία του συμπαθητικού νευρικού συστήματος σχετίζεται με τις αντιδράσεις του σώματος σε καταστάσεις stress. Υπό την επίδραση του συμπαθητικού διαστέλλονται οι κόρες των οφθαλμών, αυξάνεται η δύναμη και η αναλογία και η κατανάλωση οξυγόνου της καρδιάς, συστέλλονται τα περιφερικά αιμοφόρα αγγεία για εκτροπή του αίματος σε πιο βασικά όργανα, διαστέλλεται το βρογχικό δέντρο, περιορίζεται η σπλαχνική λειτουργία με αναστολή της περίστασης και αύξηση του τόνου των σφιγκτήρων, γίνεται ανόρθωση των τριχών και εφίδρωση. Επίσης αυξάνεται η γλυκογονόλυση στο ήπαρ και η έκκριση της μυελώδους μοίρας των επινεφριδίων καθώς προκαλείται και αναστολή της σύσπασης της ουροδόχου κύστης, κινητικότητα στον έσω σφιγκτήρα της κύστης και νεύρωση των μυών της μήτρας (μέσω των συμπαθητικών πυελικών νεύρων). Φαρμακολογικά, οι συμπαθητικές μεταγαγγλιακές ίνες είναι αδρενεργικές. Η μοναδική εξαίρεση οι απολήξεις των ιδρωτοποιών αδένων οι οποίες απελευθερώνουν ακετυλοχολίνη. (Johnson, 2012, Moore et al., 2013, Widmaler, et al., 2016)

Το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα ανατομικά είναι λιγότερο ευκρινώς καθορισμένο από το συμπαθητικό. Υποδιαιρείται σε μια εγκεφαλική περιοχή, η οποία βρίσκεται κατά μήκος των 3ου, 7ου, 9ου και 10ου εγκεφαλικών νεύρων και μια ιερή περιοχή στο 2ο, 3ο και 4ο ιερά νευροτόμια του νωτιαίου μυελού. Όσον αφορά τη λειτουργία του παρασυμπαθητικού συστήματος, υπό την επίδραση του προκαλείται μύση, μειώνεται η συχνότητα, η αγωγιμότητα και η διεγερσιμότητα της καρδιάς, αυξάνεται η περισταλτικότητα του εντέρου, χαλαρώνουν οι σφιγκτήρες και αυξάνεται η έκκριση των πεπτικών σιελογόνων αδένων, υπάρχει ανασταλτική δράση από τις πυελικές παρασυμπαθητικές ίνες στον έσω σφιγκτήρα της ουροδόχου κύστης και κινητική δράση στον εξωστήρα μυ αυτής. Φαρμακολογικά, οι παρασυμπαθητικές μεταγαγγλιακές ίνες είναι χολινεργικές. Οι υποδοχείς της ακετυλοχολίνης στον καρδιακό, τους λείους μυς και τους αδένες είναι μουσκαρινικοί. (Johnson, 2012, Moore, et al., 2013).

1.3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα είναι ένα πολύπλοκο όργανο. Στο σχηματισμό του έχει υπολογιστεί ότι συμμετέχει, τουλάχιστον σε κάποιο βαθμό, το 40% των ανθρώπινων γονιδίων. Οι νευρώνες και τα γλοιακά κύτταρα μαζί με τα τριχοειδή του εγκεφάλου σχηματίζουν μια λειτουργική μονάδα που είναι απαραίτητη για τη φυσιολογική λειτουργία του εγκεφάλου, όπως είναι η συνοπτική δραστηριότητα, η ομοιόσταση των εξωκυττάρων υγρών, ο μεταβολισμός της ενέργειας και η νευρική προστασία. Οι νευρώνες διαφέρουν ως προς τη μορφολογία τους σε όλο το νευρικό σύστημα, παρόλα αυτά όλοι έχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά που τους προσδίδουν την ιδιαίτερη ικανότητά της επικοινωνίας, μέσω ηλεκτρικών σημάτων. (Barrett et al., 2011, Windmaler, 2016)

Τα νευρογλοιακά κύτταρα, τα οποία συχνά αποκαλούνται νευρόγλοια, δεν αποτελούν βασικά κύτταρα για τη μετάδοση σημάτων και έχουν ποικίλη δομή που εξυπηρετεί τις διαφορετικές λειτουργίες τους. Σε αντίθεση με τους νευρώνες τα γλοιακά κύτταρα συνεχίζουν να υφίστανται κυτταρική διαίρεση στην ενηλικίωση και η ικανότητα πολλαπλασιασμού τους είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστική σε περιπτώσεις εγκεφαλικής βλάβης. Υπάρχουν δύο κύριοι τύποι γλοιακών κυττάρων στο νευρικό σύστημα των σπονδυλωτών, η μικρογλοία και η μακρογλοία. Η μικρογλοία είναι κύτταρα που μοιάζουν στη λειτουργία τους τα ιστικά μακροφάγα και “καθαρίζουν” το κεντρικό νευρικό σύστημα απομακρύνοντας τα υπολείμματα των κυττάρων που αποπίπτουν εξαιτίας βλάβης, λοίμωξης ή νόσου. Προέρχεται από μακροφάγα εκτός του νευρικού συστήματος και δεν σχετίζεται φυσιολογικά και εμβρυολογικά με άλλους τύπους νευρικών κυττάρων. (Barrett et al., 2011, Windmaler, 2016)

Η μακρογλοία χωρίζεται σε τρεις τύπους, στα ολιγοδεντροκύτταρα, τα κύτταρα Schwann και τα αστροκύτταρα. Τα ολιγοδεντροκύτταρα και τα κύτταρα Schwann εμπλέκονται στον σχηματισμό μυελίνης γύρω από τους άξονες, στο κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα αντίστοιχα. Τα αστροκύτταρα από την άλλη πλευρά, τα οποία συναντώνται σε όλο τον εγκέφαλο, χωρίζονται σε δύο υποτύπους. Τα ινώδη αστροκύτταρα, τα οποία περιέχουν πολλά ενδιάμεσα ινίδια, βρίσκονται κυρίως στη λευκή ουσία. Τα πρωτοπλασματικά αστροκύτταρα είναι ο δεύτερος υπότυπος, βρίσκονται στην φαιά ουσία και έχουν κοκκώδες κυτταρόπλασμα. Και στους δύο τύπους αναδύονται προεκβολές στα αγγεία του αίματος επάγοντας τα τριχοειδή να σχηματίσουν στενές συνδέσεις με συνέπεια τη δημιουργία του αιματοεγκεφαλικού φραγμού. (Barrett et al., 2011, Windmaler, 2016)

Οι περισσότεροι από τους νευρώνες αποτελούνται από το κυτταρικό σώμα και απολήξεις, οι οποίες μπορεί να είναι δενδρίτες ή άξονες με αξονικές απολήξεις που λέγονται αξονικά τερματικά ή τελικά κομβία. Το κυτταρικό σώμα του νευρώνα περιέχει πυρήνα και ριβοσώματα, φέρει δηλαδή τη γενετική πληροφορία και τα απαραίτητα οργανίδια για πρωτεϊνοσύνθεση. Οι δενδρίτες σχηματίζουν μια σειρά από εκβλαστήσεις με πολλές διακλαδώσεις που ξεκινούν από το κυτταρικό σώμα. Οι δενδρίτες στο περιφερικό νευρικό σύστημα προσλαμβάνουν τα εισερχόμενα αισθητικά μηνύματα και τα διαβιβάζουν στο κέντρο ολοκλήρωσης των αισθητικών σημάτων. Μέσα στο κεντρικό νευρικό σύστημα, οι δενδρίτες και το κυτταρικό σώμα προσλαμβάνουν τα εισερχόμενα μηνύματα κυρίως από άλλους νευρώνες και γενικά έχουν σημαντική λειτουργία. Ο άξονας, ο οποίος ορισμένες φορές αποκαλείται και νευρική ίνα, είναι μια μονήρης μακριά αποφυάδα, η οποία εκτείνεται από το κυτταρικό σώμα μέχρι τα κύτταρα- στόχους.

Μερικοί νευράξονες έχουν ένα ειδικό ηλεκτρικό μονωτικό υλικό, τη μυελίνη, που αποτελείται από την περιελισσόμενη κυτταρική μεμβράνη των νευραγλοιακών κυττάρων που τυλίγονται πέριξ του νευράξονα. Ορισμένοι νευράξονες δεν καλύπτονται από μυελίνη. Στους περισσότερους νευρώνες στο αρχικό τμήμα του άξονα γεννώνται τα ηλεκτρικά σήματα που στη συνέχεια προωθούνται μακριά από το κυτταρικό σώμα κατά μήκος του άξονα ή και προς τα πίσω κατά μήκος των δενδριτών. Τα νευρικά κύτταρα λειτουργούν με τη γένεση ηλεκτρικών σημάτων. Στους περισσότερους νευρώνες αυτά τα ηλεκτρικά σήματα προκαλούν την απελευθέρωση χημικών μηνυμάτων, που λέγονται νευροδιαβιβαστές, μέσω των οποίων γίνεται η επικοινωνία μεταξύ των κυττάρων. Οι νευρώνες είναι αυτοί που ολοκληρώνουν ένα μήνυμα, αφού το εξερχόμενο σήμα από αυτούς είναι συνισταμένη όλων των εισερχόμενων σημάτων, τα οποία συγκλίνουν σε αυτούς από τις χιλιάδες ή ακόμη και τις εκατοντάδες χιλιάδες άλλων νευρώνων. (Barrett et al., 2011, Windmaler, 2016)

Το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, το οποίο είναι αμφίπλευρο και συμμετρικό, αποτελείται από τον νωτιαίο μυελό και τον εγκέφαλο, ο οποίος περιλαμβάνει τον προμήκη μυελό, τη γέφυρα, την παρεγκεφαλίδα, τον μέσο εγκέφαλο, τον διάμεσο εγκέφαλο και τα εγκεφαλικά ημισφαίρια. Καθεμία από τις περιοχές αυτές έχει συγκεκριμένες λειτουργίες. Θεωρείται ένας από τους ακρογωνιαίους λίθους της επιστήμης του εγκεφάλου. Κάθε κύρια αισθητική, κινητική ή άλλη λειτουργία

ολοκλήρωσης διεκπεραιώνεται συνήθως από περισσότερες της μίας νευρικές οδούς. Κατά συνέπεια, αν μια περιοχή ή μια οδός υποστεί κάποια βλάβη, συχνά άλλες είναι σε θέση να αντισταθμίσουν εν μέρει την απώλεια, καλύπτοντας έτσι τις συμπεριφορικές ενδείξεις για την εντόπιση. (Barrett et al., 2011, Windmaler, 2016)

Ο νωτιαίος μυελός, το κατώτερο τμήμα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, δέχεται και επεξεργάζεται πληροφορίες από το δέρμα, τις αρθρώσεις καθώς και τους μυς των άκρων και του κορμού. Ο νωτιαίος μυελός χωρίζεται στην αυχενική, τη θωρακική, την οσφυϊκή και την ιερή μοίρα. Συνεχίζεται προς τα άνω ως εγκεφαλικό στέλεχος, το οποίο μεταφέρει πληροφορίες προς και από τον νωτιαίο μυελό και τον εγκέφαλο. Το εγκεφαλικό στέλεχος περιέχει αρκετές ευδιάκριτες ομάδες κυτταρικών σωμάτων, τους πυρήνες των εγκεφαλικών νεύρων. Αυτοί δέχονται πληροφορίες από το δέρμα και τους μυς του προσώπου, του αυχένα και των οφθαλμών ενώ άλλοι είναι εξειδικευμένοι για πληροφορίες από τις ειδικές αισθήσεις (ακοή, ισορροπία, γεύση). Επίσης ρυθμίζει τα επίπεδα εγρήγορσης και συνείδησης μέσω του διάχυτου δικτυωτού σχηματισμού. (Barrett et al., 2011, Windmaler, 2016)

Το εγκεφαλικό στέλεχος χωρίζεται σε τρία μέρη: τον προμήκη μυελό, τη γέφυρα και το μέσο εγκέφαλο. Ο προμήκης μυελός περιλαμβάνει κέντρα που ρυθμίζουν ζωτικές αυτόνομες λειτουργίες, όπως για παράδειγμα την πέψη, την αναπνοή και τον έλεγχο του καρδιακού ρυθμού. Η γέφυρα μεταφέρει πληροφορίες σχετικές με την κίνηση από τα εγκεφαλικά ημισφαίρια προς την παρεγκεφαλίδα. Η παρεγκεφαλίδα τροποποιεί τη δύναμη και το εύρος της κίνησης, ενώ παίζει ουσιαστικό ρόλο στην εκμάθηση των κινητικών δεξιοτήτων. Ο μέσος εγκέφαλος ελέγχει αρκετές από τις αισθητικές και κινητικές λειτουργίες όπως και των οφθαλμικών κινήσεων και του συντονισμού των οπτικών και ακουστικών αντανακλαστικών. (Barrett et al., 2011, Windmaler, 2016)

Ο διάμεσος εγκέφαλος επεξεργάζεται τις περισσότερες από τις πληροφορίες που φθάνουν στο φλοιό των εγκεφαλικών ημισφαιρίων και ρυθμίζει αυτόνομες, ενδοκρινικές και σπλαχνικές λειτουργίες. Τα βασικά γάγγλια των εγκεφαλικών ημισφαιρίων συμμετέχουν στη ρύθμιση της εκτέλεσης της κίνησης. Ο ιππόκαμπος σχετίζεται με πλευρές αποθήκευσης της μνήμης, ενώ η αμυγδαλή συντονίζει αυτόνομες και ενδοκρινικές αποκρίσεις σε συνδυασμό με συναισθηματικές καταστάσεις. (Kandel et al., 2005)

1.4. ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Δεν υπάρχει επίσημη αιτιολογία για την εκδήλωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας και τυπικά οι λόγοι που την προκαλούν παραμένουν άγνωστοι. Έχουν δημοσιευτεί ανά περιόδους ορισμένες υποθέσεις αλλά καμία δεν έχει σταθεί ικανή να ικανοποιήσει και να παραμείνει ως περιεκτική ερμηνεία. Η επικρατέστερη λέει πως η πολλαπλή σκλήρυνση είναι μια επίκτητη αυτοάνοση νόσος με πολυπαραγοντική αιτιολογία. Είμαι πιθανό λοιπόν ένας ιός με μεγάλο χρόνο επώασης να οδηγεί σε μια παθολογική ανοσολογική αντίδραση σε άτομα που είναι γενετικά πιο ευάλωτα και καταλήγει να καταστρέφει τις πρωτεΐνες της μυελίνης. (Γρηγοράκης, 2005)

Σε κάθε ανθρώπινη φυλή η νόσος έχει διαφορετικές επιπτώσεις και έτσι προκύπτει το συμπέρασμα μήπως υπάρχει γενετική προδιάθεση. Πιο ευάλωτη στην συγκεκριμένη ασθένεια έχει αποδειχτεί η λευκή φυλή, λιγότερο προσβάλλεται η μαύρη φυλή και ακόμα πιο σπάνια η κίτρινη φυλή. Η σκλήρυνση κατά πλάκας σίγουρα δεν ανήκει στις μεταδοτικές ασθένειες αλλά ούτε και στις κληρονομικές νόσους. Παρ' όλα αυτά έχει παρατηρηθεί μεγαλύτερη συχνότητα σε συγγενείς πάσχοντες σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Αυτό θα μπορούσε να μας οδηγήσει στην πιθανότητα γενετικής σύνδεσης ή έκθεσης σε κοινό περιβαλλοντικό παράγοντα ή ακόμα και τον συνδυασμό τους. Τελευταία, και μετά από μια έρευνα που διεξαχθεί για την λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και τις αλληλεπιδράσεις του με πρωτόζωα, βακτήρια, σπειροχαίτες και άλλους λοιμώδεις παράγοντες, θεωρήθηκε πιθανό το ενδεχόμενο η σκλήρυνση κατά πλάκας να οφείλεται σε λοίμωξη κατά την παιδική ηλικία. Οι εξάρσεις και υφέσεις που χαρακτηρίζουν όσο τίποτε άλλο τη νόσο μπορεί να οφείλονται σε παρουσία ιών. (Γρηγοράκης, 2005)

Άγνωστος παραμένει ο αρχικός μηχανισμός καταστροφής της μυελίνης. Οι ίνες που βρίσκονται υπό απομυελίνωση έχουν οριακή δυνατότητα αγωγής ερεθισμάτων, πόσο μάλλον όταν συνδυάζονται με κόπωση, αυξημένη θερμοκρασία σώματος, στρες και άλλα. Από τους βασικούς παράγοντες που ενοχοποιούνται για την παρουσία της νόσου είναι οι περιβαλλοντικοί. Τα ο ανθρώπινο περιβάλλον μπορεί αναμφίβολα να χωριστεί στο γεωγραφικό και το κοινωνικοπολιτισμικό κομμάτι. Ωστόσο, πολλές φορές ο διαχωρισμός τους είναι δύσκολος γιατί αλληλεπιδρούν και αλληλοσυμπληρώνονται. Βέβαια, αν και με μεγάλη σημασία δεν αρκούν αυτούσιοι

οι περιβαλλοντικοί παράγοντες να ενοχοποιηθούν για την προσβολή ενός ατόμου. Συνένοχοι θεωρούνται οι γενετικοί παράγοντες στους οποίους συχνά αποδίδεται αιτιολογική σημασία όπως και άλλοι πιθανοί λοιμογόνους. (Γρηγοράκης, 2005)

Για την εκδήλωση της νόσου έχουν δείξει μελέτες πως μπορεί να ευθύνονται και άλλοι παράγοντες που σίγουρα πρέπει να συνδυαστούν με τον παράγοντα της προδιάθεσης γιατί από μόνοι τους δεν είναι ικανοί να προκαλέσουν μια τέτοιου είδους νόσο. Κάποιοι από αυτούς είναι η γεωργία και η καλλιέργεια ορισμένων δημητριακών όπως είναι η βρώμη, η ηλιοφάνεια, η φυσική ακτινοβολία, το επάγγελμα και ιδιαίτερα όταν πρόκειται για βαριά χειρονακτική εργασία υπό αντίξοες συνθήκες. Είναι καθημερινά πράγματα που δεν μπορούν να κατηγορηθούν και να πάρουν την ευθύνη της παρουσίας της νόσου αλλά μπορούν να συντελέσουν στην εκδήλωση της. (Γρηγοράκης, 2005)

Υπαίτιοι της νόσου κατά γενική ομολογία είναι αυτοάνοσοι και φλεγμονώδεις μηχανισμοί που δικαιολογούν τον σχηματισμό πλακών απομυελίνωσης του κεντρικού νευρικού συστήματος. Κατόπιν της απώλειας μυελίνης, προκύπτει αξονική δυσλειτουργία που έχει ως αποτέλεσμα νευρολογικές διαταραχές. (Πολυκανδριώτη και Κυρίτση, 2006)

Επίσης κατόπιν ερευνών έχει αποδειχθεί ότι σημαντικό ρόλο παίζει και το πού έχει ζήσει τα πρώτα και πιο σπουδαία χρόνια της ζωής του το άτομο. Άνθρωποι που περνούν τα πρώτα 15 περίπου χρόνια τους σε εύκρατα κλίματα σε απόσταση μεγάλη από τον ισημερινό, κινδυνεύουν περισσότερο εν αντιθέσει με ανθρώπους που περνούν τα ίδια χρόνια τους σε τροπικά κλίματα και κοντά στον ισημερινό. Ένα άλλο στοιχείο που επηρεάζει την παρουσία της πολλαπλής σκλήρυνσης σε ορισμένα άτομα, είναι ο γενετικός συνδυασμός που μπορεί να οδηγήσει στα πρώτα συμπτώματα εκδήλωσης της νόσου. Σε γενικές γραμμές είναι πολύ μικρές οι πιθανότητες ανάπτυξης της νόσου λόγω συγγένειας . Το ενδεχόμενο αυτό όμως μπορεί να γίνει πολύ πιο ισχυρό όταν ο δεσμός είναι πρώτου βαθμού. Ειδικότερα, σε περίπτωση ομοζυγωτικών διδύμων που το πρώτο παιδί νοσεί, η πιθανότητα να νοσήσει και το δεύτερο ανέρχεται στο 30%. Σε ετεροζυγωτικά δίδυμα ο κίνδυνος είναι πολύ μικρότερος. Αξίζει να αναφερθεί και η θεωρία που υποστηρίζουν αρκετοί γνώστες του θέματος, ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας δεν οφείλεται σε ένα μόνο παράγοντα, είτε αυτός είναι περιβαλλοντικός, είτε είναι γονιδιακός, είτε οποιοσδήποτε άλλος, αλλά στον συνδυασμό τους. Αυτό σημαίνει πως κανένας

παράγοντας από μόνος του δεν είναι ικανός να προκαλέσει τη νόσο αυτή σε ένα κατά τα άλλα υγιές άτομο αλλά ο συνδυασμός πολλών βοηθητικών παραγόντων μπορούν συνυπολογιζόμενοι να καταλήξουν στην πολλαπλή σκλήρυνση. (Κουρκούτα και συν. 2012)

Συνεπώς, χωρίς συγκεκριμένη αιτιολογία και με αρκετούς υποψήφιους υπεύθυνους παράγοντες είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος που οδηγεί σε απομυελίνωση το κεντρικό νευρικό σύστημα. Βακτήρια, ιοί, χημικές ουσίες, διατροφή, γονίδια και άλλου τύπου παράγοντες μπορεί να ευθύνονται και να επηρεάσουν έναν ευάλωτο οργανισμό στην εκδήλωση των πρώτων συμπτωμάτων της νόσου που κανείς δεν ξέρει την εξέλιξη της, (Λαμπρίνου και Λεμονίδου, 2009)

1.5. ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Η πολλαπλή σκλήρυνση παρουσιάζει κάποιες μορφές που καθορίζονται από νευρολογικά, παθολογοανατομικά και ανοσολογικά κριτήρια. Σύμφωνα με τα σύγχρονα δεδομένα, υπάρχει μια κεντρική ομάδα ανοσορυθμιζόμενων απομυελινωτικών παθήσεων του κεντρικού νευρικού συστήματος που αποτελείται από πέντε κλινικές οντότητες. Η καθεμία παρουσιάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά όσον αφορά την παθολογία, την ανατομία και την κλινική εικόνα των ασθενών. Όλες θεωρούνται ιδιοπαθείς και συχνά παρουσιάζουν κοινά κλινικά, παθολογοανατομικά και ανοσοϊστοχημικά ευρήματα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να γίνεται ο διαχωρισμός τους πιο δύσκολος έως και αδύνατος σε ορισμένες περιπτώσεις . (Τριανταφύλλου και Σφάγγος, 2001, Raymond et al, 2003)

Κυρίαρχη θέση κατέχει η **κλασσική μορφή της σκλήρυνσης κατά πλάκας** που είναι και η μοναδική χρόνια μορφή, όπου ο εγκέφαλος εμφανίζεται ελαφρά ατροφικός σε συνδυασμό με περιορισμένη διάταση των κοιλιών. Παρατηρείται αυξημένος αριθμός απομυελινωτικών πλακών που εντοπίζονται στη λευκή ουσία και σε μικρότερο βαθμό στην φαιά ουσία των ημισφαιρίων. Οι πλάκες διαφέρουν στην μορφή, το μέγεθος, την ηλικία ακόμη και τον ίδιο τον ασθενή. Πρόσφατα παρουσιάζονται με χρώμα ροδίζον ενώ έχουν υπάρξει και λευκές ή υποκίτρινες λόγω

σχηματισμού ουδέτερου λίπους και με την έκθεση στον αέρα γίνονται ευδιάκριτες. Παλαιότερα παρουσιάζονταν γκριζωπές ή ημιδιαφανείς και στερεής σύστασης. Εντοπίζονται συνήθως γύρω από αιμοφόρα αγγεία αλλά η γεωγραφική τους κατανομή ποικίλλει σημαντικά από ασθενή σε ασθενή. Είναι πιθανό να υπάρχει επιλεκτικότητα στην παρουσία τους περικοιλιακά στο στέλεχος, στα ανώτερα παρεγκεφαλιδικά σκέλη, στην κεντρική παρεγκεφαλιδική λευκή ουσία, στο νωτιαίο μυελό, γύρω από τα ινιακά κέρατα και την περιοχή των οπτικών οδών. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος, 2001, Raymond et al, 2003)

Η οξεία μορφή της σκλήρυνσης κατά πλάκας (νόσος Marburg) χαρακτηρίζεται από την ταχεία και δίχως υφέσεις κλινική πορεία της νόσου που μπορεί να καταλήξει σε θάνατο σε μικρό χρονικό διάστημα, εφόσον θεωρούνται αρκετοί ακόμα και λίγοι μήνες. Σε σχέση με την κλασσική παρουσιάζει κάποιες ομοιότητες, όπως είναι η γεωγραφική κατανομή των απομυελινωτικών πλακών αλλά και σημαντικές διαφορές, όπως στα ιστολογικά ευρήματα, καθώς η οξεία μορφή παρουσιάζει περισσότερα φλεγμονώδη στοιχεία και έντονα ευρήματα καταστροφής του εγκεφαλικού παρεγχύματος. Οι βλάβες δίνουν την εντύπωση ότι έχουν δημιουργηθεί όλες ταυτόχρονα σε αντίθεση με την κλασσική που βλέπουμε να έχουν δημιουργηθεί σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα. Τα όρια των βλαβών αυτών είναι ασαφή και η απώλεια της μυελίνης μπορεί να είναι μαζική ή ακόμα και ατελής. Μακροφάγα και T-λεμφοκύτταρα αποτελούν την πλειοψηφία των λευκοκυτταρικών διηθήσεων, άφθονα αστροκύτταρα είναι διεσπαρμένα στην περιοχή της βλάβης, τα ολιγοδενδρογλοιακά κύτταρα είναι μειωμένα και υπάρχουν έντονες καταστροφές στους νευράξονες. Δεν έχει διευκρινισθεί το βασικό αίτιο που οδηγεί σε αυτό το ξέσπασμα της οξείας μορφής ενώ θεωρείται πιθανό να προέρχεται από προϋπάρχουσα χρόνια σκλήρυνση κατά πλάκας. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος, 2001, Raymond et al, 2003)

Η διάχυτη εγκεφαλική σκλήρυνση (νόσος Schilder) είχε αμφισβητηθεί ότι αποτελεί μια ξεχωριστή οντότητα στον κόσμο της πολλαπλής σκλήρυνσης. Παρουσιάζει δυσκολίες σε κλινικό και παθολογοανατομικό επίπεδο ενώ δεν εντοπίζονται ιδιαίτερα διαφορετικά κλινικά συμπτώματα. Χαρακτηριστικό της είναι η επιδεινούμενη κλινική πορεία με νευρολογική συμπτωματολογία και έντονη ενδοκρανιακή πίεση. Πρόκειται για βαριά μορφή απομυελίνωσης με ατροφικό εγκέφαλο και έντονη απώλεια μυελίνης κυρίως κατά τους ινιακούς λοβούς. Ωστόσο

είναι πιθανό να παρουσιαστούν αλλοιώσεις και σε άλλα σημεία όπως το στέλεχος και η παρεγκεφαλίδα. Απεικονιστικά εντοπίζονται εκτενείς περιοχές βλαβών με προσβολή και στις δύο πλευρές σε ορισμένες περιπτώσεις. Στις περιοχές αυτές εντοπίζονται άφθονα μακροφάγα, απώλεια νευραξόνων και αντιδραστική αστροκυττάρωση με λίγα ή κανένα φλεγμονώδη στοιχεία. Ακόμα ένα χαρακτηριστικό της μορφής αυτής είναι η εικόνα βαλεριανής εκφύλισης στο κεντρικό νευρικό σύστημα και ειδικότερα στον νωτιαίο μυελό. Ιστολογικά βλέπουμε ομοιότητες με την οξεία σκλήρυνση κατά πλάκας με την διαφορά ότι υπάρχει μια στρογγυόμορφη εμφάνιση με κοιλότητες. Μελετώντας τα παραπάνω, η διάχυτη εγκεφαλική σκλήρυνση θα πρέπει να διαφοροποιείται από άλλα νοσήματα που ομοίως παρουσιάζουν εκτεταμένες απομυελινωτικές βλάβες, όπως είναι η ομάδα των λευκοδυστροφιών. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος, 2001, Raymond et al, 2003)

Η συγκεντρική σκλήρυνση (νόσος Balo) είναι μια από τις ελάχιστες μορφές σκλήρυνσης που παρουσιάζουν τέτοιες παθολογοανατομικές ιδιομορφίες. Δυστυχώς η διάγνωση γίνεται σχεδόν πάντα κατά την νεκροτομή του εγκεφάλου αφού δεν υπάρχει η δυνατότητα να ανευρεθεί πιο πριν ιστολογικά. Αυτό συμβαίνει γιατί οι ασθενείς δεν παρουσιάζουν αξιοσημείωτα νευρολογικά ευρήματα και γι αυτό ελπίζουμε στην ανεύρεση μεθόδων μελλοντικά. Βασικό χαρακτηριστικό της μορφής αυτής είναι οι ταινιοειδείς περιοχές απομυελινωμένης λευκής ουσίας σε συγκεκριμένη ή τυχαία διάταξη. Το μέγεθος των αλλοιώσεων μπορεί να είναι από ένα εκατοστό έως και εξάπλωση σε όλο το ημισφαίριο. Επίσης, το σχήμα μπορεί να είναι σφαιρικό, υποστρόγγυλο, ελλειψοειδές ή ακόμα και ακανόνιστο. Με οποιοδήποτε σχήμα ή μέγεθος πάντως βρίσκονται τόσο στα εγκεφαλικά ημισφαίρια όσο και στο στέλεχος. Η εικόνα στις απομυελινωτικές περιοχές παρουσιάζεται με αυξημένα μακροφάγα, απουσία ολιγοδενδρογλοιακών κυττάρων και διατήρηση νευραξόνων. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος, 2001, Raymond et al, 2003)

Στο μισό εκ του συνόλου των περιπτώσεων η νόσος είναι θανατηφόρα και στο άλλο μισό παρατηρείται μερική ή πλήρης ίαση. Εκτός του οπτικού νεύρου όμως και του νωτιαίου μυελού είναι πιθανό να βρεθούν αλλοιώσεις και σε άλλες περιοχές του κεντρικού νευρικού συστήματος όπως είναι ο εγκέφαλος που αποτελεί και συνδετικό κρίκο της νόσου με την σκλήρυνση κατά πλάκας. Στη νόσο αυτή οι αλλοιώσεις βρίσκονται κυρίως στο νωτιαίο μυελό και συχνά δεν εξαπλώνονται σε άλλα τμήματα, παρατηρούνται νεκρώσεις λόγω συμπίεσης των αγγείων, οι απομυελινωτικές πλάκες

είναι ολόκληρες ή διασπασμένες περιοχές κατεστραμμένου ιστού και σταθερό εύρημα είναι οι αθροίσεις των T-λεμφοκυττάρων. Ασθενείς που έχουν καταφέρει να επιβιώσουν από το πρώτο οξύ επεισόδιο, αποκτούν μια κλινική εικόνα όμοια με αυτή της κλασσικής μορφής σκλήρυνσης κατά πλάκας.(Τριανταφύλλου και Σφάγγος, 2001, Raymond et al, 2003)

Ένας άλλος διαχωρισμός των μορφών της σκλήρυνσης κατά πλάκας βασίζεται στις κλινικές εκδηλώσεις και την πορεία της νόσου και τις προσβολές του κεντρικού νευρικού συστήματος. Τον διαχωρισμό αυτό έχουν κάνει οι Lyblin και Reingold, δύο ερευνητές που αφιέρωσαν την ζωή τους στην σκλήρυνση κατά πλάκας.

Σύμφωνα λοιπόν με τους Lyblin και Reingold, η νόσος μπορεί να έχει την μορφή του **κλινικά μεμονωμένου Συνδρόμου (CIS)** όπου εκδηλώνεται ένα οξύ ή υποξύ επεισόδιο προσβολής του κεντρικού νευρικού συστήματος με έντονα συμπτώματα φλεγμονώδους απομυελίνωσης. Είναι δυνατόν να προσβληθεί μια εγκεφαλική εστία του κεντρικού νευρικού συστήματος και το άτομο να παρουσιάσει ένα σύμπτωμα, είτε να προσβληθούν ταυτόχρονα διαφορετικά σημεία του εγκεφάλου, όπου το άτομο θα παρουσιάσει πολυεστιακά κλινικά ή παρακλινικά συμπτώματα. Ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών που παρουσιάζουν CIS αναπτύσσουν αργότερα κλινικά βέβαιη πολλαπλή σκλήρυνση.

Μία άλλη μορφή της σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι η **υποτροπιάζουσα διαλείπουσα** πολλαπλή σκλήρυνση (RRMS) που είναι και η συχνότερη μορφή και τα ποσοστά ασθενών που απασχολεί αγγίζουν το 80-85%. Χαρακτηρίζεται από απότομες υποτροπές και αντίστοιχες περιόδους ύφεσης.. Οι υποτροπές εμφανίζονται ανά δύο χρόνια περίπου αλλά ο αριθμός τους διαφέρει πολύ μεταξύ των ασθενών. Συνηθίζεται οι εξάρσεις να αφήνουν μόνιμες βλάβες στους ασθενείς και να αναγκάζονται να ζήσουν με αναπηρίες για το υπόλοιπο της ζωής τους. Σε ένα άλλο ποσοστό ασθενών, σε διάστημα δέκα χρόνων από την έναρξή της, εξελίσσεται σε SPMS που είναι μία άλλη μορφή για την οποία θα μιλήσουμε στην συνέχεια. (Τσούγγου και συν. 2016)

Ακόμα μία μορφή της πολλαπλής σκλήρυνσης αποτελεί η **δευτεροπαθούς προϊούσα (SPMS)** κατά την οποία, η νόσος σημειώνει στην αρχή μία σειρά εξάρσεων και υφέσεων ώσπου επέρχεται μια διαρκώς φθίνουσα κατάσταση. Στην περίοδο της κατιούσας πορείας της υγείας του ατόμου μπορεί να υπάρχουν εξάρσεις και υφέσεις ή και όχι. (Τσούγγου και συν. 2016)

Επιπλέον η **πρωτοπαθής προϊούσα** πολλαπλή σκλήρυνση είναι μια από τις μορφές της νόσου που παρουσιάζεται σπανιότερα σε σχέση με τις προηγούμενες.. Σ αυτή την περίπτωση οι ασθενείς εκδηλώνουν επιδείνωση κυρίως νευρολογικών συμπτωμάτων χωρίς όμως να έχουν αντιμετωπίσει οξείες φάσεις. Εμφανίζεται κυρίως σε άνδρες και κατά πλειοψηφία σε άτομα που η νόσος εμφανίστηκε στο τέλος της τέταρτης δεκαετίας της ζωής τους. (Τσούγγου και συν. 2016)

Τελευταία μορφή στον διαχωρισμό αυτόν βρίσκεται η **προϊούσα υποτροπιάζουσα** πολλαπλή σκλήρυνση (PRMS) που την συναντάμε σε ακόμα πιο μικρό ποσοστό από όλες τις προηγούμενες. Πρόκειται για ασθενείς που παρουσιάζουν προοδευτική πορεία με διακριτές περιόδους εξάρσεων. Χαρακτηριστικό της είναι πλήρης ή μερική αποκατάσταση και συνεχιζόμενη επιδείνωση στα μεσοδιαστήματα. Πρόκειται συνήθως για ασθενείς που νόσησαν για πρώτη φορά κατά την τέταρτη και πέμπτη δεκαετία της ζωής τους. (Τσούγγου και συν. 2016)

Έχει παρατηρηθεί βέβαια πως στατιστικά 4 στους 5 ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση παρουσιάζουν μόνο τις δύο από αυτές τις μορφές. Η πρωτοπαθώς εξελισσόμενη και η υποτροπιάζουσα είναι αυτές που απασχολούν τους περισσότερους πάσχοντες. Η πρωτοπαθώς εξελισσόμενη ξεκινά με προοδευτική επιδείνωση μετά από μια αρχική προσβολή που μπορεί να υπάρχει ή και όχι ενώ η υποτροπιάζουσα στην συνέχεια μετατρέπεται σε υποτροπιάζουσα-εξελισσόμενη και τελικά σε δευτερογενώς εξελισσόμενη. Σε αυτές θα μπορούσε να προστεθεί και μια ακόμα μορφή που ονομάζεται καλοήθης και ο ασθενής παρουσιάζει πολύ περιορισμένες υποτροπές και μετά η αρρώστια παγώνει για άγνωστο ακόμη λόγο αφού δεν γνωρίζουμε τους μηχανισμούς που οδηγούν σε αυτή την εξέλιξη που δεν συναντάμε συχνά. (Μητσικώστας, 2015)

1.6. ΑΠΟΜΥΕΛΙΝΩΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

Οι απομυελινωτικές νόσοι αποτελούν μια ιδιαίτερη κατηγορία από νόσους του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, οι οποίες έχουν ως κύριο χαρακτηριστικό τους την καταστροφή της μυελίνης. Στις απομυελινωτικές νόσους παρόλο που το κυρίαρχο παθολογοανατομικό εύρημα είναι η καταστροφή της μυελίνης, δεν είναι αυτή η μόνη

παθολογοανατομική βλάβη, γεγονός που δυσκολεύει τον ακριβή προσδιορισμό των συγκεκριμένων νόσων. (Marsden and Fowler, 2001, Raymond et al, 2003)

Κάποια παθολογοανατομικά κριτήρια, τα οποία είναι κοινώς αποδεκτά για τον προσδιορισμό μιας απομυελινωτικής νόσου είναι:

- Η καταστροφή των ελύτρων μυελίνης στις νευρικές ίνες.
- Η σχετική διάσωση των άλλων στοιχείων του νευρικού ιστού, δηλαδή των αξόνων, των νευρικών κυττάρων και των υποστηρικτών δομών.
- Οι περιαγγειακές διηθήσεις από φλεγμονώδη κύτταρα.
- Η ιδιαίτερη κατανομή των βλαβών, συνήθως γύρω από το φλεβικό δίκτυο και κυρίως στη λευκή ουσία του εγκεφάλου με τη μορφή είτε διάσπαρτων πολλαπλών μικρών εστιών, είτε μεγαλύτερων εστιών γύρω από ένα ή περισσότερα κέντρα.
- Η σχετική απουσία βαλσαρινής ή δευτεροπαθούς εκφύλισης των ινών των νευρικών δεματίων, η οποία εκφράζεται με τη σχετική ακεραιότητα των αξόνων στην περιοχή των βλαβών. (Marsden and Fowler, 2001, Raymond et al, 2003)

Κάποια από τα νοσήματα που ανταποκρίνονται κατά προσέγγιση στα παραπάνω κριτήρια είναι:

- Η πολλαπλή σκλήρυνση (διάσπαρτη σκλήρυνση).
- Η χρόνια υποτροπιάζουσα εγκεφαλομυελοπαθητική μορφή.
- Η οξεία πολλαπλή σκλήρυνση.
- Η διάχυτη εγκεφαλική σκλήρυνση (διάχυτη περιαξονική σκλήρυνση) του Schilder και
- Η συγκεντρική σκλήρυνση του Baló.
- Η οξεία νευρομυελίτιδα (DEVIC).
- Η οξεία διάσπαρτη εγκεφαλομυελίτιδα.
- Επακόλουθη ιλαράς, ανεμοβλογιάς, ευλογιάς, παρωτίτιδας, ερυθράς, γρίπης και άλλων ιογενών και μερικών βακτηριακών λοιμώξεων (όπως μυκόπλασμα).
- Επακόλουθη εμβολιασμού κατά της λύσσας ή της ευλογιάς και σπάνια άλλων τύπων εμβολίων.
- Η οξεία και υποξεία νεκρωτική αιμορραγική εγκεφαλίτιδα.
- Οξεία εγκεφαλοπαθητική μορφή (αιμορραγική λευκοεγκεφαλίτιδα του Hurst)
- Υποξεία νεκρωτική μυελοπάθεια. (Marsden and Fowler, 2001, Raymond et al, 2003)

Σε κάποιες από αυτές τις απομυελινωτικές νόσους, κυρίως στη νόσο του Schilder, τη νεκρωτική αιμορραγική λευκοεγκεφαλίτιδα και τη σκλήρυνση κατά πλάκας, υπάρχει μεγάλου βαθμού προσβολή τόσο της μυελίνης, όσο και των αξόνων. Ενώ υπάρχουν και άλλα νοσήματα, όπου η απομυελίνωση είναι το κύριο χαρακτηριστικό τους. Όπως περιπτώσεις αξονικής εγκεφαλοπάθειας, όπου έχουν καταστραφεί τα έλυτρα μυελίνης των νευρικών ινών που οδεύουν προς τις εν τω βάθει στιβάδες του εγκεφαλικού φλοιού ενώ διασώζονται οι περισσότεροι άξονες. (Marsden and Fowler, 2001, Raymond et al, 2003)

Στη νευρολογική γλώσσα, ο όρος απομυελίνωση έχει αποκτήσει ένα ειδικό νόημα. Ο όρος αυτός, χρησιμοποιείται με βάση τα συγκεκριμένα κριτήρια και όχι ως συνώνυμο της πλήρους εκφύλισης των νευρικών ινών ή της νέκρωσης της λευκής ουσίας, ακόμη και όταν οι βλάβες φαίνονται όμοιες σε χρώσεις μυελίνης. (Marsden and Fowler, 2001, Raymond et al, 2003)

Η κύρια φυσιολογική επίπτωση της απομυελίνωσης είναι ότι παρεμποδίζεται η διααμάτων ηλεκτρική αγωγιμότητα από την μια περίσφιξη του Ranvier, στην οποία υπάρχει υψηλή συγκέντρωση διαύλων νατρίου, στην επόμενη. Αυτή η αδυναμία ηλεκτρικής μετάδοσης θεωρείται ότι υπόκειται των περισσότερων διαταραχών λειτουργίας μιας απομυελινωτικής νόσου τόσο των κεντρικών όσο και των περιφερικών νευρικών ινών. (Raymond et al., 2003)

1.7. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η Σκλήρυνση κατά πλάκας είναι η πιο συχνή απομυελινωτική νόσος του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, ενώ αποτελεί τη συχνότερη νευρολογική νόσο που προκαλεί αναπηρία σε νέους ενήλικες. (Αρτεμίδης και συν., 2015, Κατσαβός, 2015). Η νόσος εμφανίζεται κυρίως σε νεαρούς ενήλικες μεταξύ των 20 και 40 ετών, ενώ σε ένα μικρό ποσοστό των περιπτώσεων, περίπου 10%, εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα κατά την παιδική ηλικία. (Osborn et al., 2012, Γκίκα, 2014, Κατσαβός, 2015).

Επίσης υπολογίζεται ότι προσβάλλονται από τη νόσο περισσότερα από 250.000 άτομα στην Αμερική και 5.000 άτομα στην Ελλάδα. Ο επιπολασμός της

νόσου στη νότια Ευρώπη κυμαίνεται από 5 έως 30 ασθενείς ανά 100.000 κατοίκους, με τα ποσοστά να αυξάνονται διαρκώς.(Πολυκανδριώτη και Κυρίτση, 2006, Αρτεμίδης και συν., 2015). Στην Ελλάδα περίπου ένας στους χίλιους κατοίκους έχει Σκλήρυνση Κατά Πλάκας. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται διαφορετικές τιμές επιπολασμού ανά γεωγραφικό διαμέρισμα, η κεντρική και νότια Ελλάδα παρουσιάζει τις χαμηλότερες τιμές με 10 περίπου ασθενείς ανά 100.000 κατοίκους, ενώ η Θεσσαλονίκη παρουσιάζει υψηλότερες τιμές με 31 ασθενείς ανά 100.000 κατοίκους. (Πολυκανδριώτη και Κυρίτση, 2006, Μητσικώστας, 2015).

Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας πλήττει περισσότερο τις γυναίκες από ότι τους άνδρες. Συγκεκριμένα η αναλογία των γυναικών προς τους άνδρες είναι 3:1 για τα άτομα με ηλικία ≤ 16 ετών και 4:1 για τα άτομα ηλικίας >45 ετών. Τέσσερις στους πέντε ασθενείς με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας αρχίζουν με υποτροπές και μετά από 15 χρόνια οι περισσότεροι εμφανίζουν δευτερογενώς εξελισσόμενη σκλήρυνση. Οι συγγενείς των πασχόντων έχουν 8 φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν Σκλήρυνση Κατά Πλάκας, ενώ τα παιδιά των πασχόντων έχουν περίπου 30- 50 φορές περισσότερες πιθανότητες να νοσήσουν από Σκλήρυνση Κατά Πλάκας. Σε παγκόσμια κλίμακα πάνω από ένα εκατομμύριο νεαρά άτομα προσβάλλονται από Σκλήρυνση Κατά Πλάκας, ενώ κάθε εβδομάδα διαγιγνώσκονται περίπου 200 άτομα με τη νόσο. (Πολυκανδριώτη και Κυρίτση, 2006, Μητσικώστας, 2015).

Κεφάλαιο 2

2.1. ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η πορεία της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας εμφανίζει μεγάλη ποικιλομορφία γεγονός που καθιστά αρκετά δύσκολη την πρόγνωση της εξέλιξης στα αρχικά κυρίως στάδια. Παρόλα αυτά υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της νόσου, όπως η μορφή της ασθένειας, το φύλο, η ηλικία, η φυλή, τα αρχικά συμπτώματα και ο βαθμός αναπηρίας που εμφανίζει ο ασθενής. (Πλαιτάκης, 2004, Γρηγοράκης, 2005)

Περίπου το 85% των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με σκλήρυνση κατά πλάκας, εμφανίζουν μια υποτροπιάζουσα- διαλείπουσα πορεία της νόσου. Οι ασθενείς αυτοί περνούν περιόδους, όπου εμφανίζουν νέα συμπτώματα ή υποτροπές σε παλιότερα συμπτώματα. Τα συμπτώματα αυτά υπάρχει περίπτωση να εκδηλωθούν για μέρες ή ακόμα και για εβδομάδες και να βελτιωθούν πλήρως ή μερικώς μετά από λίγο καιρό. Μια πρώτη έξαρση χαρακτηρίζεται συνήθως ως κλινικά μεμονωμένο σύνδρομο. Μετά τις υποτροπές αυτές ακολουθούν τις περισσότερες φορές περίοδοι ύφεσης. Οι περίοδοι αυτοί μπορεί να διαρκέσουν από μερικούς μήνες έως ακόμα και χρόνια. (Γρηγοράκης, 2005, Murray, 2006). Είναι σημαντικό να διευκρινιστεί ότι μικρή αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος του ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας, μπορεί να επιδεινώσει προσωρινά τα συμπτώματα της νόσου, χωρίς όμως να συμπεριλαμβάνεται στις υποτροπές της νόσου. (Θερμόπουλος, 2016)

Μετά από αρκετά χρόνια, οι περισσότεροι από τους ασθενείς που εμφανίζουν υποτροπές και υφέσεις, θα εισέλθουν στη φάση της προοδευτικής εξέλιξης με ή χωρίς εξάρσεις, η οποία ονομάζεται δευτερογενής προοδευτική σκλήρυνση κατά πλάκας. Το 15% των ασθενών δεν θα εμφανίσουν εξάρσεις, αλλά μια βραδεία προοδευτική επιδείνωση της νόσου. Ορισμένοι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να εμφανίσουν εξάρσεις σε όψιμο στάδιο της νόσου, σε αυτή την περίπτωση η νόσος χαρακτηρίζεται ως προοδευτική υποτροπιάζουσα σκλήρυνση κατά πλάκας. (Murray, 2006, Θερμόπουλος, 2016)

Το 15% των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας που θα εμφανίσουν εξάρσεις και υφέσεις στα πρώτα στάδια της ασθένειας, στη συνέχεια θα έχουν μια ήπια διαδρομή με ελάχιστη αναπηρία μετά από διάστημα 15 χρόνων. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται καλοήθης σκλήρυνση κατά πλάκας. Οι γυναίκες ακολουθούν μια καλοήθη πορεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας συχνότερα από ότι οι άνδρες με αναλογία 3:2. (Πλαιτάκης, 2004, Murray, 2006, Θερμόπουλος, 2016)

Επιπλέον τα φάρμακα μπορούν να επηρεάσουν την πορεία της νόσου. Ωστόσο φαίνεται η φαρμακευτική αγωγή να έχει πιο ευεργετικά αποτελέσματα στον τύπο της σκλήρυνσης κατά πλάκας, όπου εμφανίζονται υφέσεις και εξάρσεις σε σχέση με την προοδευτική σκλήρυνση κατά πλάκας. (Murray, 2006)

Το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι περίπου το ίδιο με τον υγιή γενικό πληθυσμό. Πολλοί ασθενείς ζουν μέχρι και 30-40 χρόνια από την έναρξη της νόσου, ενώ είναι λίγοι αυτοί που πεθαίνουν σε διάστημα ενός έως

τριών χρόνων από την έναρξη της νόσου. Ο μέσος όρος επιβίωσης είναι περίπου τα 20- 30 χρόνια. Καλύτερη πρόγνωση εμφανίζουν οι ασθενείς που δεν παρουσίασαν δυσκολία τα πρώτα 5 χρόνια από την έναρξη της νόσου, καθώς και οι ασθενείς όπου κατά την έναρξη της ασθένειας εμφάνισαν αισθητικά συμπτώματα και οπτική διαταραχή. Αντίθετα φαίνεται ότι οι ασθενείς όπου από την αρχή της εμφάνισης της σκλήρυνσης κατά πλάκας παρουσίασαν συμπτώματα πυραμιδικού τύπου, παρεγκεφαλιδικές διαταραχές ή συμπτώματα από το εγκεφαλικό στέλεχος εμφανίζουν μια πιο δυσμενή πρόγνωση της νόσου. Ενώ η εμφάνιση εκτεταμένης απομυελίνωσης στο στέλεχος συνοδεύεται από χειρότερη πρόγνωση. Γενικά τα δυο πρώτα χρόνια της ασθένειας αποτελούν έναν αρκετά ασφαλή προγνωστικό δείκτη για την μετέπειτα πορεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας. (Πλαιτάκης, 2004, Murray, 2006, Θερόπουλος, 2016)

2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας εκδηλώνεται με μία σειρά συμπτωμάτων που χαρακτηρίζονται από εξάρσεις και υφέσεις. Σε αντίθεση με την πλειοψηφία των ασθενών, στην συγκεκριμένη νόσο δεν υπάρχουν συμπτώματα έναρξης και εξέλιξης καθώς εξαρτώνται από την εντόπιση των βλαβών στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Η πρώτη εκδήλωση της νόσου μπορεί να είναι μονοσυμπτωματική ή πολυσυμπτωματική με βαρύτερη ή ηπιότερη επίδραση στην υγεία και την καθημερινότητα του ασθενούς και τάση πλήρους ή μερικής υποχώρησης των συμπτωμάτων με το πέρασμα του χρόνου.(Γρηγοράκης,2005)

Στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων αποσκοπεί και το ένα από τα δύο σκέλη της θεραπευτικής στρατηγικής της σκλήρυνσης κατά πλάκας προκειμένου να απαλλαγεί από τις ενοχλήσεις και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής του. Οι ασθενείς εμφανίζουν ένα ευρύ φάσμα σημείων και διαχωρίζονται μεταξύ τους αναλόγως την συχνότητα τους ως τυπικά και άτυπα. Τυπικά χαρακτηρίζονται αυτά που παρουσιάζονται πιο συχνά και άτυπα αυτά που ο ασθενής συναντά σπανιότερα στην καθημερινότητα του. Αρχικό σημάδι για όλες τις ηλικίες είναι αισθητικής διαταραχής με αναφερόμενο σύμπτωμα το μούδιασμα συνήθως άνω άκρου .Στη συνέχεια ακολουθούν κινητικά, αισθητηριακά και άλλου τύπου προβλήματα. Στην πορεία θα αναφερθούμε

αναλυτικότερα στα συμπτώματα και θα τα περιγράψουμε σε κατηγορίες κατά συστήματα. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος,2001, Dewit, 2009)

ΚΡΑΝΙΑΚΑ ΝΕΥΡΑ

Όσφρητικό νεύρο: έχει παρατηρηθεί σε άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας σαν πρώτο σύμπτωμα, αν και σπάνια, να παρουσιάζουν την απώλεια όσφρησης. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος,2001)

Οπτικό νεύρο: ένα μεγάλο ποσοστό του συνόλου των ασθενών της νόσου θα παρουσιάσουν λάβες των οπτικών νεύρων. Εκδηλώνεται ως θάμβος οράσεως αλλά στην ουσία πρόκειται για επεισόδιο μείωσης της οπτικής οξύτητας είτε από την μία μόνο πλευρά είτε σπανιότερα και από τις δύο. Αυτό συνήθως συμβαίνει ξαφνικά και σύντομα σε διάστημα εβδομάδων ή και ωρών. Οι οφθαλμοί γίνονται ευαίσθητοι στην πίεση και εκδηλώνεται άλγος που συνοδεύεται από κεφαλαλγία ορισμένες φορές. Στο μεγαλύτερο ποσοστό μετά το επεισόδιο, η βλάβη αποκαθίσταται με ή χωρίς θεραπεία και η όραση επανέρχεται σχεδόν στα φυσιολογικά της επίπεδα έστω και ελαττωμένη. Το διάστημα αποκατάστασης μπορεί να είναι από δύο έως και έξι μήνες αναλόγως την περίπτωση ενώ υπάρχουν και περιστατικά όπου η διαταραχή παρατείνεται με αποτέλεσμα μόνιμα μειωμένο βαθμό οπτικής οξύτητας, αποχρωματισμό θηλής και οπτική ατροφία. Όσο πιο βραδεία ή ακόμα και ατελής είναι η αποκατάσταση της οξύτητας τόσο μεγαλύτερες είναι οι βλάβες που προκαλούνται. Κατά τα 2/3 ο βυθός του ματιού είναι φυσιολογικός χωρίς καμία ιδιαίτερη παρατήρηση από ασθενή και γιατρό ενώ στο υπόλοιπο 1/3 παρουσιάζεται οίδημα θηλής η εγκατάσταση και ο βαθμός του οποίου εξαρτάται από το πόσο κοντά στην κεφαλή του οπτικού νεύρου βρίσκεται η βλάβη. Μία ελαφριά νευρίτιδα μπορεί να αφήσει μια ελαφρά διαταραχή στην αντίληψη των χρωμάτων και σε άλλες περιπτώσεις ένα κεντρικό σκότωμα, ομόκεντρη στένωση, ομώνυμη ημιανοψία και άλλα. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος,2001)

Οφθαλμοκινητικά νεύρα: οι διαταραχές στην οφθαλμοκινητικότητα είναι κάθε άλλο παρά σπάνιες και μπορεί να οφείλονται σε βλάβη των φυγόκεντρων ινιακών συνδέσεων είτε σε παρεγκεφαλιδική βλάβη. Η συνηθέστερη αυτών είναι η διάσπαση των παρακολουθητικών κινήσεων. Μια άλλη μορφή διαταραχής είναι η παρουσία νυσταγμού είτε είναι οριζόντιος είτε είναι κάθετος. Η διαπυρηνική οφθαλμοπληγία είναι μια ακόμα διαταραχή που οφείλεται σε απομυελινωτική βλάβη

της οπίσθιας επιμήκου δεσμίδας μεταξύ τρίτης και τέταρτης εγκεφαλικής συζυγίας. Άλλες επιπλοκές μπορεί να προκαλέσει στα οφθαλμοκινητικά νεύρα η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι η παράλυση των συζυγών κινήσεων των οφθαλμών, οψόκλονος και ταλαντοψία.(Τριανταφύλλου και Σφάγγος,2001)

Τριδύμο νεύρο: δεν είναι ένας από τους συχνούς στόχους της νόσου κι όταν παρουσιασθεί υπάρχει τυπική εικόνα νευραλγίας τριδύμου με κοινά γνωρίσματα με την ιδιοπαθή και συμβαίνει σε ποσοστό περίπου 4% του συνόλου των ασθενών. Χαρακτηρίζεται από την ταχύτητα στην εκδήλωση και την διάρκεια αφού αυτή είναι δευτερόλεπτα. Άτομα που παρουσιάζουν νευραλγία τριδύμου γενικά τείνουν να ανακαλύπτουν αργότερα ότι πάσχουν από την νόσο της σκλήρυνσης κατά πλάκας. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος,2001)

Προσωπικό νεύρο: πρόκειται για σπάνιες βλάβες που όμως έχουν παρουσιασθεί σε βάθος χρόνων σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας. Έχουν την μορφή μονόπλευρης πάρεσης, μυοκυμίας, ημίσπασμου του προσώπου και διαταραχή της γεύσης σπανιότατα. Η παρουσία πάρεσης ποικίλει σε ποσοστά αλλά αν θέλαμε να δώσουμε ένα ρεαλιστικό αριθμό αυτός θα ήταν της τάξης του 3-4%. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος,2001)

Κοχλιακό νεύρο: ακόμα μια σπάνια διαταραχή που μπορεί να παρουσιαστεί σε ασθενής με πολλαπλή σκλήρυνση. Συνήθως παρουσιάζονται με την μορφή υπερακουσίας ή και υποακουσίας. Προκαλούν σύγχυση στον ασθενή και υπάρχει κίνδυνος να προκύψει ολική κώφωση στο ένα εκ των δύο αυτιά που μπορεί αυτό να αποτελέσει και το αρχικό σύμπτωμα της νόσου. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος,2001)

Αιθουσιαία νεύρα και οδοί: σύνηθες φαινόμενο στην σκλήρυνση κατά πλάκας είναι ο ίλιγγος ο οποίος μπορεί να προκληθεί αυτόματα χωρίς ιδιαίτερο λόγο ή έπειτα από στροφή της κεφαλής. Παρ όλα αυτά με ένα τέτοιο σύμπτωμα όπως ο ίλιγγος δεν θα μπορούσε εύκολα να διαγνωσθεί μια ασθένεια όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας καθώς αποτελεί ένα σύμπτωμα πολλών ασθενειών ή και καμίας αφού μπορεί να είναι περιστασιακός και παροδικής φύσεως. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος,2001)

Τελευταίες εγκεφαλικές συζυγίες: στην κατηγορία αυτή ανήκουν πολλών ειδών βλάβες που είναι όμως όλες αρκετά σπάνιες. Πρόκειται για βλάβες πνευμονογαστρικού, αναπνευστικού, δυσφωνίας, εφίδρωσης ή ακόμα και αναφορές σε περιπτώσεις γλωσσοφαρυγγικής νευραλγίας.(Τριανταφύλλου και Σφάγγος,2001)

ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Προσβολή κεντρικού κινητικού νευρώνα: Αυτού του είδους οι διαταραχές αποτελούν το κυρίαρχο σύμπτωμα και συνάμα πρόβλημα της νόσου αυτής. Θεωρείται βέβαιο πως η πλειοψηφία των ασθενών αργά ή γρήγορα θα παρουσιάσει κινητικά προβλήματα που σίγουρα οφείλονται σε προσβολή του κεντρικού κινητικού νευρώνα. Συχνότερη παρουσιάζεται σπαστική παραπάρεση στους ασθενείς με διαφορά βαρύτητας μεταξύ των δύο άκρων. Δεύτερη πιο συχνή βλάβη είναι η πάρεση κάτω άκρου και στη συνέχεια η ημιπάρεση. Σπανιότερη θεωρείται η πάρεση ενός άνω άκρου καθώς η πάρεση των κάτω άκρων είναι 4 φορές πιο πιθανή από την πάρεση των άνω άκρων. Αρχική αίσθηση της βλάβης εκδηλώνεται με κόπωση και αδυναμία που χειροτερεύουν με το πέρασμα του χρόνου και με την επίδραση άσκησης ή θερμοκρασίας. Με τον καιρό η αδυναμία εξαπλώνεται στα υπόλοιπα άκρα. Τέτοιου είδους εκδηλώσεις οφείλονται σε μυελοπάθεια και αφορούν ηλικίες άνω των 40 ετών. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος,2001)

Προσβολή του περιφερικού κινητικού νευρώνα: Πρόκειται για βλάβες που προκαλούνται ομοίως με τις κεντρικές βλάβες. Χαρακτηριστικό της προσβολής αυτής αν και σπάνια συμβαίνει είναι η νωθρότητα ή απώλεια των τενόντιων αντανακλαστικών και μυϊκές ατροφίες συνήθως άνω άκρων που παρουσιάζονται σε τελικό στάδιο. Προκαλούνται λόγω ακινησίας των πασχόντων με αποτέλεσμα πιεστικού τύπου βλάβες στα μέλη. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος,2001)

Παρεγκεφαλιδικές διαταραχές: Δεν ανήκουν στα αρχικά ή αποκλειστικά συμπτώματα της νόσου. Ωστόσο, απόρροια του συνδυασμού παρεγκεφαλιδικών και πυραμιδικών διαταραχών είναι το σπαστικοαταξικό βάδισμα. Σπαστικό χαρακτηρίζεται λόγω της πυραμιδικής βλάβης και αταξικό λόγω της παρεγκεφαλιδικής βλάβης. Κατά τη βάδιση του ο ασθενής ή την προσπάθεια αυτής, διερευνά τη βάση στήριξης και προχωρεί με τα άκρα αφεστώτα. Σε σοβαρότερες περιπτώσεις η κορμική αταξία εμποδίζει σημαντικά την κινητικότητα του ατόμου με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται ακόμα και να σταθεί όρθιος, να καθίσει χωρίς βοήθεια ή να βαδίσει. Πέραν όμως της διαταραχής στη βάδιση, η παρεγκεφαλιδική βλάβη, μπορεί να προκαλέσει δυσμετρία, δυσδιαδοχοκινησία και τρόμο ο οποίος μαρτυρά προσβολή του οδοντωτού πυρήνα και των συνδέσεων του. Πρόκειται για μια από τις σοβαρότερες μορφές αναπηρίας όπου ο ασθενής κατά την εξέλιξη της χάνει ακόμα και την δυνατότητα γραφής και αυτοεξυπηρέτησης. Ο τρόμος μπορεί να προσβάλει

και την κεφαλή ενώ σε πιο προχωρημένο στάδιο συναντάμε δυσκολίες ομιλίας λόγω διαταραχής των μυών που συμβάλουν στην άρθρωση του λόγου. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος,2001, Osborn et al., 2012)

Εξωπυραμιδικές διαταραχές: Η συγκεκριμένη διαταραχή είναι αρκετά σπάνια. Όταν παρουσιάζεται κάνει σαφή την ύπαρξη απομυελινωτικών βλαβών στα βασικά γάγγλια και τους συνδέσμους τους. Γίνεται φανερή από την εκδήλωση υπερτονίας ή χοριόμορφων κινήσεων. Συχνά βέβαια συνοδεύεται από πυραμιδική ή παρεγκεφαλιδική συμπτωματολογία. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος,2001)

ΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Πρόκειται για παραισθησίες και δυσαισθησίες που ανήκουν στις πιο συνηθισμένες εκδηλώσεις της νόσου. Παραισθησία ονομάζεται η υποκειμενική αντίληψη αισθητικού ενοχλήματος που γεννά ο οργανισμός και εξωτερικεύεται στον ασθενή ως μούδιασμα, κάψιμο ή οποιαδήποτε άλλη αίσθηση-ενόχληση μπορεί να συνεπάγεται με την εκδήλωση της νόσου. Δυσαισθησία είναι η παραποιημένη αντίληψη, αφής, άλγους, θερμού-ψυχρού που αναφέρεται από τον ασθενή και εκφράζεται ως ψευδαίσθηση. Ωστόσο αποτελούν συμπτώματα λιγότερης σπουδαιότητας συγκριτικά με άλλες όπως είναι οι κινητικές. Βρίσκονται στην αφετηρία εκδήλωσης της νόσου και κατά την πορεία της μπορεί να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Οι παραισθήσεις εμφανίζονται πιο συχνά από τις δυσαισθησίες και μπορούν να μαρτυρούν βλάβη της νωτιοθλαμικής οδού, των οπίσθιων δεσμών ή των ριζών του κεντρικού νευρικού συστήματος. Ο ασθενής αισθάνεται χαρακτηριστικό και συχνό μούδιασμα, τσίμπημα, μυρμήγκιασμα, αίσθημα εξοιδήσεως κορμού ή άκρων, συσφικτικό αίσθημα, ψύχους, καψίματος, βάρους και άλλα. Οι περιγραφές των ασθενών ξεκινούν από τα άκρα και εξαπλώνονται με επίθετα όπως 'νεκρό ή άχρηστο'. Τις περισσότερες φορές συνδέονται με μυελοπάθειες και έχουν προκληθεί από την δημιουργία πλάκας στις οπίσθιες δέσμες. Η σπαστικότητα, οι κακώσεις των αρθρώσεων και η ψυχική επιβάρυνση οδηγούν σχεδόν πάντα σε αίσθημα πόνου που εκφράζεται από την συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων που πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος,2001)

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΥΤΟΝΟΜΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Κυστικές διαταραχές: Οι κυστικές διαταραχές είναι οι πλέον πιο συχνά εμφανιζόμενες της πολλαπλής σκλήρυνσης. Ωστόσο δεν συμπεριλαμβάνονται στις

πρώτες εκδηλώσεις της νόσου αλλά στην πορεία απασχολούν τα 2/3 των ασθενών . Όσον αφορά την κυστική λειτουργία κατά την εκδήλωση διαταραχών εξετάζονται και αποκλείονται πρώτα όλα τα υπόλοιπα μη νευρολογικά αίτια για να καταλήξουμε στο συμπέρασμα πως η βλάβη είναι νευρογενής. Κάποιοι ασθενείς δεν μπορούν να κρατήσουν τα ούρα τους είτε λόγω υπερλειτουργίας, είτε λόγω αυτόματου σπασμού του μυός, είτε ανεπάρκειας σφιγκτήρος. Συνεπώς γίνονται από τους ίδιους αναφορές σε επιτακτική ανάγκη για ούρηση που αργότερα ερμηνεύεται ως νυκτουρία και ακράτεια. Άλλοι ασθενείς δεν έχουν την ικανότητα να πραγματοποιήσουν πλήρη κένωση της κύστης και αναφέρουν δυσκολία στην έναρξη της ούρησης. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε ατονία του εξωστήρος μυός ή σε σπασμούς του έξω σφιγκτήρος. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος,2001, Σιαφάκας, 2014)

Διαταραχές της λειτουργίας του εντέρου: Στους πάσχοντες της νόσου παρατηρείται κατά γενική ομολογία δυσλειτουργία μεγαλύτερη από αυτή που μπορεί να αντιμετωπίζει ο υπόλοιπος πληθυσμός. Οι συνήθεις εκδηλώσεις είναι δυσκοιλιότητα, λιγότερα συχνά προκαλείται ακράτεια και ακόμη σπανιότερα ο συνδυασμός δυσκοιλιότητας και ακράτειας. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος,2001)

Μη σφιγκτηριακές διαταραχές: Απόρροια της βλάβης του αυτόνομου είναι η δημιουργία οιδημάτων στα κάτω άκρα. Σε αυτό μπορεί να συμβάλει και η έλλειψη κινητικότητας που αποτελεί συνήθης κατάσταση των πασχόντων. Δεν λείπουν οι συχνές αναφορές σε “θερμά ή ψυχρά” άκρα που οφείλονται στην μεταβολή του τόνου των αγγείων και προκαλούν ανησυχία και ενόχληση στους ασθενείς. Σπανιότερα εντοπίζονται διαταραχές της αρτηριακής πίεσης, του καρδιακού ρυθμού, του ρυθμού της αναπνοής ή διαταραχές των ιδρωτοποιών αδένων που προκαλούν υπερβολική εφίδρωση ή και το αντίθετο που είναι η ανιδρωσία. Στο μισό και παραπάνω ποσοστό των ασθενών παρατηρείται πρόβλημα στύσης και εκσπερμάτισης και ο αριθμός συνεχίζει να αυξάνεται με τα χρόνια καθώς πέραν της διαταραχής του αυτόνομου, πολύ σημαντικό ρόλο στον τομέα αυτό παίζει ο ψυχολογικός παράγοντας των πασχόντων. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος,2001)

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΦΛΟΙΩΔΟΥΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΕΩΣ

Γνωσιακές διαταραχές: Η σωστή λειτουργία του νου δεν προϋποθέτει σε καμία περίπτωση απουσία βλάβης του εγκεφαλικού φλοιού καθώς είναι πλέον αποδεκτό ότι οι ανώτερες λειτουργίες ελέγχονται και από τους υποφλοιώδεις σχηματισμούς. Κατά συνέπεια και με λογική ακολουθία οι ασθενείς της σκλήρυνσης

κατά πλάκας είναι δυνατό να έρθουν αντιμέτωποι με γνωσιακές διαταραχές. Βέβαια όπως κάθε διαταραχή της νόσου αυτής έτσι και οι γνωσιακή μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε στιγμή της ασθένειας, με οποιαδήποτε διάρκεια και οποιαδήποτε εξέλιξη. Συγκεκριμένα αυτό που ταλαιπωρεί τους πάσχοντες είναι η διαταραχή της μνήμης που συνεπάγεται με δυσκολία κωδικοποίησης και απομνημόνευσης πληροφοριών. Υπολογίζεται πως το μισό και παραπάνω ποσοστό των ασθενών αντιμετωπίζει τέτοιου είδους δυσκολίες μη λαμβάνοντας υπόψιν ορισμένες περιπτώσεις όπου υπάρχει η διαταραχή και ο εξεταστής δεν τις έχει αντιληφθεί. Κατά κανόνα είναι ήπιας μορφής και ανιχνεύονται με ειδικές εξετάσεις (νευροψυχολογικές και νευροφυσιολογικές). Αξίζει να σημειωθεί πως έρευνα της “British Society of Rehabilitation Medicine” κατατάσσει τέταρτες κατά σειρά σημασίας τις γνωσιακές διαταραχές στηρίζοντας πως είναι η βασικότερη αιτία πρόκλησης ανικανότητας στο άτομο. Σπανιότερα εντοπίζονται αταξικές ή αγνωσικές διαταραχές και σε παρόμοια συχνότητα παρουσιάζεται η άνοια. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος,2001, Μητσοκόστας, 2015)

Αφασικές διαταραχές: Η μαζική απομυελινωτική βλάβη του επικρατούντος ημισφαιρίου μπορεί να προκαλέσει κατάσταση αφασίας στον ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας. Σε περίπτωση αφασίας ο ασθενής επέρχεται σε μερική ή ολική απώλεια της γλωσσικής ικανότητας και γενικότερη ανικανότητα λόγου. Πρόκειται για μια κατάσταση που αποτελεί τεκμηριωμένη εκδήλωση της νόσου αλλά παρουσιάζεται σπάνια. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος,2001)

Επιληπτικές κρίσεις: Εμφανίζονται οποιαδήποτε στιγμή κατά την πορεία της νόσου και σχεδόν ποτέ κατά την έναρξη της. Είναι σχετικά μικρό το ποσοστό που απασχολεί αυτού του είδους το σύμπτωμα και δεν έχουν καμία σχέση με την πορεία ή την βαρύτητα της νόσου. Εκδήλωση επιληπτικής κρίσης δεν συνεπάγεται με έξαρση της νόσου. Οι κρίσεις είναι εστιακές ή έχουν εστιακή έναρξη. Απαραίτητη κρίνεται η διαρκής θεραπεία καθώς συχνά εκδηλώνονται υποτροπές στις κρίσεις. Δεν υπάρχει επίσημη αιτιολογία της παρουσίας επιληπτικών κρίσεων στην πολλαπλή σκλήρυνση όμως θεωρείται πιθανό και λογικό να οφείλονται σε ερεθισμό του φλοιού από πλάκες που βρίσκονται κοντά του γιατί όλες οι βλάβες της νόσου είναι υποφλοιώδεις. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος,2001)

Ψυχικές διαταραχές: Οι ψυχικές διαταραχές γεννιούνται στην πορεία της νόσου και είναι αποτέλεσμα των εκδηλώσεων της νόσου και της μη σταθερής κατάστασης που

βιώνει ο ασθενής. Ζει με το αίσθημα της ανασφάλειας και της αβεβαιότητας για το πώς θα εξελιχθούν τα συμπτώματα που έχει παρουσιάσει και τι άλλο μπορεί να τον απασχολήσει στην πορεία. Είναι πολύ μεγάλο το ποσοστό των ασθενών που αντιμετωπίζει ψυχικές διαταραχές. Η αξιολόγηση των ασθενών θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη και λεπτομερή προσοχή για να αποφεύγονται τα λάθη και οι παραπλανήσεις. Για παράδειγμα, η εκδήλωση ευφορίας του ατόμου με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να οφείλεται σε έκπτωση των ανωτέρων λειτουργιών και όχι σε πραγματική ψυχική κατάσταση.(Τριανταφύλλου και Σφάγγος,2001, Dewit, 2009)

Είναι αναγκαία λοιπόν η ψυχολογική εκτίμηση του ασθενούς η οποία επηρεάζεται αρνητικά από την ύπαρξη αρνητικών συναισθημάτων γενικότερα και ειδικότερα άγχους και κατάθλιψης. Κατά κανόνα τα αρνητικά συναισθήματα προκύπτουν από την σωματική ανικανότητα που προκαλούν τα συμπτώματα της νόσου και είναι σημαντική η προσωπική αξιολόγηση του ασθενούς. Σε αυτό βοηθά ο αυτοσεβασμός και η ικανότητα σκέψης, μάθησης, μνήμης και συγκέντρωσης σε οποιοδήποτε αντικείμενο τους απασχολεί. Είναι λογικό επόμενο οι ψυχικές διαταραχές να επηρεάζουν και τις κοινωνικές τους σχέσεις καθώς όταν η ψυχολογία δεν είναι καλή δεν υπάρχει διάθεση για κοινωνικοποίηση και συναναστροφή.(Πολυκανδριώτη και Κυρίτση,2006)

Όσο περνάει ο καιρός και ο ασθενής ζει με τη νόσο να περικυκλώνει την καθημερινότητα του, επέρχονται αλλαγές του συναισθήματος των νοητικών λειτουργιών. Ο βαθμός της διαταραχής αυτής μπορεί να είναι από ασήμαντος μέχρι και να αγγίζει τα όρια της ψύχωσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι τις νευρικές διαταραχές επηρεάζουν σημαντικά και οι ελλείψεις ιχνοστοιχείων του εγκεφάλου, όπως είναι ο ψευδάργυρος, που σε χαμηλά επίπεδα σχετίζεται με σοβαρές ψυχολογικές διαταραχές. Κάποιες από αυτές είναι η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια, ο λήθαργος, οι εναλλαγές διάθεσης, οι αδικαιολόγητες εκρήξεις είτε χαράς είτε λύπης, υστερικά συμπτώματα και μειωμένη συγκέντρωση. Συνεπώς, πέραν της φαρμακευτικής αγωγής και της ιατρικής παρακολούθησης προς αποφυγή ή εξομάλυνση των παραπάνω, απαραίτητο κρίνεται και ένα σωστό διαιτολόγιο πλούσιο σε ψευδάργυρο.(Γρηγοράκης,2005)

2.3. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στο παρελθόν, όταν σχεδόν η νόσος είχε γίνει γνωστή, ο γιατρός σε συνεννόηση με τους συγγενείς του ασθενούς κρατούσαν μυστική την διάγνωση της νόσου και στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ο πάσχοντας δεν μάθαινε ποτέ ότι στην ζωή του έχει μπει η πολλαπλή σκλήρυνση. Αυτό γινόταν γιατί το συγκεκριμένο νόσημα είναι αυτοάνοσο και θεωρούσαν πως αφού ο άνθρωπος δεν θα καταφέρει να το αντιμετωπίσει και να το ξεπεράσει, το μόνο που θα του προσφέρει το να του ανακοινωθεί θα είναι η ψυχολογική επιβάρυνση. Με τα χρόνια βέβαια αυτό άλλαξε καθώς έγιναν μελέτες πάνω σε αυτό το θέμα και διαπιστώθηκε πως ο κάθε άνθρωπος προτιμά να γνωρίζει τι του συμβαίνει παρά να ζουν σε κλίμα παραπληροφόρησης. Βέβαια όσο κακό μπορεί να προκαλέσει η μη ανακοίνωση της νόσου άλλο τόσο κακή είναι η απότομη ενημέρωση ενός ανθρώπου ότι πάσχει από μια νόσο που θα τον απασχολεί για το υπόλοιπο της ζωής του με άγνωστη εξέλιξη. Για αυτό το ζήτημα της ανακοίνωσης θέλει ιδιαίτερα λεπτού χειρισμούς και διακριτικότητα γιατί είναι τόσο τραυματική η μέρα αυτή που μπορεί ακόμα και να προκαλέσει επιδείνωση στην πορεία της νόσου. Ιδιαίτερη μεταχείριση πρέπει να γίνεται σε άτομα πολύ μικρής ηλικίας ή χαμηλής νοημοσύνης. Την ανακοίνωση αυτή αρκετές φορές αναλαμβάνουν να διαχειριστούν και συγγενικά πρόσωπα που είναι ακόμα πιο εύκολο να ταράξουν τον πάσχοντα καθώς μπορεί να μην έχουν γνώση του θέματος και να μην μπορούν την στιγμή εκείνη να κατατοπίσουν τον ασθενή ή να είναι ιδιαίτερα φορτισμένα και να δημιουργήσουν εξ αρχής κακές συνθήκες για τον ασθενή. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος, 2001)

Κατόπιν της διάγνωσης θα πρέπει να χτίζεται μια σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενή και γιατρού ώστε να αποκτήσουν την καλύτερη δυνατή συνεργασία. Η διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι κατά κύριο λόγο κλινική και γίνεται φανερή με μια σειρά σημείων και συμπτωμάτων που είναι πολύ πιθανό να διαφέρουν σε είδος και σε βαθμό από ασθενή σε ασθενή. Κατόπιν λήψης ιστορικού του πάσχοντος και καταγραφή παλαιότερων αλλά και προσφάτων συμπτωμάτων, που ίσως δεν χρήζουν της απαραίτητης προσοχής, μπορεί να διαγνωσθεί η νόσος και να ακολουθήσει μια σειρά ελέγχων για την επιβεβαίωση της. Το τρίπτυχο των εργαστηριακών εξετάσεων, του ιστορικού και της αντικειμενικής νευρολογικής εξέτασης είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει σε ασφαλή διάγνωση της νόσου. Αυτό όμως

δεν σημαίνει πως αποφεύγονται οι διαγνωστικές δυσκολίες και πως το τοπίο είναι ξεκάθαρο. Ασθένειες που ίσως μοιάζουν κατά σημεία με την σκλήρυνση κατά πλάκας θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε μη ασφαλή ή ακόμα και λάθος διάγνωση. Τέτοιου είδους ασθένειες είναι η μυελοπάθεια, η δυσπλασία και η εγκεφαλομυελίτιδα που κατά την εκδήλωσή τους προσβάλλουν μέρη του κεντρικού νευρικού συστήματος και κατά συνέπεια παρουσιάζουν παρόμοια συμπτώματα με την πολλαπλή σκλήρυνση. (Γρηγοράκης 2005)

Σε άλλες περιπτώσεις οι ασθενείς παρουσιάζουν ανησυχητικά συμπτώματα που ωστόσο μπορεί να οφείλονται στην έντονη καθημερινότητα που βιώνουν οι άνθρωποι. Δεν είναι λίγες οι φορές που ο εντατικός ρυθμός της ζωής οδηγεί σε πλήθος ενοχλημάτων όπως μούδιασμα, ζαλάδα, αδυναμία, κόπωση. Ακόμα ένα χαρακτηριστικό της σημερινής εποχής είναι η φοβερή ανάπτυξη των έντυπων και ηλεκτρονικών μέσων που εύκολα μας οδηγούν στο συμπέρασμα πως όλα αυτά μπορεί να είναι τα πρώτα σημάδια μιας νόσου όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας. Στη συνέχεια ακολουθεί μια επίσκεψη στον νευρολόγο προς αποφυγή ή επιβεβαίωση των υποθέσεων. Το σημείο αυτό είναι το πιο κρίσιμο καθώς θα πρέπει να διαχωρίζονται οι άνθρωποι που έχουν την ανάγκη καθησυχασμού και οι άνθρωποι που πρέπει να υποβληθούν στον σχετικό έλεγχο. Επειδή δεν υπάρχει μια εργαστηριακή εξέταση που να αρνείται ή να παραδέχεται την ύπαρξη της νόσου, είναι η ώρα που το ιστορικό και η κλινική εξέταση θα φέρουν το αποτέλεσμα. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να περιτριγυρίζει όλη την διαδικασία της διάγνωσης καθώς ένα λάθος μπορεί να καθυστερήσει την έγκαιρη αντιμετώπιση κάποιας άλλης θεραπεύσιμης νόσου. Ο δεύτερος και πιο σημαντικός λόγος που θα πρέπει να γίνεται εξονυχιστικός έλεγχος είναι ότι η διάγνωση μιας τέτοιας νόσου φέρει σοβαρές κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις τόσο για τον ασθενή όσο και για το περιβάλλον του. Επίσης, το κόστος της συγκεκριμένης διάγνωσης είναι αρκετά μεγάλο και ένα λάθος επιφέρει μεγάλη δαπάνη που θα μπορούσε να αποφευχθεί με τα κατάλληλα κριτήρια.

Μόνο μια σαφής διάγνωση θα μπορούσε να οδηγήσει με σιγουριά στην έναρξη της θεραπείας. Η διάγνωση όπως προαναφέρθηκε βασίζεται στο επαρκές ιστορικό, στην αντικειμενική εξέταση και στις εργαστηριακές εξετάσεις. Κατά πρώτον, ένα αξιόλογο **ιστορικό** έχει σκοπό να εξαγάγει τα πραγματικά και σχετικά με τη νόσο στοιχεία μέσω γεγονότων που αφορούν το παρελθόν και έχουν “παραγραφεί” από τον ασθενή στην προσπάθειά του να τα δικαιολογήσει. Πολλές φορές ένα σύμπτωμα πρέπει να

περάσει κάποιο όριο για να αποτυπωθεί στον ασθενή και να τον ανησυχήσει ώστε να απευθυνθεί στον γιατρό. Χαρακτηριστικό της πολλαπλής σκλήρυνσης είναι ότι προσβάλλει νεαρούς ενήλικες με μονοσυμπτωματική κυρίως έναρξη που ορισμένες φορές είναι και πολυσυμπτωματική. Είναι σημαντικό κατά την λήψη ιστορικού να ανασύρει ο ασθενής περιόδους της ζωής του που η νόσος έδινε σημάδια τα οποία δεν λαμβάνονταν υπόψιν. Μετά την περίοδο αυτή ήρθε μια φάση πλήρους ύφεσης που έκανε τον ασθενή να αδιαφορήσει και να ξεχάσει τις ανησυχίες του χωρίς όμως να γνωρίζει ότι η νόσος έχει παρουσιασθεί και έχει αρχίσει να δουλεύει στα σημεία που επιλέγει. Τέτοιου είδους σημάδια είναι η δυσκολία σε λεπτές κινήσεις, η αστάθεια στην βάδιση, το ελαφρύ μούδιασμα, η αδυναμία στα κάτω άκρα είναι σημεία που όσο ο άνθρωπος μεγαλώνει μέχρι και την ηλικία που η νόσος παρουσιάζεται, δικαιολογούνται και τότε τα πράγματα μπερδεύονται πιο πολύ για τους ασθενείς και τους γιατρούς.

Κατά δεύτερον, από την **αντικειμενική εξέταση** δεν μπορούν να προκύψουν ειδικά στοιχεία, παρά μόνο σημαντικές ενδείξεις. Από τον έλεγχο του κινητικού συστήματος μπορεί να προκύψει προσβολή του κεντρικού κινητικού νευρώνα που ίσως είναι μονόπλευρη ή αμφοτερόπλευρη και στην περίπτωση αυτή είναι και ασύμμετρη. Σε ορισμένες περιπτώσεις η μόνη ένδειξη πυραμιδικής προσβολής είναι η κατάργηση των κοιλιακών αντανακλαστικών που παρατηρείται σε ποσοστό 80% των περιπτώσεων ενώ μπορεί να παρατηρηθεί και σε υγιή άτομα. Από την άλλη, τα τενόντια αντανακλαστικά είναι συνήθως ζωηρά αλλά έχουν εντοπιστεί και νωθρά. Όσον αφορά τον έλεγχο της αισθητικότητας μπορεί να αναφερθεί διαταραχή της θέσης των μελών στον χώρο και παλλαισθησία, κατά κύριο λόγο στα κάτω άκρα. Συνήθης είναι η διαταραχή της επιπολής αισθητικότητας που έχει ασαφή όρια αλλά δεν φτάνει σε βαθμό αναισθησίας. Από τους ασθενείς αναφέρεται ενοχλητική αντίληψη ακόμη και του παραμικρού ερεθίσματος και αίσθημα ηλεκτρικού ρεύματος σε επαφή με παραμάνα. Αίσθηση ηλεκτρικού ρεύματος εντοπίζεται και στην σπονδυλική στήλη μετά από απότομη παθητική ή ενεργητική κάμψη της κεφαλής ή ακόμα και πιο μικρά ερεθίσματα όπως είναι ο βήχας και το γέλιο. Τέλος από τους οφθαλμούς είναι πιθανό να διαπιστωθεί ύπαρξη νυσταγμού που συνηθέστερα είναι οριζόντιος και σπανιότερα κάθετος, περιστροφικός ή εκκρεμοειδής. Οι ασθενείς κατά την πλάγια ατένιση αναφέρουν ταλαντοψία και ο έλεγχος αυτής πρέπει να γίνεται με

αργό ρυθμό. Σημαντικά στοιχεία επίσης μπορεί να προσφέρουν η βυθοσκόπηση, ο αδρός έλεγχος των οπτικών πεδίων και η εξέταση της αντίληψης των χρωμάτων.

Κατά τρίτων, οι **εργαστηριακές εξετάσεις** αν και μη ειδικές, πολλές φορές προσφέρουν χρήσιμα στοιχεία που σε συνδυασμό με το ιστορικό και την κλινική εικόνα οδηγούν σε ένα αρκετά σταθερό συμπέρασμα για την διάγνωση της πολλαπλής σκλήρυνσης. Συγκεκριμένα η ανακάλυψη της MRI ή όπως είναι γνωστή, η μαγνητική τομογραφία, προσέφερε μεγάλη βοήθεια στην μελέτη μαρτυριών και υποψιών των ασθενών. Η μαγνητική τομογραφία είναι εξέταση των τελευταίων ετών και είναι η πιο ευαίσθητη εργαστηριακή εξέταση. Αποτελεί την κύρια διαγνωστική εξέταση, για την απεικόνιση μικρών πλακών καθώς και για την αξιολόγηση της πορείας της νόσου και των αποτελεσμάτων της θεραπείας. Η μαγνητική τομογραφία έχει πολύ μεγαλύτερη διακριτική ικανότητα σε σχέση με την αξονική τομογραφία, για το λόγο αυτό χρησιμοποιείται περισσότερο.(Osborn et al.,2012) Η λειτουργική μαγνητική τομογραφία επιτρέπει την αναγνώριση των δομών του εγκεφάλου όπως η μνήμη, ο φόβος, ο θυμός, το διάβασμα και άλλες νοητικές, γνωσιακές ή συναισθηματικές διεργασίες. Σε ένα υγιές άτομο, κατά τη λειτουργική μαγνητική τομογραφία ενεργοποιούνται περισσότερες λειτουργικές δομές του εγκεφάλου από ότι σε ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας. Στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας η μαγνητική τομογραφία δείχνει ποιες περιοχές της φαιάς ουσίας έχει προσβληθεί από τη νόσο. Οι εστίες της απομυελίνωσης ανευρίσκονται πιο συχνά στην περικοιλιακή περιοχή, το μεσολόβιο, το ημιωοειδές κέντρο και λιγότερο στην λευκή ουσία των εν τω βάθει περιοχών. Σε περιπτώσεις οξείων βλαβών οι εστίες είναι συνήθως μεγάλες και με καθορισμένα όρια. Στην συνέχεια όταν περάσουν οι οξείες φάσεις οι εστίες γίνονται μικρότερες και με ασαφή όρια. Η ενίσχυση των πλακών με σκιαγραφική ουσία υποδηλώνει νέες πλάκες ή πλάκες που έχουν ενεργοποιηθεί πρόσφατα. Πιο συγκεκριμένα προσδιορίζει παθολογοανατομικές αλλοιώσεις οξείας φλεγμονής, οι οποίες παύουν να υφίστανται όταν αντικατασταθεί η ακεραιότητα τωου αιματοεγκεφαλικού φραγμού. (Κεκάτος, 2001, Βασιλόπουλος, 2003, Goebel et al., 2005)

Έπειτα, στην ανίχνευση υποκλινικών βλαβών προσφέρουν σημαντική βοήθεια τα προκλητά δυναμικά (οπτικά, στελεχειαία, σωματοαισθητικά) των οποίων τα ευρήματα δεν είναι ειδικά αλλά δίνουν τη λύση. Η χρησιμότητα τους παραμένει σημαντική γιατί με αυτά αποκαλύπτεται η παρουσία κλινικώς “σιωπηλών” εστιών. Η εξέταση

αυτή γίνεται για τη μέτρηση της μετάδοσης των ώσεων στις νευρικές ίνες, οι οποίες επιβραδύνονται σε περιοχές απομυελίνωσης. Με τον τρόπο αυτό αναγνωρίζονται αισθητικές αλλοιώσεις και βοηθάει στην αναγνώριση των αλλοιώσεων, οι οποίες δεν είναι ορατές στην μαγνητική τομογραφία. Σε περιπτώσεις οπτικής νευρίτιδας, τα οπτικά προκλητά δυναμικά είναι παθολογικά στο 90% των πασχόντων, ακόμη και στην περίπτωση που η οπτική οξύτητα έχει επανέλθει σε φυσιολογικά επίπεδα. (Osborn et al., 2012)

Ακόμα, η εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού είναι βοηθητική στη διάγνωση διότι προσφέρει συμπληρωματικά στοιχεία των κλινικών κριτηρίων συγκεκριμένα αποκαλύπτει σημεία φλεγμονής και λύσης της μυελίνης. Η σύσταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι συνήθως φυσιολογική. Γενικά στην ανάλυση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού συνήθως παρουσιάζεται αύξηση των αντιδραστικών προς αντιγόνα T- λεμφοκυττάρων, κάτι που είναι ενδεικτικό της παρουσίας ανοσολογικής απάντησης του ασθενούς. Συχνότερο όμως εύρημα από την εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού είναι η αύξηση των ανοσοσφαιρινών σε σχέση με τα άλλα πρωτεϊνικά συστατικά, γεγονός που υποδηλώνει την ενδοραχιαία τους σύνθεση. Αυξάνεται αρχικά η IgG, η οποία συνδέεται με την παρουσία των ολιγοκλωνικών ζωνών στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, αλλά παράλληλα αύξηση παρουσιάζει και η παραγωγή της IgM και IgA ανοσοσφαιρίνης. (Lemone et al., 2011, Osborn et al., 2012)

Ασθενής που υποστηρίζει πως παρουσιάζει κάποια συμπτώματα τα οποία θυμίζουν την συγκεκριμένη νόσο θα πρέπει να υποβάλλεται σε παρακλινικό έλεγχο που να περιλαμβάνει βιοχημικές, απεικονιστικές και νευροφυσικές εξετάσεις. Στις βιοχημικές εξετάσεις συγκαταλέγονται η γενική αίματος, κολλαγονικός έλεγχος, αντισώματα κατά της *Borrelia*, στάθμη βιταμίνης B12, εξέταση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Οι απεικονιστικές εξετάσεις συμπεριλαμβάνουν την MRI και οι νευροφυσιολογικές, τα προκλητά δυναμικά. Συμπερασματικά η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μια νόσος με μεγάλη ποικιλία στο είδος των συμπτωμάτων και την χρονική τους εκδήλωση και διάρκεια. (TJ Myrgray, 2006)

Με την βοήθεια των συμπτωμάτων αυτών θα γίνει η διάγνωση της νόσου που θα πρέπει να είναι κάτι παραπάνω από πιθανότητα. Προς συνεννόηση του ιατρικού κόσμου για το κοινό συμφέρον και την ανακάλυψη ενός κοινού κώδικα για την διάγνωση της νόσου αυτής, θεσπίστηκαν κάποια συγκεκριμένα κριτήρια. Τα κριτήρια

αυτά δεν ήταν τίποτε παραπάνω από μια εμπειρική και επιστημονικώς αυθαίρετη επιλογή. Η πρώτη προσπάθεια έγινε πριν 30 χρόνια γύρω στο 1965 και ακολούθησαν αρκετές άλλες. Λίγα χρόνια αργότερα το 1983 μια επιτροπή υπό τον Poser κατέληξε στον πίνακα κριτηρίων που λέει πως ασθενείς σε επικίνδυνη ηλικία για την εμφάνιση της νόσου και με τα κατάλληλα συμπτώματα εντάσσονται στην κατηγορία της “πιθανής ΣΚΠ” ή της “βέβαιης ΣΚΠ”. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος, 2001) Τα κριτήρια αυτά ίσχυαν με την ύπαρξη δύο τουλάχιστον υποτροπών σε συνδυασμό με εύρημα προσβολής της λευκής ουσίας σε δύο σημεία το λιγότερο του κεντρικού νευρικού συστήματος. Μετά από χρόνια τα κριτήρια Poser αντικατέστησαν τα κριτήρια Mc Donald. Αυτά συνδυάζουν κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα κι έτσι γίνεται πιο νωρίς εφικτή η επιβεβαίωση της διάγνωσης. Αυτό βοηθά στο να ληφθεί πρωϊμότερα θεραπευτική απόφαση και να δοθεί θεραπευτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Τα κριτήρια Mc Donald εκτός των κλινικών ευρημάτων, συμπεριλαμβάνουν και ευρήματα μαγνητικής τομογραφίας. Στην εξέταση αυτή μπορούν να γίνουν ορατές πολλαπλές εξελισσόμενες εστίες και αυτό συμβάλει στην σωστή παρακολούθηση του ασθενή. (TJ Myrgray, 2006)

2.4. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει συστηματικά νοσήματα που επηρεάζουν το νευρικό σύστημα. Άλλα προκαλούν βλάβες στο κεντρικό νευρικό σύστημα και άλλα των οποίων η συμπτωματολογία βασίζεται σε εξάρσεις και υφέσεις, σε κλινικά και παρακλινικά δεδομένα. Από μόνα της η κλινική εικόνα ή οι εξετάσεις συχνά δεν είναι αρκετές. Σε ορισμένες οριακές περιπτώσεις την τελική λύση πρέπει να δώσει το ένστικτο κάτι που είναι αρκετά επικίνδυνο. Έτσι κάποιες εξετάσεις που μαρτυρούν την πολλαπλή σκλήρυνση όπως είναι η MRI ή η παρουσία ολιγοκλωνικών ταινιών IgG δεν θεωρούνται αρκετά για να καταλήξει κανείς σε διάγνωση καθώς αναφέρονται και σε άλλες παθήσεις. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος, 2001)

Μετάπειτα ελέγχεται στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό ο αριθμός των κυττάρων και ο αριθμός των λευκωμάτων για τυχόν αποκλεισμό της πολλαπλής σκλήρυνσης. Είναι χαρακτηριστικό πως την ίδια εικόνα στην μαγνητική τομογραφία παρουσιάζουν η πολλαπλή σκλήρυνση και η εγκεφαλική αγγειοπάθεια οπότε ούτε η εξέταση αυτή

θεωρείται ακριβής αν συνυπολογιστεί ότι ένα ποσοστό 15% των ασθενών παρουσιάζουν MRI αρνητική. Οι παθήσεις που θα διαφοροδιαγνωσθεί κλινικά η σκλήρυνση κατά πλάκας θα αναφερθούν στη συνέχεια.

Αρχικά θα ασχοληθούμε με τις αγγειίτιδες κατά τις οποίες με αυτοάνοσους μηχανισμούς στοχοποιούνται τα τοιχώματα των αγγείων. Το αγγειακό δίκτυο του κεντρικού νευρικού συστήματος κατά κανόνα προσβάλλεται σε συστηματικά νοσήματα. Καθοριστική εξέταση είναι η ψηφιακή αγγειογραφία. Για παράδειγμα στον συστηματικό ερυθματώδη λύκο συνήθως δεν εντοπίζονται διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα εκτός των περιπτώσεων εκδήλωσης μυελίτιδας, οπτικής νευρίτιδας ή συνδυασμών τους όπου μπορεί να θεωρηθεί εκδήλωση σκλήρυνσης κατά πλάκας. Μεταξύ των δυο δεν υπάρχει ιδιαίτερο κλινικό γνώρισμα εκτός κι αν υπάρξει συμπτωματολογία πέραν του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Επίσης, το σύνδρομο Sjogren είναι μια χρόνια αυτοάνοση νοσολογική πάθηση που οι νευρολογικές εκδηλώσεις του αφορούν το περιφερικό νευρικό σύστημα. Τα ιδιαίτερα κλινικά στοιχεία του συνδρόμου αυτού που το κάνουν να διαφοροποιείται από την πολλαπλή σκλήρυνση και άλλες πανομοιότυπες νόσους είναι η ξηροστομία, η ξηροφθαλμία και ορισμένες φορές η αρθρίτιδα που δεν προκαλεί όμως παραμόρφωση. Ακόμα η νόσος Αδαμαντιάδη -Behcet προσβάλλει τον κεντρικό νευρικό σύστημα με τρόπο όμως που δεν θυμίζει την πολλαπλή σκλήρυνση. Για την συγκεκριμένη νόσο δεν υπάρχει εξέταση που να την απορρίπτει ή να την επιβεβαιώνει θα πρέπει κανείς να γνωρίζει ότι πέρα από τις νευρολογικές εκδηλώσεις χαρακτηριστικό ρόλο στην διάγνωση της παίζουν τα έλκη στα γεννητικά όργανα και στο βλεννογόνο του στόματος. Τέλος και όσον αφορά τις αγγειίτιδες, η οζώδης πολυαρθρίτιδα δύσκολα συγχέεται με την πολλαπλή σκλήρυνση και αυτό γιατί το κεντρικό νευρικό σύστημα που είναι και το μόνο κοινό σημείο των δύο ασθενειών, προσβάλλεται αφού η νόσος έχει προχωρήσει αρκετά άρα είναι και ευδιάκριτη η διάγνωση της πλέον.(Τριανταφύλλου και Σφάγγος, 2001)

Κατά την εγκεφαλική αγγειοπάθεια η μαγνητική έχει κοινή εικόνα με αυτή των ασθενών της πολλαπλής σκλήρυνσης αλλά σπάνια η νόσος αυτή αποτελεί διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα. Συνήθως οι ασθενείς αντιμετωπίζουν υπερτασικά προβλήματα, σακχαρώδη διαβήτη, κολπική μαρμαρυγή ή βακτηριακή ενδοκαρδίτιδα. Η ηλικία τους είναι το κυριότερο διαφοροδιαγνωστικό στοιχείο ενώ δύσκολη περίπτωση αποτελούν οι γυναίκες που λαμβάνουν αντισυλληπτικά.

Οι μεταβολικές παθήσεις ακολουθούν και είναι αυτές στις οποίες υπάγονται οι κύριες διαταραχές που σχετίζονται με τον μεταβολισμό της μυελίνης. Στην κατηγορία αυτή ανήκει και ένα στερητικό νόσημα, η υποξεία συνδυασμένη σκλήρυνση που οφείλεται σε δυσαπορρόφηση της βιταμίνης B12. Σε αυτές ανήκει η αδρενολευκοδυστροφία που είναι μια φυλοσύνδετη διαταραχή και οφείλεται σε συμύκνωση ιστών πλούσιων σε λιπίδια. Παρουσιάζει διαταραχή αισθητικότητας και ιδιαίτερο κλινικό χαρακτηριστικό της είναι το χαλκόχρουν δέρμα. Μια άλλη πάθηση είναι η μεταχρωματική λευκοδυστροφία που σπανίως εμφανίζεται σε ηλικιωμένους και έχει την μορφή παραπάρεσης οπότε συχνά προκύπτει πρόβλημα διαφοροδιάγνωσης από την σκλήρυνση κατά πλάκας. Ενδέχεται να συνυπάρχουν κώφωση, ατροφίες και νωθρά αντανακλαστικά τα οποία και αποσαφηνίζουν την νόσο. Μια ακόμα πάθηση είναι η δεσμική μυέλωση ή αλλιώς υποξεί συνδυασμένη σκλήρυνση που οφείλεται σε δυσαπορρόφηση της βιταμίνης B12. Απευθύνεται σε ηλικίες άνω των 60 και εκδηλώνεται με νευρολογικά συμπτώματα. Τα στοιχεία που την διαφοροποιούν είναι τα ευρήματα περιφερικής προσβολής με αποτέλεσμα τα τενόντια αντανακλαστικά να είναι νωθρά ή καταργημένα. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος, 2001)

Υπάρχουν και μια ποικιλία άλλων λοιμωδών παθήσεων που μπορεί να δώσουν παρόμοια σχετικά κλινική εικόνα με την πολλαπλή σκλήρυνση. Μια από αυτές είναι η νόσος Lyme η οποία μπορεί να προσβάλλει παρέγχυμα, μήνιγγες και νεύρα προκαλώντας μυελίτιδα, πάρεση του προσωπικού και διάχυτες παραισθησίες. Το τσίμπημα από τσιμπούρι δεν είναι απαραίτητο ενώ ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της νόσου δεν εντοπίζεται κανένα πέραν του πιθανού εξανθήματος. Ακόμα μια διαφοροδιαγνωστική ασθένεια είναι η οξεία διάσπαρτη εγκεφαλομυελίτιδα. Αναφέρεται μονοφασική νοσολογική οντότητα που προηγείται λοίμωξη ή εμβολιασμός. Ιδιαίτερα κλινικά χαρακτηριστικά της είναι η πολυσυμπτωματική έναρξη και η συχνή εμφάνιση οξείας εγκάρσιας μυελίτιδας. Επίσης το AIDS ανήκει στη διαφορική διάγνωση της μυελικής μορφής της σκλήρυνσης κατά πλάκας ειδικότερα όταν υπεισέρχονται οπτικές διαταραχές. Διαφορογνωστικό πρόβλημα δημιουργείται με το σύμπλεγμα άνοια -AIDS λόγω των πολλαπλών βλαβών στην αντικειμενική εξέταση και η εικόνα πολλαπλών εστιών ιδιαίτερα στην λευκή ουσία κατά την μαγνητική τομογραφία. Στις λοιμώδεις παθήσεις με διαφορική διάγνωση ακόμη συγκαταλέγεται η HTLV-1 μυελοπάθεια που πολύ σπάνια κάνει την εμφάνισή της στις Ευρωπαϊκές χώρες. Μεταδίδεται με την σεξουαλική επαφή και την

μετάγγιση μολυσμένου αίματος ενώ κατά την εκδήλωση της παρατηρείται έντονη αδυναμία σε συνδυασμό με παραισθησίες των κάτω άκρων. Συχνά υπάρχουν και σφιγκτηριακές διαταραχές και οσφυαλγία. Ακόμα η νευροσύφιλη, η οποία αναφέρεται ως μυελοπάθεια από σύφιλη θα μπορούσε να διαφοροδιαγνωσθεί με την πολλαπλή σκλήρυνση αν και πρόκειται για ιδιαίτερα σπάνια νόσο τα τελευταία χρόνια. Ιδιαίτερα ευρήματα που διαφοροποιούν τις δύο νόσους είναι ανωμαλίες στους οφθαλμούς. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος, 2001)

Τέλος, η προϊούσα πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια είναι μια άλλη σπάνια νόσος με πολυεστιακή συμπτωματολογία και ακαθόριστη αρχή. Συνήθως παρουσιάζεται σε άτομα ανοσοκατασταλμένα και ένα εξάμηνο είναι αρκετό για να καταλήξει ο ασθενής στον θάνατο με εξαίρεση την περίπτωση που εκλείψει η υποκειμενική αιτία της ανοσοκαταστολής.

Στις παραλλαγές της σκλήρυνσης κατά πλάκας συγκαταλέγεται μεν η διάχυτη εγκεφαλική σκλήρυνση που παρουσιάζει δυσκολίες στην διαφορική διάγνωση αλλά μόνο σε παθολογοανατομικό επίπεδο ενώ η συγκεντρική σκλήρυνση που διαγιγνώσκεται σπάνια χωρίς νεκροτομή του εγκεφάλου . Έτσι θα αναφέρουμε ορισμένα σημεία μόνο για την οπτική νευρομυελίτιδα ή αλλιώς σύνδρομο Devic. Κατ' ουσίαν παρουσιάζεται αμφοτερόπλευρη οπτική νευρίτιδα και μυελίτιδα είτε ταυτόχρονα είτε σε μικρό χρονικό διάστημα. Τα πρώτα συμπτώματα ξεκινούν από τους οφθαλμούς ή από τον νωτιαίο μυελό.

Άλλες παθήσεις είναι η σαρκοείδωση που είναι μια κοκκιωματώδης νόσος που υπεισέρχεται στη διαφορική διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας μόνο στην περίπτωση που εκδηλώνεται ως μυελίτιδα ή οπτική νευρίτιδα με ιδιαίτερο χαρακτηριστικό γνώρισμα τις κεφαλαλγίες ή το οίδημα θηλής που κάνουν τελικά τις δυο ασθένειες να ξεχωρίσουν. Η δυσπλασία Arnold-Chiari τύπου 1 είναι μια συγγενής διαταραχή άλλες φορές συγχέεται δύσκολα με την σκλήρυνση κατά πλάκας κι άλλες φορές τα πράγματα μπερδεύονται και μπορεί να υπάρξει διαγνωστικό δίλημα. Ακόμη η διαφορική διάγνωση της μυελικής μορφής της πολλαπλής σκλήρυνσης από μυελοπάθεια που οφείλεται σε πίεση του νωτιαίου μυελού από δίσκους, μηνιγγιώματα ή νευρίνωματα είναι πού σημαντική ιδιαίτερα για νεαρές ηλικίες. Στοιχεία που την κάνουν να ξεχωρίζει είναι τα άλγη ή διαταραχή της αισθητικότητας ριζιτικής κατανομής. Επίσης, οι όγκοι στο κεντρικό νευρικό σύστημα ορισμένες φορές μπορεί να εμφανιστούν με κλινική εικόνα όμοια της σκλήρυνσης

κατά πλάκας και τότε η μαγνητική εγκεφάλου ή νωτιαίου μυελού είναι αυτή που μαρτυρά τον όγκο. Η νόσος Wipple είναι μια σπάνια νοσολογική οντότητα του γαστρεντερικού συστήματος που προσβάλλει άτομα ελαφρώς μεγαλύτερης ηλικίας και μια σειρά νευρολογικών εκδηλώσεων μπορεί να την συνδέσει με την πολλαπλή σκλήρυνση. Κάποιες από αυτές τις εκδηλώσεις είναι η οφθαλμοπληγία, διαταραχές της οπτικής οξύτητας, γνωσιακές διαταραχές, αταξία και άλλα χαρακτηριστικά που θυμίζουν την σκλήρυνση κατά πλάκας. (Τριανταφύλλου και Σφάγγος, 2001)

Οικογενής σπαστική παραπληγία ονομάζεται μια οντότητα που χαρακτηρίζεται από γενετική ετερογένεια και διαφοροποιείται από την σκλήρυνση με βλάβες στην πυραμιδική οδό και σπαστικότητα κατά την βάδιση που είναι δυσανάλογη και σε βαθμό αδυναμίας. Ακόμη ορισμένες περιπτώσεις παρανεοπλασματικών συνδρόμων προκαλούν διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα. Κυρίως αυτές που συνδέονται με μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα που εκδηλώνονται με παρεγκεφαλιδική συμπτωματολογία και άλλες ενδείξεις προσβολής του κεντρικού νευρικού συστήματος. Βέβαια σε περίπτωση που υπάρχουν ενδείξεις προσβολής του περιφερικού νευρικού συστήματος, η διάγνωση γίνεται πιο ξεκάθαρη.(Τριανταφύλλου και Σφάγγος, 2001)

Οι ψυχικές διαταραχές στην διαφορική διάγνωση παρουσιάζουν ιδιαίτερη δυσκολία καθώς τα συμπτώματα είναι κοινά και παρουσιάζουν έντονη ποικιλία στην εκδήλωσή τους. Αρχικά ο ασθενής παραπονιέται για μια πληθώρα σωματικών ενοχλημάτων χωρίς όμως οι μαρτυρίες του να καταλήγουν σε μια συγκεκριμένη ανατομική περιοχή για τον εντοπισμό της βλάβης. Δεν υπάρχουν ενδεικτικά εργαστηριακά ευρήματα καθώς ακόμα και η μαγνητική και ο λοιπός έλεγχος έχουν αρνητικά αποτελέσματα. Θεωρείται υπερβολικό να ενταχθεί η μυσθένεια στη διαφορική διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας όμως η διπλωπία και η μυϊκή αδυναμία μπορεί να οδηγήσουν εύκολα σε προβλήματα διάγνωσης. Δεν είναι λίγες οι φορές που οι ασθενείς παραπονούνται για αιμωδίες και αυτές δεν διαπιστώνονται ποτέ στην πραγματικότητα. Εντοπίζεται αρνητική μαγνητική, εγκεφαλονωτιαίο υγρό φυσιολογικό και φυσιολογικά προκλητά δυναμικά.(Τριανταφύλλου και Σφάγγος, 2001)

2.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ (φαρμακευτική- χειρουργική)

Μέχρι σήμερα δεν έχει βρεθεί αιτιολογική αντιμετώπιση της πολλαπλής σκλήρυνσης και δεν υπάρχει ασφαλής τρόπος καθυστέρησης της πορείας της νόσου. Τα φάρμακα που χορηγούνται στους ασθενείς από τους γιατρούς δεν έχουν κάποια επίδραση στην μυελίνη που έχει υποστεί ανεπανόρθωτες βλάβες. Ακόμη, δεν ασκούν επιρροή και δεν έχουν την δυνατότητα να τροποποιήσουν τα γενεσιουργά αίτια της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Οπότε, η θεραπευτική αγωγή έχει στόχο την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και την τροποποίηση της πορείας ή τη διακοπή της εξέλιξης της νόσου. Οποιοδήποτε σύμπτωμα παρουσιάζεται στον ασθενή κατόπιν προσβολής του αντίστοιχου τμήματος του οργανισμού, αντιμετωπίζεται με τα φάρμακα που σκοπός τους είναι η διατήρηση των υφέσεων και η αποφυγή των εξάρσεων.(Γρηγοράκης 2005, Lemone et al., 2011)

Οι θεραπευτικές αγωγές κυρίως περιλαμβάνουν κορτικοειδή, ντοπαμίνες και ιντερφερόνη. Ιδιαίτερα κατά την έξαρση της νόσου αυξάνονται τα κορτικοειδή ή χορηγείται κορτικοτροπίνη ώστε να μειωθεί η φλεγμονή και να κατασταλεί το ανοσοποιητικό σύστημα. Τα αδρενοκορτικοστεροειδή χρησιμοποιούνται τόσο για να διατηρήσουν τον ασθενή σε ύφεση αλλά και για να αντιμετωπίσουν κάποια έξαρση της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Η αδρενοκορτικοτρόπος ορμόνη (ACTH) τις περισσότερες φορές χορηγείται προκειμένου να προκαλέσει ύφεση. Χορηγείται ενδοφλεβίως για μια εβδομάδα, ενώ μπορεί να ακολουθηθεί θεραπεία με πρεδνιζόνη από το στόμα. Επίσης σύμφωνα με άλλο σχήμα μπορεί να χορηγηθεί αδρενοκορτικοτρόπος ορμόνη ενδοφλεβίως για 3 ημέρες και στη συνέχεια να ακολουθήσουν ενδομυϊκές ενέσεις ανά 12ωρο επί μία εβδομάδα. Η φαρμακευτική αγωγή χορηγείται για να καταστείλει το ανοσοποιητικό σύστημα, το οποίο και ενοχοποιείται στην παθογένεια της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Σε περίπτωση που το φάρμακο χορηγείται μακροχρόνια, ενδείκνυνται οι συνήθεις προφυλάξεις που αφορούν τα κορτικοστεροειδή, όπως για παράδειγμα η παρακολούθηση για την πρόκληση δυσανεξίας στη γλυκόζη, οστεοπόρωση ή καταρράκτη. Τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται με προσοχή σε εγκύους και θηλάζουσες γυναίκες.(Γρηγοράκης 2005, Osborn, et al., 2012)

Οι ιντερφερόνες από την άλλη, που χορηγούνται τα τελευταία είκοσι χρόνια, στοχεύουν στις ισταμινικές και ανοσορρυθμιστικές τους ιδιότητες. Η χρήση τους βασίζεται κατά κύριο λόγο στο γεγονός ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας έχει και ανοσολογικό υπόβαθρο. Κατά την δράση της η ιντερφερόνη δεσμεύεται στους

ειδικούς υποδοχείς των κυττάρων με αποτέλεσμα να δημιουργούνται πολυάριθμες πρωτεΐνες που μεσολαβούν στην πρόκληση βιολογικών επιδράσεων. Ωστόσο, απαγορεύεται η λήψη της σε περίπτωση εγκυμοσύνης, σε περίπτωση ευαισθησίας, σε σοβαρή κατάθλιψη, σε μη αντιρροπούμενη υπατική πάθηση και σε ορισμένες περιπτώσεις επιληψίας. Βασικό χαρακτηριστικό της ιντερφερόνης είναι η μεγάλη επίδραση που έχει στην ψυχολογία του ασθενή καθώς έχει παρατηρηθεί ιδιαίτερη διαταραχή του συναισθήματος, ακόμη και αυτοκτονικός ιδεασμός. (Lemone, et al., 2011, Osborn et al., 2012)

Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να συνδυάζεται με αντιεπιληπτική αγωγή, καρδιοπάθειες, μυελοκαταστολή, αναιμία ή θρομβοκυτταροπενία. Εισέρχεται η παρουσία βρογχόσπασμου, αναφυλαξίας και κνίδωσης κατά την χορήγησή της. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή όταν δίνεται σε συνδυασμό με φάρμακα που επηρεάζουν το αιμοποιητικό σύστημα. Ορισμένοι ασθενείς που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή με ιντερφερόνη μπορεί να εκδηλώσουν μείωση στον απόλυτο αριθμό των ουδετερόφιλων και αύξηση των τιμών των ενζύμων του ήπατος. Επίσης έχουν αναφερθεί συμπτώματα άγχους, σύγχυσης καθώς ακόμα και κατάθλιψης με τάσεις αυτοτοκτονίας. Ακόμη, φαίνεται πως σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα ασβεστίου και υψηλά ουρικού οξέος. Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ο πόνος, η φλεγμονή, η υπερευαισθησία στα σημεία που χορηγείται η ένεση και οι γενικευμένες εκδηλώσεις γριπώδους συνδρομής. Ορισμένες γυναίκες μπορεί να εμφανίσουν και διαταραχές στην έμμηνου ρύση. Είναι σημαντικό κατά την προσπάθεια αντιμετώπισης κάποιων συμπτωμάτων και μιας έξαρσης να μην προκληθούν άλλες ανεπιθύμητες αντιδράσεις που θα περιπλέξουν την κατάσταση και θα επηρεάσουν ακόμα περισσότερο την υγεία του ασθενή. (Γρηγοράκης 2005) Χορηγείται είτε ενδοφλέβια είτε υποδόρια. Πρόκειται αναμφισβήτητα για ένα φάρμακο που μπορεί να αναπτύξει αντισώματα στον οργανισμό και να αλλάξει η δραστηριότητά του σε διάστημα δύο χρόνων από την έναρξή του. Εφόσον στο διάστημα αυτό δεν εντοπιστούν αντισώματα στις εξετάσεις, τότε δεν θα χρειαστούν επαναληπτικές. (Lemone, et al., 2011, Osborn et al., 2012)

Προς αντιμετώπιση των εξάρσεων έχει φανεί πως βοηθάει η ενδοφλέβια έγχυση μεθυλπρεδνιζολόνης για τρεις ημέρες με ημερήσια δοσολογία γύρω στα 1000 mg. Ωστόσο, ανά καιρούς έχουν προκύψει διαφωνίες μεταξύ γιατρών, που ασχολούνται με την συγκεκριμένη νόσο, για την δόση και στην επιπρόσθετη

χορήγηση του φαρμάκου από του στόματος για δύο ακόμη εβδομάδες μετά την ενδοφλέβια θεραπεία. Η λήψη της θεραπείας γίνεται συνήθως εκτός νοσοκομείου. Την ίδια "δουλειά" φαίνεται να κάνει και η από του στόματος λήψη κορτικοειδών που μάλλον έχουν ίδια αποτελέσματα αλλά απαιτούνται ακόμα κάποιες μελέτες για να σιγουρευτούν οι γιατροί. (Lemone, et al., 2011, Osborn et al., 2012)

Όσον αφορά στις υποτροπές και στην εξέλιξη της νόσου είναι χαρακτηριστικό ότι κατά την δεκαετία του 90 προέκυψαν κάποια νέα φάρμακα που θεωρούνταν ικανά να μειώσουν τον αριθμό και την ένταση των εξάρσεων. Ακόμη, παρατηρήθηκε σε μαγνητικές τομογραφίες ότι μειώνονται οι εμφανίσεις νέων βλαβών και καθυστερείται η εξέλιξη της πολλαπλής σκλήρυνσης. Το 2006, ο FDA ενέκρινε τη χρήση της ναταλιζουμάμπης (Tysabri), η οποία χορηγείται σε ασθενείς με υποτροπιάζουσα μορφή σκλήρυνσης κατά πλάκας, με σκοπό να καθυστερήσει την σωματική αναπηρία και να ελαττώσει τη συχνότητα των εξάρσεων. Η ναταλιζουμάμπη αποτελεί ένα τεχνητό μονοκλωνικό αντίσωμα, το οποίο καταστέλλει την κίνηση των κατεστραμμένων ανοσοκυττάρων μέσω του εγκεφαλικού φραγμού και εντός του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού. Εξαιτίας του αυξημένου κινδύνου προοδευτικής πολυεστιακής λευκοεγκεφαλοπάθειας, μια ευκαιριακή εγκεφαλική λοίμωξη, είναι διαθέσιμη μόνο μέσω ενός περιορισμένου προγράμματος χορήγησης. (Lemone, et al., 2011, Osborn et al., 2012)

Η από του στόματος μορφή του φαρμάκου κλαδριβίνη (Leustatin, ένα αντικαρκινικό φάρμακο) βρίσκεται στη φάση κλινικών δοκιμών για τη θεραπεία της υποτροπιάζουσας μορφής της νόσου και αναμένεται να πάρει έγκριση από τον FDA. Επίσης, συχνά γίνεται χορήγηση μιτοξαντρόνης σε πάσχοντες της προοδευτικής σκλήρυνσης κατά πλάκας οι οποίοι έχουν παρουσιάσει συμπτώματα και δεν επηρεάζονται από την φαρμακευτική αγωγή. Τα άμεσα αποτελέσματα της μιτοξαντρόνης είναι η καθυστέρηση της νόσου και η αναστολή της εξέλιξής της αλλά δυστυχώς δεν έχουν εντοπιστεί μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. (Γρηγοράκης 2005)

Επίσης σε ασθενείς που πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας συχνά χορηγούνται μυοχαλαρωτικά, προκειμένου να ανακουφιστούν από τους μυϊκούς σπασμούς. Κάποια από αυτά είναι η βακλοφαίνη και η διαζεπάμη, οι οποίες δρούν καταστέλλοντας τα αντανεκλαστικά του κεντρικού νευρικού συστήματος, τα οποία είναι υπεύθυνα για τη ρύθμιση της μυϊκής δραστηριότητας. Κανένα από τα φάρμακα αυτά δεν επηρεάζει την μυϊκή ισχύ. Είναι σημαντικό η θεραπεία με βακλοφαίνη να

διακόπτεται μέσα σε μία με δύο εβδομάδες. Σε περίπτωση απότομης διακοπής της βακλοφαίνης μπορεί να προκαλέσει σπασμούς αλλά και παραμοϊκό ιδεασμό. Από την άλλη μεριά, σε αντίθεση με τη διαζεπάμη και τη βακλοφαίνη, το δαντρολένιο δρά απευθεία στους σκελετικούς μύες και μπορεί να επηρεάσει την μυϊκή ισχύ. Επίσης υπάρχει περίπτωση να προκαλέσει ηπατοτοξικότητα και δεν θα πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς που πάσχουν από ηπατίτιδα ή κίρρωση. (Lemone, et al., 2011, Osborn et al., 2012)

Τα ανοσοκατασταλτικά είναι ακόμα μία κατηγορία που μπορεί να χορηγηθεί σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας, κυρίως λόγω του αυτοάνοσου χαρακτήρα της νόσου. Χρησιμοποιούνται περισσότερο η αζαθειοπίνη και η κυκλοφωσφαμίδη. Και τα δύο αυτά φάρμακά υπάρχει πιθανότητα να προκαλέσουν καταστολή του μυελού των οστών καθώς και να αυξήσουν τον κίνδυνο καρκίνου. Η αζαθειοπίνη μπορεί να προκαλέσει ηπατίτιδα. Ενώ στα τοξικά αποτελέσματα της κυκλοφωσφαμίδης περιλαμβάνονται η αιμορραγική κυστίτιδα, η στείρωση και η στοματίτιδα. (Lemone, et al., 2011, Osborn et al., 2012)

Εκτός από την φαρμακευτική αγωγή σε ορισμένες περιπτώσεις ακολουθείται και χειρουργική αντιμετώπιση. Η εγχείρηση πιθανόν να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς που παρουσιάζουν σοβαρή σπαστικότητα και παραμόρφωση. Παρόλα αυτά συνήθως η φυσικοθεραπεία είναι δυνατόν να προλάβει τα περισσότερα σοβαρά προβλήματα. Η πτώση του άκρου ποδός από έντονη πελματιαία κάμψη μπορεί να αντιμετωπισθεί με τενοντοτομή του αχίλλειου τένοντα, μια χειρουργική επέμβαση κατά την οποία διατέμνεται ο αχίλλειος τένοντας. (Lemone, et al., 2011, Osborn et al., 2012)

Σχετικά με την θεραπεία, έχουν καταγραφεί, ανά καιρούς, επιπλοκές και περιστατικά λευχαιμίας. Όσον αφορά το κομμάτι της συμπτωματικής αντιμετώπισης, χορηγείται στον ασθενή οξυβουτινίνη για την συχνουρία, βακλοφένη για τον πόνο και τους σπασμούς, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά για την ψυχολογική αστάθεια του πάσχοντος και αμανταδίνη για την αντιμετώπιση της κόπωσης. Υπάρχει όμως και μια σειρά συμπτωμάτων που είναι δύσκολα στον χειρισμό τους. Κάποια από αυτά είναι ο πόνος, η σεξουαλική δυσλειτουργία, η καταβολή, οι διαταραχές αισθητικότητας, ο τρόμος, η αταξία και οι μεταβολές αντίληψης. Βέβαια ακόμα και αυτά αντιμετωπίζονται με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και μένει να ταλαιπωρεί τον ασθενή ο ψυχολογικός παράγοντας. Η σπαστικότητα της ουροδόχου κύστης αποτελεί ένα ακόμα σύμπτωμα το οποίο αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή.

Στην περίπτωση αυτή χορηγούνται αντιχολινεργικά, ενώ χολινεργικά χορηγούνται όταν ο ασθενής έχει πρόβλημα με κατακράτηση ούρων σχετιζόμενη με άτονη (νευρογενή) κύστη. Η κόπωση μπορεί να αντιμετωπισθεί με αμανταδίνη (Symmetrel), πεμολίνη ή ένα φάρμακό που βρίσκεται ακόμα σε πειραματικό στάδιο την αμινοπυριδίνη.(Γρηγοράκης 2005, TJ Murray 2006)

Ο ψυχολογικός παράγοντας αποτελεί το πιο σοβαρό και συχνό κομμάτι της νόσου αφού εμφανίζεται στην πλειοψηφία των ασθενών και δύσκολα το διαχειρίζονται ακόμα και υπό την επίβλεψη κάποιου ειδικού. Εκτός λοιπόν των υποτροπών και των εξάρσεων που μπορεί να παρουσιάσει σωματικά ο ασθενής κατά την διάρκεια της νόσου, υπάρχει και μια σειρά άλλων προβλημάτων που έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην καθημερινότητα των ατόμων και κυρίως στον ηθικό και ψυχολογικό τους κόσμο και χρήζουν ιδιαίτερου χειρισμού. Κάθε ασθενής οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας κι αν αντιμετωπίζει, χρειάζεται μια θεραπεία για να τον κρατάει ζωντανό και να πείθει τον εαυτό του πως χειροπιαστά "το παλεύει". Όταν δεν υπάρχει θεραπεία ακόμα και συμπτωματική είναι εύκολο ο ασθενής να καταρρεύσει γιατί αισθάνεται πως βιώνει άπραγος την εξαθλίωση.(TJ Murray 2006, Κερασνούδης, 2014)

Ωστόσο, η αξιόλογη πρόοδος στην κατανόηση των μηχανισμών της σκλήρυνσης κατά πλάκας και η ανάπτυξη φαρμάκων με διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης επιτρέπουν την αισιοδοξία όσον αφορά τη θεραπεία της νόσου. Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια αναπτύσσεται σε σημαντικό βαθμό η έρευνα για νέα φάρμακα, ενώ αναμένονται σημαντικές θεραπευτικές εξελίξεις τόσο με την ανάπτυξη νέων φαρμάκων καθώς και συνδυαστικών θεραπειών όσο και με δυνατότητα ορθότερης και πιο εξατομικευμένης θεραπείας βασισμένης σε βιολογικούς δείκτες, οι οποίοι σχετίζονται με την ανταπόκριση στην αγωγή. (Γκίκα, 2014)

2.6. ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας ως νευρολογική νόσος, θα μπορούσε κανείς να πει ότι δεν σχετίζεται με την διατροφή. Παρόλα αυτά τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότεροι διατροφικοί παράγοντες συσχετίζονται τόσο με την πρόληψη όσο και με την αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Μελέτες έχουν δείξει ότι η

διατροφή ενός ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να διαδραματίσει είτε επιβαρυντικό είτε προστατευτικό ρόλο έναντι της νόσου. (Γρηγοράκης, 2015, Παπαδά, 2016)

Η φαρμακευτική αγωγή που είναι διαθέσιμη έναντι της σκλήρυνσης κατά πλάκας στοχεύει κυρίως στη μείωση των υποτροπών της νόσου, αφού η πλήρης θεραπεία δεν είναι ακόμα εφικτή. Η διατροφή λοιπόν, μπορεί να δράσει συμπληρωματικά στη θεραπεία και να παίζει σημαντικό ρόλο στην πορεία της νόσου, συμβάλλοντας αφενός στην καθυστέρηση της πορείας και αφετέρου στην ύφεση των συμπτωμάτων και στην μακροπρόθεσμη βελτίωση της ποιότητας ζωής του πάσχοντα. (Γρηγοράκης, 2015, Παπαδά, 2016)

Ένας μεγάλος αριθμός μελετών έχουν καταδείξει ότι μια διατροφή, η οποία περιέχει μεγάλη κατανάλωση κρέατος, αλλαντικών, ζωικού λίπους, γλυκών, πλήρους μη παστεριωμένου γάλακτος, λαρδιού και τροφών πλούσιων σε ενέργεια και κορεσμένων λιπών σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σκλήρυνσης κατά πλάκας εξαιτίας της δράσης τους ενάντια στη μυελίνη. Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σε ζώα έχουν δείξει ότι δίαιτες οι οποίες είναι πλούσιες σε κορεσμένα λίπη μπορεί να προάγουν τη συσσώρευση αιμοπεταλίων, δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο περιαγγειακές πλάκες. Παράλληλα, μεταβολές στη ρευστότητα της κυτταρικής μεμβράνης υπάρχει περίπτωση να συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ιογενούς λοίμωξης, με επακόλουθο τη δευτεροπαθή απομυελίνωση. (Γρηγοράκης, 2015, Παπαδά, 2016)

Επίσης φαίνεται ότι η υψηλή συγκέντρωση σιδήρου σε ελεύθερη μορφή, αυξάνει το οξειδωτικό στρες στον οργανισμό, δημιουργώντας δυναμικές καταστροφικές ελεύθερες ρίζες. Υπεύθυνα για την δημιουργία ελεύθερων ριζών εκτός από το κόκκινο κρέας, το οποίο είναι πλούσιο σε σίδηρο, είναι και το αλκοόλ και το κάπνισμα, τα οποία θα πρέπει επίσης να αποφεύγονται από τους ασθενείς που πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας. (Γρηγοράκης, 2015, Παπαδά, 2016)

Από την άλλη πλευρά έχει παρατηρηθεί από αρκετές μελέτες ότι η υψηλή κατανάλωση ψαριών και θαλασσινών, τα οποία είναι πλούσια σε ω-3 λιπαρά, μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Ακόμα αντίστροφη σχέση με τον κίνδυνο εμφάνισης της σκλήρυνσης κατά πλάκας φαίνεται να έχει η αυξημένη κατανάλωση χυμών από φρούτα. Ενώ προστατευτικό ρόλο ενάντια στην εμφάνιση της ασθένειας δείχνει να έχει η κατανάλωση δημητριακών και ψωμιού ολικής άλεσης. Ο ρόλος των

αντιοξειδωτικών στοιχείων γενικά στη διατροφή του ατόμου φαίνεται να έχει έναν αρκετά προστατευτικό ρόλο έναντι της ασθένειας. Τα στοιχεία αυτά είναι η ρεσβερατρόλη, η κουερσιτίνη, η πυκνογενόλη, το συνέζυμο Q10 και το λυκοπένιο, τα οποία βρίσκονται κατά κύριο λόγο στα φρούτα, τα λαχανικά, τα δημητριακά, το πράσινο τσάι και το κόκκινο κρασί. Επίσης σημαντικά είναι οι βιταμίνες C και E, το ασβέστιο, το μαγνήσιο, ο ψευδάργυρος και το σελήνιο. Η διατροφή στη σκλήρυνση κατά πλάκας βοηθάει ως επί το πλείστον τον οργανισμό προκειμένου να καταστείλει αυτοάνοσες αντιδράσεις και να ενισχύσει το νευρικό σύστημα. (Lemone et al., 2011, Γρηγοράκης, 2015, Παπαδά, 2016)

Ένας ακόμα παράγοντας όπου μελέτες έχουν δείξει την συσχέτιση του με την σκλήρυνση κατά πλάκας είναι η βιταμίνη D. Η βιταμίνη D παράγεται στον οργανισμό μέσω της έκθεσης στην ηλιακή ακτινοβολία ή προσλαμβάνεται από τις τροφές μέσω του πεπτικού συστήματος. Έχει σημαντικές αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες και επηρεάζει πολλά διαφορετικά κύτταρα και μηχανισμούς. Ένας από τους ρόλους της είναι να καταστέλλει την ενεργοποίηση κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος και με αυτόν τον τρόπο να τροποποιεί την έκφραση των αντισωμάτων. Επίσης η βιταμίνη D φαίνεται ότι μπορεί να επιδρά σε νεαρά κύτταρα του νευρικού συστήματος κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας και να βοηθά στην καλύτερη ωρίμανσή τους. Ακόμα πρόσφατη μελέτη δείχνει ότι η βιταμίνη D είναι ικανή να καθορίζει τον βαθμό στον οποίο εκφράζονται ορισμένα γονίδια, όπως για παράδειγμα το γονίδιο του συστήματος HLA, το οποίο έχει παρατηρηθεί ότι είναι υπεύθυνο για την κληρονομική προδιάθεση της σκλήρυνσης κατά πλάκας σε ορισμένους ασθενείς. Ακόμα ένα στοιχείο που ενισχύει την άποψη της συσχέτισης της σκλήρυνσης κατά πλάκας με τη βιταμίνη D είναι τα ευρήματα μελετών που υποστηρίζουν τη σημαντικότητα της επάρκειας της κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής ή ακόμα και κατά το εμβρυϊκό στάδιο. Έχει παρατηρηθεί ότι παιδιά τα οποία γεννιούνται άνοιξη έπειτα από χειμερινή εγκυμοσύνη όπου υπάρχει μικρή ηλιακή έκθεση, εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης σκλήρυνσης κατά πλάκας στο μέλλον, συγκριτικά με τα παιδιά που γεννιούνται το φθινόπωρο. Επίσης αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου παρουσιάζουν τα άτομα τα οποία έζησαν τουλάχιστον μέχρι το 15ο έτος της ηλικίας τους σε βόρειες χώρες, που εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα ηλιοφάνειας. Ακόμα ένας παράγοντας που σχετίζεται με την εμφάνιση της νόσου είναι η παιδική και εφηβική παχυσαρκία, η οποία οδηγεί επίσης σε χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D. Η

βιταμίνη D ωστόσο, φαίνεται ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο όχι μόνο στην πρόληψη της σκλήρυνσης κατά πλάκας, αλλά και στην θεραπεία. Παρόλα αυτά οι έρευνες χορήγησης βιταμίνης D σε ασθενείς που πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας βρίσκονται ακόμα σε εξέλιξη οπότε τα αποτελέσματά τους αναμένονται στο μέλλον. (Κατσαβός, 2015, Morky et al., 2015, Παπαδά, 2016)

Συσχέτιση επίσης με την εμφάνιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας φαίνεται να έχει και ένα αμινοξύ, η τρυπτοφάνη. Έρευνα η οποία ανέλυσε τα δείγματα από ανθρώπους και ζώα που νοσούσαν, βρήκαν ότι αλλαγές στη διατροφή αλλά και στα βακτήρια που ζουν στο παχύ έντερο επηρέαζαν τα αστροκύτταρα του εγκεφάλου. Τα αστροκύτταρα είναι μια ομάδα κυττάρων που παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη φλεγμονής και νευροεκφύλισης. Τα κύτταρα αυτά, λοιπόν επηρεάζουν την φλεγμονή στον εγκέφαλο ανάλογα με τα επίπεδα της τρυπτοφάνης που κυκλοφορεί στον οργανισμό. Η τρυπτοφάνη βρίσκεται σε μεγαλύτερες ποσότητες κυρίως στο κρέας της γαλοπούλας και στο κοτόπουλο (στο στήθος) αλλά και στα θαλασσινά, όπως οι γαρίδες, τα μύδια και τα χτένια, και στα ψάρια, όπως ο τόνος, ο σολομός, οι σαρδέλες και ο μπακαλιάρος. Τα επίπεδα της τρυπτοφάνης βρέθηκαν μειωμένα στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας, ενώ όταν σε μελέτη οι ερευνητές αύξησαν τα επίπεδα, η φλεγμονή στον εγκέφαλο φαίνεται να μειώθηκε. (Γρηγοράκης, 2015, Παπαδά, 2016)

Η ειδική διατροφή στην σκλήρυνση κατά πλάκας εκτός από προστατευτικό ρόλο, πολλές φορές είναι απαραίτητη και για την αντιμετώπιση ορισμένων συμπτωμάτων των ασθενών που νοσούν από τη συγκεκριμένη νόσο. Η ισορροπημένη διατροφή έχει πολλαπλά οφέλη στους ασθενείς καθώς βοηθά:

- στην μείωση της κόπωσης που εμφανίζουν,
- στη διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου και της ουροδόχου κύστης,
- στη διατήρηση της υγείας των οστών,
- στη βελτίωση της μυϊκής δύναμης και της κίνησης
- στον έλεγχο του σωματικού βάρους.

Η διατήρηση ενός φυσιολογικού βάρους είναι πολύ σημαντική για τον ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας καθώς παρατηρείται τόσο αύξηση όσο και μείωση του σωματικού τους βάρους κατά την διάρκεια της ασθένειας. Η απώλεια βάρους συχνά

παρατηρείται στους ασθενείς λόγω μειωμένης πρόσληψης τροφής που οφείλεται στην μειωμένη ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης, στην κόπωση και το τρέμουλο που εμφανίζουν, καθώς και εξαιτίας του άγχους και του στρες που βιώνουν κατά την εξέλιξη της νόσου. Από την άλλη μεριά αύξηση του σωματικού βάρους στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να εμφανιστεί λόγω της μειωμένης κινητικότητας του ατόμου, αλλά και εξαιτίας της κατάθλιψης που εμφανίζεται σε μεγάλο μέρος των ασθενών και οδηγεί συχνά σε υπερκατανάλωση τροφής. Ακόμα η αύξηση του βάρους μπορεί να ευθύνεται και στην φαρμακευτική αγωγή με στεροειδή. (Lemone et al., 2011, Γρηγοράκης, 2015, Ascherio and Munger, 2016)

Η διατροφή λοιπόν στα άτομα, τα οποία πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας είναι πολύ σημαντική, λειτουργεί συμπληρωματικά στη θεραπεία των ασθενών και φαίνεται να επηρεάζει τόσο την πρόληψη όσο και την πορεία της νόσου. Παρόλα αυτά δεν αποτελεί κατά κύριο λόγο μια εξεζητημένη διαίτα, αφού ανταποκρίνεται στο μεγαλύτερο ποσοστό της στη μεσογειακή διατροφή και τη διατροφή που σε γενικές γραμμές θα έπρεπε να ακολουθεί ο γενικός πληθυσμός, έτσι ώστε να διατηρείται υγιής. (Γρηγοράκης, 2015, Παπαδά, 2016)

2.7. ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι απαραίτητο εκτός από την φαρμακευτική αγωγή, να εντάσσονται σε πρόγραμμα αποκατάστασης. Η ιατρική αποκατάσταση αντιμετωπίζει τις συνέπειες των νευρολογικών επιπτώσεων και μειώνει την επίδραση των επιπλοκών. Με αυτό τον τρόπο έχει ως στόχο τον περιορισμό της αναπηρίας, την βελτίωση της ποιότητας ζωής, την ανεξαρτησία και την κοινωνική επανένταξη του ασθενή που πάσχει από σκλήρυνση κατά πλάκας. (Στάθη, 2014)

Ένα πρόγραμμα αποκατάστασης προκειμένου να σχεδιαστεί σωστά είναι απαραίτητο να συνεκτιμηθούν και άλλοι παράγοντες της νόσου, όπως τα ελλείματα των συνοδών προβλημάτων (καρδιαγγειακή και αναπνευστική λειτουργία, όρια φόρτισης των αρθρώσεων, ανάγκη προστασίας από μυϊκή κόπωση). Η ομάδα αποκατάστασης αποτελείται από τον νοσηλευτή, τον φυσικοθεραπευτή, τον

εργοθεραπευτή, τον λογοθεραπευτή, τον ορθωτίστα- τεχνικό βοηθημάτων, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό και τον ίδιο τον ασθενή μαζί με τους κοντινούς του ανθρώπους. Την ομάδα αποκατάστασης συνήθως συντονίζει ο ιατρός φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης. (Δημητρακοπούλου, 2013, Στάθη, 2014)

Η φυσικοθεραπεία αποτελεί ένα τμήμα της συνολικής θεραπευτικής αντιμετώπισης στην σκλήρυνση κατά πλάκας. Είναι σημαντικό να διευκρινιστεί ότι η φυσικοθεραπεία δεν αντιμετωπίζει τη νόσο, ωστόσο λειτουργεί βοηθητικά στον ασθενή προκειμένου να χρησιμοποιεί το σώμα του με τις δυνάμεις και τις ικανότητες του με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. (Δημητρακοπούλου, 2013)

Ο στόχος της φυσικοθεραπείας στο άτομο που πάσχει από σκλήρυνση κατά πλάκας είναι:

- η αύξηση της μυϊκής δύναμης,
- η εξομάλυνση του μυϊκού τόνου,
- η βελτίωση της ισορροπίας,
- η αύξηση της ελαστικότητας και
- η αύξηση της αντοχής.

Το πρόγραμμα της φυσικοθεραπείας στον ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας θα πρέπει να είναι εξατομικευμένο, να σχεδιάζεται συνεπώς με βάση τις ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενή, καθώς ο κάθε ασθενής παρουσιάζει συγκεκριμένα συμπτώματα και ιδιαιτερότητες. Ο σκοπός του προγράμματος σε γενικές γραμμές είναι η βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου (το άτομο να ανεβαίνει τις σκάλες πιο εύκολα, να βαδίζει με μεγαλύτερη ασφάλεια ή να είναι ικανό να αυτοεξυπηρετηθεί κατά την προσωπική του υγιεινή). (Δημητρακοπούλου, 2013, Στάθη, 2014)

Προκειμένου να σχεδιαστεί ένα πρόγραμμα αποκατάστασης και φυσικοθεραπείας είναι σημαντικό να αξιολογηθούν τα συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής και κατά πόσο τον επηρεάζουν στην καθημερινότητά του, η γενική του υγεία, η πορεία και η εξέλιξη της νόσου, η φαρμακευτική αγωγή που του χορηγείται καθώς και οι κοινωνικές και εργασιακές συνθήκες του συγκεκριμένου ασθενή. Εξίσου σημαντικό είναι το πρόγραμμα αποκατάστασης να επανεκτιμάται και να διαμορφώνεται καθόλη την διάρκεια του ανάλογα με την εξέλιξη της νόσου και της πορείας του ασθενή. (Δημητρακοπούλου, 2013, Στάθη, 2014)

Προκειμένου να αντιμετωπισθούν τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο κάθε ασθενής, χρησιμοποιούνται συγκεκριμένες ασκήσεις που στοχεύουν εξάλειψη ή την υποβοήθηση του ασθενή. Η σπαστικότητα αντιμετωπίζεται με ασκήσεις διάτασης, εκπαίδευση κατά τη βάρδια ή ακόμα και χρήση στηριγμάτων, ναρθηκών ή άλλων βοηθημάτων όπου κρίνεται απαραίτητο. Η ισορροπία του ασθενή μπορεί να βελτιωθεί παροτρύνοντας το άτομο να διευρύνει τη βάση στήριξής του, ανοίγοντας περισσότερο τα πόδια έτσι ώστε να είναι πιο σταθερός. (Δημητρακοπούλου, 2013, Lemone et al., 2011)

Το άτομο που πάσχει από σκλήρυνση κατά πλάκας θα πρέπει να φροντίζει έτσι ώστε να διατηρεί την καλύτερη δυνατή κινητική κατάσταση, σε βάθος χρόνου. Για το λόγο αυτό, είναι σημαντικό ο ασθενής κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής του αντιμετώπισης να του παρέχεται η δυνατότητα αυτοδιαχείρισης προβλημάτων από τον ίδιο. Ο ασθενής μέσα από αυτή τη διαδικασία εκπαιδεύεται στην εκτέλεση εξατομικευμένων ασκήσεων ή δραστηριοτήτων με ασφάλεια, χωρίς την παρουσία του θεραπευτή. Ο ρόλος των ατόμων της οικογένειας πολλές φορές είναι ενεργός σε αυτή την διαδικασία. (Δημητρακοπούλου, 2013, Στάθη, 2014)

Στο παρελθόν οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας συμβουλευόνταν να απέχουν από κάθε μορφής άσκησης, καθώς υπήρχε η λανθασμένη άποψη ότι τα συμπτώματα της νόσου υπάρχει περίπτωση να επιδεινωθούν με την αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος που προκαλείται από την σωματική άσκηση. Πρόσφατες έρευνες όμως δείχνουν ότι η οργανωμένη, εξατομικευμένη και συστηματική άσκηση όχι μόνο δεν επιδεινώνει την κατάσταση των ασθενών, αλλά τους βοηθά μειώνοντας τη συχνότητα των κρίσεων και των επιπλοκών της νόσου. Επίσης η σωματική εκγύμναση προκαλεί αύξηση της συγκέντρωσης νευροτροπικών παραγόντων, διεγείρει τη νευρογένεση, αυξάνει την αντίσταση στον εκφυλισμό του εγκεφάλου και βελτιώνει τη μάθηση και την πνευματική απόδοση. Έτσι τόσο η αερόβια άσκηση όσο και η μυϊκή ενδυνάμωση προτείνεται ως καθημερινό κομμάτι της ρουτίνας των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας. (Δημητρακοπούλου, 2013, Στάθη, 2014)

Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας λόγω των κινητικών, αναπνευστικών και νευρολογικών προβλημάτων που εμφανίζουν σε συνδυασμό έχουν σημαντικά χαμηλότερη αερόβια ικανότητα σε σχέση με έναν υγιή άνθρωπο. Παρόλα αυτά η αερόβια άσκηση χαρίζει σημαντικό αριθμό οφελών στους ασθενείς, αφού αυξάνει τον πνευμονικό αερισμό, την καρδιακή παροχή, την αιμοσφαιρίνη στα τριχοειδή αγγεία,

προάγει τη ζωτικότητα και τη λειτουργική ικανότητα, ενώ μειώνει και την αντιλαμβανόμενη κόπωση. (Καστανιάς και Τοκμακίδης, 2008, Δημητρακοπούλου, 2013, Στάθη, 2014)

Η μυϊκή ενδυνάμωση είναι εξίσου σημαντική με την αερόβια άσκηση για τους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας. Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκα παρουσιάζουν έλλειψη δύναμης και ικανότητας ισορροπίας, με κίνδυνο πολλές φορές να επιβαρύνουν την υγεία τους με κάποια πτώση. Οι ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης λοιπόν, έχουν ως στόχο την αύξηση της δύναμης και της ισορροπίας, καθώς και καλύτερο νευρομυϊκό συντονισμό αποσκοπώντας στη μείωση των πτώσεων που μπορεί να επιβαρύνουν τους συγκεκριμένους ασθενείς με σοβαρά κατάγματα. Έστω και μικρή αύξηση της δύναμης ενός ασθενή είναι πολύ σημαντικό ώστε να είναι σε θέση να φέρει εις πέρας καθημερινές λειτουργικές ανάγκες, όπως η ανύψωση αντικειμένων, η αλλαγή από καθιστή σε όρθια θέση ή το ανέβασμα και το κατέβασμα σκάλας. Η μυϊκή ενδυνάμωση στα άτομα που νοσούν από σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να αυξηθεί μέσω ασκήσεων με αντιστάσεις ή και ασκήσεις στο νερό. Η άσκηση μέσα στο νερό γίνεται χωρίς την επίδραση της βαρύτητας. Με αυτό τον τρόπο διευκολύνονται οι ελλειμματικές κινήσεις, μειώνεται ο κίνδυνος τραυματισμού και βοηθάται η διατήρηση και η αύξηση του εύρους κίνησης των αρθρώσεων. Ακόμα η άσκηση μέσα στο νερό επιτυγχάνει τον ευκολότερο συντονισμό και αρμονία των κινήσεων, ενώ μειώνει και τον πόνο. Μέσα από την επίδραση της θερμοκρασίας του νερού παρέχεται στον ασθενή που ασκείται μέσα στο νερό μια γενική χαλάρωση και ευεξία. Η θερμοκρασία του νερού βέβαια, απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή γιατί οι ακραίες θερμοκρασίες υπάρχει πιθανότητα να αυξήσουν τη σπαστικότητα. (Καστανιάς και Τοκμακίδης, 2008, Δημητρακοπούλου, 2013, Στάθη, 2014)

Έπειτα από άσκηση με αντιστάσεις (βάρη ή λάστιχα) έχει παρατηρηθεί ότι αυξάνεται η ροπή του μυός και μειώνεται το αίσθημα της κόπωσης. Ο κύριος στόχος σε ένα πρόγραμμα εκγύμνασης ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι η ενδυνάμωση των κάτω άκρων. Χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει ότι πρέπει να παραλείπεται η ενδυνάμωση των άνω άκρων και του κορμού. Επειδή οι συγκεκριμένοι ασθενείς ενδέχεται να αντιμετωπίζουν σοβαρά κινητικά προβλήματα ή προβλήματα όρασης προτιμάται το πρόγραμμα εκγύμνασης να εκτελείται κατ' οίκον. (Δημητρακοπούλου, 2013, Στάθη, 2014)

Ακόμα μία μέθοδος εκγύμνασης όπου χρησιμοποιείται, σε ορισμένες ιδιωτικές κλινικές στο εξωτερικό, είναι το πρόγραμμα Pilates προσαρμοσμένο στις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας. Η μέθοδος Pilates αποτελεί μια μορφή άσκησης που βελτιώνει την ελαστικότητα, την δύναμη αλλά και τον συντονισμό των κινήσεων και του κινητικού ελέγχου του σώματος. (Δημητρακοπούλου, 2013, Στάθη, 2014)

Στο πρόγραμμα αποκατάστασης της σκλήρυνσης κατά πλάκας περιέχεται και η εργασιοθεραπεία. Η εργασιοθεραπεία όπως και οι περισσότερες θεραπευτικές μέθοδοι στο πρόγραμμα αποκατάστασης αποσκοπεί στην εκπαίδευση των ασθενών ώστε να διεκπεραιώνουν αποτελεσματικά τις καθημερινές δραστηριότητες. Η εργασιοθεραπεία επικεντρώνεται στις δραστηριότητες εκείνες που εμπεριέχουν τα άνω άκρα, όπως το ντύσιμο, το φαγητό, το μπάνιο και η οδήγηση. Γίνεται εκπαίδευση του ατόμου στη χρησιμοποίηση των βοηθημάτων για τις καθημερινές δραστηριότητες, στην οργάνωση του σπιτιού και της εργασίας καθώς και στην εκπαίδευση των συγγενών του ασθενή. (Δημητρακοπούλου, 2013, Στάθη, 2014)

Παράλληλα ο λογοθεραπευτής επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση των δυσκολιών της επικοινωνίας και της κατάποσης που εμφανίζει ο ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας. Γίνεται επανεκπαίδευση του λόγου, της επικοινωνίας και της κατάποσης ενώ εκπαιδεύονται και τα άτομα του περιβάλλοντος του ασθενή. (Δημητρακοπούλου, 2013, Στάθη, 2014)

Κεφάλαιο 3

3.1. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ-ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Ευκολότερο από το να ορίσει κανείς την ψυχική υγεία, φαίνεται να είναι ο ορισμός τη ψυχικής νόσου. Ο διαχωρισμός τους μπορεί να γίνει κατόπιν αναζήτησης του συναισθήματος, της συμπεριφοράς και της σκέψης ενός ανθρώπου. Συγκεκριμένα την ψυχική υγεία σ ένα άτομο μπορεί να επιβεβαιώσει η σωστή αντίληψη για τον εαυτό του, η υγιής αντίληψη της πραγματικότητας, η ικανότητα να αναπτύσσει σχέσεις με άλλους ανθρώπους και να τις διατηρεί για ένα χρονικό διάστημα. Επίσης,

οι ψυχικά υγιείς χαρακτήρες προσπαθούν και καταφέρουν να βρουν νόημα στην ζωή τους, έχουν τον πλήρη έλεγχο της συμπεριφοράς τους, προσαρμόζονται στις καθημερινές αλλαγές και συγκρούσεις που έρχονται αντιμέτωποι και κυνηγούν την παραγωγικότητα με απόλυτο σκοπό την δημιουργία.(EbyandBrown, 2009, Sinesetal., 2011)

Οποιοσδήποτε άνθρωπος πληρεί τα παραπάνω κριτήρια, θεωρείται ψυχικά υγιής και τα αντίθετα αυτών θέτουν έναν άνθρωπο σε πιθανότητα κινδύνου εμφάνισης ψυχικής νόσου που έχει αρχίσει να κάνει τα πρώτα της βήματα. Η μεγαλύτερη και πιο σημαντική ικανότητα του ατόμου είναι να αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα και να μπορεί να ξεχωρίσει τι συμβαίνει στον ίδιο αλλά και στον κόσμο γύρω του στο παρελθόν, στο παρόν και στο μέλλον. Προϋπόθεση της ψυχικής υγείας είναι να μπορεί το άτομο να διαχωρίζει ποια πράξη θα έχει συνέπειες και ποια μπορεί να τον θέσει σε κίνδυνο, αφού πολύ βασικό χαρακτηριστικό των ψυχικά ασθενών είναι ότι θέτουν συχνά τον εαυτό τους σε επικίνδυνες καταστάσεις γιατί δεν μπορούν να αντιληφθούν πού μπορεί να καταλήξει η κάθε πράξη τους.(EbyandBrown, 2009, Sinesetal., 2011)

Η σχέση που πρέπει να έχει κάθε άνθρωπος με τον εαυτό του θα πρέπει να είναι ρεαλιστική και αληθινή. Η υγιής αντίληψη του εαυτού προκύπτει μέσα από μια σωστή προσωπική αξιολόγηση. Κατόπιν αυτού, είναι απαραίτητη η αποδοχή του εαυτού μας και η κατανόηση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων του. Η αυτογνωσία έχει κρίσιμη σημασία για τη λήψη θετικών αποφάσεων σε θέματα υγείας. Όταν ένας άνθρωπος πάσχει από μια νόσο οφείλει να το αποδεχτεί και να βοηθήσει άμεσα τον εαυτό του. Σε βάθος χρόνου θα πρέπει να αποκλείσει από την ζωή του όσα δεν μπορεί να κάνει και να βρει καινούργιους τρόπους διαφυγής. (EbyandBrown, 2009, Sinesetal., 2011)

Ο άνθρωπος έχει από την φύση του την ανάγκη να δημιουργεί σχέσεις και να ζει σε ομάδες. Αυτός είναι ακόμα ένας σημαντικός παράγοντας ψυχικής υγείας. Όταν χάσει αυτή του την δυνατότητα και καταλήξει στην απομόνωση με λίγες και μη ικανοποιητικές σχέσεις και επαφές, δεν μπορεί να είναι υγιής. Όλοι οι άνθρωποι πάντως ψάχνουν να δώσουν κάποιο νόημα στην ζωή τους και το κάνουν είτε με την θρησκεία, είτε με την φύση, την φιλοσοφία, την ηθική ή την προσφορά στον συνάνθρωπο. Οι υγιείς άνθρωποι έχουν την ανάγκη να νιώθουν ότι προσφέρουν, ότι

κάποιος τους έχει ανάγκη και ότι καταφέρνουν να βοηθήσουν. Επιπλέον, έχουν την αξιοπρέπεια και την ακεραιότητα να ενεργούν σύμφωνα με τις αξίες τους. Η μεγαλύτερη δυσκολία στην εποχή μας είναι η υποχρέωση του ατόμου να προσαρμόζεται σε έναν κόσμο που μονίμως μεταβάλλεται. Μόνο τα υγιή άτομα έχουν την ικανότητα να αλλάζουν, να συμβιβάζονται και να σχεδιάζουν. (EbyandBrown, 2009, Sinesetal., 2011)

Κατ' ουσία η ψυχική υγεία είναι μια σχετική και όχι απόλυτη κατάσταση. Πιστεύεται πως κανένας δεν κατέχει το ύψιστο επίπεδο υγείας ή ακόμα και να συμβεί θα είναι υπό προϋποθέσεις και ανά διαστήματα. Κάθε άτομο μπορεί να παρουσιάζει από ελάχιστα έως απόλυτα υγιή συμπεριφορά ανεξάρτητα από το εάν έχει διαγνωσθεί με κάποια ψυχική διαταραχή ή όχι. (EbyandBrown, 2009, Sinesetal., 2011)

Άνθρωποι που αντιμετωπίζουν χρόνια οργανικά νοσήματα, όπως για παράδειγμα οι διαβητικοί ή οι καρδιοπαθείς, δεν αποκλείεται να συνεχίσουν να είναι υγιείς εφόσον βέβαια επιλέγουν υγιείς συμπεριφορές και ακολουθούν την θεραπεία τους. Αντίστοιχα, ένα άτομο με ψυχική νόσο μπορεί να λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, να επιλέγει υγιεινές συμπεριφορές, πάντα μέσα στα όρια των ικανοτήτων του και να είναι πιο υγιές. Το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν όμως άτομα με ψυχικές ασθένειες σε σχέση με άτομα με οργανικά νοσήματα είναι ανασταλτικός παράγοντας για υγιείς συμπεριφορές. (EbyandBrown, 2009, Sinesetal., 2011)

Παρ' όλο που οι νοσηλευτές δεν είναι αρμόδιοι να κάνουν οι ίδιοι διαγνώσει, είναι σημαντικό να τις κατανοούν. Οι νοσηλευτές αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας που σχεδιάζει και προσφέρει φροντίδα στους ασθενείς. Κυρίως τα ψυχικά και οργανικά τους νοσήματα είναι αυτά που λαμβάνονται υπόψη για τον σχεδιασμό της φροντίδας του. Η διαφορά μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών στο κομμάτι των ψυχικών νοσημάτων είναι ότι οι γιατροί τα αντιμετωπίζουν με φαρμακευτική αγωγή και υπό υποκειμενική παθογένεια ενώ οι νοσηλευτές δίνουν περισσότερη σημασία στο κατά πόσο το άτομο επηρεάζεται πρακτικά από αυτές τις διαταραχές. (EbyandBrown, 2009, Sinesetal., 2011)

Είναι γεγονός πως συνήθως όταν γίνονται αναφορές σε ψυχικά νοσήματα, τα επίθετα που χρησιμοποιούνται είναι προσβλητικά προς το άτομα που τις αντιμετωπίζουν. Εν αντιθέσει με ασθενείς που μπορεί να αντιμετωπίζουν οργανικά

νοσήματα, οι ψυχικά ασθενείς βρίσκονται σε μειονεκτική θέση ως προς την κοινωνία. Είναι τόση η προκατάληψη του κόσμου που ορισμένοι ασθενείς από την ντροπή τους αρνούνται να ζητήσουν βοήθεια. Το στίγμα αυτό σίγουρα δεν δικαιολογείται και σίγουρα αντιμετωπίζεται από την στιγμή που θα γίνει αποδεκτό από τον ίδιο τον πάσχοντα. (EbyandBrown, 2009, Sinesetal., 2011)

3.2.ΣΥΜΒΙΩΝΟΝΤΑΣ ΜΕ ΤΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Στις αρχές του αιώνα, η διάγνωση μιας σοβαρής αρρώστιας ισοδυναμούσε με θανατική καταδίκη. Στη σύγχρονη όμως εποχή, παρά το πρόβλημα υγείας, συχνά ο άρρωστος επανακτά ένα φυσιολογικό ρυθμό ζωής και επανεντάσσεται στο κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον όσο αυτό του επιτρέπεται και είναι εφικτό. Υπό αυτές τις συνθήκες ο ασθενής έχει την δυνατότητα να συνεχίζει την ζωή του, αν και τα δεδομένα έχουν αλλάξει, συμμετέχει ενεργά ανταποκρινόμενος στις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Ανεξαρτήτως της ασθένειας που τον απασχολεί και αν αυτή απειλεί την ζωή του έχει το δικαίωμα να ζήσει. Όμως τα άτομα τα οποία πάσχουν από χρόνιες ασθένειες αντιμετωπίζουν μια σειρά διακριτών και έντονων στρεσογόνων καταστάσεων που καταβάλουν σ' έναν υποκειμενικό βαθμό ακόμα και άτομα με αυξημένες δυνάμεις.

Η προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια είναι πολύπλοκη. Επηρεάζεται από όλους σχεδόν τους τομείς της λειτουργικότητας του ανθρώπου. Η συμβίωση με ένα τέτοιου είδους πρόβλημα επηρεάζει την σωματική, την συναισθηματική, την ψυχολογική κατάστασή του, την συμπεριφορά του και συμβάλει σε επαγγελματικά ζητήματα. Έτσι, η αλλαγή σε ένα από τα παραπάνω είναι πολύ πιθανό να προκαλέσει και μια επόμενη αλλαγή. Για παράδειγμα, οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια μπορούν να συμβάλουν στην τήρηση των ιατρικών οδηγιών, ή ο βαθμός αυτονομίας μπορεί να καθορίσει την συναισθηματική αντίδραση του ασθενούς αλλά και της οικογένειάς του. Ο ασθενής για αρχή βιώνει ένα σοκ κατά την ανακοίνωση της νόσου και αρχίζουν να δημιουργούνται ερωτηματικά για το τι μπορεί να συνεπάγεται μια τέτοιου είδους διάγνωση. Εν συνεχεία, αποδιοργανώνεται η σκέψη του, οι συνήθειές του, η καθημερινότητά του και αναπτύσσονται αρνητικά συναισθήματα άγχους και

ανασφάλειας. Λίγο αργότερα οι περισσότεροι ασθενείς ενημερώνονται και αποδέχονται σταδιακά την νόσο με σκοπό να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα της ζωής τους. Πρόκειται για έναν μέσο όρο που αντιδρά κατ' αυτόν τον τρόπο στην ανακοίνωση της διάγνωσης της πολλαπλής σκλήρυνσης, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει πως δεν υπάρχουν και αρκετά περιστατικά που παρεκκλίνουν από τον κανόνα και διαμορφώνουν την εξαίρεση.

Εφόσον δεν μιλάμε για μια νόσο που επιδέχεται ίαση, η καταπολέμηση της αναφέρεται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και την διαχείριση του ψυχολογικού παράγοντα τα οποία σε πρώτη φάση γίνονται με την βοήθεια του γιατρού και στην συνέχεια πρέπει να τηρούνται από τους πάσχοντες. Δημιουργείται πληθώρα αρνητικών συναισθημάτων λόγω του φόβου για το μέλλον, την ανάγκη αλλαγών στον τρόπο ζωής, την πιθανή μακρόχρονη νοσηλεία και τις δύσκολες ή ακόμα και επικίνδυνες ιατρικές διαδικασίες. Άλλοι κατορθώνουν να προσαρμοστούν στην κατάσταση και προσπαθούν να ανταπεξέλθουν αλλάζοντας την ζωή τους και αναθεωρώντας στόχους και άλλοι συνεχίζουν την προϋπάρχουσα ζωή τους προσποιούμενοι τη αρνούμενοι την πραγματικότητα και άλλοι παλινδρομούν.(Γιαβασόπουλος 2008)

Έχει διαπιστωθεί βάσει ερευνών πως η ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας, επηρεάζεται τόσο από τα συναισθηματικά και τα σωματικά προβλήματα που συνεπάγεται η νόσος, όσο και από τα κοινωνικά προβλήματα που προκύπτουν στην πορεία, όπως είναι το κόστος νοσηλείας, η επιβάρυνση της οικογένειας, η απομόνωση και άλλα εμπόδια που παρουσιάζονται στους πάσχοντες.

Συμβιώνοντας λοιπόν με την νόσο αυτή, θα πρέπει κανείς να λάβει υπόψη του όλα τα παρακάτω και ο ασθενής να αντιμετωπίζεται από επιστημονική ομάδα με κύριο αντικειμενικό σκοπό την αποκατάστασή του, ώστε να ελαχιστοποιηθεί το φορτίο των συμπτωμάτων και κατά συνέπεια να βελτιωθεί η προσωπική του αυτονομία και ανεξαρτησία.

Ποιότητα ζωής ονομάζεται η υποκειμενική αίσθηση αίσθηση του ατόμου για την θέση του στη ζωή σε συνάφεια με την κουλτούρα και το σύστημα αξιών στο οποίο ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τα ενδιαφέροντά του. Η κατάσταση αυτή παρουσιάζει διακυμάνσεις και επηρεάζεται άμεσα από την φυσική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, τις προσωπικές πεποιθήσεις και τις

κοινωνικές σχέσεις. Ωστόσο, βάσει επιστημονικών ερευνών σχετικά με την σκλήρυνση κατά πλάκας, έχει προκύψει πως την συνολική αναπηρία των ατόμων επηρεάζουν σημαντικά οι γνωστικές και συναισθηματικές διαταραχές. Την συνολική ποιότητα ζωής του ασθενή διαμορφώνει ο συνδυασμός της φυσικής υγείας, ψυχολογικής κατάστασης, ο βαθμός ανεξαρτησίας, οι κοινωνικές σχέσεις, το περιβάλλον και η πνευματικότητα.

Όσον αφορά στα σωματικά προβλήματα του ασθενή είναι σημαντικό να μάθει να ζει με τον πόνο, την κόπωση, πιθανά προβλήματα ύπνου και διάφορες άλλες λειτουργικές διαταραχές. Σχετικά με τον ψυχολογικό τομέα είναι γεγονός πως από την ανακοίνωση της νόσου και σε όλη την διάρκειά της, που είναι ισόβια, ότι υπάρχουν αρνητικά συναισθήματα άγχους και πολλές φορές θλίψης που δημιουργούνται από την σωματική ανικανότητα που προκαλούν τα συμπτώματα αυτής. Ακόμα ένας παράγοντας που πρέπει να προσαρμοστεί ο ασθενής είναι ο βαθμός ανεξαρτησίας του που περιορίζεται σημαντικά. Συνήθως έχει να κάνει με την κινητικότητα του ή την πιθανή εξάρτησή του από φάρμακα και ιατρικά βοηθήματα.

Στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων παρατηρείται απομόνωση του ασθενούς, συχνή ελλιπή κοινωνική υποστήριξη και σημαντικός περιορισμός σεξουαλικής δραστηριότητας. Αναφορικά με το περιβάλλον του και την οικονομική του κατάσταση είναι ένα από τα ζητήματα που δημιουργούν μεγάλο πρόβλημα στην καθημερινότητά του. Ο ασθενής με τα προβλήματα που του παρουσιάζονται σταδιακά είναι πολύ πιθανό να χάσει την δυνατότητα να εργάζεται και τότε προκύπτουν βιοποριστικά προβλήματα που συνεπάγονται με ψυχολογικές ανάγκες. (Πολυκανδριώτη και Κυρίτση, 2006)

Η επίδραση της πολλαπλής σκλήρυνσης στην ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από την συγκεκριμένη νόσο έχει μελετηθεί περισσότερο από την επίδραση οποιασδήποτε άλλης νευρολογικής διαταραχής. Σήμερα αποτελεί την Τρίτη πιο συχνή αιτία σοβαρής αναπηρίας νευρολογικής αιτιολογίας. Για την εμφάνιση της νόσου υπάρχει πολυπαραγοντική αιτιολογία. Χαρακτηρίζεται από ποικιλομορφία συμπτωμάτων και περιπτώσεων στη ζωή του πάσχοντα. Η νόσος προκαλεί αισθητικές και κινητικές διαταραχές, προβλήματα ισορροπίας και μείωση της επιδεξιότητας, οπτικές διαταραχές, διαταραχές ύπνου, σεξουαλικές δυσλειτουργίες και διαταραχές από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Με τόσες πολλές επιρροές που έχει στον οργανισμό είναι φυσιολογικό να επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό και άμεσα τον τρόπο

ζωής του πάσχοντα που καλείται να προσαρμοστεί το συντομότερο δυνατό στις νέες μειωμένες και μετ' εμποδίων ικανότητές του. Περιορίζονται οι συμμετοχές τους σε κοινωνικές δραστηριότητες και τότε η οικογένεια είναι αρμόδια να αναλάβει καινούργιους ρόλους.

Βοήθεια το άτομο μπορεί να δεχτεί επίσης από κοινωνικούς δεσμούς και κυρίως από τον ίδιο του τον εαυτό εάν αποφασίσει να συνεργάζεται στο θεραπευτικό σχήμα και να ελέγχει το άγχος του. Ο ασθενής πρέπει να διατηρήσει μια αίσθηση αισιοδοξίας και ελπίδας καθώς η παθητικότητα έχει αρνητική επίδραση στην εξέλιξη της υγείας του. Σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια επαναπροσαρμογής του παίζει και το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία, η επαρκής ενημέρωση τόσο για την ίδια την νόσο όσο και για τα αποτελέσματα που μπορεί να αποφέρουν οι προσπάθειες που κάνει. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος για την νέα καθημερινότητα του ασθενή είναι η έλλειψη ενδιαφερόντων και ευχαρίστησης, η ψυχοκοινωνική επιβράδυνση, η καταθλιπτική διάθεση ακόμα και ο αυτοκτονικός ιδεασμός. Ακόμη, το άτομο θα πρέπει να μάθει να ζει με την αστάθεια και την απάθεια που δεν τον αφήνουν να βιώσει πραγματικά συναισθήματα αφού αυτό που νιώθει μπορεί σε λίγα λεπτά να αλλάξει ή και να μην το νιώσει ποτέ. (Τσούγγου, Τζενάλης και Μπελλάλη, 2016)

Ένα από τα βασικά γνωρίσματα της νόσου είναι η κόπωση με το οποίο είναι αναγκασμένος ο ασθενής να μάθει να ζει και να διαχειρίζεται καθημερινά. Εμφανίζεται με διάφορες μορφές όπως είναι η οξεία και η γενικευμένη κόπωση. Σύμφωνα με μαρτυρίες επιδεινώνεται με την αύξηση της θερμοκρασίας είτε του σώματος είτε του περιβάλλοντος και αντίθετα σε χαμηλές θερμοκρασίες βελτιώνεται. Επίσης, αναφέρεται πως παίζει τον ρόλο προάγγελου αφού έχει παρατηρηθεί πως η επιδείνωσή της ανά περιόδους προμηνύει την εμφάνιση ενός νέου συμπτώματος της νόσου που θα χειροτερεύσει την κατάσταση, χωρίς βέβαια αυτό να είναι ιατρικά επιβεβαιωμένο. Η εκδήλωση αυτή της νόσου καταρρακώνει την πλειοψηφία των ασθενών αφού τους κάνει να νιώθουν ατονία και μειώνει τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας. Η κόπωση παρουσιάζεται και ως αποτέλεσμα των συμπτωμάτων της σκλήρυνσης κατά πλάκας αφού είναι λογικό να αισθάνεται έτσι ένας άνθρωπος με διαταραχές ύπνου που λαμβάνει φάρμακα, βρίσκεται σε καταθλιπτική κατάσταση και δεν τρώει καλά. (Λαβδανίτη, Ανδριωτάκη και Μουστάκα, 2014)

Ένα πολύ μεγάλο βοήθημα λοιπόν για την αντιμετώπιση όλων αυτών είναι η άσκηση που έχει θετικά αποτελέσματα τόσο στην σωματική όσο και την ψυχική

ευεξία του ανθρώπου. Έχει διαπιστωθεί πως βοηθά σε πολλούς τομείς που ταλαιπωρούν τον ασθενή και σε διάφορες δυσλειτουργίες των οργάνων που κάνουν την κατάσταση πιο δύσκολη. Παρατηρούνται θετικά αποτελέσματα στην κόπωση, στην κατάθλιψη, στην αναπνευστική ικανότητα, στις δυσλειτουργίες του ουροποιητικού και του εντερικού συστήματος, στη μυϊκή αδυναμία, στην εγκεφαλική δομή και λειτουργία, στην βάρδια και φυσικά στην ποιότητα ζωής. Σε μια προσπάθεια να κινητοποιηθούν οι ασθενείς, το πρόγραμμα θα πρέπει να είναι εξειδικευμένο στις ατομικές ανάγκες του κάθε ατόμου και να περιλαμβάνει τακτικά τεστ και αναπροσαρμογές. Η κοινωνική αλληλεπίδραση φαίνεται να αυξάνει το κίνητρο για συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης. (Βάσω Μαράκα 2014)

3.3. ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Με το πέρασμα του χρόνου και την πορεία της νόσου, προκύπτουν αλλαγές του συναισθήματος και μια ποικιλία διαταραχών των ανωτέρων νοητικών λειτουργιών που προκαλούν νοητική έκπτωση και συγκεκριμένα άνοια. Ο ασθενής αρχίζει να υστερεί σε μνήμη, προσοχή και συγκέντρωση με αποτέλεσμα να δημιουργούνται κενά στην επικοινωνία και την κοινωνικότητά του. Οι ψυχικές διαταραχές μπορεί να είναι μια ασήμαντη απόκλιση από τα φυσιολογικά επίπεδα ή ακόμα και να φτάνει στο σημείο της ψύχωσης.

Οι νευρικές διαταραχές όπως είναι η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια, ο λήθαργος, η αλλαγή στη διάθεση, η αδικαιολόγητη υπερβολική ευφορία, τα υστερικά συμπτώματα και η μειωμένη δυνατότητα συγκέντρωσης σε ένα μεγάλο ποσοστό οφείλονται στην έλλειψη ψευδαργύρου. Ο ψευδάργυρος είναι δεύτερο σε αφθονία, μετά τον σίδηρο, ιχνοστοιχείο του εγκεφάλου. Κατά συνέπεια, εκτός των καταπραϋντικών και ηρεμιστικών που χορηγούνται στον ασθενή και δεδομένης της παρακολούθησης του από ειδικό, που στην περίπτωση αυτή είναι ο ψυχολόγος ή ο ψυχίατρος, φαίνεται να είναι χρήσιμη και η λήψη ψευδαργύρου. Αυτό βέβαια μπορεί να γίνει με τον εμπλουτισμό του διαιτολογίου του ασθενούς με τροφές που είναι πλούσιες σε ψευδάργυρο. Για την καλύτερευση και τον έλεγχο των ψυχολογικών διαταραχών ενός ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας, είναι απαραίτητος ο συνδυασμός κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, παρακολούθηση από ειδικό,

τήρηση σωστού διαιτολογίου και πάνω απ' όλα έγκαιρη διάγνωση οποιουδήποτε ψυχολογικού προβλήματος μπορεί να προκύψει. (Γρηγοράκης 2005)

Οι περισσότερες από τις ασθένειες που έρχεται αντιμέτωπος ο άνθρωπος την σήμερα ημέρα, στις ανεπτυγμένες τουλάχιστον χώρες, χαρακτηρίζονται ως χρόνιες. Είναι δεδομένο στην διεπιστημονική ομάδα υγείας ότι οι χρονίως πάσχοντες παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία και διαφοροποίηση συμπεριφοράς και βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών προβλημάτων. Κατόπιν αυτού οι ερευνητές αποφάσισαν να αναπτύξουν ένα ευρύ φάσμα θεωρητικών προσεγγίσεων και κλινικών εφαρμογών με σκοπό την καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Οι συνηθέστεροι τρόποι παρέμβασης για την ψυχολογική στήριξη είναι η πληροφόρηση, η αξιοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης, η εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης στρες, η χρήση ειδικών παρεμβατικών θεραπευτικών στρατηγικών και τεχνικών στην οικογενειακή θεραπεία. Το άτομο περνάει κάποια στάδια όταν του ανακοινώνεται για πρώτη φορά η παρουσία της νόσου όπου τότε έρχεται για πρώτη φορά σε επαφή με ψυχικές διαταραχές. Ο ασθενής αρχικά βιώνει ένα σοκ κατά το οποίο όντας ξαφνιασμένος αρνείται να συνειδητοποιήσει την πραγματικότητα και για αρκετό καιρό ζει εκτός αυτής. Το διάστημα αυτό μπορεί να διαρκέσει από ημέρες έως και εβδομάδες και τείνει να είναι πιο έντονο συναισθηματικά αναλόγως τα προειδοποιητικά σημεία της νόσου. Στη συνέχεια, ο ασθενής βιώνει την αντιπαράθεση που χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση σκέψης και αίσθηση απώλειας, πένθους, απελπισίας και ματαιότητας. Μετά από αυτό, περνάει στη φάση της υποχώρησης κατά την οποία επικρατεί η τάση αποφυγής και άρνησης για να καταφέρει το άτομο να διαχειριστεί την νέα του ζωή. Σταδιακά αντιλαμβάνεται και προσαρμόζεται σ' ένα καινούργιο τρόπο ζωής. Αυτή είναι η συνηθέστερη και πιο προβλέψιμη ψυχολογική αντίδραση ενός ασθενή χωρίς όμως να αποτελεί και τον κανόνα. (Γιαβασόπουλος 2008)

Σύμφωνα με βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις είναι σίγουρο πως η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μια από τις νόσους που κατά την έναρξή της ή και αργότερα παρουσιάζει ψυχολογικό αντίκτυπο στον ασθενή. Το ποσοστό συχνότητας των ψυχικών διαταραχών είναι 50%-75% με βασική επισήμανση το αίσθημα ευφορίας των ασθενών ιδιαίτερα κατά τα πρώτα χρόνια εκδήλωσης της νόσου. Από τα πρώτα κιάλας συμπεράσματα των ειδικών είναι ένα αίσθημα αισιοδοξίας των πασχόντων, ασχέτως των εκδηλώσεων της νόσου, που σε συνδυασμό με την εξασθένηση ελέγχου

του συναισθήματος αποτελούν διαγνωστικό παράγοντα για εκείνο το χρονικό διάστημα. Ακολούθησαν οι παρατηρήσεις γνωστικών διαταραχών, κυρίως όσον αφορά στη μνήμη και στη νοημοσύνη ενώ λίγο αργότερα τα χαρακτηριστικό γνώρισμα της ευφορίας συνοδεύεται από υστερία. Στη συνέχεια, γίνονται αναφορές για την κατάθλιψη που άρχισε αλλά μπήκε δυναμικά στις διαγνώσεις των ειδικών που άρχισαν να παρατηρούν καταθλιπτικά και ψυχωτικά επεισόδια. Φτάνοντας στο σήμερα θεωρείται δεδομένο επακόλουθο της πολλαπλής σκλήρυνσης οι ψυχώσεις και οι διπολικού τύπου συναισθηματικές διαταραχές με πιο συχνές βέβαια τις καταθλίψεις.(Τριανταφύλλου και Σφάγγος 2001)

Εφόσον μιλάμε για μία χρόνια νόσο που σε μεγάλο βαθμό καταλήγει σε κάποια μορφή αναπηρίας, δεν θα μπορούσαν να μην προκύψουν συναισθηματικές και ψυχικές δυσκολίες στους ασθενείς εφόσον βέβαια έχουν μερική ή πλήρη επίγνωση της κατάστασής τους. Ο αντίκτυπος της νόσου στη λειτουργικότητα του ατόμου εξαρτάται από το στάδιο της νόσου, τον βαθμό της αναπηρίας, την απασχόληση του πάσχοντος, την προσωπικότητά του και την υποστήριξη που δέχεται από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον του. Η υποστήριξη είναι απαραίτητη για τον ασθενή κυρίως στον ψυχολογικό τομέα, στον οποίο δέχεται και το μεγαλύτερο και πιο ξαφνικό σοκ. Από την στιγμή της διάγνωσης της νόσου θα πρέπει να εκτιμηθεί η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου και να αναγνωριστούν τα αρνητικά συναισθήματα άγχους και κατάθλιψης. Αρκετές φορές τα αρνητικά αυτά συναισθήματα προκύπτουν από την σωματική ανικανότητα που προκαλεί η νόσος. Το είδος των ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων παρουσιάζει ιδιαίτερη ποικιλία αλλά συνηθέστερο και χαρακτηριστικό στοιχείο, όπως αναφέρθηκε και πριν, είναι η ευφορία. Ο ασθενής παρουσιάζει υπεραισιοδοξία και δεν πιστεύει ή πιστεύει αλλά δεν παραδέχεται ότι αντιμετωπίζει ένα σοβαρό πρόβλημα. Αντιθέτως, φαίνεται σίγουρος για την ίαση και αναζητά τον τρόπο. Δηλώνει ευεξία, τόσο συναισθηματική όσο και σωματική. Τέτοιου είδους συναισθήματα έχουν παρατηρηθεί ακόμα και σε άτομα καθηλωμένα σε αναπηρικό αμαξίδιο. Η αντίδραση αυτή έχει καθαρά οργανική βάση και συνδέεται με την ποιούσα μορφή της νόσου και με σημαντικού βαθμού αναπηρία.

Μια άλλη εξίσου συνηθισμένη έκφραση των ασθενών είναι η αλεξιθυμία όπου ο ασθενής δεν δύναται να κατανοήσει και να εκφράσει λεκτικά τα συναισθήματά του. Δεν είναι σε θέση να κάνει θετικά σχέδια και να ορίσει στόχους

για την ζωή του, ενώ περιγράφει συμπτώματα στην θέση αισθημάτων. Αυτό οφείλεται σε βλάβη στο μεσολόβιο, που είναι μια εγκεφαλική δομή η οποία συνδέει τα εγκεφαλικά ημισφαίρια. Ωστόσο, κανείς δεν αρνείται και την καθαρά ψυχολογική βάση του φαινομένου αυτού. Επίσης, αξίζει να αναφέρουμε τις διαταραχές συμπεριφοράς που παρουσιάζουν οι ασθενείς της πολλαπλής σκλήρυνσης. Προκύπτουν λόγω νοητικών ελλείψεων και παρουσιάζονται συνήθως στις διαταραχές σύνδεσης της μνήμης με τον προφορικό λόγο. Μπορεί να εμφανιστούν από τα πρώιμα στάδια της νόσου χωρίς όμως να συνδέονται με την κλινική εικόνα του ασθενούς. Κατά κανόνα παρουσιάζονται σε ήπιο βαθμό με αποτέλεσμα να μην επηρεάζουν το οικογενειακό και λοιπό κοινωνικό περιβάλλον του. Μια ακόμα πολύ συχνή συναισθηματική διαταραχή είναι η κατάθλιψη την οποία αντιμετωπίζουν ορισμένοι από τους πάσχοντες στα πρώιμα στάδια της νόσου. Στην κατάσταση αυτή εκδηλώνεται θυμός, ανησυχία, συναισθηματική ευερεθιστότητα. Κατόπιν ερευνών διαπιστώθηκε η έντονη συναισθηματική πίεση που βιώνουν κατά τους τρεις τελευταίους μήνες οι ασθενείς της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Σε ένα πείραμα που έγινε χωρίστηκαν μεταξύ τους αναλόγως τα διαστήματα ύφεσης και έξαρσης με αποτέλεσμα να γίνει φανερό η ψυχολογική αστάθεια των ασθενών που βρίσκονταν σε έξαρση. Υπό τις πιεστικές αυτές συνθήκες οι ασθενείς υιοθετούν τεχνικές αντιμετώπισης εστιασμένες στο χειρισμό του συναισθήματος παρά στην επίλυση προβλήματος ή στην αναζήτηση κοινωνική υποστήριξης. Η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και δύσκολων κοινωνικών συνθηκών που σχετίζονται με την συγκεκριμένη νόσο, διευκολύνθηκε με την διατήρηση της αίσθησης του ελέγχου και της αίσθησης ελπίδας. Πολλοί ασθενείς εκφράζουν ένα είδος ανακούφισης με την ανακοίνωση της διάγνωσης και παραδέχτηκαν πως πριν γίνει αυτό φοβούνταν πως αντιμετώπιζαν κάποια βαριά ψυχιατρική νόσο. Το αίσθημα της αβεβαιότητας ως προς τη νόσο προβληματίζει και αυτό είναι απόλυτα φυσιολογικό αν αναλογιστεί κανείς την προβλεψιμότητα των υποτροπών. Η ενημέρωση για την φύση της νόσου και ιδιαίτερα σ' ότι αφορά τα αποτελέσματα της θεραπείας, συντελεί στην βελτίωση της ποιότητας ζωής. Στόχος της θεραπείας που εφαρμόζεται σήμερα είναι η ελάττωση των υποτροπών σε ένταση και συχνότητα. (Πολυκανδριώτη και Κυρίτση, 2006)

Ο νοσηλευτής είναι σε θέση να διαχειριστεί τις διαταραχές που παρουσιάζει ο ασθενείς και είναι υπεύθυνος για την πορεία του κομμάτι αυτό.

- **Διαταραχή θρέψης**

Όταν ο ασθενής είναι ληθαργικός και υπέρβαρος θα πρέπει να του χορηγούνται τροφές σε μικρά γεύματα. Είναι σημαντικό επίσης να κατανοήσει την σημασία της άσκησης στην καθημερινότητά του. Στόχος είναι να αντικαταστήσει την ψυχολογική διαυγή που έχει στο φαγητό και να εκτονώνεται στην σωματική δραστηριότητα.

Όταν ο ασθενής αισθάνεται τόσο πολύ ψυχολογικά καταβεβλημένος που δεν έχει όρεξη να φάει, θα πρέπει να του χορηγούνται συχνά υγρά και όσο το δυνατόν περισσότερα θρεπτικά γεύματα μικρών ποσοτήτων αναλόγως τις αντοχές του.

Όταν ο ασθενής είναι έντονα δραστήριος με βεβαρυμμένο πρόγραμμα και δεν έχει χρόνο να αφιερώσει στο φαγητό, τότε του διδάσκεται η σημασία των γευμάτων και κατά πόσο μπορεί να τον βοηθήσουν ενεργειακά αλλά και προτείνουμε λύσεις εύκολου και γρήγορου φαγητού που να προσφέρει όμως τα απαραίτητα.(Eby and Brown, 2009,Dewit, 2009)

- **Απελπισία**

Δεν είναι λίγες οι φορές που τόσο οι ψυχικά υγιείς όσο και οι ψυχικά ασθενείς άνθρωποι φτάνουν σε σημείο απελπισίας. Η κατάσταση αυτή όμως γίνεται πρόβλημα όταν επικρατεί σε μεγάλο βαθμό στην ζωή ενός ανθρώπου λόγω προβλημάτων που αντιμετωπίζει στην καθημερινότητά του.

Ο κατάλληλος τρόπος αντιμετώπισης της απελπισίας είναι να αφήσουμε την ασθενή να μιλήσει για αυτό που τον απασχολεί και να ξεσπάσει. Στο σημείο εκείνο είναι η κατάλληλη στιγμή να τονιστούν τα θετικά σημεία τη ζωής του και να δοθεί κουράγιο στο άτομο που μπορεί να έχει αντιμετωπίσει και πάλι στο παρελθόν δύσκολες καταστάσεις αλλά βρήκε την τρόπο και τις ξεπέρασε.

Ο ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει ότι νοσεί και να λαμβάνει υπεύθυνα την φαρμακευτική του αγωγή. Καμία συζήτηση δεν μπορεί να αντικαταστήσει την φαρμακευτική θεραπεία που ίσως χρειάζεται ένας ψυχικά ασθενής άνθρωπος.(Eby and Brown, 2009,Dewit, 2009)

- **Διαταραχές σκέψης**

Χορήγηση φαρμάκων, όπως είναι τα αντιψυχωσικά και αξιολόγηση της πορείας του ασθενή. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να μάθει αν ανταποκρίνεται ο ασθενής στα φάρμακα ή αν παρουσιάζει κάποιες παρενέργειες.

Αναζήτηση των δυνατών σημείων και ικανοτήτων του ασθενή. Οποιοσδήποτε ασθενής έχει τα δυνατά του σημεία που είτε αγνοεί είτε παραβλέπει γιατί την προσωπικότητά του έχει επισκιάσει το πρόβλημα που αντιμετωπίζει. Ακόμα και ασθενείς με ψύχωση διαθέτουν δεξιότητες αντιμετώπισης δυσκολιών.

Ενίσχυση της αίσθησης της πραγματικότητας προκειμένου το άτομο να έχει μια εικόνα των συνθηκών που τον περιβάλλουν όπως είναι για παράδειγμα ο καιρός.

Ενθάρρυνση του ασθενούς να εκφράζει τα συναισθήματα του είτε αυτά είναι άγχος είτε φόβος. Ο ασθενής αποζητά την κατανόηση από τον συνομιλητή του και κυρίως την αποδοχή. Χρειάζεται απόλυτη προσοχή στο περιεχόμενο της ομιλίας καθώς ο ίδιος ο νοσηλευτής μπορεί για τον ασθενή να μπει στην θέση του "εχθρού" αν για λίγο πάρει το μέρος του. (EbyandBrown, 2009, Dewit, 2009)

3.4. ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Το άγχος είναι μια κατάσταση που πολλοί άνθρωποι δεν μπορούν να ελέγξουν με αποτέλεσμα να έχει επίπτωση στην υγεία του. Τα άτομα χρησιμοποιούν συμπεριφορές αντιμετώπιση του στρες και προσπαθούν να το διαχειριστούν με την καλύτερο τρόπο. Κάθε άνθρωπο αναπτύσσει την δική του συμπεριφορά απέναντι στο άγχος και κάποιες από αυτές είναι προσαρμοστικές ενώ άλλες δυσλειτουργικές. (EbyandBrown, 2009, Sinesetal., 2011)

Έχει οριστεί μια κλίμακα μέτρηση του άγχους η οποία αποτελείται από το ήπιο, μέτριας βαρύτητας, έντονο άγχος και τέλος τον πανικό. Κατά το ήπιο άγχος, το άτομο μόλις που αντιλαμβάνεται ότι αυτό που περιτριγυρίζει το μυαλό του, φαίνεται να τον απασχολεί και οι περισσότεροι άνθρωποι σε αυτή αντιδρούν με αναζήτηση και επιφυλακή γι' αυτό που τους απασχολεί. Όσον αφορά στο μέτριας βαρύτητας άγχος, παρατηρείται συγκέντρωση σκέψης στο σημείο ενδιαφέροντος με έμμεση αγνόηση των περιφερικών ερεθισμάτων. Οι περισσότεροι άνθρωποι στο επίπεδο αυτό

αντιδρούν με αύξηση ζωτικών σημείων και ταχύτερη ομιλία. Στην περίπτωση του έντονου άγχους, η αντίληψη μειώνεται κατά πολύ και το άτομο καταλήγει σε λανθασμένα συμπεράσματα και επιπόλαιε συμπεριφορές. Τέλος, ο πανικός είναι μια κατάσταση που δεν αφήνει το μυαλό να ηρεμήσει. Το άγχος γίνεται απειλή για την επιβίωση και επικρατεί το συναίσθημα του τρόμου. (EbyandBrown, 2009, Sinesetal., 2011)

Μελέτες διδύμων και οικογενειών αλλά και γενικότερες μελέτες με επίκεντρο τον άνθρωπο δείχνουν ότι οι αγχώδεις διαταραχές έχουν γενετικό υπόβαθρο. Η κληρονομικότητα δεν αποτελεί την αποκλειστική αιτιολογία τους αλλά μπορεί να είναι παράγοντας προδιάθεσης. Το άγχος είναι πολύ πιθανό να συνυπάρχει με άλλες νοσηρές καταστάσεις. Δεν είναι λίγες οι φορές που ορισμένοι αδύναμοι οργανισμοί που χάνουν την έλεγχο του εαυτού τους, οδηγούνται από το άγχος στην θλίψη και από την θλίψη στην κατάχρηση ουσιών. Είναι χαρακτηριστικό πως μια μερίδα ανθρώπων προσπαθεί να θεραπεύσει μόνη ης τον συναισθηματικό πόνο με ουσίες. (EbyandBrown, 2009, Sinesetal., 2011,)

Η γνωστική λειτουργία ορίζει το πόσο συχνά ένα άτομο σκέφτεται τα ερεθίσματα που του προκαλούν άγχος. Άνθρωποι που εστιάζουν την σκέψη τους σε στρεσογόνους παράγοντες ή άτομα που έχουν την τάση να μεγαλοποιούν γεγονότα και να τους γίνονται εμμονή, είναι και αυτά που υποφέρουν περισσότερο. Το άγχος αφορά πλήθος διαφορετικών γεγονότων ή δραστηριοτήτων που τελικά είναι δύσκολο για έναν άνθρωπο να τα διαχειριστεί. Συνακόλουθα με το άγχος είναι η ανησυχία, η κόπωση, η δυσκολία συγκέντρωσης, η ευερεθιστότητα, η μυϊκή τάση, οι διαταραχές ύπνου και άλλα. Εξαιτίας του στρες μπορεί να προκληθεί και περιορισμός κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας. Πολύ συχνά η ένταση, η συχνότητα και η διάρκεια του άγχους είναι εξαιρετικά δυσανάλογα με την πραγματική πιθανότητα που φοβούνται. Το άγχος συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα και κυρίως κούραση, πονοκέφαλο, μυαλγίες, εφίδρωση, εξάψεις και δυσκολία στην κατάποση. Χαρακτηριστικό των ατόμων με άγχος είναι ότι δεν αποφεύγουν την κατάσταση που τους το προκαλεί αλλά αντιθέτως φαίνεται να την κυνηγούν στο μυαλό τους. (EbyandBrown, 2009, Sinesetal., 2011,)

Στην πολλαπλή σκλήρυνση ο βαθμός κινδύνου του ασθενή είναι άγνωστος και αυτό προκαλεί το συναίσθημα τη ανησυχίας που με το πέρασμα του χρόνου

μετατρέπεται σε άγχος. Η παρουσία άγχους στην πολλαπλή σκλήρυνση κυμαίνεται από 14% έως 45% και μπορεί να οδηγήσει σε οικονομικό κόστος φαρμάκων, χαμηλότερη ποιότητα ζωής, αυξημένη ένταση πόνου και παρεμβολή πόνου στην ποιότητα ζωής, ακόμα και αυτοκτονική πρόθεση. Η αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου θα βοηθούσε στην ανάπτυξη αντιληπτικής αντιμετώπισης του άγχους με στόχο την πρόληψη, τον έλεγχο και την θεραπεία του. Συχνότερα και σε μεγαλύτερο βαθμό συναντάμε το άγχος σε ασθενείς γυναικείου φύλλου, σε νεότερες ηλικίες που νοσούν, σε περιόδους εξάρσεων ενώ εξαρτάται από την μορφή της νόσου και την βαθμό αναπηρίας. Αναφέρεται επίσης πως άτομα με ιστορικό κατάθλιψης διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο άγχους μετά την διάγνωση τη νόσου όπου δεν γνωρίζουν τι πρόκειται να τους συμβεί και αυτό του δημιουργεί ανασφάλεια. Το άγχος με την κατάθλιψη και την πολλαπλή σκλήρυνση παρουσιάζουν κοινά σωματικά συμπτώματα όπως είναι οι διαταραχές ύπνου, η κόπωση, η δυσκολία συγκέντρωσης. Τα άτομα με πολλαπλή σκλήρυνση πάσχουν πάσχουν σε υψηλότερο ποσοστό άγχους από τον γενικό πληθυσμό και έχει αποδειχτεί ότι έχουν από τα χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σχέση με άλλες χρόνιες ασθένειες. (Sinesetal., 2011, Hartoonianetal., 2014)

3.5. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Η κατάθλιψη είναι η πιο συνηθισμένη συναισθηματική διαταραχή με ποσοστό συχνότητας ως και 55% στους πάσχοντες της σκλήρυνσης κατά πλάκας και σε ορισμένες περιπτώσεις αποτελεί πρώιμη εκδήλωση της νόσου. Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα είναι ο θυμός, η ανησυχία, η συναισθηματική ευερεθιστότητα και η ανασφάλεια σε αντίθεση με την κατάθλιψη που παρουσιάζουν ασθενής ανεξάρτητα από την νόσο αυτή και παρουσιάζουν την ανάγκη απόσυρσης, αυξημένη αυτοκριτική και έλλειψη ενδιαφερόντων.

Σύμφωνα με έρευνες επί του θέματος η κατάθλιψη που σχετίζεται με την σκλήρυνση κατά πλάκας, συνδέεται με την ποιότητα ζωής του ατόμου και εξαρτάται απόλυτα από το πώς εκλαμβάνει την νόσο ο ασθενής. Είναι γεγονός ότι κατά την πορεία της νόσου παρουσιάζονται συμπτώματα που επηρεάζουν την λειτουργικότητα του ατόμου στην καθημερινότητά του και αυτό είναι μεγαλύτερο ψυχολογικό φορτίο. (Πολυκανδριώτη και Κυρίτση, 2006) Η διάγνωση της νόσου και η σταδιακή

συνειδητοποίηση της κατάστασης οδηγεί τους ασθενείς σε άγχος και κατάθλιψη. Είναι πολύ σημαντική η έγκαιρη ανίχνευση των ψυχολογικών προβλημάτων και η, κατά το δυνατόν, αντιμετώπισή τους.

Η θεραπεία μπορεί να είναι συμπεριφοράς ή φαρμακευτική αγωγή ή ο συνδυασμός των δύο. Η θεραπεία συμπεριφοράς βοηθά τον ασθενή να αλλάξει τρόπο σκέψη και αντίδραση στις επιπτώσεις τη νόσου. Σκοπός της θεραπείας αυτή είναι να μάθει το άτομο να επιλέγει αποτελεσματικές στρατηγικές και να διατηρεί μια θετική εικόνα του εαυτού του. Η αυτοπεποίθηση και η υπομονή θα πρέπει να είναι τα θεμέλια στη ζωή του για να μπορεί να αναγνωρίζει και να αντιμετωπίζει τα ψυχολογικά ξεσπάσματα. Συνήθως η κατάθλιψη ξεκινά από τον κοινωνικό περίγυρο. Οι ασθενείς ανησυχούν για την εικόνα τους και φοβούνται πως ο περίγυρός του θα του εγκαταλείψει. Αυτό βέβαια συμβαίνει σε όλες τις χρόνιες παθήσεις χωρίς απαραίτητα να οδηγεί σε καταθλιπτικά επεισόδια. (Γιαβασόπουλος και Γούρνη, 2008) Οι ασθενείς έχουν αυξημένη πιθανότητα να παρουσιάσουν κατάθλιψη που μπορεί όμως να μην διαγνωσθεί ποτέ.

Κατά τα πρώτα χρόνια εμφάνιση της νόσου δεν είχε δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην συνυπάρχουσα κατάθλιψη και γενικότερα στις ψυχικές διαταραχές των ασθενών. Από τις αρχές της δεκαετίας του 70 γίνονται οι πρώτες αναφορές έως σήμερα να αναφέρονται ποσοστά από 18%-55%. Η εκδήλωση της κατάθλιψης βάσει μελετών δεν φαίνεται να επηρεάζεται από την σοβαρότητα ή την διάρκεια της νόσου, όσο από την ηλικία, το φύλο και την εκπαίδευση του ατόμου. Ωστόσο, το σίγουρο είναι πως αποτελεί έναν επιβαρυντικό παράγοντα για την νόσο. Συχνά έρχεται σε σύγκρουση η κατάθλιψη με ένα έντονο αίσθημα ευφορίας. Καταθλιπτικά επεισόδια εντοπίζονται κατά την περίοδο της διάγνωσης και λίγο αργότερα ενώ η ευφορική διάθεση επικρατεί κατά την εξέλιξή της. Έχει παρατηρηθεί μια ασυνέχεια των συναισθημάτων και της έκφρασης. Δηλαδή, ενώ οι ασθενείς αισθάνονται και βιώνουν μια καταθλιπτική κατάσταση, η όψη και τα πρόσωπά τους δεν δηλώνουν κάτι τέτοιο. Αξίζει να σημειωθεί ότι ένα ποσοστό των ασθενών της πολλαπλής σκλήρυνσης που πάσχουν από κατάθλιψη, καταλήγουν να αυτοκτονήσουν.(Σφάγγος και Τριανταφύλλου, 2001)

Η θεραπεία και η παρακολούθηση της καταθλιπτικής διαταραχής απαιτεί την υποστήριξη ειδικού. Συγκεκριμένα, κατόπιν της πρώτης διάγνωσης της νόσου, ο ασθενής βιώνει ένα μεγάλο πρώτο σοκ και χρειάζεται την μεγαλύτερη βοήθεια ώστε

να συνειδητοποιήσει το πρόβλημά του και να μάθει να διαχειρίζεται την ψυχολογία του για τα επόμενα χρόνια τη ζωής του. Η παρακολούθηση θα πρέπει να είναι συνεχής καθώς αναλόγως τα συμπτώματα και τα ξεσπάσματα της νόσου, ο πάσχοντας παρουσιάζει διαφορετικές ανάγκες. Απαραίτητη είναι και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής που βασίζεται στα κλασσικά αντικαταθλιπτικά όπως τα SSRI, οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτινίνης και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. (Κερασνούδης, 2014)

Οι ψυχικές διαταραχές που προκύπτουν από την νόσο της πολλαπλής σκλήρυνσης, δεν είναι λίγες οι φορές που οδηγούν σε ακραία ψυχολογικά προβλήματα όπως είναι η κατάθλιψη. Ασθενείς που χαρακτηρίζονται ως καταθλιπτικοί, εμφανίζουν μειωμένα επίπεδα τρυπτοφάνης και μεταβολιτών τη σεροτονίνη στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Είναι βασικοί υπεύθυνοι για την καλή ψυχολογία και την ευεξία και αντλούνται από την τροφή Όταν βρίσκονται σε έλλειψη όμως, όπως στην περίπτωση τη κατάθλιψης, χορηγείται στην ασθενή με φαρμακευτική αγωγή με σκοπό την βελτίωση των συμπτωμάτων τη κατάθλιψης. Ένα ακόμα αμινοξύ που ανακουφίζει τι εκδηλώσει της κατάθλιψης είναι η τυροσίνη και μια σειρά άλλων αμινοξέων που εμπειρικά δείχνουν πως βοηθούν αλλά δεν έχει εξακριβωθεί διερευνητικά αυτή η πληροφορία. Ο πιο βασικός παράγοντας στην εκδήλωση της κατάθλιψης στην πολλαπλή σκλήρυνσης είναι η έγκαιρη διάγνωση και η άμεση παραπομπή του ασθενή σε ειδικό ψυχολόγο ή ψυχίατρο. Πολλές φορές οι συγγενείς τείνουν να δικαιολογούν την κακή διάθεση του πάσχοντος χωρίς να παρατηρούν ότι αντί αυτό να καταπολεμάται, επιβαρύνεται. Με την βοήθεια του ειδικού, της κατάλληλης διατροφής, σωστής φαρμακευτικής αγωγής και προσωπικής προσπάθειας είναι δυνατό ο ασθενής να βοηθηθεί σε τόσο μεγάλο βαθμό ώστε να μην είναι εμφανή καθόλου τα συμπτώματα της κατάθλιψης. (Γρηγοράκης, 2005)

Σε μεγάλο βαθμό δείχνουν να επηρεάζουν τα συμπτώματα τη νόσου την ψυχολογική κατάσταση του ασθενή και ιδιαίτερα στην εκδήλωση καταθλιπτικών επεισοδίων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ο πόνος που βιώνει ένας ασθενής με πολλαπλή σκλήρυνση. Η συσχέτιση μεταξύ πόνου και κατάθλιψης είναι μεγάλη και σημαντική. Σε μελέτες που έχουν γίνει ανά διαστήματα όσον αφορά στην σκλήρυνση κατά πλάκας και την εκδήλωση του πόνου στους πάσχοντες, έχει αναφερθεί πως αντιπροσωπεύει παρόμοια ποσοστά συχνότητας με την παρουσία κατάθλιψης στους ασθενείς. Αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι όσο πιο έντονος είναι ο πόνος που

βιώνει ένα ποσοστό ασθενών, τόσο μεγαλύτερα είναι και τα ποσοστά καταθλιπτικών περιπτώσεων. Χαρακτηριστικά ο υψηλότερος πόνος συνδέεται με την χειρότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία. Συνεπώς η παρουσία του ενός συνδέεται με την σοβαρότητα του άλλου. Ο χρόνιος πόνος είναι ένας σοβαρός παράγοντας κινδύνου για την εκδήλωση κατάθλιψης και αντίστροφα. Παρ' όλα αυτά υπάρχει και κάποιο ποσοστό που έχουν μόνο πόνο ή μόνο κατάθλιψη, γεγονός που υποδηλώνει ότι σημαντικό ρόλο παίζει και το ψυχολογικό υπόβαθρο των ασθενών και κατά πόσο είναι ευάλωτοι οργανισμοί στην εκδήλωση ψυχολογικών διαταραχών. Σύμφωνα με μια πρόσφατη διαχρονική μελέτη 95 εφήβων διαπιστώθηκε πως η επίδραση του πόνου στην κατάθλιψη ήταν ισχυρότερη από την επίδραση της κατάθλιψης στον πόνο. Ανά διαστήματα, ερευνητές πρότειναν διάφορους λόγους για τους οποίους συνυπάρχουν πόνοι και κατάθλιψη και γιατί η παρουσία του πόνου ή της κατάθλιψης κάνει το άλλο πιο πιθανό. Η εμπειρία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και του πόνου μοιράζονται στους νευροδιαβιβαστές όπου συναντούν την νορεπινεφρίνη και την σεροτονίνη και δημιουργούνται οι διαταραχές τη διάθεση και ξεκινάει η επεξεργασία του πόνου. Επίσης, ο πόνος συχνά επηρεάζει τον βαθμό στον οποίο τα άτομα ασκούν σωματική δραστηριότητα, γεγονός που είναι πολύ πιθανό να περιορίσει την συμμετοχή ενός ασθενή σε δραστηριότητες που απολάμβανε στο παρελθόν. Αυτό μπορεί να προκαλέσει απομόνωση του ασθενή και πτώση της διάθεσής του και με αυτόν τον τρόπο να βαδίζει στα πρώτα σκαλοπάτια της κατάθλιψης. (Alschuler, etal., 2013)

3.6. Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ Η ΠΑΘΗΣΗ

Η διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας δεν επηρεάζει μόνο το άτομο που νοσεί από την ασθένεια αλλά και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας είτε αυτά είναι ο σύντροφος είτε τα παιδιά του ασθενή ή σε κάποιες περιπτώσεις όπου οι ασθενείς είναι μικροί ενήλικες τα μέλη της οικογένειας που επωμίζονται την φροντίδα του ασθενή μπορεί να είναι και οι γονείς. (Κουτσουράκη, 2010, Παπακυριάκου, 2014)

Η διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας μπορεί να προκαλέσει το αίσθημα της δυστυχίας στην οικογένεια του ασθενή. Οι σύντροφοι των ασθενών ορισμένες φορές δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν την καινούρια κατάσταση και μπορεί να

εμφανίσουν μεγαλύτερο άγχος και στρες από τον ίδιο τον πάσχοντα. Σε περίπτωση που η διάγνωση της νόσου γίνει σε μια περίοδο όπου η σχέση μεταξύ των συντρόφων περνούσε δυσκολίες τότε η κατάσταση γίνεται ακόμα πιο περίπλοκη, αφού συχνά η νόσος με την πάροδο του χρόνου μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δικαιολογία για όλα τα προβλήματα που παρουσιάζονται και αφορούν την σχέση και την αγάπη. Συνήθως σε μια τέτοια κατάσταση επέρχεται η απομάκρυνση μεταξύ των συντρόφων ή ακόμα και το διαζύγιο. (Κουτσοιράκη, 2010, Παπακυριάκου, 2014)

Στις σχέσεις που δημιουργούν οι ασθενείς συχνά εμφανίζεται ο θυμός, ο οποίος μπορεί να εκφράζεται είτε άμεσα είτε έμμεσα μέσα στη σχέση. Ο θυμός πολλές φορές όταν το άτομο νιώθει ότι εξαρτάται από τον σύντροφο του είναι δύσκολο να εκφραστεί, καθώς φοβάται την απόρριψη. Ένας ασθενής που είναι ανασφαλής πολλές φορές υιοθετεί μια συμπεριφορά αδύναμου και εξαρτημένου ατόμου με θυμό, ενώ ένας σύντροφος που νιώθει ενοχές για τυχόν σκέψεις εγκατάλειψης που μπορεί να νιώθει γίνεται υπερπροστατευτικός για να εξιλεωθεί με αποτέλεσμα να δημιουργείται και στον ίδιο το αίσθημα του θυμού. Από την άλλη πλευρά σχέσεις που διέπονται από αγάπη και κατανόηση πριν την διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας συνήθως γίνονται πιο δυνατές και αληθινές μέσα από αυτή την διαδικασία. (Κουτσοιράκη, 2010, Παπακυριάκου, 2014)

Στο οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας υπάρχουν πολλές φορές και παιδιά. Τα παιδιά αυτά υπάρχει πιθανότητα, εάν δεν γνωρίζουν ακριβώς τις συνέπειες της νόσου στον γονιό τους, α νιώσουν ότι παραμερίζονται οι δικές τους ανάγκες. Για το λόγο αυτό είναι πολύ σημαντικό να ενημερωθούν όσο γίνεται καλύτερα, ανάλογα πάντα με την ηλικία τους, για τις συνέπειες, τα συμπτώματα και τις ιδιαιτερότητες της νόσου καθώς και τις ανάγκες του γονιού του που πάσχει από τη νόσο αυτή. Μερικά παιδιά μπορεί να νιώσουν ενοχές για την εμφάνιση της νόσου στον γονιό του, ενώ κάποιες φορές μπορεί να αισθάνονται ότι αποτελούν ένα επιπλέον βάρος για αυτούς. Το αίσθημα αυτό ενδέχεται να οδηγήσει σε κατάθλιψη ή αλλαγή της συμπεριφοράς του τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο. Συχνά δημιουργείται η ανάγκη στο παιδί να βοηθήσει όσο μπορεί στην αντιμετώπιση της νόσου, προσφέροντας ότι μπορεί στον γονιό που πάσχει. Αυτό από τη μία πλευρά προσφέρει τη δυνατότητα στο παιδί να εξελιχθεί σε έναν ώριμο ενήλικα με κατανόηση. Από την άλλη πλευρά όμως μπορεί να οδηγήσει το παιδί στην απότομη ενηλικίωση, χάνοντας πρόωρα την παιδική του ηλικία με

αντίκτυπο στην μετέπειτα ζωή του και στην διαμόρφωση των σχέσεών του στο μέλλον. (Κουτσουράκη, 2010, Παπακυριάκου, 2014)

Στην περίπτωση όπου το οικογενειακό περιβάλλον αποτελείται από μεγάλους γονείς, που τα παιδιά τους διαγνώστηκαν με σκλήρυνση κατά πλάκας θα μπορούσε κανείς να πει ότι είναι η στήριξη των ασθενών είναι πιο εύκολη αφού ως γονείς είχαν πάντα το ρόλο του φροντιστή απέναντι στο παιδί τους. Σε πολλές περιπτώσεις όμως η κατάσταση είναι πιο περίπλοκη αφού οι προσδοκίες των γονιών πολλές φορές έρχονται σε σύγκρουση με την πραγματικότητα κατά τη διάγνωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι γονείς έρχονται αντιμέτωποι με έναν καινούριο ρόλο που πρέπει να επωμιστούν στη ζωή του παιδιού τους. Κάποιες φορές ο καινούριος αυτός ρόλος μπορεί να δημιουργεί ένα επιπλέον άγχος στους γονείς, οι οποίοι μπορεί να αντιμετωπίζουν και αυτοί προβλήματα αναπηρίας και ανικανότητας μεγαλώνοντας. Στην περίπτωση αυτή, συχνά δημιουργείται ένα αίσθημα πικρίας στους γονείς καθώς νιώθουν ότι δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στο καινούριο τους ρόλο να βοηθήσουν το παιδί τους με την ασθένεια ή ακόμα και άγχος για το μέλλον όταν αυτοί δεν θα είναι εκεί. Η αναφορά σε ίδρυμα πολλές φορές δημιουργεί το αίσθημα της προδοσίας στους γονείς, αλλά και το αίσθημα ότι αποτελεί βάρος για τον ασθενή. (Κουτσουράκη, 2010, Παπακυριάκου, 2014)

3.7. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Ο ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας τόσο κατά την διάγνωση όσο και στην μετέπειτα πορεία και εξέλιξη της νόσου βιώνει έντονη στενοχώρια και ψυχοσωματικό στρες. Ωστόσο η ψυχολογία του ασθενή κατέχει έναν πολύ σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της νόσου. Για το λόγο αυτό είναι πολύ σημαντικό ο ασθενής να υποστηρίζεται ψυχολογικά τόσο από τον κοινωνικό και οικογενειακό περίγυρο όσο και από κάποιον ειδικό ψυχοθεραπευτή. (Μανωλούδη, 2014, Βαλωμένου, 2015)

Ο σύμβουλος- ψυχοθεραπευτής είναι σε θέση να κατανοήσει σε βάθος τους προβληματισμούς και τις ανάγκες των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας και να τους βοηθήσει ώστε να αισθανθούν πιο αισιόδοξοι απέναντι στη ζωή. Επίσης ο ψυχοθεραπευτής μπορεί να βοηθήσει τα άτομα που πάσχουν από τη νόσο, έτσι ώστε να καταφέρουν να βρουν τον τρόπο να αλλάξουν την ζωή τους, αλλά και να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές που θα κλιθούν να αντιμετωπίσουν, αλλάζοντας τον τρόπο σκέψη τους, καθώς και τα συναισθήματά τους. Μέσα από την ψυχολογική υποστήριξη που δέχεται το άτομο που νοσεί από την σκλήρυνση κατά πλάκας νιώθει πιο σίγουρο ότι θα καταφέρει να ανταπεξέλθει στις καθημερινές του ανάγκες . (Μανωλούδη, 2014, Βαλωμένου, 2015)

Η ψυχοθεραπεία θα βοηθήσει το άτομο να εκφράσει όλα τα συναισθήματα και τους φόβους του, να τα επεξεργαστεί και στη συνέχεια να ορίσει ρεαλιστικούς στόχους ώστε να αντιμετωπίσει τις καθημερινές του ανάγκες, τα βαθύτερα συναισθήματα και να βρει τρόπους για την καλύτερη επικοινωνία με τον εαυτό του και με τους γύρω του. Σκοπός της ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι η ενίσχυση της αποφασιστικότητας και η ενδυνάμωση των θετικών χαρακτηριστικών του ατόμου, σε ότι μπορεί τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Η θετική σκέψη αλλά και η αισιόδοξη στάση ζωής είναι ικανή να προσφέρει μια ποιοτική ζωή στη σκλήρυνση κατά πλάκας.(Μανωλούδη, 2014, Βαλωμένου, 2015)

Κεφάλαιο 4

4.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Στην περίπτωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας, η προσεκτική λήψη ιστορικού μπορεί να “μαρτυρήσει” πολλά στοιχεία για την πιθανότητα ο ασθενής να έχει την συγκεκριμένη ασθένεια ή όχι. Κάποιες από αυτές τις ενδείξεις είναι τα αποτελέσματα από τον έλεγχο της ισχύος των άκρων ή των αντανακλαστικών και η αναζήτηση προβλημάτων στην όραση. (Λαμπρινού και Λεμονίδου, 2009)

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις βασίζονται στα ευρήματα της αξιολόγησης. Ενδεικτικά, η κόπωση σχετίζεται με την απρόσφορη μεταβίβαση των νευρικών ώσεων όπως και οι διαταραχές κινητικότητας σχετίζονται με την μυϊκή αδυναμία, την σπαστικότητα και την παραισθησία. Επίσης, η ελλιπής αυτοφροντίδα έχει άμεση σχέση με την παρουσία της σπαστικότητας και τα νευρομυϊκά ελλείμματα. Η αντανακλαστική ακράτεια ούρων είναι σχετιζόμενη με τα αισθητικοκινητικά ελλείμματα, η σεξουαλική δυσλειτουργία με τα νευρολογικά ελλείμματα και ο κίνδυνος διαταραχής ακεραιότητας του δέρματος είναι άμεσα σχετιζόμενος με την ακινησία. Όσον αφορά στις οικογενειακές διεργασίες που αρκετές φορές χαρακτηρίζονται διαταραγμένες, κύριος υπαίτιος είναι ο οικονομικός παράγοντας, η αναγκαστική αλλαγή των ρόλων μέσα στην οικογένεια λόγω μείωσης δυνατοτήτων του ασθενούς και η αλλαγή των σωματικών ικανοτήτων του. (Λαμπρινού και Λεμονίδου, 2009)

Για κάθε νοσηλευτική διάγνωση του ασθενούς, καταγράφεται η αναμενόμενη έκβαση. Λόγω των παραπάνω, δημιουργούνται στον ασθενή ανάγκες οι οποίες θα πρέπει να καλυφθούν και όταν αυτό δεν είναι εφικτό από τον περίγυρο, τότε ο νοσηλευτής αναλαμβάνει δράση. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην περίπτωση αυτή είναι πάρα πολύ σημαντικός καθώς προσφέρει αρκετά στον άνθρωπο με στόχο να εξουδετερώσει όσα περισσότερα προβλήματα του ασθενούς μπορεί. Στην συγκεκριμένη περίπτωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας οι παρεμβάσεις εξαρτώνται άμεσα από το στάδιο, την σοβαρότητα και τα συμπτώματα της νόσου. Εφόσον, οι εκδηλώσεις είναι διαφορετικές σε κάθε άνθρωπο, τότε και η φροντίδα διαφέρει σημαντικά από ασθενή σε ασθενή. Κατά κανόνα, στην φάση της διάγνωσης, όπου τόσο ο ασθενής όσο και οι συγγενείς καλούνται να αναγνωρίσουν το μέγεθος της σοβαρότητας της νόσου, να την αποδεχτούν και να γνωρίσουν τα καινούργια δεδομένα της καθημερινότητάς τους, χρειάζεται η μεγαλύτερη ψυχολογική υποστήριξη από τους ειδικούς. Στο σημείο αυτό ο νοσηλευτής έχει τον ρόλο του πληροφοριοδότη με σκοπό να εξηγήσει τι επιπτώσεις θα υπάρξουν και να

προετοιμάσει το έδαφος για την παρουσία τυχόν συμπτωμάτων αλλά και να αντιμετωπίσει κάποια που ίσως έχουν ήδη παρουσιαστεί. (Λαμπρινού και Λεμονίδου, 2009)

Η συνεχιζόμενη φροντίδα εστιάζει στην ασφάλεια, την πρόληψη των επιπλοκών, τη βοήθεια με τη φυσιοθεραπεία και την συναισθηματική υποστήριξη. Ο νοσηλευτής οφείλει να δώσει βαρύτητα σε πράγματα που δεν επιδεινώνουν την κατάσταση αλλά την εξομαλύνουν. Για παράδειγμα, ο ασθενής δεν θα πρέπει να εκτίθεται σε ζεστό περιβάλλον καθώς αυτό επιδεινώνει την αδυναμία στην οποία είναι επιρρεπής από την εκδήλωση της νόσου κι εφεξής. Επίσης, ο νοσηλευτής πρέπει να τονίσει ιδιαίτερα στον ασθενή όλα όσα θα πρέπει να προσέχει στην διατροφή του. Για την αποφυγή λοιμώξεων του ουροποιητικού και για την ενδυνάμωση του εντερικού, ο ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει πως του κάνει καλό η πρόσληψη υγρών και ινών. Προς αποφυγή της οστεοπόρωσης που απειλεί τους ασθενής με πολλαπλή σκλήρυνση, η διατροφή τους θα πρέπει να είναι πλούσια σε βιταμίνη D και ασβέστιο. Ακόμη, στα πλαίσια του ρόλου του νοσηλευτή είναι να προσφέρει βοήθεια στον ασθενή και την οικογένειά του να προβούν σε μια νέα ρουτίνα την οποία θα συνηθίσουν και θα προάγει το καλύτερο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας για τον ασθενή. Από την ρουτίνα αυτή δεν θα πρέπει να λείπει η σωματική άσκηση που φυσικά διακόπτεται από περιόδους ανάπαυσης προς αποφυγή πιθανής κόπωσης. (Λαμπρινού και Λεμονίδου, 2009)

Η εκπαίδευση του ασθενούς εξαρτάται απόλυτα από την απρόβλεπτη φύση της νόσου και την ανάγκη αποφυγής του στρες, των λοιμώξεων και της κόπωσης. Ο ασθενής καλείται να βρει τρόπο να αποφύγει και αν δεν καταφέρει να αποφύγει, τότε να αντιμετωπίσει τα παραπάνω κι επειδή η δική του ψυχολογική κατάσταση είναι δύσκολη, ο νοσηλευτής αναλαμβάνει την αρμοδιότητα αυτή. Σκοπός είναι να διατηρηθεί η ανεξαρτησία του και να συνεχιστεί η ζωή του όσο πιο ομαλά γίνεται. (Λαμπρινού και Λεμονίδου, 2009)

Επίσης ο νοσηλευτής οφείλει να παραπέμψει τον ασθενή σε ομάδες υποστήριξης ή στην Εθνική Εταιρεία για την Σκλήρυνση κατά Πλάκας προκειμένου οι ίδιοι και οι οικογένειές τους να δεχτούν βοήθεια για την αντιμετώπιση της νέας ζωής μετά την διάγνωση της νόσου. Ο νοσηλευτής ακόμη πρέπει να παροτρύνει τον ασθενή να ενημερώνεται από τα κατάλληλα μέσα για την ασθένεια που θα τον συντροφεύει για το υπόλοιπο της ζωής του ώστε να καταφέρει να την αποδεχτεί και

να πορευτεί μαζί της σε μια νέα καθημερινότητα. Η εκτίμηση της φροντίδας βασίζεται στο αν έχουν επιτευχθεί οι αναμενόμενες εκβάσεις κι αν αυτό δεν συμβαίνει, τότε το σχέδιο φροντίδας πρέπει να αναθεωρηθεί. (Λαμπρινού και Λεμονίδου, 2009)

Ο σημαντικότερος ρόλος του νοσηλευτή αφορά στην εκπαίδευση του ασθενούς. Αρχικά θα πρέπει να τον ενημερώσει πως λόγω της πρόσληψης κορτικοστεροειδών θα πρέπει να περιορίσει το αλάτι στο φαγητό του και να γνωρίζει οποιαδήποτε παρενέργεια στην αλληλεπίδραση των φαρμάκων. Επίσης, επικίνδυνη είναι η απότομη διακοπή θεραπείας και η έκθεση σε συνθήκες που δυσκολεύουν την κατάστασή του όπως είναι η ζέστη και οι κακουχίες αφού οι αντοχές του δεν έχουν σχέση με αυτές του μέσου ανθρώπου. (Λαμπρινού και Λεμονίδου, 2009)

Εν συνεχεία, ο ασθενής χρειάζεται πολλές φορές στην θεραπεία του να κάνει και ενέσεις τις οποίες είναι απαραίτητο να τον διδάξει ο νοσηλευτής να κάνει μόνος του αφού και αυτό είναι ένα κομμάτι αυτοεξυπηρέτησης. Ακόμη εξαιτίας της πρόσληψης ανοσοκατασταλτικών, θα πρέπει να γνωρίζει ότι οφείλει να παρακολουθείται στενά από τον γιατρό του και να μην αμελεί τις επισκέψεις ενώ αρκετά βοηθητική είναι η πρόσληψη υγρών για την αποκατάσταση του χρώματος των ούρων. Σε γενικές γραμμές πρέπει να γίνεται σωστή διαχείριση του συνδυασμού φαρμάκων καθώς είναι βαριά για τον οργανισμό και πολλές φορές δημιουργούν παρενέργειες από μόνα τους και άλλες φορές προκαλεί παρενέργειες η παράλληλη πρόσληψη και άλλων φαρμάκων. Εξαιρετικά σημαντικό είναι να γνωρίζει ο ασθενής ότι λόγω των μυοχαλαρωτικών που θα συμπεριλαμβάνονται στην αγωγή του, θα πρέπει να αποφεύγει την οδήγηση και γενικότερα δραστηριότητες που απαιτούν έντονη προσοχή και μεγάλη αυτοσυγκέντρωση καθώς η κατάσταση του ασθενούς και τα φάρμακα που παίρνει περιορίζουν τα αντανακλαστικά του λόγω της κατασταλτικής δράσης στο κεντρικό νευρικό σύστημα. (Λαμπρινού και Λεμονίδου, 2009)

Επίσης, κάθε λήψη φαρμάκου θα πρέπει να συνοδεύεται πάντα από φαγητό ή γάλα για την πιο ομαλή απορρόφηση τους από τον οργανισμό που καθημερινά επιβαρύνεται με την πληθώρα των φαρμάκων που δέχεται για την αντιμετώπιση οποιουδήποτε προβλήματος προκύπτει στην υγεία του ασθενούς. Κάτι ακόμα που πρέπει να διδαχτεί ο ασθενής είναι ότι απαγορεύεται κατά την χορήγηση ηρεμιστικών προς αντιμετώπιση της σπαστικότητας να πίνει αλκοόλ γιατί μπορεί να προκληθεί

φωτοευαισθησία ενώ θα πρέπει να γίνεται συχνά ηπατική εξέταση για να ελέγχεται πιθανή βλάβη σε όργανα που επηρεάζουν τέτοιου είδους φάρμακα. Προς αντιμετώπιση της ναυτίας, ο ασθενής θα πρέπει να εκπαιδευτεί από τον νοσηλευτή να τρώει πολλά και μικρά γεύματα. (Λαμπρινού και Λεμονίδου, 2009)

Ο νοσηλευτής οφείλει να μάθει στον ασθενή τον τρόπο που θα σηκώνεται από μια κατακεκλιμένη ή καθιστή θέση αφού είναι επιρρεπής στην ζαλάδα και η αλλαγή θέσης θα πρέπει να γίνεται σταδιακά και σε αρκετό χρόνο. Πέραν της εκπαίδευση του ασθενούς όμως, ο νοσηλευτής φέρει και μια σειρά ευθυνών. Κάποιες από αυτές είναι η εκτίμηση της περιοχής που έχει γίνει η ένωση, η παρακολούθηση των συμπτωμάτων και του βαθμού στον οποίο εκδηλώνονται, η παρακολούθηση των δόσεων που λαμβάνει ο ασθενής στα φάρμακα καθώς πρέπει αυτές να προσαρμόζονται στις ανάγκες που προκύπτουν ανά περίπτωση, αξιολόγηση για λοίμωξη του ουροποιητικού και παρακολούθηση επίσχεσης ούρων, παρακολούθηση στην διεξαγωγή εξετάσεων αφού δεν πρέπει να παραλείπονται και παρακολούθηση των ζωτικών σημείων κατά την θεραπεία για την πρόληψη επιπλοκών και την εντόπιση παρενεργειών. (Λαμπρινού και Λεμονίδου, 2009)

Οι ανάγκες των ασθενών τη συγκεκριμένης νόσου είναι πολύπλευρες και πολύπλοκες. Συμπεριλαμβάνουν τόσο την νοσοκομειακή όσο και την εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Από την νοσηλευτική πλευρά η αντιμετώπιση των εκδηλώσεων της νόσου δεν γίνεται φαρμακευτικά αλλά υποστηρικτικά. Τον ασθενή παρακολουθεί μια νευρολογική ομάδα που απαρτίζεται από έμπειρους νευρολόγους, νοσηλευτές νευρολογικού τομέα, φυσιοθεραπευτές εργοθεραπευτές και ψυχολόγους. Όλοι αυτοί μαζί στόχο έχουν την παρακολούθηση του ασθενή, την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που του παρουσιάζονται ανά καιρού, την εκπαίδευσή του, την ψυχολογική του υποστήριξη, την κινητοποίησή του και την ανακούφιση των υποτροπών. Το κομμάτι του νοσηλευτή αφορά στην εκπαίδευση του ασθενή, η οποία θα πρέπει να καλύπτει όλα τα μήκη και τα πλάτη της νόσου ώστε να αποκτήσει πλήρη γνώση για την κατάσταση του που θα τον οδηγήσει σε ένα αίσθημα ασφάλειας. (Λαμπρινού και Λεμονίδου, 2009, Κουρκούτα και συν. ,2012)

Η πληροφόρηση που θα του δοθεί πρέπει να αφορά:

- την νόσο, αφού πρόκειται για μια ασθένεια που δεν ακολουθεί κάποιο κανόνα εκδήλωσης συμπτωμάτων και εξέλιξης. Γι' αυτό τον λόγο ο ασθενής θα πρέπει να βρίσκεται σε επικοινωνία με τη National Multiple Sclerosis Society για να μάθει

κάθε πιθανή πρόοδο της νόσου. Υπάρχουν ασθενείς που δεν φτάνουν ποτέ σε σημείο αναπηρίας και άλλοι που καταλήγουν σε αυτό. Επίσης, υπάρχουν υπάρχουν λίγοι ασθενείς που οδηγούνται στον θάνατο λόγω της νόσου αυτής.

- τα φάρμακα, όσον αφορά στην δοσολογία, τον λόγο που τα παίρνει, το πρόγραμμα χορήγησης, τα επιθυμητά αποτελέσματα και τον σκοπό που του χορηγούνται. Είναι σημαντικό να εντάξει στην καθημερινότητά του και την ενέσιμη φαρμακευτική αγωγή καθώς είναι εξίσου σημαντική με την από του στόματος λήψη φαρμάκων. Ακόμη, ο ασθενής θα πρέπει να έχει πλήρη γνώση των πιθανών παρενεργειών που μπορεί να του παρουσιαστούν και να μπορεί να τις αναγνωρίζει ώστε να απευθυνθεί άμεσα στον γιατρό του προς αντιμετώπισή τους.
- τα συμπτώματα επιδείνωσης, τα οποία ποικίλλουν αλλά ξεκινούν σχεδόν πάντα από τον ήπιο πυρετό. Προς αποφυγή της επιδείνωσης θα πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή στην πρόληψη λοιμώξεων με την βοήθεια του αντιγριπικού εμβολίου, την μη έκθεση σε λοιμώξεις και την συχνή υγιεινή των χεριών. Σημαντικότερη όλων είναι η αποφυγή αδικαιολόγητης κόπωσης, στρες, ζέστης και γενικότερης σωματικής και ψυχολογικής ταλαιπωρίας.
- την κύστη, με σκοπό την εκπαίδευση της τεχνικής σωστής κένωσης. Ο ασθενής θα πρέπει να πηγαίνει στην τουαλέτα την στιγμή που το χρειάζεται χωρίς να το καθυστερεί και χωρίς να βιάζεται. Είναι απαραίτητο ο ασθενής να παρακολουθεί τα σημεία και τα συμπτώματα που του παρουσιάζεται προκειμένου να προλάβει και να αντιμετωπίσει πιθανή λοίμωξη του ουροποιητικού συστήματος.
- Την υποτροπή, όπου ο ασθενής θα πρέπει να μάθει να παρατηρεί τον εαυτό και να θυμάται αν κάποιο σύμπτωμα έχει επαναληφθεί στο παρελθόν και σε τι βαθμό. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να ενημερώνονται οι επαγγελματίες υγείας που τον παρακολουθούν για τυχόν παρεμβάσεις στις δοσολογίες φαρμάκων και την προσπάθεια ανακούφισης των υποτροπών.
- Την προαγωγή υγείας, με την βοήθεια ήπιας άσκηση και την κατανάλωσης τροφής με χαμηλά λιπαρά. Η άσκηση θα πρέπει να είναι κατάλληλη για την περίπτωση του ασθενή και τις συνθήκες που αντιμετωπίζει. Δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να οδηγεί στην εξάντληση αλλά αντιθέτως να βελτιώνει τις βλάβες που προκαλεί η πολλαπλή σκλήρυνση. Επίσης, πολύ σημαντική είναι η

επαρκής ενυδάτωση του ασθενούς που έχει ανάγκη περισσότερο από κάθε άλλον την συχνή λήψη νερού.

- Την κινητικότητα, απαιτείται ορθή χρήση των βοηθημάτων κίνηση και συχνές προσπάθειες με δική του πρωτοβουλία. Θα πρέπει να διδάχτεί όλες τις τεχνικές βάρδια και μεταφοράς που τον εξυπηρετούν. Ακόμη, ο ασθενής θα πρέπει να μάθει να διαχειρίζεται και τον προσωπικό οικιακό του χώρο προκειμένου να μάθει να κινείται με ευκολία και άνεση που θα τον βοηθήσει να κινείται περισσότερο. (Κουρκούτα και συν. ,2012)

4.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Νοσηλευτική διεργασία ονομάζεται μια συστηματική μέθοδος που κατευθύνει τον νοσηλευτή και τον ασθενή στον προσδιορισμό των αναγκών για νοσηλευτική φροντίδα, στον σχεδιασμό της φροντίδας, στην εφαρμογή της και στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων της. Με την διεξαγωγή της διεργασίας επιτυγχάνεται η συστηματική συλλογή δεδομένων του ασθενούς, γίνεται σαφής προσδιορισμός των προβλημάτων του, σχεδιασμός εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας, εκτέλεση αυτού και επανεκτίμηση των σκοπών του. Απαιτείται συνεργασία ασθενούς με τον νοσηλευτή η οποία όμως επηρεάζεται από την κατάσταση υγείας του ασθενούς και τους πόρους του. (Λεμονίδου και Κουρμπάκη, 2010)

Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν έχει αντίληψη είτε λόγω ηλικίας είτε λόγω προβλήματος υγείας τότε η συνεργασία γίνεται με κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας ή ενός υποστηρικτικού ατόμου. Από την πλευρά του νοσηλευτή, η νοσηλευτική διεργασία έχει σκοπό να καταλήξει ο ίδιος να διαχειρίζεται την φροντίδα κάθε ασθενούς με επιστημονικό και δημιουργικό τρόπο. Αυτό όμως για να συμβεί χρειάζονται ικανότητες και αρκετή διάθεση από την πλευρά του νοσηλευτή. (Λεμονίδου και Κουρμπάκη, 2010)

Η διαδικασία αυτή αποτελείται από πέντε στάδια τα οποία είναι κατά σειρά η αξιολόγηση, η διάγνωση, ο σχεδιασμός, η εφαρμογή και τέλος η εκτίμηση των αποτελεσμάτων. Στο πρώτο στάδιο της αξιολόγησης γίνεται μια συστηματική συλλογή δεδομένων και κατόπιν ο έλεγχος της εγκυρότητάς τους και η μεταβίβαση σε άλλους επαγγελματίες υγείας που παρακολουθούν τον ασθενή. Θεωρείται το πιο σημαντικό το στάδιο καθώς αν τα δεδομένα περιέχουν λάθη, ανακρίβειες ή είναι

ελλιπείς θα υπάρξει αντίκτυπος σε ολόκληρη τη νοσηλευτική διεργασία. (Λεμονίδου και Κουρμπάκη, 2010)

Η αξιολόγηση περιλαμβάνει την δημιουργία μιας βάσης δεδομένων όπου θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται το ιστορικό του ασθενούς, η φυσική του κατάσταση, ανασκόπηση του φακέλου και της νοσηλευτικής βιβλιογραφίας, ενώ απαραίτητη είναι και η συμμετοχή υποστηρικτικών μελών του ασθενούς που θα προσφέρουν βοήθεια με περαιτέρω πληροφορίες για την ζωή του. Στη συνέχεια, τα δεδομένα ελέγχονται από τον νοσηλευτή, εμπλουτίζονται και διαδίδονται στους λοιπούς επαγγελματίες υγείας.(Λεμονίδου και Κουρμπάκη, 2010)

Όσον αφορά στο δεύτερο στάδιο της διεργασίας που είναι η διάγνωση, γίνεται ανάλυση των δεδομένων για να διαχωριστούν οι πραγματικές ανάγκες του ασθενούς και να τεθούν οι στόχοι της διεργασίας. Στο σημείο αυτό ορίζονται τα προβλήματα, οι παράγοντες που τα προκαλούν και οι παράγοντες που τα επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά, οι δυνατότητες του ασθενούς και οι προσαρμοσμένοι σε αυτόν τρόποι αντιμετώπισης των προβλημάτων του. Κατόπιν αυτού, αναγνωρίζεται αν το πρόβλημα αφορά κάποιον άλλο τομέα υγείας ή τον νοσηλευτικό. Στην περίπτωση που αφορά τον νοσηλευτικό παράγοντα, το πρόβλημα ορίζεται ως νοσηλευτική διάγνωση και τότε ακολουθεί ερμηνεία και ανάλυση των δεδομένων του ασθενούς, προσδιορισμός των δυνατοτήτων του, διατύπωση και επιβεβαίωση της εγκυρότητας της διάγνωσης και ανάπτυξη αντίστοιχου ιεραρχικού καταλόγου των διαγνώσεων αυτών. (Λεμονίδου και Κουρμπάκη, 2010)

Στο τρίτο στάδιο, που είναι ο σχεδιασμός, καθορίζονται οι σκοποί του νοσηλευτή σε συνεννόηση με τον ασθενή. Στόχος είναι η πρόληψη και η ελάττωση ή η επίλυση των προβλημάτων που αναφέρθηκαν στο αμέσως προηγούμενο στάδιο. Επίσης στο σημείο αυτό γίνεται και ο προσδιορισμός των σχετικών νοσηλευτικών παρεμβάσεων που μπορεί να ωθήσουν τον ασθενή να επιτύχει τους σκοπούς που έχουν τεθεί. Είναι απαραίτητο στο σχέδιο φροντίδας να συμπεριλαμβάνεται η νοσηλευτική βοήθεια που είναι διατεθειμένος να προσφέρει ο ασθενής και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που προβλέπονται στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Κατά τον σχεδιασμό ο νοσηλευτής καθορίζει τις προτεραιότητες του, καταγράφει τους σκοπούς του, επιλέγει προσεκτικά τι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που θα κάνει και γνωστοποιεί το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας που επρόκειτο να ακολουθήσει. (Λεμονίδου και Κουρμπάκη, 2010)

Ακολουθεί το τέταρτο στάδιο της εφαρμογής όπου γίνεται η εκτέλεση του σχεδίου που έχει δημιουργηθεί στα προηγούμενα στάδια. Περιλαμβάνει κάθε δυνατή προσπάθεια για την προαγωγή της ευεξίας, την πρόληψη ασθενειών τόσο σωματικών όσο και ψυχικών, την προσπάθεια αποκατάσταση τη υγείας και την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση των δυσλειτουργιών. Όταν λοιπόν μιλάμε για εφαρμογή, εννοούμε την εκτέλεση του σχεδίου νοσηλευτικής φροντίδας, την περαιτέρω συλλογή δεδομένων και τροποποίηση του σχεδίου εάν αυτό είναι απαραίτητο και την τεκμηρίωση τη φροντίδας. (Λεμονίδου και Κουρμπάκη, 2010)

Τέλος, συναντάμε το στάδιο της εκτίμησης αποτελεσμάτων όπου μετράται η έκταση επιτυχίας των σκοπών. Στο σημείο αυτό ο ασθενής μαζί με τον νοσηλευτή εκτιμούν την κατάσταση και αναγνωρίζουν κατά πόσο πέτυχαν του σκοπούς που είχαν θέσει στο αρχικό σχέδιο ενώ προσδιορίζουν του παράγοντες που επηρέασαν το σχέδιο θετικά ή αρνητικά. Ο βαθμός ανταπόκρισης του ασθενούς καθορίζει αν θα συνεχιστεί η νοσηλευτική φροντίδα καθώς υπάρχουν περιπτώσεις που οι ασθενείς θέλουν να συνεργαστούν, το κάνουν και φέρουν καλά αποτελέσματα ενώ σε άλλε περιπτώσεις οι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στις προσπάθειες του νοσηλευτή με αποτέλεσμα να μην επιτυγχάνονται οι σκοποί. Στην περίπτωση αυτή μπορεί να χρειαστεί το σχέδιο φροντίδας να τροποποιηθεί ή ακόμα και τερματιστεί. Όταν το σχέδιο καλείται να τροποποιηθεί τότε σίγουρα θα πρέπει να επανεξεταστεί η ακρίβεια και η πληρότητα των δεδομένων που λήφθηκαν στο πρώτο στάδιο αλλά και να επανελεγχθεί η καταλληλότητα των διαγνώσεων και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που έγιναν στο δεύτερο στάδιο. Στο στάδιο της εκτίμησης των αποτελεσμάτων, ο νοσηλευτής εκτιμά την επίτευξη των επιθυμητών σκοπών, προσδιορίζει του λόγους επιτυχίας ή αποτυχίας του σχεδίου φροντίδας και καταλήγει να το τροποποιήσει εάν αυτό είναι απαραίτητο. (Λεμονίδου και Κουρμπάκη, 2010)

Η νοσηλευτική διεργασία έχει σκοπό την επίλυση προβλημάτων και αυτό μπορεί να γίνει με διαφορετικές προσεγγίσεις που θα φέρουν διαφορετικά αποτελέσματα. Μια από αυτές είναι η μέθοδος δοκιμής και λάθους που περιλαμβάνει κάποιο αριθμό λύσεων με σκοπό να βρεθεί αυτή η μια που θα έρει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα. Πρόκειται για μια άκρως αμφισβητούμενη μέθοδο καθώς υπάρχουν πολλές πιθανότητες να μην φέρει αποτελέσματα για τον νοσηλευτή ή να αποβεί πολύ επικίνδυνη για τον ασθενή. Μια άλλη είναι η επιστημονική μέθοδος η οποία είναι συστηματική και αποτελείται από κάποια στάδια. Τα στάδια αυτά είναι

κατά σειρά ο προσδιορισμός του προβλήματος, η συλλογή δεδομένων, η διατύπωσης υπόθεσης, το σχέδιο δράσης, ο έλεγχος της υπόθεσης, η ερμηνεία των αποτελεσμάτων και τέλος η εκτίμηση των αποτελεσμάτων. Στο τέλος της διαδικασίας μπορεί να προκύψει αναθεώρηση της μελέτης αναλόγως τα συμπεράσματα. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται κυρίως σε οποιοδήποτε εργαστηριακό περιβάλλον όπου μπορεί να υπάρχει συστηματικός έλεγχος και σταθερή ακρίβεια στην διαδικασία. (Λεμονίδου και Κουρμπάκη, 2010)

Η επίλυση ενός ή περισσότερων προβλημάτων μπορεί επίσης να γίνει και διαισθητικά, που αν και είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιείται αρκετά χρόνια, τα τελευταία έτη επισημοποιείται και αναγνωρίζεται εμπειρικά. Πολλές φορές οι νοσηλευτές και οι γιατροί αναγκάζονται να πάρουν πολύ γρήγορες αποφάσεις προκειμένου να σωθεί η ζωή ενός ανθρώπου και αυτή η εσωτερική προτροπή, όπως την ονομάζουν, που τους ωθεί να πάρουν μια απόφαση αποδεικνύεται σωστή. Βασίζεται στην εμπειρία και ονομάζεται διαίσθηση.(Λεμονίδου και Κουρμπάκη, 2010)

Η νοσηλευτική διεργασία θα πρέπει να έχει κάποια χαρακτηριστικά που να την κάνουν να ξεχωρίζει και να αξίζει ως διαδικασία. Συνεπώς η νοσηλευτική διεργασία θα πρέπει να είναι συστηματική και να βασίζεται περισσότερο στην καθημερινότητα παρά σε τυχαία καθήκοντα. Κάθε δραστηριότητα στην νοσηλευτική είναι αλληλουχία της προηγούμενης και έτσι δημιουργείται μια αλυσίδα πράξεων που σκοπό έχουν να βοηθήσουν τον ασθενή στην επίλυση προβλημάτων. Απαραίτητη είναι η συστηματική καταγραφή των δεδομένων στην αρχή της διαδικασίας προκειμένου να προκύψουν σωστές ενέργειες που θα οδηγήσουν σε επιθυμητά αποτελέσματα. Η νοσηλευτική διεργασία κατευθύνει κάθε βήμα της νοσηλευτικής φροντίδας με διαδοχικό και συνεπή τρόπο. (Λεμονίδου και Κουρμπάκη, 2010)

Επίσης η νοσηλευτική διεργασία θα πρέπει να χαρακτηρίζεται δυναμική. Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι μεταξύ τους αλληλοεξαρτώμενα ενώ σε αρκετές περιπτώσεις εξελίσσονται παράλληλα κατά την διάρκεια τη διεξαγωγής της διαδικασίας. Η αλληλουχία αυτή και η “συνεργασία” των σταδίων προσδίδει αυτή την δυναμικότητα και την θέληση του νοσηλευτή να βοηθήσει και να καταλήξει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Οποιαδήποτε στιγμή, νέα δεδομένα του ασθενούς μπορεί να οδηγήσουν το σχέδιο φροντίδας προς μια εντελώς διαφορετική

κατεύθυνση. Ακόμη, η νοσηλευτική διεργασία θα πρέπει να είναι διαπροσωπική αφού πυρήνας της διαδικασίας είναι ο άνθρωπος. (Λεμονίδου και Κουρμπάκη, 2010)

Με τον τρόπο αυτό διασφαλίζεται η ενασχόληση του νοσηλευτή με το προσωπικά με το άτομο αποσπώντας του την προσοχή από όλες τις άλλες εργασίες που έχει να κάνει σχετικά με τον τομέα της νοσηλευτικής. Η άμεση ενασχόληση με τους ασθενείς βοηθάει τους νοσηλευτές να ανακαλύψουν τις δικές τους δυνατότητες και περιορισμούς και να αναπτυχθούν προσωπικά και επαγγελματικά. Είναι απαραίτητο η νοσηλευτική διεργασία να είναι προσανατολισμένη σε στόχους. Οι στόχοι αυτοί μπορεί να είναι πάρα πολλοί και αρκετά απαιτητικοί ή και όχι. Μπορεί να αφορούν την βελτίωση της στοματικής υγιεινής, την αντιμετώπιση των απαιτήσεων που έχει ο ρόλος του νέου γονέα, την ανάρρωση από μια οξεία ασθένεια , την συμβίωση με τον χρόνιο πόνο ή ακόμα και την προετοιμασία για τον θάνατο. Σε κάθε περίπτωση στόχος είναι ο προσδιορισμός σημαντικών σκοπών σχετικά με την προαγωγή της ευεξίας, η πρόληψη της ασθένειας, η αποκατάσταση της υγείας, η αντιμετώπιση των δυσλειτουργιών και η σύνδεσή τους με τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. (Λεμονίδου και Κουρμπάκη, 2010)

Τέλος, η νοσηλευτική διεργασία χαρακτηρίζεται πάντα καθολικά εφαρμόσιμη. Το μόνο σταθερό στην φροντίδα υγείας είναι η αλλαγή. Το σχέδιο μπορεί να αλλάξει αρκετές φορές προκειμένου να προσαρμοστεί στα δεδομένα του ασθενούς αναλόγως με το τι του ταιριάζει και τι όχι. Ωστόσο, οποιαδήποτε παρέμβαση θα πρέπει να ακολουθείται πιστά κατόπιν στενή συνεργασίας ασθενούς με νοσηλευτή για να έρθει η στιγμή που όλη αυτή η διαδικασία θα επιφέρει τα επιθυμητά ή και κάποια απρόβλεπτα αποτελέσματα. Μια σωστή νοσηλευτική διεργασία θα αποφέρει άμεσα καρπούς και θα έχει ως αποτέλεσμα την βελτίωση της καθημερινότητας του ασθενούς και την ανάπτυξη της κατάστασης της υγείας του. (Λεμονίδου και Κουρμπάκη, 2010)

1^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Γυναίκα 45 ετών, η οποία πάσχει από Σκλήρυνση κατά πλάκας εισήλθε στην Παθολογική κλινική. Κατά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο πραγματοποιήθηκαν λήψη ιστορικού, φυσική εξέταση, μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και νωτιαίου

μυελού, παρακέντηση εγκεφαλονωτιαίου υγρού, οπτικά πεδία, προκλητά δυναμικά και ψυχιατρική εκτίμηση.

Από τη λήψη ιστορικού διαπιστώθηκε ότι κατά την πρώτη ώση το 2005 η ασθενής εμφάνισε αιμωδία δεξιού ημιπροσώπου και δεξιού άνω άκρου, καθώς και πτώση της γωνίας του στόματος δεξιά. Κατά τη δεύτερη ώση το 2015 η ασθενής εμφάνισε αιμωδία αριστερού ημιπροσώπου και της χορηγήθηκε solumentrol 1gr X1 για 5 μέρες και ιντερφερόνη.

Από τις εξετάσεις και την ψυχιατρική εκτίμηση βρέθηκαν συναισθηματικές διαταραχές, άρνηση, διαταραχές της όρασης, μυϊκή αδυναμία άνω και κάτω άκρων, δυσκολία στην ομιλία, δυσαισθησία, πάρεση της στοματικής κοιλότητας, κατάκλιση (στην ιεροκοκκυγική περιοχή) και δυσλειτουργία του εντέρου.

Αξιολόγηση ασθενή	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
1. Συναισθηματικές διαταραχές/ Άρνηση.	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής να ανακτήσει την αυτοεκτίμηση της και να τονωθεί το ηθικό της μέσα στις επόμενες μέρες. Η ασθενής να εμφανίζει όσο το δυνατόν λιγότερο άγχος και να ηρεμήσει συναισθηματικά σε όσο πιο συντομο χρονικό διάστημα γίνεται. 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής να ενημερωθεί σχετικά με την ασθένεια και την εξέλιξη της. Να δοθεί ψυχολογική υποστήριξη στην ασθενή προκειμένου να τονωθεί η συναισθηματική κατάσταση και να αποδεχθεί τη νόσο. Η ασθενής να ενθαρρυνθεί να συμμετάσχει σε ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης. Να δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης ανάμεσα στο 	<ul style="list-style-type: none"> Πραγματοποιήθηκε ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με τη φύση της ασθένειας και την πορεία της. Δημιουργήθηκε κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και της ασθενούς. Δόθηκαν απαντήσεις στις ερωτήσεις και ανησυχίες 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής με τη βοήθεια του κοινωνικού λειτουργού αισθάνεται καλύτερα και έχει αρχίσει να συμμετάσχει σε κοινωνικές εκδηλώσεις. Η ασθενής έχει αποδεχθεί τη νόσο και δείχνει να έχει ανακτήσει μερικώς την αυτοεκτίμηση της.

		<p>νοσηλευτικό προσωπικό και στην ασθενή και η ασθενής να μπορεί να εκφράσει τα συναισθήματά της.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Να τονωθεί το ηθικό και η αυτοεκτίμηση της ασθενούς. · Αποφυγή των στρεσογόνων καταστάσεων. · Να κανονισθεί η έναρξη συνεδριών με κοινωνικό λειτουργό. 	<p>της ασθενούς από το νοσηλευτικό προσωπικό.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Η ασθενής συμβουλευτήκε να αποφεύγει τις έντονες αγχώδεις καταστάσεις που επηρεάζουν αρνητικά την συναισθηματική της κατάσταση. · Προγραμματίστηκε η πρώτη συνεδρία της ασθενούς με τον κοινωνικό λειτουργό προκειμένου να εξασφαλιστεί κοινωνική βοήθεια. · Η ασθενής ενθαρρύνθηκε να συμμετάσχει σε ομάδα ψυχολογικής υποστήριξης. 	<ul style="list-style-type: none"> · Η ασθενής έπειτα από την ψυχολογική ή υποστήριξη που δέχεται φαίνεται να αποδέχεται την νέα κατάσταση και να προσαρμόζεται καλά στα καινούρια δεδομένα της ζωής της. · Η ασθενής εκφράζει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες της και φαίνεται πιο ήρεμη με λιγότερο άγχος για το μέλλον της ασθένειας της.
2. Διαταραχές της όρασης.	<ul style="list-style-type: none"> · Η ασθενής να εμφανίσει βελτίωση της όρασης στο επόμενο 24ωρο. · Η ασθενής 	<ul style="list-style-type: none"> · Να γίνει αξιολόγηση της οπτικής της λειτουργίας και να καταγραφούν τα ευρήματα. · Να γίνει νευρολογική 	<ul style="list-style-type: none"> · Έγινε η αξιολόγηση της οπτικής λειτουργίας της ασθενούς και καταγράφηκαν τα 	<ul style="list-style-type: none"> · Η ασθενής έπειτα από τη χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής και των γυαλιών

	<ul style="list-style-type: none"> να μην πέσει ή τραυματιστεί . Η ασθενής να διατηρήσει της αυτοεκτίμησής. 	<ul style="list-style-type: none"> εκτίμηση από τον νευρολόγο. Να ληφθούν μέτρα για την πρόληψη πτώσης και τραυματισμού της ασθενής. Να εξασφαλιστεί ήρεμο περιβάλλον. (περιορισμός επισκεπτηρίου, μοναχικότητα στο δωμάτιο). Η ασθενής να ενημερωθεί σχετικά με τις διαταραχές της όρασης ως εκδήλωση συμπτωματολογίας της νόσου. 	<ul style="list-style-type: none"> ευρήματα. Χορηγήθηκαν στερινοειδή με οδηγία γιατρού. Χορηγήθηκαν γυαλιά οράσεως στην ασθενή. Η ασθενής ενημερώθηκε σχετικά με τις διαταραχές της όρασης και την σκλήρυνση κατά πλάκας. Εξασφαλίστηκε βοήθεια κατά την έγερση και κινητοποίηση της ασθενούς για την πρόληψη πτώσης και τραυματισμού. Τοποθετήθηκαν προστατευτικά μέσα κλίνης. 	<ul style="list-style-type: none"> οράσεων βλέπει καλύτερα. Η ασθενής μετά τη συζήτηση συνεργάζεται καλύτερα μαζί μας και παίρνει όλα τα απαραίτητα μέτρα ασφαλείας για την πρόληψη των πτώσεων και των τραυματισμών.
3. Μυϊκή αδυναμία άνω και κάτω άκρων.	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής να ανακουφιστεί από την μυϊκή αδυναμία στο επόμενο 24ωρο. Η ασθενής να παρουσιάσει 	<ul style="list-style-type: none"> Να γίνει χρήση βοηθητικού μέσου για την επαναφορά της κινητικότητας της ασθενούς. Να ζητηθεί συνεργασία και βοήθεια από φυσικοθεραπευτή . 	<ul style="list-style-type: none"> Εξασφαλίστηκαν στην ασθενή τα κατάλληλα μηχανικά μέσα για την υποβοήθηση και διατήρηση της έγερσής της. 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής ανακουφίστηκε από την μυϊκή αδυναμία. Η ασθενής έπειτα από την έναρξη φυσικοθεραπείας κινείται με

	<p>βελτίωση της λειτουργικότητας των άνω και κάτω άκρων στο επόμενο 24ωρο.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Η ασθενής να μην εμφανίσει επιπλοκές και να προληφθούν οι πτώσεις και οι τραυματισμοί. · Η ασθενής να διατηρήσει την αυτοεκτίμησή της. 	<ul style="list-style-type: none"> · Να γίνει διδασκαλία στην ασθενή για την εκτέλεση ενεργητικών κινήσεων. · Να χορηγηθούν αναλγητικά και μυοχαλαρωτικά φάρμακα σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. · Να γίνει διδασκαλία για την αποφυγή επιπλοκών. · Να γίνεται συχνή περιποίηση του σώματος της ασθενούς και να τοποθετηθεί ειδικό στρώμα. 	<ul style="list-style-type: none"> · Έγινε διδασκαλία της ασθενούς για τον σωστό τρόπο χρήσης των βοηθητικών μέσων. · Η ασθενής ενθαρρύνθηκε να εκτελεί ενεργητικές κινήσεις πλήρους τροχιάς. · Πραγματοποιήθηκε μασάζ στην ασθενή για την απαλλαγή της από την σπαστικότητα. · Χορηγήθηκαν μυοχαλαρωτικά φάρμακα. · Η ασθενής ενημερώθηκε για την σημασία της κίνησης προκειμένου να διατηρηθεί ο μυϊκός τόνος και η μυϊκή μάζα, καθώς και για τις επιπλοκές από την παραμονή της στο κρεβάτι. 	<p>μεγαλύτερη ευκολία.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Η ασθενής απέκτησε ασφάλεια και αυτοπεποίθηση στην εκτέλεση των καθημερινών αναγκών της. · Η ασθενής δεν εμφάνισε επιπλοκές.
--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Πραγματοποιήθηκε φυσικοθεραπεία στην ασθενή. • Έγιναν οι απαραίτητες ενέργειες ώστε να αποφευχθεί η κατάκλιση. 	
4. Δυσκολία στην ομιλία./ Πάρεση της στοματικής κοιλότητας.	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής να μπορεί να μιλάει και να επικοινωνεί όπως πρώτα. • Η ασθενής να διατηρήσει την αυτοπεποίθησή της και να μην κλειστεί στον εαυτό της. 	<ul style="list-style-type: none"> • Να προγραμματιστεί έναρξη λογοθεραπείας. • Η ασθενής να ενθαρρυνθεί να ολοκληρώνει τις εκφράσεις της. • Να υπάρχει συχνή επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή. • Να ενημερωθούν οι συγγενείς για συνεχή επικοινωνία μαζί της και ψυχολογική υποστήριξη. 	<ul style="list-style-type: none"> • Πραγματοποιήθηκε έναρξη προγράμματος λογοθεραπείας. • Η ασθενής ενθαρρύνθηκε να ολοκληρώνει τις εκφράσεις της. • Ενημερώθηκαν οι συγγενείς για συνεχή επικοινωνία και ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής μετά την έναρξη της φυσικοθεραπείας παρουσιάζει βελτίωση της ομιλίας της. • Η ασθενής φαίνεται κοινωνική και πρόθυμη να συζητήσει με το νοσηλευτικό προσωπικό και τους συγγενείς.
5. Δυσαισθησία	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής να εμφανίσει όσο το δυνατό λιγότερες νέες αισθητικές διαταραχές και να γίνει έγκαιρη διαπίστωσή τους. • Η ασθενής 	<ul style="list-style-type: none"> • Να γίνει έλεγχος της αυξημένης ή ελαττωμένης αίσθησης των ερεθισμάτων. • Να καταγραφεί το ιστορικό για τυχόν περιπτώσεις ανωμαλιών αισθήσεων. • Να γίνει αξιολόγηση των 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε έλεγχος της ελαττωμένης αίσθησης των ερεθισμάτων. • Καταγράφηκε το ιστορικό της ασθενούς για τυχόν προηγούμεν 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής έπειτα από την λήψη των απαραίτητων μέτρων δεν παρουσίασε προβλήματα από τις αισθητικές διαταραχές.

	<p>να μην τραυματιστεί .</p>	<p>ευρημάτων της αισθητικής εξέτασης.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Να ληφθούν μέτρα για την αποφυγή ατυχημάτων (κακώσεις, εγκαύματα, μολύνσεις δέρματος) λόγω μειωμένης εκτίμησης του πόνου και της θερμοκρασίας. · Να ενημερωθεί η ασθενής σχετικά με τη σπουδαιότητα της αυτοεξέτασης. · Να γίνεται συχνή αλλαγή θέσεως, συχνό πλύσιμο και έγκαιρη θεραπεία ερεθισμάτων. 	<p>η περίπτωση ανωμαλίας αισθήσεων και διαπιστώθηκε αιμοδία στα άκρα. Αξιολογήθηκαν τα ευρήματα της αισθητικής εξέτασης και λήφθηκαν μέτρα για την αποφυγή ατυχημάτων. Η ασθενής ενημερώθηκε για την σπουδαιότητα της αυτοεξέτασης.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Γίνεται αλλαγή θέσης κάθε 2 ώρες για αποφυγή ασκήσεως πίεσης στα σημεία που εμφανίζεται ερυθρότητα και υπαισθησία. 	
<p>6. Κατάκλιση στην ιεροκοκκυγική περιοχή.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Η ασθενής να απαλλαγεί από την κατάκλιση μέσα στις επόμενες μέρες. · Η ασθενής να μην εμφανίσει επιπλοκές από την 	<ul style="list-style-type: none"> · Να γίνει περιποίηση της κατακλίσεως τηρώντας τους κανόνες ασηψίας. · Να γίνεται συχνά αλλαγή θέσεως της ασθενούς. · Η ασθενής να τοποθετηθεί σε τέτοια θέση στο κρεβάτι ώστε να μην πιέζεται το 	<ul style="list-style-type: none"> · Έγινε περιποίηση της κατακλίσεως τηρώντας τους κανόνες ασηψίας, και του υγιούς δέρματος γύρω από την περιοχή της κατάκλισης. 	<ul style="list-style-type: none"> · Η ασθενής εμφάνισε βελτίωση της κατάκλισης . · Η ασθενής δεν εμφάνισε επιπλοκές από την κατάκλιση.

	κατάκλιση (όπως επιμόλυνση).	<ul style="list-style-type: none"> · τραύμα από την κατάκλιση. · Να πλυθεί η περιοχή του υγιούς δέρματος γύρω από τραύμα με ζεστό νερό και σαπούνι και να γίνει εντριβή με οινόπνευμα. · Να διατηρείται το τραύμα και το δέρμα γύρω από αυτό καθαρό και στεγνό. · Να γίνει τοποθέτηση ειδικών επιθεμάτων για την επούλωση της κατάκλισης. · Να γίνεται συχνή παρακολούθηση του δέρματος στα σημεία που πιέζονται για τυχόν εμφάνιση κοκκινίλας. · Στα σημεία πίεσης που δέχονται το βάρος του σώματος να τοποθετηθούν αεροθάλαμοι. · Η σκωραμίδα να τοποθετείται και να αφαιρείται με προσοχή. · Τα κλινοσκεπάσματα να διατηρούνται καθαρά και τεντωμένα. · Να χορηγηθεί τροφή πλούσια σε λευκώματα. 	<ul style="list-style-type: none"> · Έγινε συχνή αλλαγή θέσεως της ασθενής. · Τοποθετήθηκαν ειδικά επιθέματα στην περιοχή της κατάκλισης. · Τοποθετήθηκε και αφαιρέθηκε με προσοχή η σκωραμίδα. · Τα κλινοσκεπάσματα αλλάζονταν συχνά ώστε να είναι πάντα καθαρά και τεντώνονταν καλά. · Χορηγήθηκε τροφή πλούσια σε λευκώματα. · Τοποθετήθηκε αεροθάλαμος στο σημείο που πιεζόταν από το βάρος του σώματος. 	
7. Δυσλειτουργία εντέρου.	· Η ασθενής να	· Η ασθενής να ενημερωθεί	· Η ασθενής ενημερώθηκε	· Η ασθενής ανακουφίσ

	<p>ανακουφιστεί από την δυσλειτουργία του εντέρου και να επανέλθει η φυσιολογική λειτουργία του.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Η ασθενής να μην εμφανίσει επιπλοκές. 	<p>σχετικά με τη λειτουργία του εντέρου.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Ενθάρρυνση για τακτική και επίμονη προσπάθεια για κένωση του εντέρου σε ορισμένη ώρα. · Η ασθενής να παροτρυνθεί να κάνει δραστηριότητες που βοηθούν στην σωστή λειτουργία του εντέρου όπως το βάδισμα. · Να χορηγηθούν τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες. · Να χορηγηθούν υγρά. · Να γίνει χορήγηση υπακτικών φαρμάκων κατόπιν ιατρικής εντολής. · Η ασθενής να μεταχειρίζεται με λεπτότητα και να ενθαρρύνεται να εκφράζει τα συναισθήματά της. 	<p>ε σχετικά με τη λειτουργία του εντέρου και ενθαρρύνθηκε για προσπάθεια τακτικής κένωσης του εντέρου σε ορισμένη ώρα.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Χορηγήθηκαν τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες και υγρά. · Η ασθενής ενθαρρύνθηκε να υιοθετήσει δραστηριότητες όπως το βάδισμα. · Χορηγήθηκαν υπακτικά φάρμακα σύμφωνα με ιατρική εντολή. 	<p>τηκε από την δυσλειτουργία του εντέρου και η λειτουργία του επανήλθε μερικώς σε φυσιολογικά επίπεδα.</p>
--	--	---	--	---

2^ο ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Άνδρας 57 ετών, ο οποίος πάσχει από Σκλήρυνση Κατά Πλάκας εισήλθε στη Νευρολογική κλινική. Κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο πραγματοποιήθηκαν λήψη ιστορικού, αντικειμενική νευρολογική εξέταση, μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού, ουροδυναμική μελέτη και ψυχιατρική εκτίμηση. Ο ασθενής αρνήθηκε να του γίνει παρακέντηση εγκεφαλονωτιαίου υγρού.

Από τη λήψη του ιστορικού διαπιστώθηκε ότι κατά την πρώτη ώση το 2004 ο ασθενής εμφάνισε αιμωδία αριστερού ημιπροσώπου. Κατά την πρώτη ώση ο ασθενής δεν ζήτησε ιατρική βοήθεια. Το 2006 ο ασθενής εμφάνισε ίλιγγο και έγινε διάγνωση διάχυτης Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας. Έγινε 3ήμερη έγχυση solumentrol. Το 2015 εμφάνισε Gullain Barre δεξιού κάτω άκρου, το συγκεκριμένο εύρημα διαγνώστηκε έπειτα από την αντικειμενική εξέταση και όχι από την κλινική συμπτωματολογία. Επίσης το 2015 διαπιστώθηκαν νέες εστίες MRI και έγινε έναρξη Copraxine.

Από τις εξετάσεις και την ψυχιατρική εκτίμηση διαπιστώθηκαν έντονο άγχος για το μέλλον, θυμός, άρνηση, μούδιασμα σε όλο το σώμα και δυσκολία στην κίνηση, αστάθεια στο βάδισμα, κόπωση στα κάτω άκρα, ακράτεια ούρων και ανορεξία. Ο ασθενής αρχικά αρνήθηκε να ξεκινήσει φαρμακευτική αγωγή γιατί φοβόταν για παρενέργειες, στη συνέχεια ωστόσο δέχθηκε να του χορηγηθεί η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.

Αξιολόγηση ασθενή	Αντικειμενικός Σκοπός	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελέσματος
1. Έντονο άγχος για το μέλλον/ θυμός.	<ul style="list-style-type: none">Ο ασθενής να ηρεμήσει όσο γίνεται γρηγορότερα.Ο ασθενής να	<ul style="list-style-type: none">Να ενημερωθεί ο ασθενής για την ασθένεια και την πορεία της.Να δοθεί ψυχολογική	<ul style="list-style-type: none">Ο ασθενής ενημερώθηκε σχετικά με τη νόσο και την εξέλιξή της.Δόθηκε ψυχολογική	<ul style="list-style-type: none">Ο ασθενής φαίνεται πιο ήρεμος μετά την ψυχολογική υποστήριξη που του

	<p>απαλλαγεί από το άγχος και το θυμό μέσα στις επόμενες ώρες.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής να εμφανίσει τόνωση του ηθικού του μέσα στην ημέρα. Ο ασθενής να απαλλαγεί από το φόβο για την πορεία της κατάστασής του τις επόμενες ώρες. 	<p>υποστήριξη στον ασθενή με σκοπό την αποδοχή της νόσου.</p> <ul style="list-style-type: none"> Να δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτών. Να τονωθεί το ηθικό του ασθενή. Να ενημερωθεί κοινωνικός λειτουργός έτσι ώστε να παραχθεί στον ασθενή κοινωνικοοικονομική υποστήριξη. Να αποφευχθούν οι στρεσογόνες καταστάσεις. 	<p>υποστήριξη στον ασθενή ενώ ξεκίνησε συνεδρίες με ψυχολόγο.</p> <ul style="list-style-type: none"> Δημιουργήθηκε κλίμα εμπιστοσύνης με τον ασθενή και τους νοσηλευτές μετά από συζητήσεις μαζί του και εξέφρασε τα συναισθήματά του. Ο ασθενής ήρθε σε επικοινωνία με τον κοινωνικό λειτουργό με σκοπό να εξασφαλιστεί στον ασθενή βοήθεια για την επίλυση οικονομικών και επαγγελματικών προβλημάτων. Ο ασθενής και οι συνοδοί του συμβουλευτήκαν να αποφεύγονται οι στρεσογόνες καταστάσεις. 	<p>δόθηκε.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής έχει αποδεχθεί τη νόσο, βλέπει πιο ρεαλιστικά την κατάσταση του και την εξέλιξη της νόσου και δείχνει να προσαρμόζεται ομαλά στα νέα δεδομένα της ζωής του. Ο ασθενής βοηθείται οικονομικά και επαγγελματικά από τις κοινωνικές υπηρεσίες.
2. Μούδιασμα σε όλο το σώμα/ αστάθεια στο βάδισμα/	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής να ανακουφισθεί από το μούδιασμα. 	<ul style="list-style-type: none"> Να εξασφαλιστούν στον ασθενή τα κατάλληλα μηχανικά μέσα 	<ul style="list-style-type: none"> Εξασφαλίστηκαν στον ασθενή τα κατάλληλα μηχανικά 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής ανακουφίστηκε από το μούδιασμα. Ο ασθενής

<p>κόπωση στα κάτω άκρα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Ο ασθενής να βαδίζει όσο το δυνατόν με περισσότερη σταθερότητα. · Ο ασθενής να μην πέσει και να μην τραυματιστεί. 	<ul style="list-style-type: none"> · για την υποβοήθηση της κινητικότητας του. · Να προγραμματιστεί έναρξη φυσικοθεραπείας. · Ο ασθενής να ενθαρρυνθεί να πραγματοποιεί ενεργητικές κινήσεις. · Να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με ιατρική εντολή. · Ο ασθενής να ενθαρρυνθεί να ξεκουράζεται κατά την διάρκεια της ημέρας. 	<ul style="list-style-type: none"> · μέσα για την υποβοήθηση της κίνησης του. · Ο ασθενής ξεκίνησε πρόγραμμα φυσικοθεραπείας. · Ο ασθενής ενημερώθηκε σχετικά με την σημασία της κίνησης για τη διατήρηση του μυϊκού τόνου. · Έγινε χορήγηση κορτιζόνης σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. · Ο ασθενής ενημερώθηκε σχετικά με τη σπουδαιότητα της ξεκούρασης του κατά την διάρκεια της ημέρας. 	<ul style="list-style-type: none"> · βαδίζει με περισσότερη σταθερότητα και βελτιώθηκε η κίνηση του. · Ο ασθενής δεν έπεσε και δεν τραυματίστηκε κατά την παραμονή του στην κλινική. · Ο ασθενής ξεκουράζεται αρκετά κατά την διάρκεια της ημέρας με αποτέλεσμα να μειωθεί η κόπωση στα κάτω άκρα.
<p>3. Ακράτεια ούρων.</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Ο ασθενής να ανακουφιστεί από τις επιπτώσεις της ακράτειας ούρων. · Ο ασθενής να μην εμφανίσει επιπλοκές (όπως ουρολοίμωξη, κατάκλιση) 	<ul style="list-style-type: none"> · Να ενημερωθεί ο ασθενής σχετικά με τα μέτρα που θα εφαρμοστούν για την επίλυση της ακράτειας. · Να ληφθούν μέτρα για την αποφυγή ουρολοίμωξης. · Να ληφθούν μέτρα για την αποφυγή δημιουργίας κατάκλισης. 	<ul style="list-style-type: none"> · Ο ασθενής ενημερώθηκε σχετικά με τα μέτρα που θα εφαρμοστούν για την επίλυση της ακράτειας. · Τοποθετήθηκε στον ασθενή καθετήρας folley με άσηπτες τεχνικές και λεπτούς 	<ul style="list-style-type: none"> · Ο ασθενής μετά τον καθετηριασμό της ουροδόχου κύστεως δεν αντιμετωπίζει πρόβλημα με την ακράτεια ούρων. · Ο ασθενής δεν εμφανίσε καμία επιπλοκή από την ακράτεια μέχρι και την

		<ul style="list-style-type: none"> · Να γίνει έλεγχος του ισοζυγίου υγρών. · Να γίνει καθετηριασμός ουροδόχου κύστεως στον ασθενή. · Να ληφθεί δείγμα ούρων για καλλιέργεια. · Να γίνει έλεγχος των ζωτικών σημείων και να καταγραφούν στο διάγραμμα. 	<ul style="list-style-type: none"> · χειρισμούς. · Πραγματοποιήθηκε τοπική και τακτική καθαριότητα για την αποφυγή εμφάνισης κατακλίσεων. · Έγινε έλεγχος του ισοζυγίου υγρών του ασθενή. · Έγινε λήψη ούρων και στάλθηκαν για καλλιέργεια. · Έγινε λήψη των ζωτικών σημείων και καταγράφηκαν στο διάγραμμα του ασθενή. 	<p>έξοδό του από την κλινική.</p>
4. Ανορεξία	<ul style="list-style-type: none"> · Ο ασθενής να τρέφεται φυσιολογικά. · Ο ασθενής να μην εμφανίσει προβλήματα εξαιτίας της μειωμένης σίτισης. 	<ul style="list-style-type: none"> · Να σχεδιαστεί κατάλληλο διαιτολόγιο. · Να γίνεται περιποίηση της στοματικής κοιλότητας. · Να γίνει έλεγχος των ζωτικών σημείων. · Να γίνει έλεγχος των ηλεκτρολυτών του ασθενή. · Να γίνει αιματολογικός έλεγχος. · Να χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή για τη βελτίωση της όρεξης. · Να χορηγηθούν 	<ul style="list-style-type: none"> · Ο ασθενής με την καθοδήγηση του διατροφολόγου λαμβάνει μικρά και συχνά γεύματα. · Ο ασθενής λαμβάνει τροφές της αρεσκείας του και η διατροφή του περιλαμβάνει κρέας, γάλα, αυγά, ωμά φρούτα και λαχανικά σύμφωνα με τις οδηγίες του 	<ul style="list-style-type: none"> · Ο ασθενής τρέφεται φυσιολογικά. · Ο ασθενής δεν εμφάνισε προβλήματα αδυναμίας, απώλεια βάρους και κόπωση από την ανορεξία.

		<ul style="list-style-type: none"> βιταμίνες. Να γίνει έλεγχος του βάρους. 	<ul style="list-style-type: none"> διατροφολόγος. Έγινε πλύση της στοματικής κοιλότητας. Έγινε έλεγχος των ζωτικών σημείων κάθε 3 ώρες. Πραγματοποιήθηκε αιματοληψία για τον έλεγχο των ηλεκτρολυτών και περαιτέρω αιματολογικό έλεγχο του ασθενή. Χορηγήθηκε στον ασθενή φαρμακευτική αγωγή για την βελτίωση της όρεξης σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Το βάρος σώματος του ασθενή ελεγχόταν καθημερινά. 	
5. Άρνηση παρακέντησης εγκεφαλονωτιαίου υγρού/ Άρνηση έναρξης φαρμακευτικής αγωγής.	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής να δεχτεί να γίνει παρακέντηση εγκεφαλονωτιαίου υγρού άμεσα. Ο ασθενής να ξεκινήσει φαρμακευτική αγωγή την επόμενη 	<ul style="list-style-type: none"> Να ενημερωθεί ο ασθενής αναλυτικά για τις εξετάσεις που χρειάζεται να υποβληθεί και τη σημασία τους. Ο ασθενής να ενθαρρύνεται να εκφράζει τις ανησυχίες και τους φόβους 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής ενημερώθηκε αναλυτικά για τις εξετάσεις που χρειάζεται να υποβληθεί και τη σημασία τους. Ο ασθενής ενημερώθηκε 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής δεν δέχτηκε να του γίνει παρακέντηση εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Ο ασθενής ξεκίνησε κανονικά την απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή.

	<p>μισή ώρα.</p>	<p>του.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Να δημιουργηθεί κλίμα εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ασθενή και τον νοσηλευτή. · Ο ασθενής να ενημερωθεί για την απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή που χρειάζεται να λάβει καθώς και για τις παρενέργειες που μπορεί να εμφανίσει αλλά και τα οφέλη από αυτή. · Ο ασθενής να ενημερωθεί για την πορεία της κατάστασης του και τις συνέπειες που θα αντιμετωπίσει στην περίπτωση που δεν λάβει την φαρμακευτική αγωγή. 	<p>σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή που χρειάζεται να λάβει, τις παρενέργειες και τα οφέλη της.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Μέσα από συζητήσεις με τον ασθενή δημιουργήθηκε κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των νοσηλευτών και του ασθενή. · Ο ασθενής εξέφρασε όλους τους φόβους και τις ανησυχίες του και απαντήθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό όλες οι απορίες σχετικά με τις εξετάσεις, τη φαρμακευτική αγωγή και την κατάσταση της υγείας του. 	
--	------------------	--	--	--

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alschuler, K. et al., (2013), *Co-Occurring Depression and Pain in Multiple Sclerosis*, Pub Med, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3857561/>

Αρτεμίδης, Α. και συν. (2015), *Οι γνωστικές λειτουργίες στη σκλήρυνση κατά πλάκας*, *Επικοινωνούμε*, 33:4-5.

Βαλωμένου, Γ. (2015), *Επιστημονική έρευνα: Άγχος και εικόνα του εαυτού στη ΣΚΠ*, *Επικοινωνούμε*, 36:8-9.

Βοζίτης, Α. και Σωτηροπούλου, Ε. (2012), *Πολλαπλή σκλήρυνση κατά πλάκας στην*

Ελλάδα: *Ανάλυση των ίδιων πληρωμών*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(4): 448-453.

Γκίκα, Α. (2014), *Αισιόδοξες προοπτικές για την αντιμετώπιση της πολλαπλής σκλήρυνσης*, Επικοινωνούμε, 31:5.

Γουρζουλίδου, Ε. (2008), *Η σκλήρυνση κατά πλάκας στην περιοχή της Δυτικής Ελλάδας: Επιδημιολογία της νόσου και κλινική μελέτη πασχόντων*, Διδακτορική διατριβή, Πάτρα.

Γρηγοράκης, Δ. (2005), *Διατροφή και Σκλήρυνση κατά πλάκας*, Βητα Ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα.

Dewit, S. (2009), *Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική*, τόμος 2^{ος}, επιμέλεια Λαμπρινού, Α. και Λεμονίδου, Χ., εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Ζαβιτσάνου, Χ. και συν. (2015), *Οι επιδράσεις της εφαρμογής τεχνικών διαχείρισης του στρες και ψυχική υγεία των ασθενών με ΣΚΠ: Πιλοτική τυχαιοποιημένη μελέτη*, Επικοινωνούμε, 36:4-6.

Hartoonian, N, et al., (2014), *Predictors of Anxiety in Multiple Sclerosis*, Pub Med, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4339307/>

Καστάνιας, Θ. και Τοκμακίδης, Σ. (2008), *Η άσκηση ως μέσο της λειτουργικής ικανότητας και της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(6):720-728.

Κατσαβός, Σ. (2015), *Η βιταμίνη D κατά την παιδική ηλικία: Πιθανές προστατευτικές επιδράσεις έναντι της μελλοντικής εμφάνισης ΣΚΠ*, Επικοινωνούμε, 33:6-7.

Κερασνούδης, Α. (2014), *Η πολυδιάστατη συμπληρωματική αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας*, Επικοινωνούμε, 31:6-7.

Κουρκούτα, Λ. και συν. (2012), *Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική Προετοιμασία για την νοσηλευτική πρακτική*, τόμος 1ος, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Λαβδανίτη, Μ. και συν. (2004), *Η κόπωση σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας*, Επιστημονικά χρονικά, 19(2): 144-151.

Λαμπρινού, Α. και Λεμονίδου, Χ. (2009), *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική. Έννοιες και Πρακτική*, τόμος 2ος, εκδόσεις Πασχαλίδης, Κύπρος.

Lemone, P. et al. (2011), *Παθολογική- Χειρουργική νοσηλευτική, επιμέλεια Παναουδάκη- Μπροκαλάκη Η.*, τόμος 2ος, έκδοση 5η, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα.

Λιάπης, Σ. (2014), *Η επίδραση της άσκησης στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας*, Επικοινωνούμε, 32:10-11.

Mckay, K. et al. (2016), *Adverse health behaviours are associated with depression and anxiety in multiple sclerosis: A prospective multisite study*, Multiple Sclerosis Journal, 22(5):685-693.

Μητσικώστας, Δ. (2015), *Διαχείριση προβλημάτων ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση*, Επικοινωνούμε, 36: 8-9.

Mokry, L. et al. (2015), *Vitamin D and risk of Multiple Sclerosis: A mendelian randomization Study*, Plos Medicine, 12(8):1-20.

Murray, TJ (2006), *Διάγνωση και Θεραπεία της σκλήρυνσης κατά πλάκας*, μετάφραση Ζερβουδάκη, Α., British Medical Journal, 332(4):525-527.

Πολυκανδριώτη, Μ. και Κυρίτση, Ε. (2006), *Ποιότητα ζωής των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας*, Νοσηλευτική, 45(2):207-214.

Σαχίνη- Καρδάση, Α και Πάνου, Μ (2006), *Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική: Νοσηλευτικές διεργασίες*, τόμος 3ος, 2η έκδοση, εκδόσεις Βητα, Αθήνα.

Σιαφάκας, Ι. (2014), *Νεότερα δεδομένα στην αντιμετώπιση των ουρολογικών*

προβλημάτων σε ανθρώπους με σκλήρυνση κατά πλάκα, Επικοινωνούμε, 32:6.

Sines, D. etal. (2011), *Εφαρμοσμένη Κοινωνική Νοσηλευτική*, επιμέλεια Νούλα, Μ. και Γκεσούλη- Βολτυράκη, Ε., εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Στάθη, Κ. (2014), *Γιατί πρέπει ο ΑμΣΚΠ να αναζητά τη συμβουλή ιατρού φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης*, Επικοινωνούμε, 32:4-5.

Σφάγγος, Κ. και Τριανταφύλλου, Ν. (2001), *Σκλήρυνση κατά πλάκας*, εκδόσεις Σφάγγος και Τριανταφύλλου, Αθήνα.

Τσούγγου, Γ. και συν. (2016), *Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις και ποιότητα ζωής ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση: Ανασκόπηση ποσοτικών και ποιοτικών μελετών για το διάστημα 2000-20015*, Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 9 (1): 17-29.

Υφαντοπούλου, Π. (2014), *Μέθοδος εφαρμογής της “Διδασκαλίας αυτοδιαχείρισης στη χρόνια νόσο και στη σκλήρυνση κατά πλάκας”*: Ανασκόπηση, Νοσηλευτική, 53(3):237-243.