

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ
ΘΕΜΑ**

**ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ
ΚΑΙ
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**



Εισηγήτρια

**Στυλιανή Γ.Μηλιώτη
Φυσικοθεραπεύτρια
Καθηγήτρια εφαρμογών**

Σπουδαστής

Γκιρετλή Ναζήμ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2008-2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | Σελίδα |
|---|--------|
| ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ | 4 |
| 1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ | 4 |
| 1.2 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ | 7 |
| 1.3 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ..... | 7 |
| 1.4 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ | 8 |
| 1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ..... | 11 |
| 1.6 ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΠΑΘΗΣΗΣ..... | 13 |
| 1.7 ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ - ΣΥΜΤΩΜΑΤΑ | 14 |
| 1.7.1 ΠΑΡΟΞΥΜΙΚΑ ΣΥΜΤΩΜΑΤΑ..... | 15 |
| 1.7.2 ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ..... | 16 |
| α) ΒΛΑΒΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΑΡΕΓΚΕΦΑΛΙΔΑ..... | 16 |
| β) ΒΛΑΒΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΝ ΣΤΟ ΠΥΡΑΜΙΔΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ..... | 16 |
| γ) ΒΛΑΒΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΝ ΣΤΑ ΠΡΟΣΘΙΑ ΚΕΡΑΤΑ..... | 17 |
| δ) ΒΛΑΒΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΝ ΣΤΙΣ ΟΠΙΣΘΙΕΣ ΔΕΣΜΕΣ..... | 17 |
| ΣΥΜΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ Σ.Κ.Π. | 17 |
| ε) ΤΑ ΑΚΟΛΟΥΘΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΕΙΤΑΙ ΜΟΝΑ ΤΟΥΣ ΕΙΤΕ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΤΑ ΑΛΛΑ..... | 18 |
| 1.8 ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΤΩΜΑΤΩΝ | 19 |
| 1.9 ΔΙΑΓΝΩΣΗ..... | 20 |
| 1.10 ΠΡΟΓΝΩΣΗ | 23 |
| Βιβλιογραφία..... | 24 |
| | |
| ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ..... | 25 |
| 2.1 ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ..... | 25 |
| 2.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΑΓΩΓΩΝ | 27 |
| Βιβλιογραφία..... | 34 |
| | |
| ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ | 35 |
| 3.1 ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ..... | 35 |
| 3.1.1 Γενικές Συναισθηματικές Αντιδράσεις Λόγω Χρόνιας Νόσου | 35 |
| 3.1.2. Οι Ειδικές Συναισθηματικές Αντιδράσεις Εξαιτίας της Σ.Κ.Π..... | 40 |
| α) Αβεβαιότητα ως Προς τη διάγνωση | 40 |
| β) Ο παράγοντας της έλλειψης της εμπιστοσύνης | 40 |
| γ) Αφανή συμπτώματα | 41 |
| δ) Δυσκολίες στη αναζήτηση βοήθειας..... | 41 |
| α) Σύντροφος..... | 42 |
| β) Θυμός..... | 42 |
| γ) Ο σύντροφος προσπαθεί να μην πληγώσει | 43 |
| δ) Σεξουαλικότητα | 43 |
| ε) Αισθήματα ενοχής..... | 43 |
| στ) Κακόβουλες σκέψεις..... | 43 |
| 3.1.4 Συναισθηματικές αντιδράσεις φίλων/ γνωστών/ συναδέλφων..... | 44 |
| 3.1.5 Συναισθηματική Προσαρμογή στην Σ.Κ.Π..... | 45 |
| 3.1.6 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΤΗ Σ.Κ.Π. | 46 |

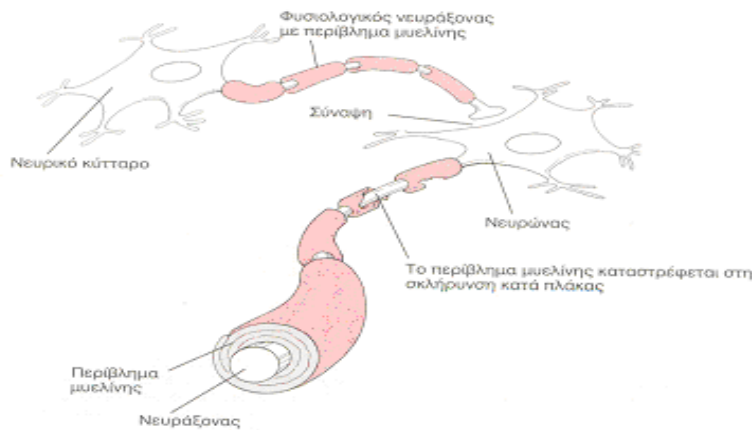
| | |
|---|-----------|
| 3.2 Αποτελέσματα της θεραπείας..... | 48 |
| Βιβλιογραφία..... | 50 |
| ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ | 51 |
| 4.1 ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 51 |
| 4.2 ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ..... | 52 |
| 4.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ..... | 54 |
| 4.4 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ EDSS..... | 56 |
| 4.4.1. ΠΥΡΑΜΙΔΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ..... | 56 |
| 4.4.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΡΕΓΚΕΦΑΛΙΔΑΣ..... | 56 |
| 4.4.3 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ..... | 57 |
| 4.4.4 ΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ..... | 57 |
| 4.4.5 ΟΡΘΟΚΥΣΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ..... | 58 |
| 4.4.6 ΟΠΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ..... | 58 |
| 4.4.7. ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ..... | 59 |
| 4.4.8 ΕΙΔΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (ΚΛΙΜΑΚΑΣ KURTZKE)..... | 57 |
| 4.4.9. ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΤΩΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ..... | 61 |
| α) Σπαστικότητα..... | 61 |
| β) Εκτίμηση της σπαστικότητας..... | 62 |
| δ) Στάση..... | 62 |
| ε) Ισορροπία..... | 63 |
| στ) Συνέργεια..... | 63 |
| ζ) Αταξία..... | 64 |
| η) Τρόμος..... | 64 |
| θ) Κόπωση..... | 64 |
| ι) Μυϊκή αδυναμία..... | 65 |
| 4.4.10 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ..... | 68 |
| I) Αντιμετώπιση της σπαστικότητας..... | 68 |
| II) Θεραπευτική αντιμετώπιση της συνέργειας και ισορροπίας..... | 69 |
| III) Επανεκπαίδευση της ισορροπίας..... | 70 |
| IV) Αντιμετώπιση της αταξίας..... | 71 |
| V) Φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση του τρόμου..... | 72 |
| VI) Αντιμετώπιση της μυϊκής αδυναμίας..... | 73 |
| VII) Σχεδιάζοντας ένα πρόγραμμα ενδυνάμωσης..... | 74 |
| VIII). Βασικά στοιχεία ενός προγράμματος ενδυνάμωσης..... | 74 |
| VIV) Οδηγίες για άσκηση..... | 75 |
| X) ΣΩΣΤΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ..... | 77 |
| i) Διατατικές ασκήσεις κατά τις σπαστικότητας..... | 77 |
| ii) Ασκήσεις Ισορροπίας..... | 83 |
| iii) Θεραπευτικές ασκήσεις από ύπτια θέση..... | 95 |
| iv) Θεραπευτικές ασκήσεις από πρηγή θέση..... | 107 |
| v) Θεραπευτικές ασκήσεις από καθιστή θέση..... | 114 |
| XI. Βοηθήματα για την Κινητικότητα..... | 120 |
| XII. Ο χειρισμός του ακίνητου ασθενή με Σ.Κ.Π..... | 121 |
| XIII. ΑΛΛΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ..... | 123 |
| α) ΗΛΕΚΤΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 123 |
| β) ΥΔΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 123 |

| | |
|---------------------------------------|-----|
| ΧΙΥ. ΕΠΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΗΣ ΒΑΔΙΣΗΣ | 124 |
| Βιβλιογραφία..... | 126 |
| ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 142 |
| | |
| ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α..... | 127 |
| ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β..... | 129 |
| ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Γ..... | 131 |
| ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Δ..... | 133 |
| ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ε..... | 135 |

ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας ή αλλιώς πολλαπλή σκλήρυνση είναι το κύριο μέρος μιας ομάδας από διαταραχές γνωστές από απομυελινωτικές ασθένειες. Είναι μια αυτοάνοση φλεγμονώδης απομυελινωτική νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος, πρόκειται για μια νευρολογική ανωμαλία που επηρεάζει την λευκή ουσία του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού με κατανομή γύρω από τις φλέβες ή τις κοιλίες και μερικές φορές εξαπλώνεται και στη φαιά ουσία του φλοιού του εγκεφάλου, καθώς και στις κρανιακές και σπονδυλικές ρίζες. Η ανωμαλία αυτή προκαλείται από καταστροφή της μυελίνης που περιβάλλει τις νευρικές ίνες των μεταφορέων μηνυμάτων. Αν και κλασικά περιγράφεται ως νόσος της νεαρής ηλικίας, με χαρακτηριστική πορεία εξάρσεων και υφέσεων, η νόσος παρουσιάζει μεγάλη κλινική ανομοιογένεια. Αυτή η ανομοιογένεια περιλαμβάνει την ηλικία έναρξης, τον τρόπο εμφάνισης των πρώτων κλινικών εκδηλώσεων, τη συχνότητα, τη βαρύτητα και τα υπολείμματα μιας υποτροπής, την ποικιλία και τον διάσπαρτο χαρακτήρα των συμπτωμάτων.



Εικόνα1. Τα υγιή νευρικά κύτταρα μεταδίδουν ηλεκτρικά σήματα σε άλλα νευρικά μέσω των νευραξόνων. Οι νευρώνες καλύπτονται από ένα προστατευτικό περίβλημα μυελίνης. Η σύναψη είναι περιοχή όπου το σήμα περνά από το νευρικό κύτταρο στο άλλο. Στη σκλήρυνση κατά πλάκας το ανοσοποιητικό σύστημα του σώματος καταστρέφει λανθασμένα την μυελίνη του, κάνοντας τη μετάδοση των ηλεκτρικών σημάτων δύσκολη.

Η πρώτη καταγραφή της ΣΚΠ εμφανίζεται στο ημερολόγιο του Sir Augustu D' Este, νόθου εγγονού του Γεωργίου του Γ. Το Δεκέμβριο του 1822, από ό,τι έχει γράψει στο ημερολόγιό του, παρακολούθησε μια κηδεία όπου δεν μπορούσε να συγκρατήσει τα δάκρυά του.

Όταν τελείωσε η τελετή, τα μάτια του ήταν τόσο θαμπά, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να διαβάσει ή να γράψει. Η όρασή του επέστρεψε αλλά, αργότερα, παρουσιάστηκαν άλλα συμπτώματα, όπως προοδευτική αδυναμία, μούδιασμα, δυσκολία στο περπάτημα, σπασμοί και κατάθλιψη. Πέθανε σε ηλικία 54 χρόνων, ψάχνοντας μάταια για μια θεραπεία της ασθένειάς του επί 26 χρόνια.

Στα 1883, ενώ ο D' Este ταξίδευε στην Ευρώπη ψάχνοντας για θεραπεία, ο Σκοτσέζος παθολόγος Sir Robert Carswell, ένας από τους μεγαλύτερους ιατρικούς εικονογράφους εκείνων των εποχών, απεικόνισε μια υδατογραφία μιας παράξενης σπονδυλικής στήλης, που είχε δει κατά τη διάρκεια μιας αυτοψίας. Από τη μια πλευρά της, στον υγιή μυελό, υπήρχαν διασκορπισμένες κηλίδες σκληρυντικού και αποχρωματισμένου ιστού. Δεν δόθηκαν κλινικές λεπτομέρειες αυτής της περίπτωσης, εκτός από το γεγονός ότι ο ασθενής ήταν παράλυτος.

Περίπου την ίδια εποχή, ο Γάλλος γιατρός Jean Cruveilhier δημοσίευσε μια εικόνα με βλάβες στη σπονδυλική στήλη και στον εγκέφαλο 4 ασθενών. Η μια περίπτωση αφορούσε μια γυναίκα 31 χρόνων, που έπασχε από προοδευτική παραπληγία. Ο παραπάνω γιατρός ονόμασε τις βλάβες sclerosis, από την ελληνική λέξη, υπέθεσε ότι ίσως είχαν βρει την ασθένεια. Είναι πιθανόν όλα αυτά τα συμπτώματα και οι βλάβες να ήταν παραδείγματα ΣΚΠ. Υπήρχαν κι άλλες περιγραφές στα μέσα του 19ου αιώνα αλλά μέχρι το 1868 η ΣΚΠ δεν είχε εξακριβωθεί.

Εκείνη τη χρονιά, ο Jean-Martin Charcot, ένας από τους διασημότερους Γάλλους γιατρούς και ερευνητές, έδωσε στον κόσμο μια λεπτομερή περιγραφή της ασθένειας. Το πρώτο βιβλίο για τη ΣΚΠ δημοσιεύτηκε την επόμενη χρονιά. Ενώ εργαζόταν σε κάποιο νοσοκομείο στο Παρίσι, ο Charcot ανακάλυψε ότι πολλοί από τους ασθενείς του υπέφεραν από τρόμο και παράλυση, σε διαφορετικό βαθμό ο καθένας. Μερικοί υπέφεραν από τρομώδη παράλυση, η οποία αρχικά είχε περιγραφεί στην Αγγλία το 1817 σαν Πάρκινσον.

Ο Charcot όμως αντιλήφθηκε ότι επρόκειτο για μια διαφορετική ασθένεια, που χαρακτηριζόταν από τρόμο και σπασμωδικές κινήσεις των άκρων και γενικά του σώματος. Στην αυτοψία, οι ασθενείς παρουσίασαν στο κεντρικό νευρικό σύστημα πλάκες ή ομαλές επιφάνειες, που είχαν σκληρυνθεί. Η πρώτη ολοκληρωμένη περιγραφή του Charcot για τη ΣΚΠ παραμένει κλασική.

Από τότε άρχισαν να αυξάνουν ραγδαία τα άρθρα για τη ΣΚΠ. Στις αρχές του 1904, υπήρχαν περίπου 1000 αναφορές. Ταυτόχρονα οι γιατροί άρχισαν να πειραματίζονται με διάφορες θεραπείες.

Οι πρώτες θεωρίες για την αιτιολογία της ΣΚΠ αναφέρονται σε μόλυνση, φλεγμονή, εκφύλιση των κυττάρων οφειλόμενη σε γενετικούς παράγοντες ή, γενικά σε διαταραχές μεταβολισμού ή σε τοξικές αιτίες.

Πιο πρόσφατες θεωρίες, μέχρι το 1950, περιλαμβάνουν αιτίες, όπως έλλειψη ιχνοστοιχείων, δυσλειτουργία αιμοφόρων αγγείων, μολύνσεις από ιό και φλεγμονές αλλεργικής αιτιολογίας.

Από τότε άρχισαν οι διάφορες αντιφλεγμονώδεις θεραπείες, καθώς κι η χορήγηση βιταμινών, τονωτικών και γενικών συμπληρωμάτων διατροφής. Χρησιμοποιήθηκαν πολλές ουσίες και χειρουργικές τεχνικές, χωρίς κάποια σαφή εξήγηση.

Με το πέρασμα του χρόνου όλες αυτές οι θεραπευτικές αγωγές σταμάτησαν, γιατί δεν έφεραν κάποιο αποτέλεσμα στον προσδιορισμό της πορείας της ΣΚΠ.

Από τις 94 θεραπείες που είχαν δοκιμαστεί πριν το 1970, μόνον οι 9 θεωρούμε σήμερα ότι αξίζουν προσοχής.

Παρόλα αυτά, πολλοί επιστήμονες και γιατροί είχαν αναφέρει ότι οι θεραπείες τους ήταν αποτελεσματικές. Αναφέρεται πως οι ερευνητές πριν το 1935 βελτίωσαν το 48% των ασθενών. Τώρα όμως γνωρίζουμε ότι οι παρατηρήσεις που γίνονται σε μικρή ομάδα ασθενών δεν είναι δυνατόν να ερμηνευτούν επιστημονικά εξαιτίας της απρόβλεπτης πορείας και της φύσης της ΣΚΠ.

Μεγαλύτερης αξίας ήταν το ενδιαφέρον που άρχισε να αναπτύσσεται ανάμεσα στα 1930 και 1940 γύρω από την κλινική αγωγή ανθρώπων με ΣΚΠ. Επικεντρώνεται στη διατροφή και υγιεινή, στην αποκατάσταση και στη χορήγηση φαρμάκων με σκοπό τη μείωση της σοβαρότητας μερικών συμπτωμάτων.

Οι τεχνικές που προσφέρουν βελτιωμένες προοπτικές σε ανθρώπους με ΣΚΠ έχουν αναπτυχθεί περισσότερο από οτιδήποτε άλλο.

Εδώ και 50 χρόνια, η βιωσιμότητα των πασχόντων από ΣΚΠ έχει γίνει κάτι περισσότερο από διπλάσια, ενώ έχουν μειωθεί οι πιθανότητες ανικανότητας.

Ένα άλλο σοβαρό όφελος ήταν η δημιουργία εταιριών για τη ΣΚΠ σε όλο τον κόσμο. Η ίδρυσή τους ξεκίνησε στη δεκαετία του 1940. Οι σύλλογοι αυτοί είναι υπεύθυνοι για την ενημέρωση, τη διευκόλυνση, την προσφορά υπηρεσιών στους πάσχοντες αλλά και σε όσους ενδιαφέρονται για τη ΣΚΠ. Η Διεθνής Ομοσπονδία των Εταιριών για τη ΣΚΠ δημιουργήθηκε το 1967 με σκοπό τον παγκόσμιο συντονισμό της έρευνας και της πληροφόρησης.

1.2 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

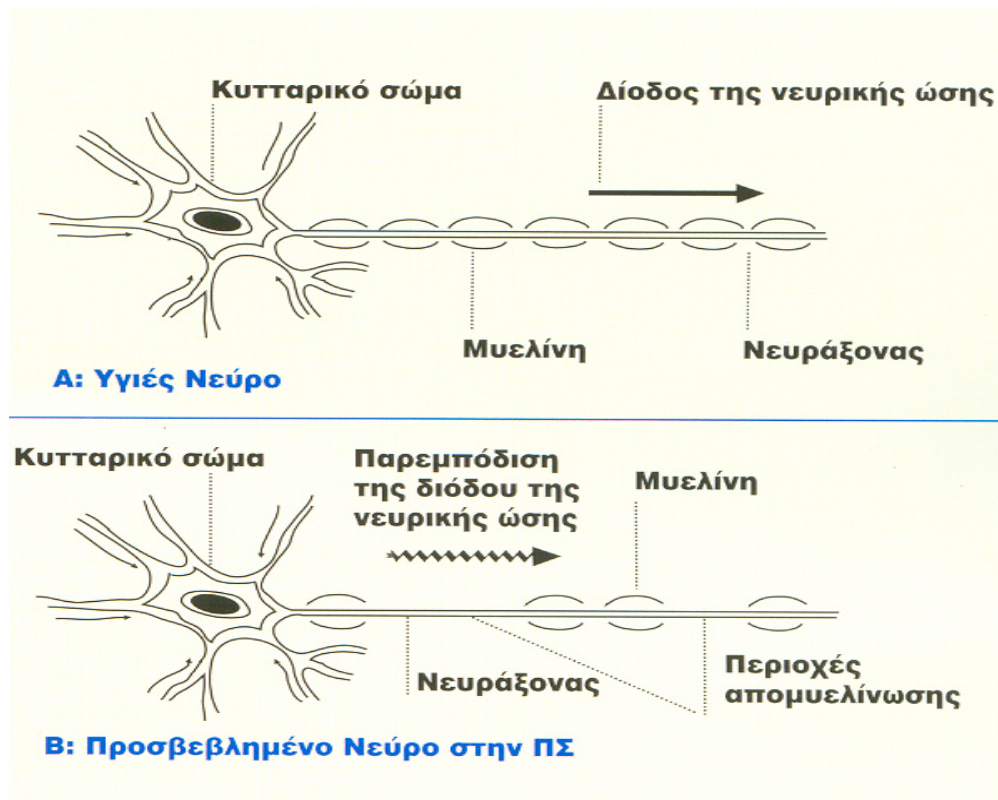
Η αιτιολογία είναι άγνωστη. Θεωρείται ότι είναι μια επίκτητη νόσος, αλλά πρέπει να υπάρχει αιτιολογία με πολλούς παράγοντες για την εμφάνισή της. Η επικρατέστερη άποψη είναι ότι ένας εξωγενής παράγοντας, πιθανόν ένας ιός ή πολλαπλές ιώσεις, προκαλεί σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα μία παθολογική ανοσολογική αντίδραση που κατευθύνεται εναντίον των πρωτεϊνών της μυελίνης. Η ύπαρξη ενός ιού ως παράγοντα που προκαλεί την έναρξη της παθογένειας της νόσου δεν έχει πάντως επιβεβαιωθεί, αλλά η ύπαρξη ενός ιού, ή άλλου εξωγενούς παράγοντα υποστηρίζεται από μελέτες σε μετανάστες, αλλά και από επιδημίες της νόσου στα νησιά Φαρόε.

Η ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης στηρίζεται στη διαφορετική συχνότητα της νόσου στις διάφορες φυλές, είναι λιγότερη συχνή μαύρους και πολύ σπανιότερα στην κίτρινη φυλή, στην ύπαρξη οικογενών μορφών, στη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στους μονογενείς (%26) διδύμους σε σχέση με τους διωγενείς (%3,5) και στη συσχέτιση με συγκεκριμένα HLA αντιγόνα. Η νόσος πάντως δεν είναι κληρονομική, παρόλο που η συχνότητα της στους συγγενείς πρώτου βαθμού των πασχόντων είναι 20-30 φορές μεγαλύτερη από ό,τι στο γενικό πληθυσμό. Μόνο το 4% των πρώτου βαθμού συγγενών ασθενούς θα εμφανίσουν τη νόσο. Εκείνο που ουσιαστικά υπάρχει είναι μια γενετική προδιάθεση που χρειάζεται επιπρόσθετα την επίδραση ενός αγνώστου μέχρι σήμερα εξωγενούς παράγοντα, για να ξεκινήσει ο παθογενετικός μηχανισμός που προκαλεί την νόσο.

1.3 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Άτομα που είναι επιρρεπή για να αναπτύξουν τη σκλήρυνση κατά πλάκας από το γενετικό τους υλικό, εκτεθούν σε ένα ειδικό άγνωστο περιβαλλοντικό παράγοντα, μια ομάδα από βρισκόμενα σε λανθάνουσα κατάσταση T-λεμφοκύτταρα ενεργοποιούνται, οπότε μπορούν να διαπεράσουν τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και εισερχόμενα στο κεντρικό νευρικό σύστημα επιτίθενται στον στόχο-αντιγόνο, που είναι η μυελίνη. Έτσι αρχίζει η φλεγμονώδης διαδικασία της νόσου. Μια τυπική περιοχή με απομυελινωτική φλεγμονή περιβάλλει μια κεντρική φλέβα με διαπερατό εγκεφαλικό φραγμό. Με την καταστροφή της μυελίνης οι νευράξονες μένουν γυμνοί, οπότε δεν μπορούν να μεταφέρουν αποτελεσματικά τις εντολές και έτσι προκαλούνται τα τυπικά συμπτώματα της νόσου. Για κάποια άγνωστη αιτία τα συμπτώματα μπορεί να έχουν ύφεση. Η φλεγμονή υποχωρεί, ο αιματοεγκεφαλικός φραγμός αποκαθίσταται και συχνά οι νευρικές ίνες επανemyελίνονται. Αυτό είναι το παθοφυσιολογικό υπόστρωμα μιας απομυελινωτικής πλάκας που προκαλεί τα ανάλογα με τη θέση της στο κεντρικό νευρικό σύστημα συμπτώματα την ώρα δηλαδή η εμφάνιση συμπτωματολογίας, που άλλοτε υποχωρούν πλήρως και άλλοτε μερικώς. Υπάρχουν όμως και πολλές κλινικά σιωπηλές πλάκες που ανακαλύπτονται νευροακτινολογικά, νευροφυσιολογικά ή και στην αυτοψία. Παλαιότερα υπήρχε η άποψη ότι στη νόσο, ενώ υπάρχει έντονη προσβολή της μυελίνης η καταστροφή των νευραξόνων συνέβαινε σε χρόνιες πλάκες, στα προχωρημένα στάδια της νόσου. Πρόσφατα μελέτες όμως έχουν δείξει ότι η καταστροφή νευραξόνων συμβαίνει και σε πρώιμες βλάβες. Η καταστροφή των νευραξόνων συμβάλλει στη δημιουργία μη αναστρέψιμων βλαβών και άρα ανάλογης μη αναστρέψιμης συμπτωματολογίας.

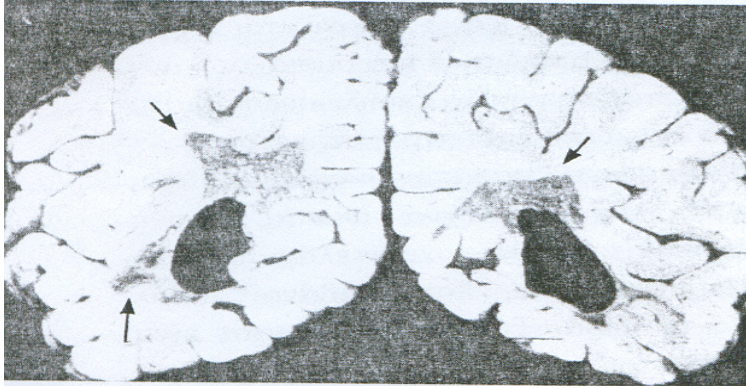
Οι νευράξονες με προσβολή της μυελίνης είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι σε έναν αριθμό εξωγενών παραγόντων, π.χ. αυξημένη θερμοκρασία του σώματος (πυρετός, πολύ ζεστό μπάνιο, υπερβολική άσκηση). Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να προκαλέσουν διακοπή αγωγιμότητας και επιδείνωση υπαρχόντων συμπτωμάτων ή εμφάνιση συμπτωμάτων από σιωπηλές κλινικά πλάκες.



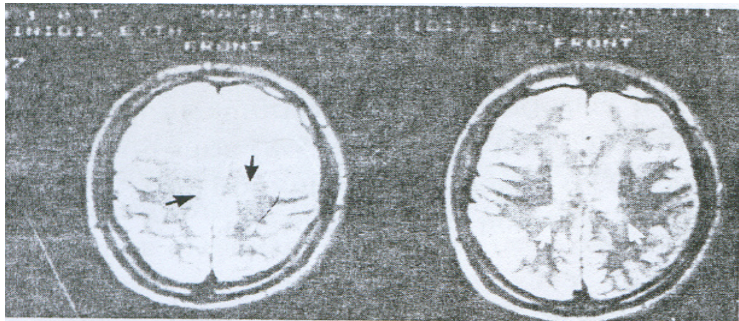
Εικόνα 2. πως βλάπτεται η μυελίνη στην Σ.Κ.Π. (παραστατικά)

1.4 ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ

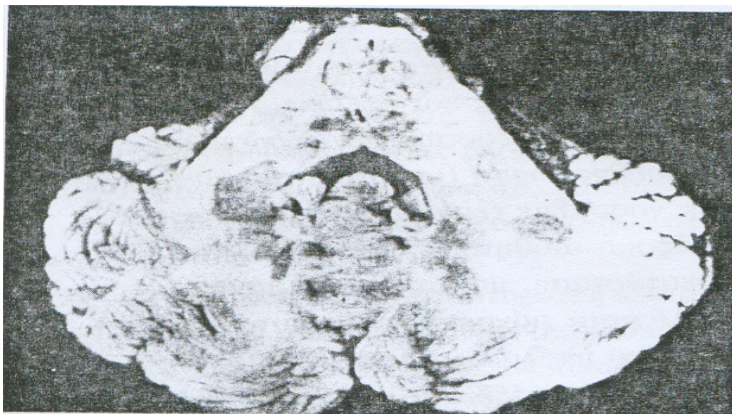
Μακροσκοπική εμφάνιση μικρών φαιόχρωων περιγεγραμμένων περιοχών στη λευκή ουσία αποτελούν τις απομυελινωτικές πλάκες. Ιδιαίτερα αυτές συσσωρεύονται περικοιλιακά στα ημισφαίρια γύρω από το υδραγωγό και την 4^η κοιλία, στην παρεγκεφαλίδα, το νωτιαίο μυελό και τα οπτικά νεύρα.



Εικόνα 3.



Εικόνα 4. Απομυελινωτικές πλάκες συρρέουν στη λευκή ουσία γύρω από τις πλάγιες κοιλίες των ημισφαιρίων. Η μαγνητική τομογραφία στην κάτω εικόνα απεικονίζει με σαφήνεια τις απομυελινωτικές πλάκες.



Εικόνα 5. Τυπική εικόνα απομυελινωτικών πλακών από σκλήρυνση κατά πλάκας.

Οι πλάκες έχουν όψη περιοχών με φαιορόδινο χρώμα και σαφή όρια από περιβάλλουσα λευκή ουσία του Κ.Ν.Σ. Οι βλάβες μπορεί να επεκτείνονται και στη φαιά ουσία, μολονότι τα νευρικά κύτταρα παραμένουν άθικτα κατά την μικροσκοπική εξέταση. Οι πλάκες ποικίλλουν σε μέγεθος από λίγα mm ,έως και αρκετά cm .Οι μεγαλύτερες σχηματίζονται με τη συνένωση μικρότερων και με την επέκταση των ορίων τους. Οι πλάκες μπορεί να εντοπίζονται οπουδήποτε στη λευκή ουσία, αλλά τυπικά εμφανίζονται περικοιλιακές περιοχές του εγκεφάλου, κάτω από την χοριοειδή μήνιγγα, στο εγκεφαλικό στέλεχος και τον νωτιαίο μυελό. Η τοπογραφία τους αντιστοιχεί στο φλεβικό δίκτυο του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού και δεν φείδονται ειδικών ανατομικών δομών. Το περιφερικό νευρικό σύστημα (Π.Ν.Σ)δεν προσβάλλεται. Κατά τη νεκροψία, ο αριθμός των ανευρισκομένων πλακών κατά κανόνα υπερβαίνουν τον αριθμό που αναμένεται με βάση τα κλινικά σημεία. Επομένως αρκετές πλάκες είναι ασυμπτωματικές. Αυτό αποδεικνύει, ότι κατά το μήκος των περιοχών, της απομυελίνωσης εξακολουθεί να επιτελείται στοιχειώδης αγωγή ερεθισμάτων. Πράγματι νεκροτομικές μελέτες αποδεικνύουν ότι το 2% των περιπτώσεων Π.Σ. παραμένουν κλινικά σιωπηρές στη διάρκεια της ζωής.

Μικροσκοπικά στις πλάκες υπάρχει έντονη απομυελίνωση με διάτρηση των νευραξόνων. Σε πρόσφατες πλάκες υπάρχει οίδημα, φαγοκυτταρική διήθηση, ενώ σε παλιές, προέχει η αύξηση της νευρογλοίας. Εμφανής είναι η δευτεροπαθής εκφύλιση μακρών αισθητικών και κινητικών ινών.

Τα χαρακτηριστικά των βλαβών της Π.Σ. εξαρτώνται από την ηλικία τους. Τυπικά, απαντούν βλάβες διαφόρων χρονικών φάσεων με ενδείξεις νέας δραστηριότητας γύρω από τα όρια των παλαιότερων. Μια πρόσφατη βλάβη δείχνει μια αξιοσημείωτη φλεγμονώδη αντίδραση, με μία περιαγγειακή διήθηση των μονοκυτταρικών κυττάρων και των λεμφοκυττάρων. Υπάρχει καταστροφή της μυελίνης και ένα ήπιος εκφυλισμός των ολιγοδενδροκυττάρων, με σχετική οικονομία σωμάτων νευρικών κυττάρων και των νευραξόνων. Οι ενεργείς βλάβες της Π.Σ. χαρακτηρίζονται από συναθροίσεις Τ-λεμφοκυττάρων και μονοκυττάρων μακροφάγων γύρω από τα φλεβίδια και τα όρια της πλάκας όπου καταστρέφεται η μυελίνη. Η διήθηση της λευκής ουσίας από φλεγμονώδη κύτταρα και ουσίες που εκλύουν θεωρούνται υπεύθυνες για την αποδόμηση της μυελίνης. Τα μακροφάγα είναι κύτταρα που προσλαμβάνουν τα συντρίμματα της μυελίνης. Μακροφάγα φορτωμένα με λίπος, που μπορεί να παραμείνουν στη περιοχή για μήνες, ίσως και για χρόνια, μετά την υποχώρηση της οξείας φλεγμονώδους αντίδρασης. Τα πλασμοκύτταρα συσσωρεύονται μέσα στις πλάκες και βρίσκονται συνήθως στο κεντρικό τους τμήμα.

Χαρακτηριστική είναι η αστρογλοιακή αντίδραση στα όρια των οξέων απομυελινωτικών βλαβών. Σε εγκατεστημένες από καιρό αδρανείς πλάκες είναι συνήθως η παρουσία παχιάς ινώδους γλοιώσης στις θέσεις της απομυελίνωσης όπου απομένουν μόνο λίγα περιαγγειακά μακροφάγα. Ο αριθμός των ολιγοδενδροκυττάρων στα όρια των πλακών είναι φυσιολογικός ή αυξημένος, ενώ μέσα στις πλάκες είναι μειωμένος, γεγονός που αποκαλύπτει ότι ο τύπος αυτός των κυττάρων τελικά χάνεται στη περίπτωση της Π.Σ.

Πράγματι το πρωτοπαθές γεγονός στη νόσο φαίνεται να είναι η καταστροφή των ολιγοδενδροκυττάρων.

Μέσα στο κεντρικό σύστημα (Κ.Ν.Σ.), η μυελίνη παράγεται από ολιγοδενδροκύτταρα. Στην Π.Σ. η αναγέννηση της μυελίνης γίνεται σε πολύ περιορισμένη έκταση. Η απουσία απομυελίνωσης, διεργασία απαραίτητη για την αποκατάσταση των προσβολών, είναι χαρακτηριστική. Η απορρόφηση του οιδήματος, όπως φαίνεται στην μαγνητική ή την αξονική τομογραφία, μπορεί να επιτρέπει αγωγή κατά άλματα στους νευράξονες με τμηματική απομυελίνωση. Η αποκατάσταση της αγωγής ίσως συσχετίζεται, μερικώς τουλάχιστον με τη δημιουργία διαύλων K^+ κατά μήκος του απομυελινοποιημένου νευράξονα και όχι μόνο στους κόμβους του Ranvier, όπως γίνεται στις εμμύελες ίνες.

Οι νευράξονες που βρίσκονται μέσα στις πλάκες, τείνουν να παραμένουν άθικτοι, μολονότι, στις οξείες βλάβες εμφανίζεται μερικές φορές έντονη νέκρωση με απώλεια νευραξόνων. Τουλάχιστον ποσοστό 10% των πλακών της Π.Σ. χαρακτηρίζονται από απώλεια νευραξόνων και οι μικροσκοπικές μελέτες αποκαλύπτουν ότι η απώλεια των νευραξόνων είναι περισσότερη γενικευμένη από ότι μπορεί να εκτιμηθεί με τη συνήθη ιστολογική εξέταση. Τα παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά της Π.Σ. δεν ευθύνονται για τις από ώρα σε ώρα και από μέρα σε μέρα, εξάρσεις και υφέσεις της λειτουργίας, που είναι τόσο χαρακτηριστικές της νόσου. Η αγωγή των διεγέρσεων με τα απομυελινοθέντα νεύρα είναι τροποποιημένη και μεταβάλλεται περαιτέρω με τις παροδικές μεταβολές του εσωτερικού περιβάλλοντος, όπως τις μεταβολές της θερμοκρασίας, του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών ή με το stress. Ο πυρετός ή ακόμη και ελάχιστη αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, όπως π.χ. μετά από ένα ζεστό λουτρό ή ελαφρά άσκηση, μπορεί να προκαλέσουν αδυναμία από τις περιοχές με απομυελίνωση και να οδηγήσουν σε φευγαλέα σημεία και συμπτώματα. Ο μηχανισμός αυτής της κόπωσης των νευραξόνων είναι άγνωστος, αλλά υποτίθεται ότι συμβαίνει κάποιος τύπος αποκλεισμού της αγωγής.

1.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η συχνότητα της νόσου αυξάνεται με την αύξηση του γεωγραφικού πλάτους τόσο προς το βόρειο όσο και προς το νότιο ημισφαίριο. Ο επιπολασμός της νόσου για χώρες μακριά από τον Ισημερινό φθάνει το 40-80 σε 100.000 πληθυσμό, αλλά σε ορισμένες περιοχές, όπως στη Σκοτία, είναι και πολύ μεγαλύτερη. Γενικά ζώνες με μεγαλύτερη συχνότητα είναι η βόρεια Ευρώπη, ο Καναδάς, οι Βόρειες Πολιτείες των ΗΠΑ και η Αυστραλία. Στις περιοχές της νότιας Ευρώπης ο επιπολασμός βρίσκεται μεταξύ 10-40 σε 100.000, στη χώρα μας έχει βρεθεί στο 29,5, κοντά στον Ισημερινό η συχνότητα είναι μικρότερη από 5 σε 100.000.

Η νόσος είναι συχνότερη στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες (1,5 προς 1). Η συχνότερη ηλικία έναρξης είναι η νεαρή ενήλικη (20-30), αλλά η έναρξη της νόσου δεν είναι σπάνια και στη 5^η ακόμα δεκαετία. Σπάνια είναι η έναρξη πριν από το 15^ο έτος ηλικίας και μετά το 60^ο έτος. Στις μεγαλύτερες ηλικίες η νόσος τείνει να εμφανιστεί με τη χρόνια προοδευτική μορφή με νωτιαία εντόπιση, αλλά υπάρχουν και περιπτώσεις με εξάρσεις και υφέσεις. Η ύπαρξη περιβαλλοντικού παθολογικού παράγοντα υποστηρίζεται από το γεγονός ότι τα άτομα που μετανάστευσαν σε μικρή ηλικία από χώρες με υψηλή συχνότητα της νόσου (π.χ. Μεγάλη Βρετανία) σε χώρες με χαμηλή συχνότητα (π.χ. Νότια Αφρική) εμφάνιζαν, τη συχνότητα της χώρας προορισμού τους, ενώ αν μετανάστευαν σε ηλικία μεγαλύτερη των 15 ετών, εμφάνιζαν συχνότητα ανάλογη με τις χώρες από όπου ξεκίνησαν. Αυτό είναι ενδεικτικό της δράσης κάποιου περιβαλλοντικού παράγοντα στα πρώτα χρόνια της ζωής του πάσχοντα. Τον περιβαλλοντικό παράγοντα υποστηρίζουν και οι λεγόμενες επιδημίες της νόσου στα νησιά Φαρόε (στις ακτές της Σκωτίας), όπου ενώ η νόσος ήταν άγνωστη, εμφανίσθηκε σε πολύ μεγάλη συχνότητα μετά την κατάληψη τους από τα βρετανικά στρατεύματα.

Μία πρόσφατη σκέψη υποθέτει ότι η εμφάνιση της Π.Σ επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες. Αυτοί είναι

α) Γενετικοί παράγοντες: Η επίπτωση της νόσου μεταξύ των Ινδιάνων και των μαύρων της Αμερικής είναι μικρότερη συγκριτικά με εκείνη των λεύκων κατοίκων που ζουν στις ίδιες περιοχές.

Η οικογενειακή τάση προς την Π.Σ. έχει αποδειχθεί τώρα επαρκώς, αλλά δεν έχει βρεθεί ένα ξεκάθαρο δείγμα κληρονομικότητας. Περίπου 15% των ασθενών με Π.Σ. έχουν έναν μολυσμένο συγγενή. Ο μεγαλύτερος βαθμός συμφωνίας είναι για τα πανομοιότυπα δίδυμα, περίπου 30%. Τα μη πανομοιότυπα δίδυμα αδέρφια, μολύνονται στο 5% των περιπτώσεων. Επίσης υποστηρίζεται ένας γενετικός παράγοντας από την υπερβολή συγκεκριμένων αντιγόνων ιστοσυμβατότητας που βρίσκονται στην Π.Σ. Το HLA- DR², -DR³, -B⁷ και το A³ έχουν όλα υπερπαρουσιαστεί και πιστεύεται ότι είναι γενετικοί δείκτες για μια ευαισθησία του γονιδίου της Π.Σ.

β) Αυτοανασολογικοί παράγοντες: Τα επεισόδια της Π.Σ. συνοδεύονται με αλλοιώσεις στις ιδιότητες των μονοκυττάρων και λεμφοκυττάρων του περιφερικού αίματος αύξηση της έκκρισης προσταγλαδινών από τα μακροφάγα (που με τη σειρά της επηρεάζει τις ιδιότητες των λεμφοκυττάρων), ελάττωση της κυτταροκατασταλτικής επίδρασης, αύξηση των ενεργοποιημένων T-λεμφοκυττάρων που αποκαλύπτεται με την έκφραση τους σε ορισμένα επιφανειακά αντιγόνα, αύξηση της εξαρτώμενης από τα T-λεμφοκύτταρα έκκρισης των ανοσοσφαιρινών in vitro, μείωση από τα μακροφάγα, της λειτουργικότητας των φονικών κυττάρων. Όλα τα παραπάνω είναι άγνωστο αν συσχετίζονται αιτιολογικά με τη νόσο.

Η ενεργοποίηση των T-λεμφοκυττάρων στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό είναι έκδηλη στην οξεία φάση της νόσου.

γ) **Εκλυτικοί παράγοντες:** Πολλές προσβολές Π.Σ. παρατηρούνται χωρίς να προηγηθεί κάτι συγκεκριμένο. Ίσως προηγούνται σε αρκετές περιπτώσεις, ιώσεις. Κακώσεις ή και συναισθηματικά ένταση έχουν επίσης επισημανθεί να προηγούνται. Η πιθανότητα να υπάρξει επεισόδιο Π.Σ. μετά τους πρώτους 6 μήνες από την εγκυμοσύνη είναι μεγαλύτερη από την τυχαία επίπτωση, αν και αυτό εξισορροπείται από την μειωμένη επίπτωση της νόσου στο 2^ο και 3^ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Στις εγκατεστημένες μορφές, ο τραυματισμός, συμπεριλαμβανόμενης της οσφυονωτιαίας παρακέντησης, μυελογραφίας και της χειρουργικής επέμβασης δεν συσχετίζονται με τα επεισόδια ή την επιδείνωση της αναπηρίας, ούτε μεταβάλλεται η πορεία της νόσου με τις συναισθηματικές καταπονήσεις. Το ίδιο ισχύει και για τους εμβολιασμούς.

1.6 ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΠΑΘΗΣΗΣ

Ανάλογα με την πορεία και τη βαρύτητα της νόσου μπορούμε να διακρίνουμε τις εξής μορφές Π.Σ.

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

β) **Υποτροπιάζουσα μορφή:** Είναι η πιο συνηθισμένη κλασική μορφή με εξάρσεις και υφέσεις. Σε αυτήν ανήκει το 85% των περιπτώσεων. Εδώ υπάγεται και η καλοήθης μορφή (με συχνότητα 20% στο σύνολο της νόσου) με ελαφριές εξάρσεις στο υπόλοιπο ποσοστό της υποτροπιάζουσας μορφής με την πάροδο του χρόνου, οι εξάρσεις αφήνουν φυσικά μόνιμα υπολείμματα που προκαλούν αναπηρίες (τις σοβαρότερες συνήθως στα πρώτα πέντε χρόνια). Η υποτροπιάζουσα μορφή μπορεί με την πάροδο του χρόνου (μετά από 6-10 χρόνια) να μεταπέσει σε χρόνια προϊούσα μορφή.

γ) **Δευτερεύων προοδευτική μορφή :** Είναι όπως και ο τύπος της υποτροπιάζουσας αλλά με τις επαναλαμβανόμενες κρίσεις η πάθηση εξελίσσεται σε μία προοδευτική επιδείνωση. Χρειάζονται συνήθως 15 έως 20 χρόνια από την αρχική διάγνωση για να διευκρινιστεί ο τύπος. Το 40% των ασθενών έχει την μορφή αυτή.

δ) Πρωτεύων προοδευτική μορφή : Μερικοί ασθενείς δεν έχουν την μορφή της κατά ώσεις εξέλιξη με περιόδους εξάρσεων και υφέσεων .Από την αρχή έχουμε μία προοδευτική επιδεινούμενη αναπηρία. Ο τύπος αυτός είναι γνωστός και ως χρόνιος εξελισσόμενος και αφορά το 15%των ασθενών.

ε) Κεραυνοβόλος (κακοήθης) μορφή: Η μορφή αυτή είναι πολύ σπάνια με εκρηκτική έναρξη και επακόλουθη γρήγορη εξέλιξη και θάνατο.

Με βάση την κατανομή της βλάβης διακρίνουμε:

Γενικευμένη μορφή (με διαταραχές οπτικές, στέλεχος, παρεγκεφαλίδα, οπίσθια κέρατα νωτιαίου μυελού).

Νωτιαία μορφή (σπαστικό –αταξικό βάδισμα, προσβολή κάτω άκρων –σπαστικότητα και ορθοκυστικές διαταραχές).

Παρεγκεφαλιδική μορφή (αταξία, μυϊκή ασυνεργία, διαταραχές κιναισθησίας)

Πιο σπάνια η ασθένεια είναι σταθερά εξελισσόμενη από το ξεκίνημα. Αυτό ονομάζεται «Πρωταρχικός» αναπτυσσόμενη Π.Σ. και είναι πιο συχνή όταν το ξεκίνημα γίνεται σε προχωρημένη ηλικία.

1.7 ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ - ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η έναρξη των συμπτωμάτων της Σ.Κ.Π. συνήθως γίνεται τελείως ξαφνα σε νεαρούς ενήλικες οι οποίοι “χαίρουν άκρας υγείας” . Στην πραγματικότητα πολλοί ασθενείς θα εξομολογηθούν ασαφή αισθήματα αδιαθεσίας κατά τους προηγούμενους μήνες ή χρόνια .Πρόκειται για ασυνήθεις αισθητικές διαταραχές, πόνους, υπνηλία. Συνήθως υπάρχει ένα ιστορικό που παραπέμπει σε προηγούμενο επεισόδιο απομυελίνωσης, όπως διπλωπία, ίλιγγος, τύφλωση, η αδυναμία άκρων. Η έναρξη των συμπτωμάτων μπορεί να γίνει αστραπιαία μέσα σε λίγα λεπτά ή να διαρκέσει μήνες. Τυπικά τα συμπτώματα εξελίσσονται μέσα σε ώρες η μέρες.

Το σημείο Lhermitte – με αίσθημα σαν να περνά κατά μήκος της σπονδυλικής στήλης κατά την κάμψη της κεφαλής –είναι αρκετά σταθερό σύμπτωμα αυχενικής μυελοπάθειας. Παρατηρείται συνήθως, όταν υπάρχει απομυελίνωση στην Α.Μ.Σ.Σ. του νωτιαίου μυελού.

Στο 25% των περιπτώσεων η εκδήλωση γίνεται με οξεία η υποξεία απώλεια της όρασης σε ένα η στα δύο μάτια. Πάρεση των μυών του οφθαλμού που οφείλεται σε προσβολή περιοχών του μεσεγκεφάλου η της γέφυρας του εγκεφάλου μπορεί να οδηγήσει σε διπλωπία και πτώση του στραβισμού.

Σχεδόν σε όλους τους ασθενείς τα κάτω άκρα προσβάλλονται περισσότερο και οι νευρικές ίνες των κάτω άκρων παρουσιάζουν μεγαλύτερη διάρκεια προσβολής. Συνήθως η ασθένεια ξεκινά με σημεία παρεγκεφαλιδικής δυσλειτουργίας, με νυσταγμό, αταξία και παρεγκεφαλιδική δυσαρθρία. Ο νυσταγμός σε συνδυασμό με δυσαρθρία και τρόμο κατά την εκούσια κίνηση, είναι η δοκιμασία Charhot και αποτελεί κλασσικό χαρακτηριστικό της σκλήρυνσης κατά πλάκας.

Τα αρχικά συμπτώματα κατά συχνότητα εμφάνισης είναι : Κινητική αδυναμία, Νευρίτιδες, Παραίσθηση, Ασταθής βάδιση, Διπλωπία, Ίλιγγος-εμετός, Διαταραχές ούρησης (συχνουρία).

1.7.1 ΠΑΡΟΞΥΜΙΚΑ ΣΥΜΤΩΜΑΤΑ

Διαρκούν από λίγα δευτερόλεπτα μέχρι λεπτά, διακρίνονται σε παροξυσμούς, της πορείας της νόσου που είναι δυνατόν να αυξηθούν σε μερικές εβδομάδες και σε συμπτώματα που χειροτερεύουν ή εμφανίζονται ταυτόχρονα με αυξήσεις της θερμοκρασίας του σώματος εξαιτίας άσκησης ή έκθεσης σε θερμότητα.

Τα συμπτώματα αυτά είναι :

Νευραλγία τριδύμου, με εκλυκτική ζώνη τη γωνία του στόματος ή τα ούλα

Τονικές συσπάσεις που χαρακτηρίζουν από ισχυρή σύσπαση των μυών του προσώπου, του κορμού και των άκρων.

Επεισόδια αταξίας

Δυσαρθρία που σαν αποτέλεσμα μυϊκής αδυναμίας ή ασυνέργειας των μυών της γλώσσας και των χειλών, εκδηλώνεται με κακή άρθρωση των συμφώνων.

Σημείο Lhermitte

1.7.2 ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ

α) ΒΛΑΒΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΑΡΕΓΚΕΦΑΛΙΔΑ

i) Υποτονία

Ειδικότερα στους εν τω βάθει μυς της στάσης, προκαλεί έλλειψη σταθερότητας και ελλιπείς αντιδράσεις της στάσης. Υπάρχει απώλεια αντίστασης κατά την παθητική κινητοποίηση των αρθρώσεων. Οι μυς είναι πλαδαροί και το μέλος ταλαντεύεται όταν ο ασθενής προσπαθεί να το κρατήσει σε μια θέση. Η ισορροπία είναι ανεπαρκής. Η υποτονία των μυών της στάσης του κορμού και των κεντρικών αρθρώσεων των άκρων, προκαλεί απώλεια σταθερότητας με αποτέλεσμα όταν γίνεται από τον ασθενή μια προσπάθεια να ενεργητικής κίνησης, το μέλος να ταλαντεύεται και τα περιφερικά άκρα δεν μπορούν να τοποθετηθούν με ακρίβεια.

ii) Αταξία

Η αταξία παρουσιάζεται εξαιτίας της προσβολής στην παρεγκεφαλίδα που είναι υπεύθυνη για την ενεργητική κίνηση. Υπάρχει αδυναμία βάρδισης επειδή η λεκάνη δεν είναι σταθερή. Δεν υπάρχει συνεργασία των διαφόρων μυϊκών ομάδων που απαιτούνται για μια κίνηση, η κίνηση αυτή γίνεται ανορθόδοξα και οι εναλλασσόμενες κινήσεις είναι ανύπαρκτες. Η ασυνεργία είναι φανερή στις λεπτές κινήσεις τω δακτύλων. Ο νυσταγμός αυξάνει από ασυνεργία των μυών του οφθαλμού και η δυσαρθρία από ανικανότητα να συνεργήσουν χείλη, λάρυγγας και γλώσσα. Ο συνδυασμός υποτονίας και ασυνεργίας παράγει ένα κλονισμένο βάδισμα που μοιάζει με το εκείνο του μεθυσμένου.

β) ΒΛΑΒΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΝ ΣΤΟ ΠΥΡΑΜΙΔΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η υπερτονία και τα αυξημένα αντανακλαστικά είναι οι χαρακτηριστικές εικόνες. Τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν με ελαφριά σπαστικότητα στους γαστροκνήμιους μύες και με αδυναμία ραχιαίας κάμψης του άκρου πόδα, έτσι ώστε να σέρνεται ελαφριά. Ο ασθενής αισθάνεται βάρος στα πόδια και κουράζεται εύκολα.

Σταδιακά η σπαστικότητα απλώνεται μέχρι να εγκατασταθεί τελείως. Παρουσιάζεται κλώνος στο γόνατο και στην ποδοκνημική άρθρωση. Ακόμα μπορεί να παρουσιαστεί αμμοδία και αυξημένα τενόντια αντανακλαστικά στα άνω άκρα.

Καθώς εγκαθίστανται περισσότερες εστίες αρχίζει να εμφανίζεται σπασμός. Αρχικά μπορεί να είναι ευκαιριακός και ελαφρύς, αλλά σταδιακά αυξάνει τόσο που για να παρουσιαστεί δεν απαιτείται παρά ένας ελάχιστος ερεθισμός.

Στο στάδιο αυτό, αρχίζουν και τα προβλήματα της κύστης, με την πρόσθετη επίσης εμφάνιση κάποιας αταξίας. Είναι πιθανόν, να δούμε στο στάδιο αυτό προσβολή του κορμού με αποτέλεσμα την αδυναμία ακόμη και να καθίσει ο ασθενής.

γ) ΒΛΑΒΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΝ ΣΤΑ ΠΡΟΣΘΙΑ ΚΕΡΑΤΑ

Στις βλάβες που επικρατούν στα πρόσθια κέρατα έχουμε σοβαρά προβλήματα κιναισθησίας. Ο ασθενείς αγνοεί την θέση των αρθρώσεων, εκτός αν πρέπει, είναι ικανός να εκτελέσει οποιαδήποτε συνδυασμένη κίνηση. Το περπάτημα του είναι αταξικό και αν συνδυάζεται και με απώλεια αισθητικότητας του πέλματος, το περπάτημα μοιάζει με εκείνο της νωτιαίας φθίσης.

δ) ΒΛΑΒΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΝ ΣΤΙΣ ΟΠΙΣΘΙΕΣ ΔΕΣΜΕΣ

Η αταξία που οφείλεται σε βλάβη των οπίσθιων στηλών παρουσιάζει μια κλινική εικόνα στην οποία προέχουν διαταραχές ισορροπίας στη στάση και στη βάδιση. Η τελευταία είναι ασταθής, αβέβαιη και χαρακτηριστική καλπαστική. Η συνολική διαταραχή γίνεται πιο έντονη με το κλείσιμο των ματιών. Η αταξία στις εκούσιες κινήσεις είναι λιγότερο έκδηλη. Υπάρχει αστοχία, όταν τα μάτια είναι κλειστά, στις διάφορες δοκιμασίες για τη συνέργεια και κινητικός τρόπος της παρεγκεφαλιδικής αταξίας.

Τα συμπτώματα είναι δυνατό να αναπτυχθούν γρήγορα, μέσα σε ώρες, σε μερικές μέρες ή εβδομάδες. Συνήθως αναπτύσσονται μέσα σε 6-15 ώρες.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ Σ.Κ.Π.

| Συμπτώματα | Νευρολογικές δομές που περιπλέκονται |
|---------------------|---|
| Επηρεασμένη όραση | Οπτικό νεύρο |
| Διπλωπία | III ή VI κρανιακά νεύρα |
| Αδυναμία κάτω άκρων | Πυραμιδικό σύστημα |
| Παραίσθηση – αταξία | Οπίσθιες στήλες |

| | |
|---|-----------------|
| Δυσαρμονία, αταξία | Παρεγκεφαλίτιδα |
| Τρόμος του σκοπού, επηρεασμένη ομιλία | Παρεγκεφαλίτιδα |
| Ακράτεια ούρων | Νωτιαίος μυελός |
| Συναισθηματικές αλλαγές (ευφορία, κατάθλιψη) | Υποθάλαμος |

Πίνακας 1. Συμπτώματα και νευρολογικές δομές που εμπλέκονται

Έχει αποδειχθεί ότι η αύξηση της θερμοκρασίας έχει σαν αποτέλεσμα την επιδείνωση των συμπτωμάτων της Π.Σ. Οι ασθενείς συχνά παραπονιούνται ότι τα συμπτώματά τους είναι περισσότερα σε καλό καιρό ή ότι μπορούν να μπου σε ένα ζεστό μπάνιο, αλλά δεν μπορούν να βγουν ξανά έξω. Επομένως οι ασθενείς με Π.Σ. θα πρέπει να αποφεύγουν τις ακραίες θερμοκρασίες.

ε) ΤΑ ΑΚΟΛΟΥΘΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΜΦΑΝΙΖΟΝΤΑΙ ΕΙΝΑΙ ΜΟΝΑ ΤΟΥΣ ΕΙΤΕ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΤΑ ΑΛΛΑ

Κινητικά συμπτώματα

- ❖ Σπαστικότητα και αντανακλαστικός σπασμός
- ❖ Αδυναμία
- ❖ Συσπάσεις
- ❖ Διαταραχές βαδίσματος
- ❖ Κούραση
- ❖ Εγκεφαλικά και προμηκηκά συμπτώματα
- ❖ Νυσταγμός
- ❖ Εκούσιος τρόμος

Αισθητικά συμπτώματα

Μούδιασμα
 Παραίσθηση
 Δυσαισθησία
 Αιμωδία
 Διαταραχή επιπολής αισθητικότητας

Οπτικά συμπτώματα

Μειωμένη οπτική οξύτης
 Διπλωπία
 Σκότωμα(περιοχή ελαττωμένης οράσεως στο οπτικό πεδίο)
 Οφθαλμικός πόνος, άλγος

Συμπτώματα ουροποιητικού

- ❖ Συχνουρία
- ❖ Ακράτεια
- ❖ Δυσκοιλιότητα

Σεξουαλικά συμπτώματα

Ανικανότητα
Μειωμένη γενετήσια ορμή

Αντιληπτικά και συναισθηματικά συμπτώματα

Κατάθλιψη
Ευφορία
Συναισθηματικά αστάθεια
Διαταραχές κρίσεις
Αγνωσία
Διαταραχές μνήμης
Μειωμένη αντιληπτικότητα
Μειωμένη προσοχή και συγκέντρωση
Δυσφορία

1.8 ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Ο διαχωρισμός των συμπτωμάτων της πολλαπλής σκλήρυνσης πέρα από την απλή αναφορά διαχωρίζεται σε πρωτογενή, δευτερογενή, και τριτογενή.

Πρωτογενή συμπτώματα είναι το άμεσο αποτέλεσμα της απομυελίνωσης της λευκής ουσίας στο Κ.Ν.Σ. Πολλά από αυτά τα συμπτώματα μπορούν να ελεγχθούν αποτελεσματικά με τη φαρμακευτική αγωγή και φυσικοθεραπεία.

Δευτερογενή συμπτώματα είναι οι επιπλοκές που προκύπτει σαν αποτέλεσμα των πρωταρχικών συμπτωμάτων. Για παράδειγμα η δυσλειτουργία της κύστης μπορεί να προκαλέσει επαναλαμβανόμενες ουρολοιμώξεις. Η μη ενεργοποίηση μπορεί να καταλήξει σε αδυναμία λόγω αχρησίας. Τα δευτερογενή συμπτώματα μπορούν να θεραπευτούν ο πλέον ευνοϊκός στόχος είναι να αποφεύγουμε, θεραπεύοντας τα αρχικά συμπτώματα.

Τριτογενή συμπτώματα είναι οι επαγγελματικές, κοινωνικές και ψυχολογικές επιπλοκές των πρωτογενών και δευτερογενών συμπτωμάτων. Η ένταση της αντιμετώπισης μιας χρόνιας νευρολογικής πάθησης μπορεί πιθανότατα να διαλύσει τις προσωπικές σχέσεις. Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνά ανάμεσα σε άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας. Μπορεί να είναι πρωτογενές, δευτερογενές ή τριτογενές σύμπτωμα.

1.9 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση βασίζεται στην έναρξη της νόσου στη νεαρή ηλικία, στο χαρακτηριστικό ιστορικό των εξάρσεων και υφέσεων, με την εμφάνιση συμπτωμάτων με διασπορά στο κεντρικό νευρικό σύστημα και στον χρόνο, στην πολυεστιακή σημειολογία και στις εργαστηριακές εξετάσεις. Στην κλινική πράξη κατατάσσουμε τους αρρώστους σε 3 κατηγορίες όσον αφορά την στη βεβαιότητα της διάγνωσης (κριτήρια των Poser και συν)

Βέβαιη πολλαπλή σκλήρυνση αν έχουμε τουλάχιστον έναν από τους παρακάτω τέσσερις συνδυασμούς:

- α) Ιστορικό δύο προσβολών και κλινική ένδειξη για δύο ξεχωριστές βλάβες.
- β) Ιστορικό δύο προσβολών, κλινική ένδειξη (προκλητά δυναμικά, νευροαπεικόνιση) για άλλη μια ξεχωριστή βλάβη.
- γ) Ιστορικό δύο προσβολών, κλινική η παρακλινική ένδειξη μίας βλάβης και αύξηση της γ-σφαιρίνης ή και ολιγοκλωνικές ζώνες στο ENY.
- δ) Ιστορικό μίας προσβολής, κλινική η παρακλινική ένδειξη δύο ξεχωριστών βλαβών και αύξηση της γ-σφαιρίνης ή και παρουσία ολιγοκλωνικών ζωνών στο E.N.Y.

Δυνατή πολλαπλή σκλήρυνση αν έχουμε έναν από τους παρακάτω τέσσερις συνδυασμούς:

- α) Ιστορικό δύο προσβολών και κλινική ένδειξη μίας βλάβης.
- β) Ιστορικό μίας προσβολής και κλινική ένδειξη δύο ξεχωριστών βλαβών.
- γ) Ιστορικό μιας προσβολής και παρακλινική ένδειξη μίας ακόμη βλάβης.
- δ) Ιστορικό δύο προσβολών και αύξηση της γ-σφαιρίνης ή και ολιγοκλωνικές ζώνες στο E.N.Y.

Πιθανή πολλαπλή σκλήρυνση στη διαβάθμιση αυτή κατατάσσουμε τον άρρωστο, όταν συνδυάζονται μόνο με 2 από τα παραπάνω στοιχεία (από το ιστορικό, την κλινική ή παρακλινική εξέταση).

Η αναφορά σε δύο προσβολές σημαίνει ότι αυτές αναφέρονται σε διαφορετικά μέρη του Κ.Ν.Σ. και τις χωρίζει τουλάχιστον περίοδος ενός μήνα. Σε κάθε περίπτωση για να θεωρηθεί μία προσβολή πλήρης πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον 24 ώρες. Θα πρέπει πάντως να τονισθεί εδώ ότι στην κλινική πράξη να τίθεται με σιγουριά η διάγνωση της πολλαπλής σκλήρυνσης, αν υπάρχουν τουλάχιστον δύο υποτροπές από τις οποίες η καθεμία να προσβάλλει διαφορετικές περιοχές του Κ.Ν.Σ.

Οι εξετάσεις που γίνονται είναι :

α. Οσφυϊκή παρακέντηση και ανάλυση εγκεφαλονωτιαίου υγρού

Το πιο αξιόπιστο και καθοριστικό τεστ για Σ.Κ.Π. και παρέχει εγκεφαλονωτιαίο υγρό για εργαστηριακή ανάλυση. Οι τυπικές αλλαγές που εμφανίζονται σε ασθενείς με Π.Σ. περιλαμβάνουν μια ήπια αύξηση των πρωτεϊνών και / η λεμφοκυττάρων, αύξηση του επιπέδου IgG πάνω από τη φυσιολογική τιμή II στο E.N.Y. (εμφανίζονται σε ποσοστό 70% των ασθενών) και ολιγόκλωνες ζώνες(εμφανίζεται σε ποσοστό 90% των ασθενών). Αυτές οι ανοσοσφαιρινικές ανωμαλίες δεν εμφανίζονται μόνο στη Π.Σ., αλλά έχουν εντοπιστεί και σε ιωδίσει περιστασιακά βακτηριακές προσβολές. Αύξηση του επιπέδου της βασικής μυελικής πρωτεΐνης ή των μυελικών πρωτεολυτικών φραγμών είναι ένδειξη για ενεργή απομυελίνωση και είναι χρήσιμοι διαγνωστικοί παράγοντες κατά τη διάρκεια των επεισοδίων έξαρσης.

β. Μαγνητική και αξονική τομογραφία

Η αξονική τομογραφία είναι χρήσιμη στη εντόπιση των πολλαπλών αλλοιώσεων και κατά τη διάρκεια των εξάρσεων. Η μαγνητική τομογραφία (N.M.R.) επίσης χρησιμεύει στη διάγνωση των αλλοιώσεων και είναι πιο ευαίσθητη από την αξονική στην εντόπιση των μικρών πλακών. Η μαγνητική απεικόνιση αποκαλύπτει συχνά ανωμαλίες στον εγκέφαλο ασθενών με Π.Σ. αλλά η διαγνωστική ακρίβεια αυτών των εξετάσεων δεν αποδείχθηκε.

Τα κριτήρια για τη διάγνωση πολλαπλής σκλήρυνσης από μαγνητική τομογραφία

Οι αλλοιώσεις θα πρέπει να είναι μεγαλύτερες από 3mm σε διάμετρο

Οι αλλοιώσεις να επικρατούν στη λευκή ουσία

Ωοειδείς αλλοιώσεις είναι εύρημα της πολλαπλής σκλήρυνσης

Αλλοιώσεις μεγαλύτερες από 6mm διάμετρο βρίσκονται συνήθως στην πολλαπλή σκλήρυνση

Αλλοιώσεις στο εγκεφαλικό στέλεχος συνήθως υπάρχουν στην πολλαπλή σκλήρυνση

Πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον τρεις αλλοιώσεις, μια περικοιλιακή, ωοειδής, μεγαλύτερη από 6 mm διάμετρο ή στο εγκεφαλικό στέλεχος.

γ. Εργαστηριακές μελέτες

Εξέταση

Κύτταρα

Πρωτεΐνες

γ-σφαιρίνη

IgGt αναλογία αλουμινίου

Ηλεκτροφόρτιση

Ευρήματα

Λεμφοκύτταρα φυσιολογικά -50ml

Φυσιολογικές -100 ml

Αυξημένη

Σε υπερβολική 27%

Ολιγοκλωνικές δεσμίδες

δ. Ηλεκτροφυσιολογικά τεστ

Προκαλούμενα δυναμικά

Οπτικά : Μη φυσιολογικά σε 70-80% των περιπτώσεων

Σωματοαισθητικά : Μη φυσιολογικά σε 60-70% των περιπτώσεων

Ακουστικά : Μη φυσιολογικά σε 50% των περιπτώσεων .

ε. C-T εγκεφάλου

Μπορεί να δείξουν πλάκες στις χαμηλές πυκνότητας περιοχές και πρόσφατη απομυελίνωση στις υψηλές πυκνότητα περιοχές.

στ. Πυρηνική μαγνητική απήχηση (NMR)

Αποτελεσματική στη συγκέντρωση κλινικών βλαβών στο Κ.Ν.Σ.

ζ. Τεχνική θερμότητα Χρησιμοποιείται με προσοχή. Μπορεί να φανερώσει ένα λανθάνων σύμπτωμα, οπτικό, κινητικό, αισθητικό.

1.10 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Αν και πρόγνωση της Σ.Κ.Π. είναι αβέβαιη, υπάρχουν παράγοντες οι οποίοι φαίνονται να προβλέπουν μια ευνοϊκή πορεία.

Το θηλυκό φύλο

Η έναρξη πριν την ηλικία των 35 ετών

Η προσβολή μιας περιοχής του ΚΝΣ έναντι των πολλαπλών περιοχών

Η πλήρης ανάρρωση μετά από μια έξαρση, η οποία αφήνει λίγες ή καθόλου υπολειπόμενες βλάβες.

Παράγοντες που τείνουν να σχετίζονται με μια φτωχή πρόγνωση περιλαμβάνουν:

- ❖ Το αρσενικό φύλο
- ❖ Έναρξη μετά τα 35 έτη
- ❖ Συμπτώματα από το εγκεφαλικό στέλεχος, όπως νυσταγμός, διπλωπία, τρόμος. Αταξία και δυσαρθρία
- ❖ Ανεπαρκής ανάνηψη μετά από εξάρσεις
- ❖ Συχνές προσβολές

Επειδή μεγάλο μέρος της διαδικασίας της νόσου λαμβάνει χώρα υποκλινικά για τα πρώτα 5-10 χρόνια της ασθένειας, πρώιμες κλινικές εκδηλώσεις δίνουν μόνο κάποια ατελή ένδειξη της δράσης της υποκείμενης νόσου ή της μελλοντικής της πορείας. Η δράση της ασθένειας όπως φαίνεται στην MRI θεωρείται όλο και περισσότερο ο καλύτερος προγνωστικός δείκτης.

Βιβλιογραφία

1. Αναστάσιος Ωρολογάς. Σκλήρυνση κατά πλάκας, Θεσσαλονίκη Μάρτιος 2005.
2. Θεόδωρος Ράπτης. Πολλαπλή Σκλήρυνση, ειδικές ασκήσεις και η θεωρία τους. Πρόγραμμα Υποστήριξης Ασθενών ,Αθήνα 2006 .Genesis fharma sa.
3. Θωμάς Ανδρ. Μιχαέλιας. Εφαρμοσμένη Φυσικοθεραπεία στις Ιατρικές ειδικότητες. Θεσσαλονίκη 2005. University Studio Press
4. Ιατρική Σχολή Harvard «Όλα για την Υγεία». Δεύτερη έκδοση. Τόμος 2 Θεσσαλονίκη 2004. Μετάφραση για την Ελληνική γλώσσα , εκδόσεις Φλούδας.
5. Λογοθέτης Α. Ιωάννης, Ιωάννη Μυλωνά . Νευρολογία Λογοθέτη. Τέταρτη έκδοση. Θεσσαλονίκη 2004.University Studio Press
6. Ρόσμπογλου Στυλιανός. Φυσικοθεραπεία σε παθήσεις κακώσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος .Θεσσαλονίκη 2002

Ξένη Βιβλιογραφία

1. Debra Frankel. Multiple Sclerosis .Third Edition .Copyright 1995 by Mosby –Year Book, Inc.
2. Sarcoidosis.gr. Forum – Σκλήρυνση κατά πλάκας

ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

2.1 ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας διακρίνεται σε τέσσερις τομείς:

Θεραπεία των οξέων υποτροπών (ώσεων)

Υποστηρικτική θεραπεία (συμβουλευτική, φυσική αποκατάσταση, ψυχολογική στήριξη)

Συμπτωματική θεραπεία (των διαφόρων συμπτωμάτων της νόσου, όπως της σπαστικότητας, του αισθήματος κόπωσης και κυστικών διαταραχών)

Προληπτική θεραπεία

α) Για την αντιμετώπιση των οξέων υποτροπών τα στεροειδή είναι τα φάρμακα εκλογής στις εξάρσεις. Σε σχετικά ήπιες υποτροπές χορηγείται από το στόμα πρεδνιζόνη (60-90mg ημερησίως αρχική δόση) ή μεθυλπρεδνιζολόνη (48-64mg ημερησίως αρχική δόση) σε προοδευτικά μειωμένες δόσεις για 3 εβδομάδες. Σε βαριές εξάρσεις χρησιμοποιούνται μεγαλύτερες δόσεις δηλαδή ενδοφλέβια μεθυλπρεδνιζολόνη 1gr σε 200cc NaCl σε στάγδην έγχυση κάθε μέρα για 5 ημέρες και αν δεν υπάρξει ικανοποιητική απάντηση της καταστάσεως του ασθενούς, συνεχίζεται η χορήγηση μεθυλπρεδνιζολόνης από το στόμα 32-48 ώρες mg ημερησίως σε προοδευτικά μειούμενη δόση για 2- 3 εβδομάδες. Σε πολύ ήπιες υποτροπές δεν υπάρχει ανάγκη χορήγησης στεροειδών, καθόσον υποχωρήσουν αυτόματα, πράγμα που συμβαίνει συχνά και στις βαρύτερες ώσεις. Αντί των κλασικών στεροειδών για τη θεραπεία της ώσης μπορεί να χορηγείται κορτικοτροπίνη.

Τα στεροειδή έχουν πολλές σημαντικές και ενδεχόμενες σοβαρές παρενέργειες, συμπεριλαμβανομένης της άσηπτης νέκρωσης της μηριαίας κεφαλής, ανασοκαταστολή, σαγχαρώδη διαβήτη, οστεοπόρωση, αδυναμία των μυών και στροφικές αλλαγές στην επιδερμίδα εκ των οποίων όλες μπορούν να είναι ιδιαίτερα καταστροφικές στον ασθενή με Π.Σ.

β) Για την **συμπτωματική** θεραπεία χορηγούνται μπακλοφένη και διαζεπάμη για τη σπαστικότητα, α-blockers, αντιχολινεργικά και αυτοκαθετηριασμοί για τον έλεγχο της κυστικής λειτουργίας, καρβαμαζεπίνη και γκαμπαπεντίνη για τα παροξυντικά συμπτώματα, μονταφινίλι και αμαντανίνη για το αίσθημα κόπωσης .

γ) Για την **προφυλακτική** θεραπεία χρησιμοποιούνται τα ανασοκατασταλτικά και ανοσοτροποποιητικά φάρμακα. Ανασοτροποποιητικά φάρμακα τύπου I ιντερφερόνης και γλατιραμέρη χρησιμοποιούνται ευρέως, είναι πολύ πιο ανεκτές από τους ασθενείς, έχουν λιγότερες παρενέργειες και είναι πιο αποτελεσματικές από τα ανασοκατασταλτικά. Τα ανοσοτροποποιητικά φάρμακα μειώνουν σαφώς τη συχνότητα των υποτροπών και υπάρχουν κάποιες ενδείξεις για το ότι μπορούν να καθυστερήσουν την εξέλιξη της αναπηρίας. Βασικά χρησιμοποιούνται στη μορφή με εξάρσεις και υφέσεις και στη δευτεροπαθή προοδευτικά επιδεινωμένη μορφή. Από τα ανασοκατασταλτικά φάρμακα περισσότερο έχει χρησιμοποιηθεί η αζαθειοπρίνη, ενώ πρόσφατα για τις βαριές μορφές που δεν απαντούν στα ανοσοτροποποιητικά φάρμακα χρησιμοποιείται η μιταξανθρόνη. Επίσης χορηγούνται προφυλακτικά ανοσοσφαιρίνες ενδοφλέβια.

Πίνακας 2. Ανοσοτροποποιητικά φάρμακα χρησιμοποιούμενα για την προφυλακτική θεραπεία της Σκλήρυνσης κατά πλάκας.

| Παράγοντας | Εμπορική ονομασία | Χαρακτηριστικά του μορίου | Δόση |
|---------------------------|--------------------------|--|--|
| Interferon β-1b (IFNβ-1b) | BETASERON® BETAFERON® | Μη γλυκοζυλιωμένη ανασυνδυσασμένη ιντερφερόνη τύπου I, παραγόμενη σε E. Coli, τροποποιημένη σε σχέση με τη φυσιολογική IFN | 8 MIU, μέρα παρά μέρα, υποδορίως |
| Interferon β-1a (IFNβ-1a) | AVONEX® | Γλυκοζυλιωμένη ανασυνδυσασμένη ιντερφερόνη τύπου I, παραγόμενη σε κύτταρα θηλαστικού – ωθήκης κινέζικου Hamster | 30 μg, άπαξ εβδομαδιαίως, ενδομυϊκώς |
| Interferon β-1a (IFNβ-1a) | REBIF® | Γλυκοζυλιωμένη ανασυνδυσασμένη ιντερφερόνη τύπου I, παραγόμενη σε κύτταρα θηλαστικού – ωθήκης κινέζικου Hamster | 22 μg ή 44 μg, τρεις φορές εβδομαδιαίως, υποδορίως |
| Glatiramer Acetate | COPAXONE® | Πεπτιδίο ανάλογο της βασικής πρωτεΐνης της μυελίνης | 20 mg άπαξ ημερησίως, υποδορίως |

Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερες κλινικές έρευνες γίνονται για την αντιμετώπιση της νόσου, νέα θεραπευτικά δεδομένα καθώς και καινούρια φάρμακα δοκιμάζονται.

2.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΑΓΩΓΩΝ

i) Σύμφωνα με το άρθρο που δημοσιεύτηκε στις **26-01-2001** με τίτλο «**Νέα πειραματική θεραπεία για την κατά πλάκας σκλήρυνση**» αναφέρεται ότι ο μηχανισμός με τον οποίο δημιουργείται η ασθένεια αυτή είναι μια κακή λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Ορισμένα λεμφοκύτταρα που ανήκουν στην οικογένεια των λεμφοκυττάρων τύπου T λόγω ενδογενούς δυσλειτουργίας επιτίθενται εναντίον του περιβλήματος των νεύρων.

Οι θεραπείες που δίνονται μέχρι σήμερα είχαν στόχο την καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος και διαφοροποίηση της καταστροφικής δράσης της ομάδας αυτής των λεμφοκυττάρων τύπου T. Έχουν όμως οι θεραπείες αυτές αρκετές επιπλοκές και τα αποτελέσματα τους δεν είναι ικανοποιητικά.

Η νέα θεραπεία που ερευνάται από Αμερικανούς επιστήμονες δοκιμάστηκε πειραματικά σε πιθήκους. Βασίζεται πάνω στο γεγονός ότι σε περίπτωση που τα ευαίσθητοποιημένα τοξικά λεμφοκύτταρα τύπου T υποβληθούν σε μεγάλες ποσότητες μυελίνης τότε σύμφωνα με τη νέα αυτή ανακάλυψη αυτοκαταστρέφονται. Το αποτέλεσμα είναι η διακοπή της βλάβης που προκαλούν τα κύτταρα αυτά στη μυελίνη και στο νευρικό σύστημα.

Η ανακάλυψη αυτή επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι σε πιθήκους στους οποίους δημιούργησαν την ασθένεια αυτή, δίνοντας τους μικρές ποσότητες μυελίνης, όταν τους χορήγησαν μεγάλες ποσότητες τότε τα σημεία της ασθένειας υποχώρησαν.

Επίσης σε άλλους πιθήκους στους οποίους δημιούργησαν την ασθένεια με τον ίδιο τρόπο δεν χορήγησαν τη θεραπεία με μεγάλες δόσεις μυελίνης με αποτέλεσμα η ασθένεια να επιδεινωθεί. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώθηκαν και με εξετάσεις μαγνητικής τομογραφίας στην οποία υπέβαλαν τα πειραματόζωα.

Η θεραπεία αυτή δεν προκάλεσε ιδιαίτερες επιπλοκές στα πειραματόζωα. **Τα αποτελέσματα της πρωτοποριακής αυτής μελέτης είναι εκπληκτικά και πολλά υποσχόμενη. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός της ανακάλυψης ότι δηλαδή η έκθεση των τοξικών λεμφοκυττάρων σε πολύ υψηλές δόσεις μυελίνης, που είναι στην ουσία ο στόχος τους, προκαλεί αυτοκαταστροφή και βελτίωση του ασθενούς.**

Πρόκειται για μια πολύ σημαντική ανακάλυψη. Με το αποτέλεσμα των πρώτων κλινικών δοκιμών που θα γίνουν στον άνθρωπο ίσως να επιτευχθεί μια πολυποθούμενη νίκη εναντίον της ασθένειας της σκλήρυνσης κατά πλάκας.

ii) Με την δημοσίευση ενός άλλου άρθρου στις **09-10-2002** και με τίτλο « **Κατά πλάκας σκλήρυνση και φάρμακα εναντίον χοληστερίνης**» αναφέρετε ότι σε εργαστηριακή έρευνα που έκαναν οι Αυστριακή γιατροί, εξέτασαν τις επιδράσεις που έχουν τα φάρμακα εναντίον της χοληστερόλης πάνω στα κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας.

Τα φάρμακα εναντίον της χοληστερόλης, οι γνωστές στατίνες, χρησιμοποιούνται ευρέως για τη μείωση της χοληστερόλης μέσα στο αίμα. Οι στατίνες βοηθούν στη πρόληψη των καρδιακών προσβολών και των εγκεφαλικών επεισοδίων.

Τα αποτελέσματα των Αυστριακών ερευνητών έδειξαν ότι η στατίνες που χρησιμοποιήθηκαν στα πειράματα τους (simvastin, lovastatin, και mevastatin), είχαν σημαντικές επιδράσεις και πετύχαιναν μεταξύ άλλων την καταστολή της δράσης των κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος των ασθενών με Σ.Κ.Π.

Οι ερευνητές βρήκαν ότι οι στατίνες είχαν ανάλογη δράση όπως το φάρμακο ιντερφερόνη, το οποίο επίσης χρησιμοποιήθηκε κάτω από τις ίδιες συνθήκες στα πειράματα τους.

Στα πειράματα των Αυστριακών ερευνητών οι δράσεις των στατινών και της ιντερφερόνης ήταν αθροιστική. Η καταστολή των κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος ήταν μεγαλύτερη όταν χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα οι στατίνες και η ιντερφερόνη.

Παράλληλα φάνηκε ότι οι στατίνες έχουν μια πολύπλοκη δράση πάνω στο ανοσοποιητικό σύστημα παρά μόνο μια καταστολή. Έχουν διαφοροποιητικό ρόλο διότι δρουν σε επίπεδο γονιδίων των κυττάρων κι βοηθούν στην ανάπτυξη λεμφοκυττάρων τύπου T, τα οποία διορθώνουν και προλαμβάνουν την παθολογική επίθεση του ανοσοποιητικού συστήματος εναντίον της μυελίνης των νευρικών κυττάρων.

Τα συμπεράσματα αυτών των ερευνών είναι ότι στατίνες, εκτός από την ιδιότητα τους να μειώνουν τη χοληστερόλη στο αίμα, έχουν σημαντικές και αξιόλογες επιδράσεις πάνω στο ανοσοποιητικό σύστημα. Για τους λόγους αυτούς οι στατίνες μπορεί να αποτελέσουν μια αποτελεσματική θεραπεία για τους ασθενείς που πάσχουν από Σ.Κ.Π.

Ήδη βρίσκονται σε εξέλιξη σχεδιασμοί για κλινικές έρευνες με τη συμμετοχή πολλών νοσοκομείων και μεγάλου αριθμού ασθενών για να αξιολογηθούν πάνω σε αρρώστους με Σ.Κ.Π. τα αποτελέσματα μιας θεραπείας με στατίνες.

iii) Στις **03-01-2003** δημοσιεύεται άλλη μια κλινική έρευνα με τίτλο **«Κατά πλάκας σκλήρυνση και νόσος Crohn: Νέο φάρμακο»** αναφέρεται ότι ένα νέο φάρμακο που έχει πρωτότυπη αντιφλεγμονώδη δράση, φαίνεται ότι είναι αποτελεσματικό σε δύο σοβαρές χρόνιες παθήσεις του νευρικού και πεπτικού συστήματος.

Η σκλήρυνση κατά πλάκας και η νόσος Crohn , είναι δύο πολύ σοβαρές παθήσεις και δυνατόν να μειώνουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Ένα νέο πειραματικό φάρμακο το Natalizumb(Antegren) χρησιμοποιήθηκε από γιατρούς σε 213 ασθενείς με κατά πλάκας σκλήρυνση και σε 248 ασθενείς με νόσο του Crohn. Οι κλινικές δοκιμασίες έγιναν σε ιατρικά κέντρα στις Ηνωμένες Πολιτείες, στο Ηνωμένο Βασίλειο και άλλες Ευρωπαϊκές χώρες.

Το φάρμακο αυτό έχει μια πρωτότυπη αντιφλεγμονώδη δράση. Εμποδίζει την προσκόλληση των κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος όπως τα λεμφοκύτταρα και τα μονοκύτταρα στο ενδοθήλιο των αγγείων. Με τον τρόπο αυτό εμποδίζει το πέρασμα τους προς τις περιοχές των οργάνων (εγκέφαλος η πεπτικός σωλήνας) όπου υπάρχει φλεγμονή. Το αποτέλεσμα είναι μια μείωση των αυτοάνοσων διαταραχών και της φλεγμονής.

Στις θεραπευτικές δοκιμές σε ασθενείς με κατά πλάκας σκλήρυνση οι γιατροί διαπίστωσαν ότι για τους 6 μήνες που διήρκησε η ενδοφλέβια θεραπεία με το Natalizumab η συχνότητα των εξάρσεων της ασθένειας όπως επίσης και των νέων βλαβών που διαπιστώθηκαν στη μαγνητική τομογραφία του εγκεφάλου είχαν μειωθεί σημαντικά.

Οι ερευνητές ανέφεραν ότι στα συμπεράσματα τους ότι οι ασθενείς με κατά πλάκας σκλήρυνση που έπαιρναν το Natalizumab είχαν ουσιαστική μείωση των νέων βλαβών στον εγκέφαλο και της συχνότητας των υποτροπών της ασθένειας σε σύγκριση με ασθενείς που έπαιρναν μόνο ένα εικονικό φάρμακο.

Οι παρενέργειες του νέου αυτού φαρμάκου που σημειώθηκαν και στις δύο έρευνες ήταν περιορισμένες. Αυτή η προσέγγιση ανοίγει νέους ορίζοντες για τους ασθενείς με κατά πλάκας σκλήρυνση και στη νόσο του Crohn.

Η επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων αυτών ,θα δημιουργήσει νέες ελπίδες για επιτυχή αντιμετώπιση των σοβαρών αυτών παθήσεων. Επιπρόσθετα το Naatalizumab σε δύσκολες περιπτώσεις θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί και σε συνδυασμό με τις ήδη υπάρχουσες θεραπείες όπως για παράδειγμα το ιντερφερόν.

iv) Μια κλινική έρευνα που δημοσιεύεται στις **30-05-2004** με τίτλο **«Κατά πλάκας σκλήρυνση: ελπίδες για ίαση»** αναφέρεται ότι ασθενείς που λάμβαναν καθημερινά το γνωστό φάρμακο σιμβαστατίνη που χαμηλώνει τη χοληστερόλη στο αίμα

παρουσίασαν μεγάλη μείωση του αριθμού και του μεγέθους των βλαβών του εγκεφάλου τους.

Για πρώτη φορά η θεραπεία με τη συμβαστατίνη που ανήκει στη οικογένεια των στατινών, δοκιμάστηκε προοδευτικά για έξη μήνες σε ασθενείς με υποτροπιάζουσα μορφή της Σ.Κ.Π.

Γιατροί από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Νοτίου Καρολίνας, χορήγησαν για έξη μήνες σε 30 ασθενείς με κατά πλάκας σκλήρυνση, 80mg συμβαστατίνης καθημερινά. Με τη βοήθεια της μαγνητικής τομογραφίας αξιολογήθηκαν κατά τη διάρκεια της κλινικής αυτής δοκιμής, ο αριθμός και το μέγεθος των βλαβών που προκαλεί νόσο στη λευκή ουσία του εγκεφάλου.

Μετά από τρεις μήνες παρατηρήθηκαν τα πρώτα θετικά αποτελέσματα. Οι νέες αξιολογήσεις στους επόμενους μήνες της θεραπείας επιβεβαίωσαν τη συνεχιζόμενη μείωση των εγκεφαλικών βλαβών.

Συνολικά ο αριθμός των βλαβών του εγκεφάλου μειώθηκε κατά 44% ενώ το μέγεθος τους κατά 41%. Δεν παρατηρήθηκαν παρενέργειες κατά τη διάρκεια της εν λόγω θεραπείας αξιόλογες παρενέργειες.

Κατά τα τελευταία δέκα χρόνια έχει επιτευχθεί αξιόλογη πρόοδος όσον αφορά τα θεραπευτικά μέσα που διαθέτουμε για την αντιμετώπιση της κατά πλάκας σκλήρυνσης. Φάρμακα όπως η ιντερφερόνη βήτα – 1^α, η ιντερφερόνη βήτα -1b, το χημειοθεραπευτικό φάρμακο mitoxantore acetate, χρησιμοποιούνται σήμερα ευρέως.

Όμως η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων αυτών που τροποποιούν τη δράση του ανοσολογικού συστήματος, είναι περιορισμένη. Οι θεραπείες αυτές είναι δύσκολες, έχουν υψηλό οικονομικό κόστος, η τοξικότητα και οι παρενέργειες τους προκαλούν πολλά σοβαρά προβλήματα στους ασθενείς.

Στη κλινική μελέτη αυτή ο αριθμός των ασθενών που έλαβαν μέρος είναι μικρός. Δεν μπορεί να αποκλειστεί ότι οι βελτιώσεις που παρατηρήθηκαν στον εγκέφαλο μετά από τη θεραπεία με τη συμβαστατίνη να οφειλόταν σε άλλους λόγους εκτός του φαρμάκου του οποίου η αποτελεσματικότητα δοκιμαζόταν.

Η κλινική έρευνα αυτή περιλάμβανε μόνο μία ομάδα ασθενών που υποβαλλόταν σε ένα είδος θεραπείας. Δεν ξέρουμε εάν οι παρόμοιοι ασθενείς, ως μια δεύτερη ομάδα στη έρευνα, οι οποίοι θα άρχιζαν μαζί τη θεραπευτική δοκιμή και έπαιρναν για παράδειγμα μόνο ένα εικονικό φάρμακο κατά πόσο θα είχαν ανάλογη εξέλιξη.

Η αξία εν λόγω έρευνας έγκειται στο ότι μας δείχνει μια αξιόλογη και πολλά υποσχόμενη κατεύθυνση που πρέπει να ακολουθήσουμε. Πρέπει να διερευνηθεί η δράση της συμβαστατίνης, στη δόση που χρησιμοποιήθηκε ή ίσως πιο ψηλή, σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών. Μια τέτοια έρευνα θα πρέπει είναι προοδευτική τυφλή, τυχαιοποιημένοι

με σύγκριση αποτελεσμάτων μεταξύ των ομάδων ασθενών που θα υποβάλλονται σε διαφορετικές θεραπείες.

v) Στην πιο πρόσφατη κλινική έρευνα που δημοσιεύτηκε στις **16-06-2006** με τίτλο **«Κατά πλάκας σκλήρυνση: Πως πρέπει να χρησιμοποιείται το φάρμακο για υποτροπές»** αναφέρεται ότι ο φάρμακο natalizumab (Tysabri) είχε βρεθεί ότι ήταν σε θέση να μειώνει σχεδόν μέχρι 70% τις υποτροπές και την προοδευτική επιδείνωση σε ασθενείς με κατά πλάκας σκλήρυνση.

Το natalizumab είναι μονοκλωνικό αντίσωμα, χορηγείται ενδοφλέβια, προσκολλάται στα λευκά αιμοσφαίρια και τα εμποδίζει από του να εισέρχονται δια μέσου του αιματοεγκεφαλικού φραγμού στον εγκέφαλο.

Η παρεμπόδιση των λεμφοκυττάρων τύπου T να εισέρχονται στον εγκέφαλο συμβάλλει στη μείωση των χαρακτηριστικών βλαβών της μυελίνης των νευρώνων του κεντρικού συστήματος που παρατηρούνται στην κατά πλάκας σκλήρυνση.

Οι μεγάλες ελπίδες που έδινε το φάρμακο με τον πρωτοποριακό τρόπο δράσης του επηρεάστηκαν καθοριστικά όταν το 2005 αποφασίστηκε η απόσυρση του. Ο λόγος ήταν ότι 3 ασθενείς που είχαν λάβει το φάρμακο κατά τις θεραπευτικές δοκιμές, παρουσίασαν προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια.

Η εγκεφαλοπάθεια αυτή είναι σπάνια . Προκαλείται από ιό που μολύνει τον εγκέφαλο και καταστρέφει τη μυελίνη των νεύρων. Από τους 3 ασθενείς που υπέστησαν την εγκεφαλοπάθεια μετά τη χορήγηση του φαρμάκου οι 2 απεβίωσαν.

Με βάση αυτή την εξέλιξη για σκοπούς πρόληψης και καλύτερης μελέτης του προβλήματος, η Διεύθυνση Τροφίμων, και Φαρμάκων των Ηνωμένων Πολιτειών (FDA) αποφάσισε να αποσύρει το φάρμακο και να διακόψει τις πολλά υποσχόμενες θεραπευτικές δοκιμές που βρίσκονται υπό εξέλιξη.

Το 2006 μετά από ένα χρόνο διακοπής της χορήγησης του φαρμάκου και παρακολούθησης των ασθενών που το είχαν ήδη πάρει, παρατηρήθηκε ότι δεν υπήρξαν νέες περιπτώσεις προοδευτικής πολυεστιακής λευκοεγκεφαλοπάθειας.

Για το λόγο αυτό και εξαιτίας των πολύ καλών αποτελεσμάτων του φαρμάκου στην κατά πλάκας σκλήρυνση, το FDA αποφάσισε να επιτρέψει ξανά σε μια θεραπευτική δοκιμή τη χορήγηση φαρμάκου κάτω όμως από αυστηρές προϋποθέσεις παρακολούθησης και αξιολόγησης των ασθενών.

Η Συμβουλευτική Επιτροπή του FDA λαμβάνοντας υπόψη τα ουσιαστικά πλεονεκτήματα που προσφέρει η συγκεκριμένη θεραπεία σε πολλούς ασθενείς με κατά πλάκας σκλήρυνση, μειώνοντας κατά σχεδόν 70% τη συχνότητα των υποτροπών της νόσου μετά από 1 χρόνο, θέλησε να επιστρέψει ξανά στη χρήση του φαρμάκου .

Για να γίνει δυνατή η χορήγηση του natalizumab στους ασθενείς με κατά πλάκας σκλήρυνση και ταυτόχρονα να ελαχιστοποιηθούν οι πιθανότητες νέων περιπτώσεων προοδευτικής πολυεστιακής λευκοεγκεφαλοπάθειας, αποφασίστηκε η θεραπεία να γίνεται κάτω από αυστηρές προϋποθέσεις.

Οι προϋποθέσεις χρήσης του natalizumab όπως αποφασίστηκε τον Ιούνιο του 2006, στα πλαίσια του προγράμματος TOUCH περιλαμβάνουν :

1. Καταγραφή των ασθενών που λαμβάνουν το φάρμακο με τακτικό περιοδικό για να αναγνωρίζεται το ταχύτερο δυνατό εάν υπάρχουν, περιπτώσεις εγκεφαλοπάθειας.

2. Το φάρμακο θα συνταγογραφείται, θα διανέμεται και θα χορηγείται μόνο από ορισμένες ειδικούς γιατρούς, ιατρικά κέντρα και φαρμακεία τα οποία θα λαμβάνουν μέρος στα αυστηρά ελεγχόμενο πρόγραμμα δοκιμής του φαρμάκου .

Το natalizumab θα χορηγείται μόνο σε ασθενείς που λαμβάνουν μέρος στο συγκεκριμένο πρόγραμμα που εγκρίθηκε από το FDA .

Πριν από την έναρξη χορήγησης του φαρμάκου, θα πρέπει οι γιατροί να κάνουν μαγνητική τομογραφία (MRI) στους ασθενείς τους για να μπορούν να συγκρίνουν μελλοντικά την εξέλιξη της πάθησης και να διαφοροποιούν την εξέλιξη της κατά πλάκας σκλήρυνσης από μια ενδεχόμενη προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια.

Οι ασθενείς που λαμβάνουν το natalizumab θα πρέπει να αξιολογηθούν στους 3 και 6 μήνες μετά από την πρώτη ενδοφλέβια έγχυση του φαρμάκου και στη συνέχεια κάθε 6 μήνες. Η κατάσταση τους θα αναφέρεται κεντρικά στην κατασκευάστρια εταιρεία (Biogen Idec).

Τα νέα αυτά είναι ενθαρρυντικά για τους ασθενείς με κατά πλάκας σκλήρυνση ιδιαίτερα αυτούς που παρουσιάζουν υποτροπές.

Είναι σημαντικό να συζητούν τις ενδείξεις μιας τέτοιας θεραπείας με το γιατρό τους ο οποίος είναι ο αρμόδιος για να αποφασίσει εάν μια τέτοια θεραπεία μπορεί να είναι ευεργετική για τη δική τους περίπτωση λαμβάνοντας υπόψη και τους πιθανούς κινδύνους.

Οι ασθενείς πρέπει να είναι ενήμεροι ότι το φάρμακο μπορεί να προκαλέσει σοβαρές παρενέργειες εκτός από την προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια. Σε αυτές περιλαμβάνονται σοβαρές λοιμώξεις (πνευμονία, ουρολοιμώξεις), πονοκέφαλοι, κούραση, κατάθλιψη, πόνοι στις αρθρώσεις, διάρροια και πόνος στην περιοχή του στομαχιού.

Επίσης το natalizumab μπορεί να προκαλεί έντονες αλλεργικές αντιδράσεις όπως αναφυλαξία που μπορεί να είναι τόσο σοβαρή που να απειλεί τη ζωή. Οι σοβαρές

αλλεργικές αντιδράσεις (ερύθημα δέρματος, κνησμός, φαγούρα, ουρτικάρια, βλατίδες, πυρετός, ρίγος, χαμηλή πίεση, δύσπνοια, πόνος στο στήθος). Συμβαίνουν συνήθως 2 ώρες μετά την ενδοφλέβια χορήγηση του φαρμάκου.

Οι ασθενείς που παρουσιάζουν σοβαρές αλλεργικές αντιδράσεις κατά τη χορήγηση του natalizumab, πρέπει να τυγχάνουν άμεσης αγωγής, να διακόπτεται το φάρμακο και δεν πρέπει να το λάβουν ξανά.

Βιβλιογραφία

1. Λογοθέτης Α. Ιωάννης, Ιωάννη Μυλωνά . Νευρολογία Λογοθέτη. Τέταρτη έκδοση. Θεσσαλονίκη 2004.University Studio Press
2. David A. Greenberg, Michael J. Aminoff, Roger P. Simon.Κλινική Νευρολογία, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Φώτης Φωτίου .Αθήνα 2004 .Εκδόσεις Παρισιανού.

Ξένη Βιβλιογραφία

www.medlook.gr

1. A Controlled for Active Crohn's Disease, The New England of Medicine 2003;348: 15-23, Ιανουαρίου 2003
2. Cholesterol-lowering statins posses anti-inflammatory activity that might be useful for treatment of MS, Neyrology 2002 59:970-971, 8 Οκτωβρίου 2002
3. Food and Drug Administration
4. Journal of Immology, 2001 Φεβρουάριος
5. National Multiple Sclerosis Society
6. National Institute of Neurological Disorders and Stroke
7. Natalizumb for Active Crohn's Disease, The New England Journal of Medicine 2003;348:24-32,Ιανουάριος 2003.
8. Statins as immunomodulators: Comparison with interferon $-\beta 1b$ in MS Neyrology, 2002 59:990-997, 8 Οκτωβρίου 2002.
9. Statin for the treatment of multiple sclerosis: cautious hope, The Lancet 2004;363 15 Μαΐου 2004.
10. Oral simvastatin treatment in relapsing –remitting mutiple sclerosis : cautious hope, The Lancet 2004: 363, 15 Μαΐου 2

ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

3.1 ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Οι συναισθηματικές διαταραχές στη Σ.Κ.Π. είναι ένα αναπόσπαστο και κριτικό στοιχείο αυτής της νόσου. Δεν υπάρχει σχεδόν κανένας ασθενής που να μην έχει δοκιμάσει τουλάχιστον μια φορά, βασανιστικές γι' αυτόν συναισθηματικές διαταραχές, που άλλοτε παίρνουν τη μορφή της κατάθλιψης, άλλοτε του άγχους, της ανησυχίας, της ευφορίας, της αδυναμίας, χαλιναγώγησης του συναισθήματος και μερικές φορές μπορούν να οδηγήσουν τον ασθενή ακόμη και σε ψυχιατρική νόσο όπως η μανία ή η μανιοκατάθλιψη. Ήδη από τότε που πρωτοεμφανίστηκε η νόσος πριν εκατό και πλέον χρόνια, είχαν επιστήσει την προσοχή στις συναισθηματικές διαταραχές που παρουσιάζουν οι σκληρυντική ασθενείς .

3.1.1 Γενικές Συναισθηματικές Αντιδράσεις Λόγω Χρόνιας Νόσου

α) Δυσπιστία /σοκ

Όταν γίνουν αντιληπτά τα πρώτα συμπτώματα μιας χρόνιας νόσου, η πρώτη αντίδραση του πάσχοντος μπορεί να είναι η προσπάθεια να το αγνοήσει. Δεν ξέρει τι να σκεφτεί, σκέφτεται ότι αρχίζει να τρελαίνεται, ότι όλα οφείλονται στη φαντασία του. Μετά την διάγνωση της Π.Σ. από τον γιατρό ορισμένοι ασθενείς αισθάνονται πολύ μεγάλη ανακούφιση ενώ άλλοι ένα τρομερό σοκ. Η ανακούφιση προέρχεται από το γεγονός ότι τερματίζεται μια μεγάλη περίοδος αβεβαιότητας, στη διάρκεια της οποίας δεν προέκυπτε σαφής αίτια για τα συμπτώματα παρά τις επισκέψεις στο γιατρό και τις εργαστηριακές εξετάσεις. Το σοκ οφείλεται στο ότι έχει ακούσει ο ασθενής για την Π.Σ. και τις επιπτώσεις της και αυτό τον τρομοκρατεί.

Είναι δυνατό ο ασθενής στην αρχή να αντιδράσει ψύχραιμα και με ηρεμία και τα αρνητικά συναισθήματα να εμφανιστούν αργότερα .Μπορεί επίσης να ξεκινήσει μη μπορώντας να πιστέψει ότι αυτό είναι δυνατό να συμβαίνει σε αυτόν αμφιβάλλοντας για τη διάγνωση του γιατρού. Το πρώτο στάδιο των αισθημάτων ανακούφισης συνήθως ακολουθείται από φόβο, κατάθλιψη και θυμό. Αυτό δεν είναι ασυνήθιστο κατά την πρώτη φάση μιας κρίσης. Η Σ.Κ.Π. συνήθως ξεκινά σε ηλικία μεταξύ 20 έως 40 ετών. Η περίοδος αυτή συνήθως συχνά εκείνη στη διάρκεια της οποίας οι ασθενείς κάνουν κάθε είδους σχέδια για το μέλλον και ξεκινάνε μακροχρόνιες ευθύνες και δεσμούς. Προκύπτει

τότε το ερώτημα «Ποιες δυνατότητες θα εξακολουθώ να έχω στο μέλλον» και το ερώτημα αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση ανασφάλειας σχετικά με το μέλλον. Αυτό διαταράσσει την ισορροπία των ανθρώπων που πάσχουν από αυτή την νόσο και σημαίνει ότι θα πρέπει να βρουν ισορροπία αφομοιώνοντας τα νέα δεδομένα και να αποδέχονται το γεγονός ότι θα πρέπει να μάθουν να ζουν με τη νόσο. Η αφομοίωση αυτή της κατάστασης είναι μια σύνθετη νοητική διαδικασία που απαιτεί χρόνο και αποτελείται από πολλές φάσεις.

β) Θυμός /Απογοήτευση/ Ζήλεια

Όσον αφορά τα συναισθήματα όταν κανείς έχει προσβληθεί από μία χρόνια νόσο, υπάρχει το αίσθημα της αδικίας. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε θυμό εναντίον της μοίρας του, θυμό εναντίον της αδικίας του όλου ζητήματος, ενώ είναι δυνατό και να γεννήσει αισθήματα ζήλειας απέναντι στους υγιείς ανθρώπους. Θα υπάρχουν περιπτώσεις που ο ασθενής θα αισθάνεται αδύναμος και αυτό είναι δυνατό να προκαλέσει περισσότερο θυμό. Αυτό το είδος του συναισθήματος μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνικά προβλήματα. Είναι δυνατόν ο να στρέψει το θυμό του στα πρόσωπα του περιβάλλοντος του ή στους ανθρώπους που του παρέχουν βοήθεια. Είναι δυνατό να αισθάνεται απογοήτευση επειδή σε αντίθεση με τους άλλους ανθρώπους και με ότι συνέβαινε στο παρελθόν, δεν μπορεί πλέον να κάνει ορισμένα πράγματα ή επειδή αναγκάζεται να μεταβάλλεται συνεχώς τον τρόπο ζωής για να προσαρμοστεί στην ασθένεια του.

Για τους λόγους αυτούς ο ασθενής μερικές φορές δεν θα θέλει να δεχτεί τη βοήθεια που του προσφέρουν οι άλλοι αν και στην πραγματικότητα την χρειάζεται πάρα πολύ. Από την άλλη πλευρά οι άλλοι μπορεί να λιγότεροι πρόθυμοι να προσφέρουν βοήθεια εξαιτίας ότι ο ασθενής τους αντιμετωπίζει με εχθρικό τρόπο. Γενικά είναι καλό ο ασθενής να εκφράζει το θυμό, απογοήτευση ή οποιοδήποτε άλλο σχετικό συναίσθημα καθώς αυτό θα βοηθήσει να μάθει να ζει βήμα προς βήμα ο πάσχων με την ασθένεια του.

γ) Φόβος

Το αίσθημα του φόβου είναι πολύ συνηθισμένο και αποτελεί κατανοητή αντίδραση προς μια χρονιά νόσο. Μια ξαφνική υποτροπή ή μια ξαφνική μεταβολή στην πορεία της νόσου είναι δυνατόν να προκαλέσει αίσθημα φόβου. Μία άλλη μεταβολή αφορά στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζει ο πάσχων το μέλλον. Προκύπτουν σκέψεις όπως «Τι θα γίνει αν καταλήξω με κάποια αναπηρία» ή «Τι συνέπειες θα έχει αυτή η νόσος για μένα και την οικογένεια μου». Για μερικούς ανθρώπους ο μεγαλύτερος φόβος είναι ότι θα χάσουν τον έλεγχο του εαυτού τους ή της ίδιας τους της ζωής. Αυτό συμβαίνει ιδιαίτερα όταν άλλοι αναλαμβάνουν τις δικές τους δουλειές. Ο έλεγχος της ζωής σχετίζεται στενά με το αίσθημα αυτοεκτίμησης και την εικόνα που έχει ο πάσχων για τον εαυτό του. Αν η αυτοεκτίμηση έχει μειωθεί και η εικόνα που έχει ο ασθενής για τον εαυτό του έχει μεταβληθεί προς το χειρότερο, το αποτέλεσμα μπορεί να είναι η εμφάνιση κατάθλιψης. Δεν είναι εύκολο πράγμα η αποκαταστήσει ο πάσχων την ισορροπία στη ζωή του.

Η αναπροσαρμογή ενδέχεται να απαιτήσει πολύ χρόνο και προσπάθεια και συνεπώς υπάρχει ενδεχομένως να χρειασθεί κάποιος χρόνος πριν αρχίσει ο ασθενής να εκτιμάει τον εαυτό του.

δ) Άρνηση

Δεν είναι εύκολο να παραδεχτεί ένας ασθενής ότι ο ίδιος πάσχει από μία χρόνια νόσο. Σημαντική προϋπόθεση για την ολοκλήρωση της προσαρμογής στις νέες συνθήκες η παραδοχή της ασθένειας. Η άρνηση παρέχει μια ανάπαυλα, στη διάρκεια της οποίας και για ένα σύντομο χρονικό διάστημα ο ασθενής δεν στεναχωριέται για το μέλλον. Η προσαρμογή στη νόσο γίνεται οπωσδήποτε πιο δύσκολη αν επιμένει ο ασθενής να αρνείται την πραγματικότητα και συνεχίζει πεισματικά την προσπάθεια να κάνει όλα όσα είχε στο παρελθόν δυνατότητα να πραγματοποιήσει. Αυτό το είδος της συμπεριφοράς συχνά προκύπτει από την ανάγκη να αναλάβει και πάλι τον έλεγχο της ζωής του. Το αποτέλεσμα όμως είναι ότι εμποδίζει τη διαδικασία της αποδοχής και της προσαρμογής στη νόσο. Ακόμη και να οδηγήσει στη άρνηση να δεχτεί κάποια βοήθεια που για τον ασθενή ενδέχεται να είναι πολύ σημαντική. Στις περιπτώσεις αυτές είναι πολύ καλύτερο ο ασθενής να προσδιορίζει ένα νέο τρόπο ζωής, ένα τρόπο που θα είναι προσαρμοσμένος στα νέα δεδομένα, στα περιθώρια που του αφήνει η Σ.Κ.Π.

ε) Αισθήματα ενοχής

Οι άνθρωποι που πάσχουν από χρόνια νόσο έχουν συχνά αισθήματα ενοχής. Ο λόγος που έχουν αισθήματα ενοχής και αυτομομφής σχετίζεται με το γεγονός ότι αισθάνονται αδύναμοι. Τα αισθήματα ενοχής είναι δυνατό επίσης να σχετίζονται με μεταβολές στις σχέσεις με τους άλλους, όπως ο /η σύντροφος ή τα παιδιά. Οι μητέρες με μικρά παιδιά είναι ιδιαίτερα ευάλωτες σε αισθήματα ενοχής. Αυτό μπορεί να προκύψει εξαιτίας του ότι δεν έχει πλέον τη δυνατότητα να αναλάβουν ορισμένες δραστηριότητες για τα παιδιά τους. Είναι δυνατό να αρχίσουν να κατηγορούν το εαυτό τους ότι έχουν απογοητεύσει την οικογένεια τους ή ότι δεν είναι καλές μητέρες.

Σύμφωνα με επιστημονικές έρευνες τα παιδιά που μεγαλώνουν σε οικογένειες με ένα γονέα που από χρόνια νόσο δεν επηρεάζονται αρνητικά. Αντίθετα τα παιδιά μαθαίνουν να προσαρμόζονται στους περιορισμούς, μαθαίνουν πώς να ζήσουν στα πλαίσια των νέων συνθηκών και βοηθούν περισσότερο, γεγονός που σε πολλές περιπτώσεις οδηγεί σε πιο στενούς αμοιβαίους δεσμούς στοργής.

στ) Αμηχανία

Οι ασθενείς που πάσχουν από αυτήν τη χρόνια νόσο είναι δυνατό να αισθάνονται αμηχανία επειδή διαπιστώνουν ότι έχουν πρόβλημα ακράτειας η δεν μπορούν πλέον να βαδίσουν κανονικά. Μπορεί να αποδειχθεί δύσκολο να μιλήσουν για αισθήματα όπως η αμηχανία. Αυτό οφείλεται στο ότι αισθάνονται ντροπή που έχουν αισθήματα αυτού του τύπου. Ίσως έχουν την ιδέα ότι πρέπει να κρατήσουν αυτά τα συναισθήματα για τον εαυτό τους και να διατηρήσουν ένα προσωπείο γενναιότητας. Στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει το ενδεχόμενο να κοιτάζουν τον εαυτό τους και να απορρίπτουν τα δικά τους αρνητικά αισθήματα, γεγονός που τους αναγκάζει ασυνείδητα να συμπεριφέρονται πιο γενναία απ' ότι αισθάνονται. Με αυτό τον τρόπο οι άνθρωποι γύρω τους δεν μπορούν να αντιληφθούν πως αισθάνονται πραγματικά. Έχουν την εντύπωση πως μπορούν να αντιμετωπίσουν την όλη κατάσταση μόνοι τους, ενώ κάθε άλλο παρά αυτό συμβαίνει.

Το σημαντικό είναι ότι αυτή οι ασθενείς θα έχουν λιγότερη ή περισσότερη ανάγκη βοήθειας από τους άλλους για την επίλυση των προβλημάτων που θα αντιμετωπίζουν, ανεξάρτητα από το πόσο δυνατοί ή έξυπνοι είναι.

ζ) Στενοχώρια

Πολλοί άνθρωποι που έχουν στενοχώρια η λύπη έχουν την τάση να απομονώνονται . Πολλές φορές τους έρχονται κλάματα, καθώς είναι μόνοι και έχουν το αίσθημα κενού και απώλειας. Σε τέτοιες στιγμές θα παρατηρήσουμε ότι δεν σκέφτονται το μέλλον αλλά μόνο το παρελθόν. Όταν περάσουν αυτές οι στιγμές ενδέχεται να είναι μελαγχολικοί και αδιάφοροι. Μετά από κάποιο διάστημα θα παρατηρήσουμε αρχίζουν να αισθάνονται και πάλι ότι πως η ζωή τους έχει αξία παρά το γεγονός ότι κάθε φορά που η κατάσταση τους χειροτερεύει αναγκάζονται να εγκαταλείψουν ορισμένες δραστηριότητες που πάντοτε απολάμβαναν.

Μερικές φορές μπορεί να μην θέλουν να επιβαρύνουν τους ανθρώπους του περιβάλλοντος με τα προβλήματα τους και αισθανθούν την τάση να κρύψουν τη στενοχώρια τους, για την οποία θέλουν τόσο πολύ να συζητήσουν.

Είναι εξαιρετικά σημαντικό να εκφράζουν την λύπη τους ώστε να έχουν τη δυνατότητα πλήρους προσαρμογής στο αίσθημα της λύπης που αναπόφευκτα συνοδεύει μία χρόνια νόσο.

η) Κατάθλιψη

Η χαρακτηριστικότερη συναισθηματική διαταραχή που συναντούμε στη Σ.Κ.Π. είναι η κατάθλιψη. Η κατάθλιψη είναι μια συνηθισμένη διαταραχή σε όλους τους ασθενείς και υγιείς.

Σε μελέτες που έχουν γίνει με Μαγνητική Τομογραφία κατέδειξαν ότι η μεγαλύτερη συχνότητα κατάθλιψης απαντάται σε ασθενείς που έχουν αλλοιώσεις, τις λεγόμενες απομυελινωτικές εστίες, στον κροταφικό λοβό ένα τμήμα του εγκεφάλου που είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το συναίσθημα. Ακριβώς επειδή είναι ιδιαίτερη η κατάθλιψη στη Σ.Κ.Π., δηλαδή αντιδραστική και οργανική, οι χαρακτήρες της είναι διαφορετικοί σε σχέση μ' αυτή που παρουσιάζουν οι υγιείς. Συχνό ο σκληρυντικός ασθενής θα οδηγηθεί σε εκρήξεις οργής, ιδιαίτερα στα οικεία του άτομα και αυτό θα είναι απλώς μια εκδήλωση της κατάθλιψης του, ένα σύμπτωμα της νόσου και έτσι πρέπει να το αντιμετωπίζουν οι οικείοι του.

Ένα άτομο με χρόνια πρόβλημα υγείας είναι δυνατό να αισθάνεται μελαγχολία η αίσθημα κατάπτωσης λόγω της ασθένειας. Τα προσωπικά του προβλήματα είναι δυνατό να του φαίνονται σοβαρότερα λόγω αυτής της μελαγχολίας. Η βλάβη που προκαλεί η Σ.Κ.Π. στο κεντρικό σύστημα μπορεί επίσης να προκαλέσει επίσης μερικές φορές κατάθλιψη. Το γεγονός ότι πάσχει από Σ.Κ.Π. μπορεί να κάνει πιο δύσκολη την αντιμετώπιση της, από μέρους του.

Η εμφάνιση της κατάθλιψης μετά την ενημέρωση ότι ο ασθενής έχει πάσχει από μία χρόνια νόσο είναι μια φυσιολογική και πολύ κατανοητή αντίδραση. Τέτοιες περιπτώσεις στη πραγματικότητα δεν θα πρέπει να θεωρούνται παθολογικές επειδή ο λόγος που αισθάνεται κατάπτωση ο πάσχων είναι η νόσος.

Υπάρχουν πολλά που μπορούν να γίνουν για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης πριν όμως θα πρέπει να είναι βέβαιο ότι ο ασθενής πραγματικά πάσχει από κατάθλιψη, θα πρέπει να τεθεί η διάγνωση. Οι άνθρωποι διαφέρουν μεταξύ τους και καθένας βιώνει την κατάθλιψη με τον δικό του τρόπο. Σύμφωνα με τον επίσημο όρο της κατάθλιψης μπορεί να λεχθεί ότι κάποιος έχει κατάθλιψη αν υπάρχουν τουλάχιστον πέντε από τα συμπτώματα που περιλαμβάνονται στον παρακάτω κατάλογο και στο σύνολο τους τα συμπτώματα θα πρέπει να έχουν διάρκεια δύο εβδομάδων χωρίς διακοπή.

Ο κατάλογος αυτός περιλαμβάνει

Αίσθημα θλίψης, μελαγχολίας, θρήνου η ερεθιστότητας

Απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που συνήθως ο ασθενής θα απολάμβανε

Προβλήματα λόγω αϋπνίας

Εύκολη κόπωση ή έλλειψη ενεργητικότητας

Αίσθημα επιβράδυνσης ή ανησυχίας και αδυναμίας παραμονής στη ίδια θέση

Μεταβολή της όρεξης, απώλεια η αύξηση βάρους

Αίσθημα αναξιότητας η ενοχής

Έλλειψη ενδιαφέροντος

Προβλήματα συγκέντρωσης ή σκέψης

Έλλειψη ενδιαφέροντος σχετικά με το σεξ

Ιδέες θανάτου η αυτοκτονίας

Αν ο ασθενής πάσχει από κατάθλιψη, συχνά θα έχει αίσθημα απομόνωσης. Συχνά μπορεί να διστάζει να μιλήσει στους άλλους σχετικά με το θέμα. Ίσως σκεφτεί ότι μπορεί να το ξεπεράσει χωρίς βοήθεια και για το λόγο αυτό αποφεύγει να ζητήσει βοήθεια πριν η κατάθλιψη γίνει σοβαρότερη. Η κατάθλιψη είναι πού συνηθισμένη, μία στις τέσσερις γυναίκες και περίπου ένας στους επτά άνδρες πάσχουν από κατάθλιψη τουλάχιστον μια φορά στη διάρκεια της ζωής τους. Αν παρασχεθεί έγκαιρα υπάρχει πλέον η δυνατότητα θεραπευτικής αντιμετώπισης της κατάθλιψης.

3.1.2. Οι Ειδικές Συναισθηματικές Αντιδράσεις Εξαιτίας της Σ.Κ.Π

α) Αβεβαιότητα ως Προς τη διάγνωση

Η διάγνωση της Σ.Κ.Π. είναι δυνατό να αποτελεί διαδικασία μεγάλης διάρκειας, με μεγάλο βαθμό αβεβαιότητας και σύγχυσης. Το γεγονός ότι δεν ξέρει ο ασθενής ποιό είναι το πρόβλημα του μπορεί να προκαλέσει μεγάλη ανασφάλεια. Στη διάρκεια της προσπάθειας των γιατρών για διάγνωση απαιτούνται πολλές εργαστηριακές εξετάσεις επειδή η νόσος μπορεί να αρχίσει με μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων.

Με τη χρησιμοποίηση της μαγνητικής τομογραφίας η επιβεβαίωση της διάγνωσης έχει γίνει πιο εύκολη. Η γνώση ότι ο ασθενής πάσχει από Σ.Κ.Π. μπορεί επίσης να έχει ως αποτέλεσμα ένα αίσθημα ανακούφισης .

β) Ο παράγοντας της έλλειψης της εμπιστοσύνης

Μετά την επιβεβαίωση της διάγνωσης της Σ.Κ.Π. μία νέα περίοδος αβεβαιότητας ξεκινά. Συνειδητοποιεί ο ασθενής ότι δεν υπάρχει οριστική θεραπεία για τη νόσο και κάθε είδους ερώτηση είναι δυνατό να του περάσουν από το μυαλό .Τα σχέδια του για το μέλλον δεν είναι πια τόσο

σίγουρα όπως πριν. Το γεγονός αυτό είναι δύσκολο να προβλεφθεί ποια θα είναι η εξέλιξη της νόσου κάνει απρόβλεπτη τη ζωή του ατόμου με Σ.Κ.Π. και ότι μπορεί ότι να ισχύει για ένα άτομο με Σ.Κ.Π. δεν ισχύει αναγκαστικά για άλλο.

Είναι δυνατό να δυσκολεύει τον ασθενή το γεγονός ότι στο μέλλον μπορεί συχνά να αναγκασθεί να αλλάξει τα σχέδια του εξαιτίας της κατάστασης του. Η Σ.Κ.Π. με αυτή την έννοια αναγκάζει τον ασθενή να προσαρμόζεται συνεχώς και απαιτεί ευελιξία από τον πάσχον και την οικογένεια του. Θα πρέπει να προσπαθεί να κάνει εναλλακτικά σχέδια, ώστε να αποφύγει τις απογοητεύσεις αν τα αρχικά σχέδια δεν είναι πλέον εφικτά επειδή αισθάνεται πολύ κουρασμένος και αδύναμος.

γ) Αφανή συμπτώματα

Μερικά συμπτώματα, όπως η εύκολη κόπωση και ο πόνος είναι σε μεγάλο βαθμό δυνατό να παραμένουν κρυμμένα από τον υπόλοιπο κόσμο. Αυτό σημαίνει ότι οι άνθρωποι γύρω του ενδέχεται να περιμένουν περισσότερα από ότι οι δυνατότητες του ασθενή επιτρέπουν στη δεδομένη χρονική στιγμή. Επιπρόσθετα ίσως ο ασθενής χρειαστεί να αντιμετωπίσει την απογοήτευση των ανθρώπων του περιβάλλοντος του. Οι παρατηρήσεις και οι αντιδράσεις των άλλων μπορεί να αποτελέσουν πηγή ψυχικής επιβάρυνσης για τον ασθενή. Θα αποδεχτεί χρήσιμο να μοιραστεί της αμφιβολίες και την ψυχική επιβάρυνση με άλλους ασθενείς με Σ.Κ.Π.

δ) Δυσκολίες στη αναζήτηση βοήθειας

Η αναζήτηση βοήθειας από φίλους και η από κοινωνικές υπηρεσίες μπορεί να αποδειχθεί δύσκολη. Ίσως ο ασθενής δεν θέλει να παραδεχτεί ο ίδιος ότι αυτό είναι αναγκαίο ή δεν θέλει να επιβαρύνει τους άλλους με τα προβλήματα του ή μπορεί και να μην ξέρει να ψάξει για τη βοήθεια που χρειάζεται. Τα προβλήματα θα γίνουν λιγότερο ενοχλητικά αν ο ασθενής μπορέσει να συζητήσει με κάποιον. Το γεγονός ότι ο ασθενής έχει να συζητήσει με κάποιον τότε, τότε θα συμβάλλει στη μείωση της ψυχικής επιβάρυνσης του/ της συζύγου και των παιδιών του.

Για την αποφυγή των προβλημάτων, ζωτικής σημασίας έχει να αναζητήσει τη βοήθεια επαγγελματιών όσο το δυνατό πιο γρήγορα. Ένα καλό σημείο είναι να ξεκινήσει ο ασθενής είναι οι εταιρίες Σ.Κ.Π. που συχνά οργανώνουν ομάδες υποστήριξης για τους ασθενείς με Σ.Κ.Π. που μπορούν να φέρουν σε επαφή τον ασθενή με τις κοινωνικές υπηρεσίες.

3.1.3 Συναισθηματικές Αντιδράσεις της Οικογένειας

α) Σύντροφος

Μεταβολή των ρόλων

Από την Σ.Κ.Π. δεν επηρεάζεται μόνο ο πάσχων αλλά επηρεάζονται επίσης και άνθρωποι γύρω του ο/ η σύντροφος, οι φίλοι, μέλη της οικογένειας του. Όλοι αυτοί είναι δυνατό να επηρεασθούν σε τέτοιο βαθμό ώστε να εμφανίσουν τις ίδιες συναισθηματικές αντιδράσεις με τις δικές του. Όταν ο/ ή σύντροφος πληροφορηθεί ότι έχει Σ.Κ.Π. θα περάσει μια διαδικασία προσαρμογής στη νέα κατάσταση, μια διαδικασία που περιλαμβάνει σοκ, φόβο, θυμό, και ανησυχία. Αυτού του τύπου αλλαγές στη ζωή και των δύο είναι δυνατό να αποτελέσουν αίτια επιπρόσθετης έντασης.

Όσο πιο κοντά βρίσκεται ο/ η σύντροφος του ασθενή τόσο θα είναι μεγαλύτερες οι μεταβολές στη ζωή του. Ο σύντροφος ενδέχεται να αισθανθεί αβοήθητος επειδή το άτομο που αγαπά εμφανίζει απρόβλεπτα προβλήματα που δημιουργούν αβεβαιότητα για το μέλλον.

Η Σ.Κ.Π. θα μεταβάλει τον τρόπο που κατανέμει τις υποχρεώσεις. Ο /ή σύντροφος του ασθενή θα πρέπει να αναλάβει ορισμένα πράγματα που κάνει συνήθως ο ασθενής. Θα αποκτήσει μεγαλύτερη εξάρτηση από το σύντροφο και θα χρειασθεί να περάσει κάποιο χρονικό διάστημα ώσπου να συνηθίσει αυτή τη νέα ισορροπία.

β) Θυμός

Ο /ή σύντροφος του ασθενή μπορεί να αισθάνεται θυμό επειδή νομίζει είναι άδικο να υποφέρει. Μερικές φορές μπορεί να αισθάνεται θυμό για τον ασθενή μπορεί επίσης με τη νέα κατάσταση πιθανόν να έχει πολύ περισσότερες υποχρεώσεις ή επειδή αισθάνεται καθηλωμένος.

Επειδή η σύντροφος έχει τα προβλήματα του ασθενή ο/ ή σύντροφος συχνά καταπίνει τι θυμό του. Αυτό όμως δεν εξαφανίζει τον θυμό που μπορεί να εκδηλωθεί ακόμη και με ξαφνικές εκρήξεις.

Αυτός είναι ο λόγος που έχει μεγάλη σημασία να συζητάει ο ασθενής τα συναισθήματα του. Να μην κρύβει τα προβλήματα του από το σύντροφο του η από άλλους κοντινούς ανθρώπους.

γ) Ο σύντροφος προσπαθεί να μην πληγώσει

Είναι δυνατό να έχει την εντύπωση ο ασθενής ότι ο/ ή σύντροφος του δεν τον παίρνει πια στα σοβαρά., προσπαθεί να μην πληγώσει τα αισθήματα του και συνεπώς επιχειρεί να αποφύγει ορισμένα επώδυνα θέματα. Αυτό μπορεί επίσης να οδηγήσει σε αποξένωση . Πάντως οι τακτικές συζητήσεις προλαβαίνουν πολλά πράγματα.

δ) Σεξουαλικότητα

Τα αισθήματα αμοιβαίας αυτοθυσίας είναι δυνατό να έχουν ως αποτέλεσμα σεξουαλική προβλήματα. Η γυναίκα σύντροφος με Σ.Κ.Π. μπορεί να σκέφτεται όπως «είναι τόσο καλός μαζί μου, έχει κάνει τόσα πολλά για μένα, δεν θέλω να τον απογοητεύσω σεξουαλικά ». Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα στο σεξουαλικό επίπεδο, επειδή η γυναίκα δεν κάνει πλέον έρωτα με βάση τις δικές της ανάγκες, με αποτέλεσμα κάποιου πόνου κατά την διάρκεια της σεξουαλικής επαφής. Από την άλλη πλευρά ο σύντροφος να μπορεί να βρίσκει σχεδόν αδύνατο το συνδυασμό των ρόλων του νοσοκόμου και του εραστή.

Υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που βρίσκουν τη σωστή ισορροπία στη σχέση τους, επικοινωνώντας τίμια και ανοικτά, ώστε να μην παρεμποδίζει η νόσος την έκφραση των αισθημάτων και της αγάπης του ενός για τον άλλον.

ε) Αισθήματα ενοχής

Ο/ ή σύντροφος μπορεί να αισθάνεται ένοχος επειδή εξακολουθεί να απολαμβάνει πράγματα που ο ασθενής δεν μπορεί πλέον να κάνει, η επειδή δεν έχει πρόβλημα υγείας σε αντίθεση με τον ασθενή. Από την άλλη πλευρά ενδέχεται να υπάρχουν ενοχές σχετικά με τα συναισθήματα του ασθενή.

στ) Κακόβουλες σκέψεις

Ο / η σύντροφος του ασθενή μπορεί να περάσει από φάσεις κακόβουλων σκέψεων . Είναι απόλυτο φυσιολογικό να έχει τέτοιου είδους σκέψεις . Τέτοιες σκέψεις έχουν όλοι όσοι εμπλέκονται σε καταστάσεις αυτού του είδους. Αυτά τα συναισθήματα θα υποχωρήσουν αυτόματα με το πέρασμα του χρόνου και ο ασθενής και ο σύντροφος του βρουν μια νέα ισορροπία στη σχέση τους.

3.1.4 Συναισθηματικές αντιδράσεις φίλων/ γνωστών/ συναδέλφων

α) Φίλοι

Όταν έρθει ο χρόνος ένας πάσχον από Σ.Κ.Π. να το πει στους φίλους του ότι έχει Σ.Κ.Π. θα πρέπει να μην ξεχάσει το γεγονός ότι οι άνθρωποι δεν ξέρουν πώς να αντιμετωπίσουν μια τέτοια κατάσταση. Υπάρχει το ενδεχόμενο να αντιδράσουν αρνητικά επειδή αισθάνονται σοκ ή φόβο. Συχνά χρειάζεται χρόνο για να αφομοιώσουν το νέο και για το λόγο αυτό, είναι δυνατό αρχικά να μην μπορούν να εξασφαλίσουν της υποστήριξη που έχει ανάγκη ο ασθενής. Δεν αποκλείεται να απομακρυνθούν εντελώς, κάτι που μπορεί να αποδειχθεί πολύ επώδυνο.

Οι φίλοι που παρέχουν υποστήριξη χρησιμοποιούν τα συναισθήματα του ασθενή ως κατευθυντήρια γραμμή. Όταν ο ασθενής αισθανθεί την ανάγκη κάποιου θα τον ακούσει πρόθυμα το πρόβλημα του ο φίλος του θα είναι προετοιμασμένος να βρεθεί κοντά του.

β) Γνωστοί

Δεν αποκλείεται ορισμένοι άνθρωποι απροσδόκητα να αποκτούν μεγαλύτερη σημασία για τον ασθενή. Πρόκειται συνήθως για ανθρώπους που δίνουν σημαία στα συναισθήματα και δεν προσπαθούν να αφαιρέσουν αρμοδιότητες. Η εκτίμηση του τρόπου αντίδρασης τους μπορεί να μεταβάλλει τη σχέση μεταξύ ασθενή και γνωστών. Η ενδυνάμωση ορισμένων επαφών είναι δυνατό να αποτελέσει μια πολύτιμη εμπειρία για τον ασθενή. Μπορεί επίσης να κάνει πολύτιμες γνωριμίες. Αυτή δεν μπορούν να συγκρίνουν την κατάσταση του με την προηγούμενη του και αυτό είναι δυνατό να βοηθήσει ο πάσχον να αισθανθεί καλά. Μπορεί να ζητήσει υποστήριξη από τους ανθρώπους του άμεσου του περιβάλλον καθώς και από άλλου ανθρώπους με Σ.Κ.Π.

γ) Συνάδελφοι

Ο δεσμός που συνδέει τον ασθενή με τους συναδέλφους του θα καθορίσει το πότε θα τους πει ότι έχει Σ.Κ.Π. Ίσως είναι σκόπιμο να περιμένει έως ότου αισθανθεί ότι μπορεί να μιλήσει ελεύθερα για αυτό το θέμα ή έως ότου αρχίσουν να παρατηρούν ότι κάτι συμβαίνει. Επίσης δεν υπάρχει καμία υποχρέωση ο ασθενής να το ανακοινώσει στον εργοδότη του αμέσως.

3.1.5 Συναισθηματική Προσαρμογή στην Σ.Κ.Π.

α) Κατευθυντήριες γραμμές αυτοαντιμετώπισης

Στη διάρκεια της προσαρμογής μετά τη διάγνωση της Σ.Κ.Π. θα αποδειχθεί ο ασθενής προοδευτικά ότι η νόσος έχει γίνει μέρος της ζωής του. Θα αρχίσει να μιλάει για τη νόσο και τις επιπτώσεις της και θα μάθει να δέχεται τη βοήθεια των άλλων. Αυτά τα δύο σημεία είναι μεγάλης σημασίας σε σχέση με την προσαρμογή στη νέα κατάσταση. Ανοίγουν την πόρτα για την ανακάλυψη της σημασίας άλλων αξιών και στόχων στη ζωή του. Μετά από κάποιο διάστημα θα έχει τη δυνατότητα να μιλήσει για την προσωπική του εξέλιξη αφού θα έχει ενσωματώσει τη χρόνια νόσο στη καθημερινότητα και θα έχει επιτύχει μια νέα ισορροπία.

Ανάλογα με την πορεία της νόσου να χρειασθεί επανάληψη της διαδικασίας προσαρμογής. Παρακάτω ακολουθούν πρακτικές οδηγίες που θα βοηθήσουν να αποδεχθεί τη νόσο ο ασθενής και να την ενσωματώσει στη καθημερινή του ζωή.

Κοινωνική συμμετοχή

Μην επιτρέψεις στην Σ.Κ.Π. να καθορίζει την ζωή σου

Καταστρώστε πραγματοποιήσιμα σχέδια

Ξεκαθαρίστε τι μπορείτε να κάνετε

Προσπαθήστε να αφήσετε ανοικτό το καθημερινό σας πρόγραμμα και το μέλλον

Προσπαθήστε να σκέφτεστε θετικά

Αναζητήστε εναλλακτικές λύσεις

Αντιμετωπίστε το μέλλον μαζί

Αποφύγετε το φαύλο κύκλο

Συνεχίστε να κινείστε

Συμβουλευτείτε ένα γιατρό με τον οποίο αισθάνεστε άνετα

Αναζητήστε επαφές με ανθρώπους που βρίσκονται στην ίδια κατάσταση με σας.

3.1.6 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΤΗ Σ.Κ.Π.

Ελένη Τσαχαγέα, Κλημεντίνη Καραγεωργίου (Νευρολογικό Τμήμα Γ.Γεννηματάς)

Σύγχρονες έρευνες στην Σ.Κ.Π. υποστηρίζουν την αλληλεπίδραση βιοψυχοκοινωνικών παραγόντων. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι επακόλουθο της νόσου και να την ενεργοποιήσει. Το άγχος μπορεί να επιφέρει αλλαγές στο ανοσοποιητικό που σχετίζονται με τις υποτροπές. Οι πάσχοντες μπορεί να αντιδρούν υπερβολικά διότι η νόσος αυξάνει την ευαισθησία τους και να δημιουργούνται συγκρούσεις στην οικογένεια και στην εργασία

Σκοπός αυτής της έρευνας είναι να επισημάνει τις ψυχοσωματικές πλευρές της Σκλήρυνσης κατά πλάκας και να διερευνήσει την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων με Σ.Κ.Π. όσον αφορά τους 4 βασικούς τομείς : τον ψυχολογικό, τον οργανικό, τον κοινωνικό και τον εργασιακό.

Οι ασθενείς και η μεθοδολογία είναι εννέα ομάδες, με 20 συνεδρίες 90 λεπτών ,σε σταθερή ημέρα και ώρα, 1 φορά την εβδομάδα . Δύο εξ αυτών μακράς διάρκειας έως 4 χρόνια . Συμμετείχαν 92 εξωτερικοί ασθενής 20-50 ετών . Τριάντα πέντε ασθενής εντάχθηκαν σε ατομική ψυχοθεραπεία.

Βαρύτητα της αναπηρίας EDSS ΑΠΟ 2-5

Όλοι οι ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια του DSM-IV για κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές

Κριτήρια αποκλεισμού EDSS>6, βαριές νοητικές διαταραχές, ψυχωσική συνδρομή

Ψυχομετρικές κλίμακες BDI, C.E.S. –D και κλίμακα κοινωνικής προσαρμογής Holmes & Rahe

Οι στόχοι του προγράμματος ψυχοθεραπείας είναι: Μείωση του άγχους και κατάθλιψης που επιδρούν στις υποτροπές, εξοικείωση με την Σ.Κ.Π., την καλύτερη αποδοχή της και τη συνεργασία του πάσχοντος, την ανάπτυξη δεξιοτήτων αντιμετώπισης συναισθημάτων, αρνητικών σκέψεων προσαρμογής και συμπτωμάτων της πάθησης και βελτίωση της ποιότητας ζωής.

α) Σ.Κ.Π. και ποιότητα ζωής

Η ποιότητα ζωής ορίζεται ως υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, μέσα στην κοινωνία στην οποία ζει και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες του και τις ανησυχίες του.

Η πτωχή ποιότητα ζωής στους ανθρώπους με Σ.Κ.Π. σχετίζεται με την κατάθλιψη, ανεργία, ήπια, ή έντονα συμπτώματα της νόσου, κόπωση, περιορισμός, στην μετακίνηση άστατη πορεία της νόσου και αποχή από τις κοινωνικές δραστηριότητες (Aronson 1977)

β) Ο οργανικός τομέας

Αυξημένο στρες προερχόμενο από συγκρούσεις συζυγικές ή στην εργασία καθώς και αλλαγή στον τυποποιημένο ρυθμό της ζωής επαυξάνει τον κίνδυνο να αναπτυχθούν νέες εστίες όπως δείχνουν οι μαγνητικές τομογραφίες του εγκεφάλου. Έχει αποδειχθεί ερευνητικά μετά από κλινική και εργαστηριακή εξέταση ότι η κατάθλιψη συσχετίζεται με δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού και μπορεί να προκαλέσει έξαρση της νόσου. (Mohr 2001).

Μπορεί ακόμη να προκαλέσει τη μη συμμόρφωση του πάσχοντος στη φαρμακοθεραπεία, ασκώντας μια έμμεση αρνητική επίδραση στη νόσο και στην υγεία. Η μείωση της κατάθλιψης που επέρχεται από την ψυχοθεραπεία συμβάλλει στη μείωση της δυσπιστίας προς την ιατρική στήριξη και στην αύξηση της συμμόρφωσης του ασθενούς στην φαρμακευτική αγωγή.

γ) Ο εργασιακός τομέας

Η εργασία αποτελεί πηγή σημαντικών ικανοποιήσεων. Ο άνθρωπος με Σ.Κ.Π. εμψυχώνεται από τα επιτεύγματα τους και από την αναγνώριση των συναδέλφων του. Μια πρόωρη συνταξιοδότηση απειλεί την αυτοεκτίμηση του και δημιουργεί οικονομικά προβλήματα που ελαττώνουν τη συμμετοχή του σε ψυχαγωγικές και επαγγελματικές δραστηριότητες.

Στην ψυχοθεραπεία γίνεται μια προσπάθεια διακοπής της αρχικής αναπόφευκτης κρίσης και καθυστέρησης λήψης αμετάκλητων αποφάσεων. Ο άνθρωπος με Σ.Κ.Π. ενθαρρύνεται να αναζητήσει ένα μη εξαντλητικό ωράριο εργασίας. Παροτρύνεται να συμμετέχει ενεργά στη ζωή του σπιτιού του και να μη δημιουργεί σχέσεις εξάρτησης που επηρεάζουν αρνητικά το ηθικό του.

δ) Ο κοινωνικός τομέας

Η κοινωνική υποστήριξη επιδρά θετικά στην πορεία της νόσου. Μειώνει την επίδραση του άγχους, συμβάλλει στην θετική προσαρμογή του πάσχοντος και συσχετίζεται με μια αίσθηση εσωτερικού ελέγχου και αισιοδοξίας, Ο τρόπος με τον οποίο η οικογένεια

αντιμετωπίζει την πρόκληση έχει μεγάλο αντίκτυπο στην ψυχική υγεία της στην προσαρμογή του πάσχοντος και στην πορεία αποκατάστασης.

Οι νευρολογικές βλάβες και η σωματική εξασθένιση μπορεί να είναι λιγότερο σημαντικές να υποστηριχθούν από ότι η κοινωνική απομόνωση την οποία αισθάνεται ο πάσχων. Σαν αποτέλεσμα της ψυχοθεραπείας μερικά ζευγάρια επαναπροσδιορίζουν τους ρόλους τους ώστε να λειτουργού ικανοποιητικά. Η συμμετοχή στην ψυχοθεραπευτική ομάδα παρέχει αλληλοϋποστήριξη μεταξύ των μελών, εξερεύνηση νέων τρόπων αντιμετώπισης νέων ρόλων, διευκόλυνση στην έκφραση συναισθημάτων σχετικά με την Σ.Κ.Π., μείωση της κοινωνικής απομόνωσης, σημαντική μείωση της κατάθλιψης και του άγχους.

ε) Ο ψυχολογικός τομέας

Συνδέεται με την αντίληψη που έχει ο πάσχων για την Σκλήρυνση κατά πλάκας και την ταυτότητα του. Η ψυχοθεραπεία αναπτύσσει δεξιότητες που αντιμετωπίζουν ; συναισθήματα φόβων ανικανότητας και εξάρτησης - φοβερές εικόνες της νόσου, αισθήματα ντροπής, εξευτελισμού. Ανησυχίες για πιθανή εγκατάλειψη από σύζυγο, οικονομική ανασφάλεια ,απώλειες στην εργασία συζυγικοί χωρισμοί και απώλεια επιθυμιών και ονείρων, πεποίθησης ότι είναι άτρωτος. Η θεραπεία βοηθάει να αντιμετωπισθούν εσωτερικές συγκρούσεις που δεν είχαν επιλυθεί εξάρτησης-ανεξαρτησίας, ιδιοδεκτικότητας-παθητικής συμπεριφοράς.

Επηρεάζει την ταυτότητα του ατόμου αυτός που αρνείται τον χαρακτηρισμό του αρρώστου συνεχίζει να εργάζεται και να έχει κοινωνική ζωή- αυτός που βλέπει τον εαυτό του άρρωστο ανακουφίζεται από την φροντίδα των άλλων και το δευτερογενές κέρδος. Αναγνωρίζοντας την τάση τους να σωματοποιούν τα συμπτώματα της Σ.Κ.Π. Ενθαρρύνονται να μιλήσουν για τις απώλειες και την αβεβαιότητα της εξέλιξης της. Βιώνουν άμεσα την υποβόσκουσα κατάθλιψη, άγχος και γίνονται ικανότεροι να δεχθούν καθησυχασμό, να επωφελούνται αποτελεσματικά από το προσωπικό υγείας και απολαμβάνουν πιο ικανοποιητικές πλευρές της ζωής.

3.2 Αποτελέσματα της θεραπείας

Ο βαθμός κατάθλιψης και άγχους των ασθενών βελτιώθηκε σημαντικά μετά το τέλος της θεραπείας, στην αξιολόγηση με τις κλίμακες BDI & C.E.S.-D . Βελτιώθηκαν οι διαπροσωπικές σχέσεις μέσα στην οικογένεια. Ορισμένοι αναζήτησαν εναλλακτικούς ρόλους, όπως μερική απασχόληση, ανώτερες σπουδές, συμμετοχή σε σεμινάρια επαγγελματικής κατάρτισης, δημιουργία μιας πιο υγιούς σχέσης.

Τα μέλη ενθαρρύνθηκαν να διεκδικήσουν τα νομικά δικαιώματά τους, να αναζητήσουν τρόπους ανεξαρτητοποίησης τους π.χ. χωριστή κατοικία, να τεκνοποιήσουν και να

αποφύγουν την κοινωνική περιθωριοποίηση. Ογδόντα τις εκατό ζητούν να συνεχιστεί η ομάδα.

Συμπερασματικά η ψυχοθεραπεία μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των πασχόντων και να ενδυναμώσει τη συνοχή και λειτουργία των οικογενειών τους.

Βιβλιογραφία

1. Θανάσης Γ. Ράπτης. Πολλαπλή Σκλήρυνση. Ψυχολογικές επιπτώσεις. Πρόγραμμα Υποστήριξης Ασθενών ,Αθήνα 2006 .Genesis Pharma sa.

Ξένη βιβλιογραφία

1. Langenmary, A. & Scoht, Physiotherapy with multiple sclerosis patient.(2000) Psychological Reports, 86, 494-508
2. Minden S. Phychotherapy for people with Multiple Sclerosis (1992).Journal of Neuropsychiaty. Vol.4 pp.198-213.
3. Mohr, D & Cox, D .Multiple sclerosis :Empirical literature for the clinical health psychologist. Journal of Clinical Psychology, 57 (4), 479-499.
4. Mohr, D.C. Psychological stress and the subsequent appearance of new brain MRI lesions in MS. Neyrology.2000 pp.55-60
5. Rao S. Meurobehavioral Aspects of Multiple Sclerosis (1990).Oxford University Press
6. Taylor A.,Taylor S. Neuropsychologic Aspects of Multiple Sclerosis .(1998) Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America. Volume 9.pp 643-657.

ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

4.1 ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ανωμαλίες στη κίνηση είναι συχνά το πρώτο σημάδι ότι το άτομο έχει πολλαπλή σκλήρυνση και η απώλεια των κινητικών δραστηριοτήτων, ή ικανότητα να παρουσιάσει λειτουργική δράση, μπορεί να είναι η πρώτη ένδειξη για τον ασθενή ή τον επιστήμονα ότι η Πολλαπλή Σκλήρυνση είναι μια προοδευτικά αναπηρική ασθένεια.

Όταν η κινητική ανικανότητα αυξάνεται σε οριακό βαθμό μερικοί ασθενείς απευθύνονται σε φυσικοθεραπευτές. Σε αυτό το στάδιο, η ασθένεια έχει καταστρέψει το κεντρικό νευρικό σύστημα, οι σωματικές λειτουργίες θα έχουν δημιουργήσει ένα επίπεδο λειτουργικής εξασθένησης και οι ανικανότητες που υπόκεινται στην Πολλαπλή Σκλήρυνση μπορεί να έχουν αναπτυχθεί.

Η απώλεια των φυσιολογικών κινητικών δραστηριοτήτων στους ασθενείς με Π.Σ. δεν έχει μόνο σωματική επίδραση αλλά και ψυχική, αντιδρώντας πολλές φορές αρνητικά τόσο ως προς τους τρίτους αλλά και ως προς τον ίδιο τους τον εαυτό. Ο φυσικοθεραπευτής πρέπει υπομονετικά, φιλικά και με διάθεση να προσεγγίσει τον ασθενή, εξηγώντας τους στόχους και τη φύση της θεραπείας, λύνοντας τις τυχόν απορίες του, αναλύοντας και ξεκαθαρίζοντας όμως τις υποχρεώσεις και το ρόλο του καθενός για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος.

Θα πρέπει επίσης να τον ενθαρρύνει, να τον συμβουλεύει και να τον στηρίζει ψυχολογικά, κερδίζοντας παράλληλα την εμπιστοσύνη και τον σεβασμό.

Μέσα σε όλους τους ρόλους του φυσικοθεραπευτή είναι και να βοηθήσει τον ασθενή να καταλάβει πως η Π.Σ. επηρεάζει το σώμα κίνηση αλλά και ότι ο ίδιος μέσω της άσκησης μπορεί να αντιστρέψει και να εμποδίσει την οποιαδήποτε δυσλειτουργία.

Ένα κοινό ερώτημα που γίνεται από τους περισσότερους ασθενείς είναι, τι μπορεί να κάνει η άσκηση για μένα. Η άσκηση λοιπόν μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση της μέγιστης κατά περίπτωση ανεξαρτησίας, να κρατήσει τους μυς ισχυρούς και να ενδυναμώσει εκείνους που έχουν ατροφήσει, να διατηρήσει το εύρος κίνησης των αρθρώσεων και να μειώσει τον κίνδυνο βραχύνσεων και παραμορφώσεων, να βοηθήσει στη βελτίωση της ισορροπίας και του συντονισμού, να βοηθήσει στη μείωση της σπαστικότητας, και να μειώσει τον κίνδυνο κατακλίσεων.

Ο ασθενής πρέπει να κατανοήσει ότι το κεντρικό νευρικό σύστημα έχει την ικανότητα να προσαρμόζεται ή να μεταβάλλεται στα εξωτερικά ερεθίσματα και να ανταποκρίνεται ανάλογα όπως, να μην αντιδρά αυτόματα αλλά οργανώνοντας βήμα προς βήμα την κάθε κίνηση και ελέγχοντας οποιαδήποτε αντίδραση.

Η ενασχόληση με ασθενή Π.Σ. δεν απαιτεί μόνο κλινική δράση αλλά και ανθρώπινη προσέγγιση, διάθεση να περάσει πού χρόνο μαζί του και υπομονή. Οι ικανότητες του φυσιοθεραπευτή στα όρια της ωριμότητας και της εμπειρίας, καθώς και της κλινικής επιδεξιότητας παίζουν το μεγαλύτερο ρόλο στην αποφασιστική επιτυχία ή αποτυχία της θεραπείας. Η επιτυχία της θεραπείας δεν μπορεί να υπολογισθεί δεν μπορεί να υπολογισθεί με το εάν η όχι ασθενείς με Π.Σ. βελτιώνεται, αλλά μάλλον με το εάν επιτυγχάνεται το καλύτερο επίπεδο δράσης σε συνάρτηση με τον τρόπο ζωής του ασθενή σε κάθε στάδιο της ασθένειας.

Για να αντιμετωπίσει ο φυσικοθεραπευτής με επιτυχία τον ασθενή με Πολλαπλή Σκλήρυνση θα πρέπει να είναι πολυμήχανος, προσεκτικός και διαισθητικός για να μπορεί να αντιμετωπίσει τους διάφορους ρόλους κατάλληλα. Θα πρέπει να είναι σε θέση και ετοιμότητα να αλλάξει την κατεύθυνση και προσέγγιση στη θεραπεία, όταν έρθει αντιμέτωπος με νέα συνθήκες που παρουσιάζονται από τις διακυμάνσεις και την πρόοδο της Π.Σ.

Εξαιτίας της προοδευτικής και αιφνίδιας φύσης της ασθένειας ο προληπτικός ρόλος της φυσικοθεραπείας, σωστής άσκησης είναι πολύ σημαντικός από την στιγμή της διάγνωσης ή των πρώτων συμπτωμάτων.

Το οποιοδήποτε πρόγραμμα φυσικοθεραπείας θα πρέπει να βγαίνει στα μέτρα του κάθε ασθενή μετά από λεπτομερή εκτίμηση –αξιολόγηση, των προβλημάτων, των δυσλειτουργιών και των αναγκών του σε μακροχρόνια βάση. Κάθε άτομο με Πολλαπλή Σκλήρυνση είναι ξεχωριστό και έτσι πρέπει να αντιμετωπίζεται.

4.2 ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ο χειρισμός της Πολλαπλής Σκλήρυνσης από φυσικοθεραπευτές θα πρέπει να εξετάζεται και να σχεδιάζεται σε μακροχρόνια βάση. Οι πρώτες αναφορές είναι απαραίτητες για το σχεδιασμό ενός μακροχρόνιου προγράμματος για την υποκίνηση προληπτικής θεραπευτικής αγωγής. Τα βραχυχρόνια προγράμματα είναι ανεπαρκή για τη φροντίδα αυτών των ασθενών και συχνά οδηγούν σε κάθε άλλο παρά σε ένα αποφασιστικό σχέδιο διατήρησης ή βελτίωσης των λειτουργικών κινήσεων.

Εφόσον η Π.Σ. είναι μακροχρόνια ασθένεια, το θεραπευτικό θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένο και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ασθενή, όπως αυτές αλλάζουν με το πέρασμα του χρόνου. Η θεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει όχι μόνο τις αναλόγως με την ανάπτυξη της Π.Σ. αλλά και με αλλαγές τέτοιες όπως γήρανση, εργασιακή απασχόληση, εγκυμοσύνη.

Οι αρχές της φυσικοθεραπείας έχουν περιγραφεί από τους Ashburn και De Souza (1988). Αυτές περιλαμβάνουν :

- Ενθάρρυνση της ανάπτυξης στρατηγικών κίνησης
- Ενθάρρυνση της μάθησης των κινητικών δεξιοτήτων
- Βελτίωση της ποιότητας των τύπων κίνησης
- Ελαχιστοποίηση των ανωμαλιών των μυϊκών τόνων
- Έμφαση της λειτουργικής εφαρμογής της φυσικοθεραπείας
- Υποστήριξη του ασθενή ώστε να συνεχίσει την κίνηση και συνεργασία και να ενισχύσει τη θεραπεία.
- Εφαρμογή προληπτικής θεραπείας
- Ενημέρωση του ατόμου για καλύτερη κατανόηση των συμπτωμάτων τις Π.Σ. και πως επηρεάζουν την καθημερινές δραστηριότητες.

Αν και το κάθε άτομο με Π.Σ. είναι ξεχωριστό και σαν τέτοιο πρέπει να αντιμετωπίζεται έχουν εντοπιστεί τέσσερις βασικές αρχές φυσικοθεραπείας :

- Διατήρηση και αύξηση της σειράς των κινήσεων
- Ενθάρρυνση σταθερότητας στάσης
- Αποφυγή παρεμπόδιση των συσπάσεων
- Διατήρηση και ενθάρρυνση της ανοχής του βάρους

Βαθμιαία αντικειμενική εκτίμηση της αισθητικοκινητικής λειτουργίας των άνω και κάτω άκρων, λειτουργικές κινήσεις και καθημερινές ασκήσεις πρέπει να καταγράφονται και να φυλάγονται στα στοιχεία της προόδου του ασθενή και της ανταπόκρισης του στη θεραπεία. Επίσης ειδική μέριμνα πρέπει να ληφθεί για να διαπιστωθούν συσπάσεις και παραμορφώσεις, ατροφία, μειωμένη κινητικότητα, απώλεια της αίσθησης των κινήσεων και αισθητική στέρηση που παρατηρείται στη Πολλαπλή Σκλήρυνση.

4.3 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η αξιολόγηση της κατάστασης ενός ασθενή με που πάσχει από Πολλαπλή Σκλήρυνση πρέπει να είναι το πρώτο μέλημα της αντιμετώπισης του, διότι όλο το σχέδιο της αποκατάστασης που θα εφαρμόσουμε, εξαρτάται από τα ευρήματα αυτής της αξιολόγησης.

Ορισμένα από τα πρώτα σημεία που πρέπει να σημειώνουμε είναι:

- α. Αν ο ασθενής είναι περιπατητικός
- β. Αν χρησιμοποιεί αναπηρική καρέκλα
- γ. Αν είναι κατάκοιτος

Για τις δύο περιπτώσεις πρέπει να διαπιστώσουμε αν είναι ο ασθενής χρειάζεται βοήθεια για να τις επιτύχει, πόση βοήθεια και τι είδους βοήθεια. Επίσης είναι πολύ σημαντικό να γίνει εκτίμηση:

ι). Της ακουστικής ικανότητας

Η αξιολόγηση της ακοής, δεν είναι αρμοδιότητα του φυσιοθεραπευτή αλλά έχει σημασία να γνωρίζουμε αν ο ασθενής είναι σε θέση να ακούει τη συνηθισμένη ομιλία ή αν αυτό του είναι δύσκολο.

ιι). Της όρασης και των ματιών.

Η εκτίμηση της κατάστασης των ματιών και της οράσεως είναι αρμοδιότητα του εξειδικευμένου οφθαλμιάτρου. Επειδή όμως τα μάτια πολλές φορές βοηθούν στη παραγωγή μιας κίνησης, είναι σημαντικό να γνωρίζουμε πόσο αναμένεται να βοηθήσουν.

ιιι). Της κινητικότητας των αρθρώσεων και της ελαστικότητας των μυών.

Εξετάζουμε το υπάρχον εύρος της υπό εξέτασιν άρθρωσης. Θα πρέπει επίσης να εξετάζουμε το παθητικό και ενεργητικό εύρος των κινήσεων διότι πολλοί ασθενείς δεν μπορούν κινήσουν τις αρθρώσεις εξαιτίας μυϊκής αδυναμίας, υποτονίας η υπερτονίας.

Κατά την παθητική κινητοποίηση θα πρέπει να ελέγχουμε την μυϊκή ελαστικότητα και το εύρος άρθρωσης ξεχωριστά .

iv). Του λόγου –των κινήσεων της γλώσσας –κατάποσης

Η αξιολόγηση του λόγου, των κινήσεων της γλώσσας και της κατάποσης, είναι κυρίως αρμοδιότητα λογοθεραπευτών. Ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να γνωρίζει το επίπεδο επικοινωνίας του ασθενή, την απαντητική του ικανότητα και πως αυτά έχουν διαμορφωθεί από την επήρεια της πάθησης του. Πολλοί ασθενείς γνωρίζουν τι θέλουν να πουν, αλλά μπορούν να διαπιστώσουν μόνο μια φράση ή λέξη κάθε φορά που προσπαθούν να μιλήσουν. Σε μια τέτοια κατάσταση χρειάζεται να επινοήσουμε άλλους τρόπους επικοινωνίας.

v). Της αναπνευστικής λειτουργίας.

Οι μετρήσεις της ζωτικής χωρητικότητας με το σπιρόμετρο μπορούν να παρασταθούν γραφικώς και να δώσουν μια εικόνα της κατάστασης των μυών και της κινητικότητας του θώρακα. Συνεχείς μετρήσεις κατά διαστήματα μας δίνουν τη δυνατότητα να ελέγχουμε αν υπάρχει βελτίωση ή όχι. Η μέτρηση του εκπνεόμενου αέρα είναι μια μέθοδος εκτίμησης της ισχύς των εκπνευστικών μυών, συμπεριλαμβανομένων και των κοιλιακών.

vi). Της λειτουργικής δραστηριότητας

Είναι σημαντικό να μην συνδέουμε την λειτουργική δραστηριότητα με την ποιότητα της κίνησης. Όταν εξετάζουμε τη λειτουργικότητα, εκτιμούμε την ικανότητα του ασθενή να είναι ανεξάρτητος και αυτό δεν υποχρεώνει να εκτιμήσουμε και την ποιότητα της κίνησης.

Πρέπει λοιπόν να ελέγχουμε λειτουργίες όπως η ικανότητα του ασθενή να μεταφέρεται από κρεβάτι σε καρέκλα, από καρέκλα στη τουαλέτα και το μπάνιο, το ντύσιμο και το πλύσιμο, η ικανότητα του ασθενή να βαδίζει, να ανεβαίνει και να κατεβαίνει σκαλοπάτια κ.λ.π. Αν και όλα αυτά είναι πιο πολύ δουλειά των εργασιοθεραπευτών πρέπει να τα γνωρίζουμε και εμείς, επειδή είναι πιθανό να χρειαστεί κάποια επίσκεψη μας στο σπίτι ή στο χώρο εργασίας του ασθενή, για να βγάλουμε πιο συγκεκριμένα συμπεράσματα.

Πέρα από αυτή την αξιολόγηση για την αναλυτική μέτρηση της ικανότητας του ασθενή υπάρχουν διάφοροι κλίμακες. Ένας από αυτούς είναι η κλίμακα ικανότητας Kurtzke.

4.4 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ EDSS

(Kutzke Expanded Disability Status Scale)

4.4.1. ΠΥΡΑΜΙΔΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

0= Φυσιολογικό

1= Παθολογικά σημεία χωρίς ανικανότητα

2= Ελάχιστη αναπηρία

3= Μέτρια η ήπια παραπάρεση η ημιαπάρεση, σοβαρή μονοπάρεση

4= Έντονη παραπάρεση η ημιαπάρεση, μέτρια τετραπάρεση η μονοπληγία.

5= Παραπληγία, ημιπληγία η εμφανή τετραπάρεση.

6= Τετραπληγία

V= Άγνωστο

4.4.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΡΕΓΚΕΦΑΛΙΔΑΣ

0= Φυσιολογική

1= Παθολογικά σημεία χωρίς αναπηρία

2= Ήπια αταξία

3= Μέτρια αταξία του κορμού ή αταξία άκρων

4= Σοβαρή αταξία όλων των μελών

5= Ανικανότητα να εκτελεί συνεργικές κινήσεις οφειλόμενες στη αταξία

v= Άγνωστο

X= Χρησιμοποιείται μετά 0-3 όταν η αδυναμία του επιπέδου 3 ή περισσότερο εμπλέκεται με την εξέταση.

4.4.3 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΟΥ ΣΤΕΛΕΧΟΥΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

0= Φυσιολογικό

1= Μόνο νευρολογικά σημεία

2= Μέτριος νυσταγμός η άλλη ήπια αναπηρία

3= Σοβαρό νυσταγμός, έντονη αδυναμία οφθαλμοκινητικών νεύρων ή μέτρια αναπηρία άλλων κρανιακών νεύρων

4= Έντονη δυσαρθρία η άλλες έντονη αναπηρία

5= Ανικανότητα η αδυναμία να καταπιεί να μιλήσει

v= Άγνωστη

4.4.4 ΑΙΣΘΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

0= Φυσιολογικό

1= Μείωση παλλαισθησίας η γραφαισθησίας μόνο σε ένα ή δύο άκρα.

2= Ήπια μείωση της αίσθησης της αφής, του άλγους και της θέσης και /ή μέτρια μείωση της παλλαισθησίας σε ένα ή δύο άκρα, ή μείωση της παλλαισθησίας μόνο σε τρία η τέσσερα άκρα.

3= Μέτρια μείωση στην αίσθηση της αφής, του άλγους ή της θέσης και / η ουσιαστικά απουσία παλλαισθησίας σε ένα δύο άκρα ή ήπια μείωση της αφής ή του άλγους και /η μέτρια μείωση σε όλα τα ιδιοδεκτικά τεστ σε τρία η τέσσερα άκρα.

4= Έντονη μείωση της αίσθησης της αφής, του άλγους ή απώλεια της ιδιοδεκτικής αισθητικότητας, ξεχωριστά ή σε συνδυασμό, σε ένα η δύο άκρα η μέτρια μείωση της αφής και /η σοβαρή μείωση της ιδιοδεκτικής αισθητικότητας σε περισσότερα από δύο άκρα.

5= Απώλεια (ουσιαστική) της αίσθησης σε ένα η δύο άκρα ,η μέτρια μείωση της αφής και του άλγους και /η απώλεια της ιδιοδεκτικής αισθητικότητας στα περισσότερα σημεία του σώματος κάτω από την κεφαλή.

6= Αίσθηση κάτω από την κεφαλή ουσιαστικά απύουσα

v= Άγνωστη

4.4.5 ΟΡΘΟΚΥΣΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

0= φυσιολογικό

1= Ήπια καθυστέρηση στη έναρξη της ούρησης, επιτακτική ανάγκη ούρησης η κατακράτηση ούρων

2= Μέτρια καθυστέρηση στη έναρξη της ούρησης επιτακτική ανάγκη ούρησης κατακράτηση στο έντερο η την κύστη η σπάνια ακράτεια ούρων.

3= Συχνή ακράτεια ούρων

4= Ανάγκη σχεδόν συνεχούς κατητηρισμού

5= Απώλεια λειτουργίας της κύστης

6= Απώλεια λειτουργίας της κύστης και του εντέρου

V= Άγνωστη

4.4.6 ΟΠΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

1= Φυσιολογικό

2= Οπτική οξύτητα (με διόρθωση), κάθε οφθαλμού 6/9

3= Μείζων οπτική οξύτητα του χειρότερου οφθαλμού 6/15

4= Ο χειρότερος οφθαλμός με μεγάλο σκότωμα η μέτρια διαταραχή των οπτικών πεδίων, αλλά με μείζονα οπτική οξύτητα από 6/30 μέχρι 6/60 είτε βαθμός 3 και επιπλέον μείζων οπτική οξύτητα του καλύτερου οφθαλμού 6/15

5= Ο χειρότερος οφθαλμός με μείζονα οπτική οξύτητα 6/60 είτε βαθμός 4 και επιπλέον μείζων οπτική οξύτητα του καλύτερου οφθαλμού 6/15

6= Βαθμός 5 και επιπλέον μείζων οπτική οξύτητα του καλύτερου οφθαλμού 6/15

X= Προστίθεται στο βαθμό 0-6 για την παρουσία χρονικής ωχρότητας.

4.4.7. ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

0= Φυσιολογική

1= Αλλαγή διάθεσης μόνο

2= Ήπια χρόνια μείωσης της διανοητικής ικανότητας

3= Συγκράτηση της χρόνιας μείωσης της ικανότητας

4= Χαρακτηρισμένη χρόνια μείωση

5= Άνοια ή χρόνια αναρμόδιος συνδρόμου του εγκεφάλου

4.4.8 ΕΙΔΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ: ΚΛΙΜΑΚΑΣ KURTZKE (DSS)

0 = Φυσιολογική νευρολογική εξέταση (όλα μηδενικού βαθμού σε λειτουργικές ομάδες).

1 = Καμία αναπηρία, μηδαμινά σημάδια (Babinski, μηδαμινή αταξία της προσέγγισης του δακτύλου στη μύτη, μειωμένη αίσθηση κραδασμών) (βαθμός 1 σε λειτουργικές ομάδες).

2 = Μηδαμινή αναπηρία - ελαφρά αδυναμία ή ακαμψία, ελαφρά διαταραχή της βάδισης, ή ελαφρά οπτικοκινητική διαταραχή (ένα ή δύο στοιχεία του λειτουργικού βαθμού 2).

3 = Μέτρια αναπηρία - μονοπάρεση, ελαφρά ημιπάρεση, μετρία αταξία, ενοχλητική αισθητική απώλεια, ή εμφανή ουρικά ή οφθαλμικά συμπτώματα, ή συνδυασμοί υποδεέστερων δυσλειτουργιών (ένα ή δύο στοιχεία του βαθμού 3 ή αρκετά του βαθμού 2).

4 = Σχετικά σοβαρή αναπηρία που δεν εμποδίζει την ικανότητα να εργαστεί κανείς ή να ολοκληρώνει φυσιολογικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, αποκλείοντας την σεξουαλική λειτουργία. Εδώ συμπεριλαμβάνεται η ικανότητα να είναι κανείς στο πόδι περίπου 12 ώρες την ημέρα (ένα στοιχείο του βαθμού 4 ή αρκετά του βαθμού 3 ή και μικρότερου βαθμού).

5 = Αναπηρία αρκετά σοβαρή ώστε να καθιστά αδύνατη την εργασία, με μέγιστη κινητική λειτουργία το περπάτημα χωρίς βοήθεια για μερικά τετράγωνα (ένα μόνο στοιχείο του λειτουργικού βαθμού 5, ή συνδυασμός στοιχείων μικρότερου βαθμού).

6 = Απαιτείται βοήθεια (μπαστούνι, πατερίτσες, συσκευή για ίσχνανση της κνήμης) για το περπάτημα (ένα μόνο στοιχείο του λειτουργικού βαθμού 5, ή συνδυασμός στοιχείων μικρότερου βαθμού).

7 = Περιορισμός σε αναπηρικό καροτσάκι - έχει κανείς την ικανότητα να σπρώχνει μόνος του το καροτσάκι και να κάθεται και να σηκώνεται μόνος του από αυτό. (συνδυασμοί με τουλάχιστον ένα στοιχείο πέραν του λειτουργικού βαθμού 4).

8 = Περιορισμός στο κρεβάτι, αλλά με αποτελεσματική χρήση των χεριών (συνδυασμοί συνήθως βαθμού 4 ή μεγαλύτερου σε πολλές λειτουργικές ομάδες).

9 = Εντελώς ανήμπορος ασθενής στο κρεβάτι (συνδυασμοί συνήθως λειτουργικού βαθμού 4 ή μεγαλύτερου στις περισσότερες λειτουργικές ομάδες).

10 = Θάνατος λόγω πολλαπλής σκλήρυνσης.

Τομείς ποιότητας ζωής

Ψυχοφυσιολογική ισορροπία

Κατανόηση της ασθένειας, των συμπτωμάτων, και του τρόπου αντιμετώπισης τους
Κατανόηση των περιορισμών και των δυνάμεων, λειτουργία κατά το δυνατόν, αλλά σεβασμός των ορίων

Διατήρηση της λειτουργίας με τη μικρότερη δυνατή προσπάθεια και τη μεγαλύτερη δυνατή ασφάλεια (ικανοποιητική ισορροπία μεταξύ της δραστηριότητας και της ξεκούρασης)
Λειτουργική βελτίωση παρά τα επίμονα νευρολογικά σημάδια
Επαναφορά στην φυσιολογική κατάσταση προ επιδείνωσης
αλλαγή περιβάλλοντος για να υποστηριχθεί η ανεξαρτησία, για να μειωθεί η αναπηρία

Φυσική κατάσταση, τρόπος ζωής

Συνειδητοποίηση πιθανής αβεβαιότητας και απώλειας του ελέγχου

Συσχετισμοί

Ρεαλιστικές προσδοκίες για τον ασθενή και την οικογένεια του

Διατήρηση της οικογενειακής ενότητας

Εκμάθηση νέων τρόπων εκπλήρωσης οικογενειακών/φιλικών ρόλων

Γνώση και εξάσκηση ρεαλιστικών τρόπων ανεξαρτησίας - δεν γίνεσαι βάρος - αλλά είσαι ικανός να ζητήσεις την βοήθεια που χρειάζεσαι, όποτε την χρειάζεσαι
Αποφυγή κοινωνικής απομόνωσης

Γνώση και πρέπουσα χρήση των κοινοτικών πόρων

Παραγωγικότητα

Ανάπτυξη εναλλακτικών πλάνων για ήδη καθιερωμένους επαγγελματικούς στόχους (δουλειά, μόρφωση, άλλη εκπαίδευση)

Καθιέρωση μιας παραγωγικής ζωής (με πληρωμή ή εθελοντικά)

4.4.9. ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΗ ΤΩΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

α) Σπαστικότητα

Ένα από τα βασικότερα προβλήματα της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας είναι η σπαστικότητα. Αυτό προκαλείται από την απώλεια των φυσιολογικών ρυθμιστικών παραγόντων στον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό. Εμφανίζεται στο 90-95% των ασθενών, είναι έντονη στα προχωρημένα στάδια και δημιουργεί δυσκολίες στο βάδισμα, στις δραστηριότητες των άνω άκρων και στην αυτοεξυπηρέτηση.

Η ανάπτυξη της σπαστικότητας των μυών αρχικά μπορεί να είναι τόσο ελαφριά που να διαφεύγει της προσοχής και του θεραπευτή και του ασθενούς. Ο ασθενής μπορεί να αναφέρει παροδικούς σπασμούς των μυών η αίσθημα σφιξίματος σε κάποιον μη η ακόμη σπασμό κάποιου άκρου σε συγκεκριμένη θέση . Ο φυσικοθεραπευτής εξετάζει το μυϊκό τόνο χρησιμοποιώντας γρήγορες και αργές παθητικές κινήσεις σε όλο το φυσιολογικό εύρος των αρθρώσεων .

Η απόφαση να μειωθεί ο μυϊκός τόνος είναι σωστή, όταν μπορούμε να πετύχουμε περισσότερες λειτουργίες για τον ασθενή. Σε μερικές περιπτώσεις κάποιος ο αυξημένος μυϊκός τόνος μπορεί να είναι χρήσιμος σε άτομα με Σ.Κ.Π. για την ανάκτηση της βάδισης ή τις μεταφορές.

β) Εκτίμηση της σπαστικότητας

Οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τον μυϊκό τόνο είναι αρκετοί σε αυτό περιλαμβάνονται η αδυναμία, τα φάρμακα το stress, η θερμοκρασία του σώματος και οι διάφορες ασκήσεις . Οι παράγοντες αυτοί μεταβάλλονται όμως είναι σημαντική μια αντικειμενική προσέγγιση τις σπαστικότητας πριν και μετά την θεραπεία .

Υπάρχουν πολλοί τρόποι αξιολόγησης του μυϊκού τόνου, η πιο αντικειμενική και εύκολη στη εφαρμογή της είναι εαυτή που γίνεται από τον θεράποντα με παθητική κίνηση – αντίσταση, όπου βαθμολογείται σύμφωνα με την τροποποιημένη κλίμακα του Ashworth.

Τροποποιημένη κλίμακα του Answorth για το μυϊκό τόνο

ΒΑΘΜΟΣ 1. Ελάχιστη αντίσταση στη κάμψη-έκταση της άρθρωσης.

ΒΑΘΜΟΣ 1+. Μικρή αύξηση του μυϊκού τόνου, όπου εμφανίζεται ελάχιστη αντίσταση κατά τη διάρκεια του μισού εύρους της κίνησης.

ΒΑΘΜΟΣ 2. Αξιοσημείωτη αύξηση στο μυϊκό τόνο στο περισσότερο εύρος της κίνησης

ΒΑΘΜΟΣ 3. Σημαντική αύξηση στον μυϊκό τόνο, παθητική κίνηση γίνεται δύσκολα.

ΒΑΘΜΟΣ 4. Το πάσχον τμήμα είναι άκαμπτο στην κάμψη - έκταση

δ) Στάση

Οι βασικές ανωμαλίες της στάσης που παρατηρούνται στη Σ.Κ.Π. είναι μονόπλευρες ή αμφίπλευρες κάμψεις των γοφών, μια εξογκωμένη οσφυϊκή λόρδωση της σπονδυλικής στήλης, γυρτοί ώμοι, μονόπλευροι ή αμφίπλευρη υπερέκταση των γονάτων και απώλεια της στροφής του κορμού κατά την κίνηση. Καθημερινές εκτάσεις των προσβεβλημένων μυϊκών ομάδων, θα βοηθήσουν στη πρόληψη των ανωμαλιών στάσης από το να γίνουν περιοριστική κίνηση . Η ενθάρρυνση της πληροφόρησης της στάσης θα βοηθήσει τον ασθενή να αναγνωρίσει τη σωστή θέση σε στάση ή κάθισμα και θα μάθει τον τρόπο να

διορθώνει την άσχημη στάση σε αυτές τις θέσεις. Η χρήση ανακλαστικοανασταλτικών τρόπων θα τον βοηθήσουν να εμποδίσει την ανάπτυξη σπαστικών συσπάσεων, οι οποίες με τη σειρά τους μειώνουν την πιθανότητα ερεθισμών.

ε) Ισορροπία

Είναι απαραίτητο να αποφασίσουμε αν ή όχι η ισορροπία και η σωστή αντίδραση είναι φυσιολογικές ,μειωμένες ή απύσες. Η εκτίμηση και των δύο θέσεων στάσης η κίνησης θα πρέπει να γίνονται με κλινική εκτίμηση. η διατήρηση της ισορροπίας δε βασίζεται μόνο στη λειτουργική αρτιότητα του λαβυρινθοειδούς αλλά και στο αισθητικό εισερχόμενο των ιδιοδεκτικών και των ληπτών πίεσης. Κατά συνέπεια η αισθητική εκτίμηση είναι απαραίτητη . Η έμφαση της θεραπείας πρέπει να δίνεται στην ενθάρρυνση των κινήσεων και των λειτουργικών δραστηριοτήτων, όπως μεταβιβάσεις που θα διευκολύνουν και θα υποκινήσουν τις αντιδράσεις ισορροπίας. Ο κινητικός έλεγχος της κεφαλής και του κορμού είναι παράγοντας διατήρησης της σταθερότητας και στα δύο, θέση στάσης και κίνησης. Τα σημεία κλειδιά της κίνησης είναι κεντρικά και ο συντονισμός των κεντρικών αρθρώσεων βοηθά στη σταθερότητα της ζώνης των άκρων στο άξονα του σώματος . Όσον αφορά την ισορροπία στη όρθια στάση, αυτή πρέπει να διεγερθεί εφόσον ο ασθενής σταθεί όρθιος. Η διέγερση της ισορροπίας στη όρθια στάση, διεγείρει μηχανισμούς προσανατολισμού του σώματος.

στ) Συνέργεια

Η συνέργεια εμπεριέχει πολλά στοιχεία του κινητικού ελέγχου .Γι αυτό τον το λόγο θα πρέπει κάθε τμήμα να εξετάζεται ξεχωριστά, για να υπάρχει μια ολοκληρωμένη αλλά ταυτόχρονη και τμηματική αξιολόγηση της συνέργειας του κάθε ασθενή. Ο απαιτούμενος κινητικός έλεγχος στο χώρο περιλαμβάνει την ικανότητα του ασθενή να ελέγχει τρεις συνισταμένες. Την κατεύθυνση, την ποιότητα και την ταχύτητα.

Ο έλεγχος της ταχύτητας της κίνησης μπορεί να εκτιμηθεί παρατηρώντας αν και πως ο ασθενής χτυπά τα χέρια του η πώς κτυπά ξεχωριστά με την φτέρνα του ποδιού του το πάτωμα. Αναλύοντας την ταχύτητα της κίνησης πρέπει να αξιολογείται και να καταγράφεται ο έλεγχος της ταχύτητας, ο έλεγχος της κατεύθυνσης, η ακρίβεια ο έλεγχος της αντίδρασης σε σύγκρουση και ο έλεγχος της αντίστροφης κίνησης.

ζ) Αταξία

Η αταξία είναι συγκεκριμένη ανωμαλία της κινητικής λειτουργίας που έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια συντονισμού και εκούσιων κινήσεων . Είναι ένα πρόβλημα το οποίο ανεξάρτητα από κινητική αδυναμία, αλλοιώνει την κατεύθυνση και έκταση της κίνησης και μειώνει τις συγκρατημένες, εκούσιες και ανακλαστικές συσπάσεις που είναι απαραίτητες για τη διατήρηση της στάσης και της ισορροπίας. Βλάβες της παρεγκεφαλίδας φαίνεται να είναι οι συχνότεροι, αν και όχι αποκλειστικοί υπαίτιοι.

η) Τρόμος

Με τον όρο τρόμος αναφερόμαστε σε μια ταλαντώδη κίνηση των άκρων η μερικές φορές και της κεφαλής. Όπως συμβαίνει σ' όλα τα συμπτώματα της Σ.Κ.Π., ο τρόμος μπορεί να εμφανίζεται και να εξαφανίζεται . Είναι ένα από τα πλέον χαρακτηριστικά συμπτώματα, που σίγουρα χρειάζονται αντιμετώπιση . Υπάρχουν διαφορετικοί είδη τρόμου, μερικά έχουν διάρκεια μεγάλης εμφάνισης, ενώ άλλες εκφράσεις του δύσκολα γίνονται αντιληπτές. Σε μερικές περιπτώσεις ο τρόμος εμφανίζεται κατά την διάρκεια της ξεκούρασης του ασθενούς, ενώ σε άλλες περιπτώσεις εμφανίζεται κατά την διάρκεια των λειτουργικών του κινήσεων . Μερικές φορές είναι γρήγορος και άλλοτε είναι αργός. Άλλες φορές εμφανίζεται στα άκρα ενώ σε άλλες περιπτώσεις περιλαμβάνουν την κεφαλή του κορμού ή την ομιλία. Λόγω της ποικιλίας στην εμφάνιση του η κατάλληλη διάγνωση από τον θεράποντα γιατρό έχει μεγάλη αξία στην επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής προσέγγισης.

θ) Κόπωση

Η διαχείριση της κόπωσης θα πρέπει να ενσωματωθούν σε φυσιοθεραπευτικά προγράμματα εκπαιδύοντας τους ασθενείς στη ανάγκη ασκήσεων βηματισμού και διατήρησης ενέργειας και στη αξία της ξεκούρασης. Η αγωγή χαλάρωσης μπορεί να βοηθήσει αυτούς που βρίσκουν δύσκολο να ξεκουραστούν και αυτούς που βρίσκονται σε κατάσταση άγχους . Προσεκτικά προγράμματα ασκήσεων μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αύξηση της αντοχής, αλλά αυτές πρέπει να κατευθύνονται από το θεραπευτή.

Διαιτητικές συμβουλές βεβαιώνουν την επαρκή λήψη θερμίδων και εδραιώνουν μια σωστή διαιτητική αγωγή, έτσι αναφορά σε διαιτολόγο είναι απαραίτητη. Το ημερήσιο

ποσό κόπωσης πρέπει να διαπιστώνεται από τον φυσικοθεραπευτή για να δίνονται οι σχετικές οδηγίες και να σχεδιάζεται η θεραπευτική αγωγή και οι ασκήσεις στο σπίτι.

Ένα τυπικό πρόγραμμα ασκήσεων μπορεί να περιλαμβάνει αρχικά, υποβοηθούμενες ασκήσεις ενάντια στη βαρύτητα με εξελεγκτική πορεία σε ελεύθερες ενάντια στη βαρύτητα και κατόπιν σε ασκήσεις με αντίσταση, που αρχικά δίνεται με τα χέρια του θεραπευτή και κατόπιν με βάρη που αυξάνονται σταδιακά.

Πρέπει να συμβουλευόμαστε τον ασθενή να μην παραλείπεται και να ξεκουράζεται πριν και μετά την δραστηριότητα .

i) Μυϊκή αδυναμία

Η μυϊκή αδυναμία είναι ένα σύνηθες πρόβλημα στην Σ.Κ.Π. και έχει πολλές ποικίλες αιτίες. Εμφανώς η απομυελίνωση της πυραμιδικής οδού μπορεί να προκαλέσει αδυναμία του τύπου του άνου κινητικού νευρώνα η οποία προφανώς σχετίζεται με την ελάττωση ή το μπλοκάρισμα της αγωγιμότητας .

Η σπαστικότητα είναι συχνά ένα αποτέλεσμα της απομυελίνωσης όπου μπορεί να προκαλέσει αδυναμία με ταυτόχρονη αύξηση της δραστηριότητας στην μυϊκή ομάδα των ανταγωνιστών . Ο μυς πρέπει να νικήσει τη βαρύτητα αλλά θα πρέπει να κινηθεί ενάντια στη αντίσταση, που προκαλείται από την σπαστικότητα προφανώς αντίθετα στη κίνηση.

Η αδυναμία επίσης μπορεί να προκαλέσει και κόπωση. Μπορεί να είναι τοπική, εμπνέοντας φτωχή νεύρο-αγωγιμότητα στο μυ ή μπορεί να είναι ένα γενικευμένο αποτέλεσμα ελαττωμένης λειτουργικής δραστηριότητας. Εξασθενημένη αισθητικότητα, εξειδικευμένα ελαττωμένα ιδιοδεκτικότητα μπορεί να περιοριστεί στα άτομα με Σ.Κ.Π. την καλή ρύθμιση της κίνησης. Αυτό ελαττώνει χαρακτηριστικά την ικανότητα προκαλώντας αδυναμία.

Πίνακας 2. Παραδείγματα διάδρασης σε κοινά προβλήματα Σ.Κ.Π.

| <u>Πρόβλημα</u> | <u>Στόχοι</u> | <u>Πλάνο</u> |
|---|--|--|
| Αδυναμία | Ενδυνάμωση του συντελεστή αδράνειας Διατήρηση της φυσικής κατάστασης. | Ασκήσεις ενδυνάμωσης, αντικατάσταση, επανόρθωση, προστατευτική νάρθηκες |
| Σπαστικότητα | Κανονικοποίηση της τόνωσης χωρίς να προκληθεί απώλεια στήριξης | Φαρμακευτική αγωγή, διατάσεις, στάση του σώματος, κρύο μπάνιο ή ψεκασμός, τεχνικές κίνησης. |
| Έλλειψη συντονισμού, τρέμουλα, εξασθενημένη ισορροπία | Βελτίωση της ισορροπίας και του ελέγχου | Φαρμακευτική αγωγή, ασκήσεις συντονισμού/ισορροπίας, προσέγγιση συνδέσμων, εξοπλισμός προσαρμογής, βάρη στα άκρα τεχνικές επανόρθωσης, νάρθηκες αέρα, εξάσκηση βάδισης. |
| Πόνος | Μείωση της πηγής του πόνου | Φαρμακευτική αγωγή, βελτίωση της στάσης του σώματος |
| Κούραση | Αύξηση και συντήρηση της υπάρχουσας ενέργειας | Διδασκαλία συντήρησης, της ενέργειας, θεραπεία κατάθλιψης, βελτίωση της αντοχής, αποδοτικές τεχνικές επανόρθωσης και εξοπλισμός, διαχείριση άγχους, διατήρηση από τον ασθενή αρχείο δραστηριοτήτων και επαναπροσαρμογή, περίοδοι ξεκούρασης κατά την έναρξη της κούρασης |
| Οπτική εξασθένηση | Βελτίωση της όρασης Επανόρθωση για την απώλεια | Φαρμακευτική αγωγή για την οξεία οπτική νευρίτιδα, προστατευτικό κάλυμμα ματιού για διπλή όραση, τεχνικές επανόρθωσης, ομιλούντα βιβλία επισκέψεις στο σπίτι |

| | | |
|------------------------------------|---|---|
| Εξασθενημένη αίσθηση | Βελτίωση της αισθητήριας συνειδητοποιήσεις Διδασκαλία προληπτικών μέτρων | Επιμόρφωση, οπτική επανόρθωση, επαναληπτικές εξελικτικές ασκήσεις, προσέγγιση συνδέσμων, πλατάγιασμα, βούρτσισμα, βάρη |
| Βάδισμα μεταφορές | Ασφαλής και αποδοτική κινητικότητα | Μείωση της σπαστικότητας ενδυνάμωση και βελτίωση της ισορροπίας, βελτίωση της σταθερότητας κορμού, εξάσκηση βάδισης, βοηθήματα βάδισης, εξάσκηση σε θάλαμο αξιολόγηση του περιβάλλοντος |
| Δυσλειτουργία του εντέρου | Κανονικότητα χωρίς δυσκοιλιότητα, ακράτεια | Δίαιτα μείωση φαρμάκων δυσκοιλιότητας, διαχείριση του προγράμματος της ουροδόχου κύστη, της ισορροπίας καθίσματος |
| Δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης | Απελευθέρωση από την ακράτεια και τις μολύνσεις | Αξιολόγηση φαρμακευτική αγωγή, εκμάθηση προγράμματος της ουροδόχου κύστης |
| Δυσφαγία | Διατροφή, Ασφάλεια | Δίαιτα, εκπαίδευση και εξάσκηση του ασθενούς και της οικογένειας του |
| Σεξουαλική δυσλειτουργία | Επανόρθωση, επιμόρφωση | Αξιολόγηση, επιμόρφωση κινητικότητα ,ισορροπία, μείωση της σπαστικότητας, συσπάσεις των μυών |
| Δυσαρθρία | Βελτίωση της κινητικότητας | Επανεκπαίδευση, εκμάθηση κάποιου να ακούει |
| Εξέλκωση από κατάκλιση | Πρόληψη, θεραπεία | Αξιολόγηση, Ενδυνάμωση και στάση του σώματος, προστατευτικός εξοπλισμός συσπάσεις |

4.4.10 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

I) Αντιμετώπιση της σπαστικότητας

Με την φυσιοθεραπευτική παρέμβαση στοχεύουμε να ομαλοποιήσουμε τον μυϊκό τόνο, να ελαχιστοποιήσουμε του μυϊκούς σπασμούς και να αναχαιτίσουμε την ανάπτυξη μη φυσιολογικών κινητικών προτύπων. Μέχρι σήμερα έχουν εφαρμοσθεί με διαφορετικά αποτελέσματα διάφοροι τρόποι για την αντιμετώπιση της σπαστικότητας.

α) Διατάσεις

Για να μειωθεί η σπαστικότητα και να αυξηθεί η εκούσια κίνηση διατείνουμε τους προβληματικούς μύες, πολύ αργά χωρίς να προκαλέσουμε αντίδραση . Δίνοντας έμφαση στους ισchioκνημιαίους, προσαγωγούς, γαστροκνήμιο, τετρακέφαλο και στους μυς του άκρου ποδός.

Οι διατάσεις βοηθούν στη βελτίωση του αισθητικού ερεθισμού, ενεργοποιώντας τους ιδιοδεκτικούς υποδοχείς και μηχανοϋποδοχείς . Το σημαντικό στη διάταση είναι να επιμηκυνθεί ο μυς δια μέσω της χαλάρωσης. Έτσι αποφεύγουμε να προκαλέσουμε πόνο και μυϊκό σπασμό.

Εάν με την επαφή του χεριού μας αυξήσουμε τον τόνο δεν αφήνουμε το μέλος, χαλαρώνουμε την κίνηση και περιμένουμε να μειωθεί ο τόνος η να προσπαθήσουμε να τον αναχαιτίσουμε και εν συνέχεια εκτελούμε την διάταση.

β) Κρυοθεραπεία

Με την εφαρμογή της κρυοθεραπείας πετυχαίνουμε μείωση της σπαστικότητας, ανακούφιση της μυϊκής ατράκτου από την φλόγωση, μείωση των τενόντιων αντανακλαστικών και μείωση της ταχύτητας αγωγιμότητας στα νεύρα και στους μύες.

Τα αποτελέσματα της κρυοθεραπείας είναι σχετικά προσωρινά, αν και σε μερικούς ασθενείς αναφέρεται εμπλουτισμός των λειτουργικών κινήσεων, που διαρκεί για αρκετά λεπτά ή και ώρες.

Πριν χρησιμοποιηθεί ένα ψυχρό επίθεμα για να μειωθεί ο βαθμός της σπαστικότητας σε ένα ασθενή θα πρέπει να ελεγχθεί πρώτα η κυκλοφορία στα άκρα του και να μπορεί να διατηρηθεί και κατά τη θεραπεία . Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ψυχρό επίθεμα όταν έχουμε είδη κρύα άκρα και όταν δεν είναι ανεκτό από τον ασθενή. Η τοποθέτηση του ψυχρού επιθέματος γίνεται για 15-20 λεπτά ανάλογα και με την ανοχή του ασθενή χωρία να προκαλέσουμε απότομη ψύξη .

γ) Θεραπεία δια μέσω θέσεων –στάσεων

Η θεραπεία δια μέσω της θέσεων βοηθά στη μείωση της σπαστικότητας δια της αναχαίτισης των πρωτόγονων αντανακλαστικών πατέντων που δεν επιτρέπουν την παρουσίαση των φυσιολογικών κινήσεων.

Η διατήρηση της στάσης και της αντοχής του βάρους του ασθενούς, για όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο είναι από μόνη μια μέθοδος ελέγχου ανάπτυξης των ανώμαλα υψηλών τόνων και ένα προληπτικό μέτρο για την ελαχιστοποίηση των πιθανοτήτων ανάπτυξης των ήδη αυξημένων τόνων στις αντανακλαστικές ομάδες των μυών.

Η πρηνή θέση διευκολύνει τον καμπτικό τόνο και αναστέλλει τον εκτατικό δηλαδή επιμήκυνση μηριαίων .

Η ύπτια θέση διευκολύνει τον εκτατικό και αναστέλλει τον καμπτικό τόνο δηλαδή επιμήκυνση ισχιοκνημιαίων.

Η σωστή καθιστή θέση μειώνει και αναχαιτίζει τον καμπτικό τόνο του κορμού και μειώνει τον εκτατικό τόνο στα άκρα.

Το μακρύ κάθισμα αναστέλλει τον καμπτικό τόνο των κάτω άκρων και επιτυγχάνει τη διάταση των ισχιοκνημιαίων.

Η πλάγια κατάκλιση βοηθά στη διάταση των μυών του κορμού και αναστέλλει τον εκτατικό τόνο στα κάτω άκρα.

δ) Πισίνα

Ένα θεραπευτικό πρόγραμμα με ασκήσεις χαλάρωσης και διατάσεις σε πισίνα με θερμοκρασία του νερού να μην υπερβαίνει τους 29 βαθμούς έχει πολύ καλά αποτελέσματα και κρίνεται απαραίτητη.

II) **Θεραπευτική αντιμετώπιση της συνέργιας και ισορροπίας**

Όταν δουλεύουμε της δραστηριότητες ισορροπίας, είναι σημαντικό να δουλεύουμε από χαμηλό προς υψηλό κέντρο βαρύτητας, από στατικές σε δυναμικές δραστηριότητες όπου θα πρέπει να έχουν κάποια πρόκληση για τον ασθενή. Να μην είναι δύσκολες, γιατί οι

δύσκολες ασκήσεις μπορεί να προκαλέσουν αύξηση της σπαστικότητας και κατά συνέπεια μείωση της ισορροπίας.

Είναι πολύ χρήσιμο να διευκολύνουμε τον ασθενή και κατόπιν να αρχίζει δραστηριότητες, όπως οι δραστηριότητες ισορροπίας θα ήταν που καλό να ακολουθούν ένα αργό λίκνισμα ή μεταφορά βάρους.

Η οπτική παρατήρηση έχει αποδειχθεί χρήσιμη στην βελτίωση της ισορροπίας. Βάζουμε τον ασθενή να συγκεντρωθεί σε ένα αντικείμενο που βρίσκεται σε απόσταση 10cm και κατόπιν μειώνουμε την απόσταση (5cm), επαναρυθμίζει την παρατήρηση του.

Αναπτύσσοντας ακολουθία θέσεων μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της ισορροπίας σε λειτουργικές θέσεις. Η ίδια ακολουθία θέσεων συστήνεται προοδευτικά από μια πλατιά βάση, χαμηλό κέντρο βάρους σε περισσότερο δύσκολες θέσεις. Ο θεραπευτής σ' αυτό τον στόχο για την αντιμετώπιση της ισορροπίας θα πρέπει να ξεχωρίζει την αδυναμία από τα προβλήματα ισορροπίας και θα πρέπει να η αδυναμία και η σπαστικότητα να αντιμετωπίζονται πριν την θεραπευτική αγωγή για την ισορροπία.

III) Επανεκπαίδευση της ισορροπίας

Στην προσπάθεια επανεκπαίδευσης της ισορροπίας το μεγαλύτερο πρόβλημα εντοπίζεται στην περιοχή της λεκάνης και του κορμού. Ο κορμός για να μπορέσει να ισορροπήσει, χρειάζεται συγκεκριμένες προϋπόθεσης. Μια σοβαρή προϋπόθεση για φυσιολογική κίνηση του κορμού περιλαμβάνει φυσιολογικό τόνο, αμοιβαία εννεύρωση, φυσιολογική αισθητικότητα, φυσιολογικό μυϊκό μήκος και από τις δύο πλευρές, φυσιολογικό εύρος και αντιδράσεις προσανατολισμού και ισορροπίας.

Οι ασθενείς με Σ.Κ.Π. έχουν αναπτύξει βράχυνση μαλακών μορίων σε τέτοια έκταση, ώστε να εμποδίζεται η κίνηση της λεκάνης ιδιαίτερα σε πρόσθια κλίση, έτσι ώστε να επιτύχει την θέση της ουδέτερης ευθυγράμμισης. Ο έλεγχος της φυσιολογικής ισορροπίας απαιτεί η λεκάνη να κινείται ελεύθερα, έτσι δημιουργεί έκταση της ΟΜΣΣ και να διατηρεί τον άνω κορμό-πάνω από το επίπεδο του Θ7-Θ8 σε όρθια στάση. Τα τμήματα που βρίσκονται σε βράχυνση πρέπει να αντιμετωπίζονται πριν την έναρξη των ασκήσεων.

Για την επανεκπαίδευση της ισορροπίας στη καθιστή θέση το πρώτο βήμα είναι να ξαναμάθει ο ασθενής την ουδέτερη στάση του κορμού και της λεκάνης σε σχέση με τον θώρακα και όλου του κορμού σε σχέση με το έδαφος.

Για την εκπαίδευση της όρθιας στάσης μπορεί να χρησιμοποιηθούν απτικά, λεκτικά και οπτικά ερεθίσματα. Οι ίδιες τεχνικές μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην επανεκπαίδευση του ελέγχου της θέσης του θώρακα σε σχέση με την λεκάνη. Η πιο εύκολη κίνηση είναι αυτή κατά την οποία ο θεραπευτής προσπαθεί να τοποθετήσει την λεκάνη σε ουδέτερη θέση με τον θώρακα κεντραρισμένο στο ίδιο επίπεδο με τη λεκάνη. Ο

ασθενής τότε καλείται να κρατήσει αυτή την θέση .Όπως είναι φυσικό αρχικά ο ασθενής θα χρειάζεται βοήθεια για να διατηρήσει αυτή την θέση.

Για να πετύχουμε την κινητοποίηση της λεκάνης στο πλήρες εύρος της και ταυτόχρονα να διδάξουμε τον έλεγχο της, είναι απαραίτητο να χρησιμοποιήσουμε την ύπτια θέση με τα γόνατα σε κάμψη .Αφού πετύχει ο ασθενής αυτό τον στόχο, δοκιμάζουμε με τα γόνατα σε έκταση. Κατόπιν από καθιστή και τέλος από όρθια θέση . Όσο γρήγορα ο ασθενής κατακτήσει και κινητοποιήσει και να ελέγξει την λεκάνη του, τόσο εύκολα θα κατακτηθεί η επανεκπαίδευση της ισορροπίας.

Όταν ο ασθενής μπορεί να διατηρήσει τον άνω κορμό σε ουδέτερη θέση χωρίς υποστήριξη, μπορεί προοδευτικά να μετακινηθεί από μια κάθετη θέση στη ουδέτερη και από εκεί στη καθιστή. Είναι πολύ σημαντικό να δουλέψουμε σε αρχικές θέσεις έξω από την κάθετη θέση, σε θέση πρόσθιας κάμψης του κορμού, πλάγιας κάμψης δεξιά –αριστερά, σε διαγώνια από οπίσθιο πλάγια δεξιά – αριστερά και από θέση με τον κορμό πίσω από τη μέση γραμμή .

Η κλίση της λεκάνης αρχικά πρέπει να διδαχθεί αρχικά σε ύπτια θέση με τα γόνατα σε κάμψη και τα πόδια να πατούν στο έδαφος . Αφού τελειοποιηθεί αυτή η κίνηση, ο ασθενής συνεχίζει με τα γόνατα σε έκταση κατόπιν με το ένα γόνατο σε κάμψη χωρίς να επιτρέπεται η κλίση της λεκάνης στη σύστοιχη με την κάμψη πλευρά. Αφού κατακτήσει αυτές τις κινήσεις από την ύπτια θέση, αρχίζει την ίδια διαδικασία από όρθια θέση, που είναι και ο τελικός σκοπός. Τα πόδια τοποθετούνται σε απόσταση περίπου 15cm από τον τοίχο και προσπαθεί να κινητοποιήσει την λεκάνη καθώς ο κορμός κλίνει προς τον τοίχο.

Αφού τελειοποιηθεί αυτή η ακολουθία των κινήσεων, ο ασθενής είναι έτοιμος να παρουσιάσει την κίνηση σ' όλο το εύρος κίνησης της λεκάνης και τότε εμείς ξεκινάμε με άλλες ασκήσεις για τον έλεγχο και κατάκτηση της ευθυγράμμισης.

IV) Αντιμετώπιση της αταξίας

Η αντιμετώπιση της κινητικής αταξίας, αυτής που οφείλεται σε παρεγκεφαλιδική βλάβη μπορεί να πραγματοποιηθεί αν δώσουμε έμφαση στην σταθεροποίηση της θέσης με πρόγραμμα για το μυϊκό σύστημα ιδιαίτερα του κορμού. Αυτό μπορούμε να το πετύχουμε, αν ο ασθενής τοποθετείται σε θέσεις ενάντια στη βαρύτητα, σύμφωνα με την ακολουθία της φυσιολογικής ανάπτυξης δηλαδή πρηνής στους αγκώνες, καθιστή, τετραποδική, γονατιστή, ημιγονατιστή, καθώς και με τεχνικές που δίνουν καταπληκτικά αποτελέσματα.

Η τεχνική της αντίστροφης σταθεροποίησης που μας δίνει η PNF μας δείχνει ότι με τη χρήση εναλλακτικών ισοτονικών συσπάσεων, αντιτάσσουμε αρκετή αντίσταση, ώστε να εμποδίσουμε την κίνηση, προκαλώντας αύξηση της σταθερότητας και της ισορροπίας αλλά και αύξηση της μυϊκής δύναμης. Με την τεχνική της αντίστροφης των ανταγωνιστών στη Δυναμική αντίστροφη μπορούμε να αλλάξουμε την κατεύθυνση της ενεργητικής κίνησης

σε άλλη πορεία χωρίς η κίνηση να σταματά και έτσι να πετυχαίνουμε την ανάπτυξη συντονισμού, που τον χρειαζόμαστε στη τελική προσπάθεια των λειτουργικών κινήσεων .Αφού αντιμετωπίσουμε τον κορμό, μπορούμε να αντιμετωπίσουμε την αταξία στις κινήσεις των άκρων, χρησιμοποιώντας βάρη για τον καρπό η την ποδοκνημική.

Στις 1989 δημιουργήθηκαν οι ασκήσεις frankel που στόχευαν στο να βοηθήσουν ασθενείς με προβλήματα ασυνεργίας και παρεγκεφαλιδικής αταξίας λόγω απώλειας ικανότητας αποδοχής των νωτιαίων ερεθισμάτων . Οι ασκήσεις αυτές χρησιμοποιούν την όραση και την ακοή, για να πετύχουν λειτουργικά αποτελέσματα μέσω των πολλαπλών επαναλήψεων, αξιοποιώντας τις όποιες αισθητηριακές ικανότητες. Η επιτυχία ενός προγράμματος που βασίζεται στις ασκήσεις Frankel εξαρτάται από συγκεκριμένους παράγοντες, όπως είναι η εξάσκηση, η επανατροφοδότηση και γνώμη των αποτελεσμάτων

V) Φυσιοθεραπευτική αντιμετώπιση του τρόμου

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

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

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

Η τρίτη τεχνική είναι η τεχνική της τοποθέτησης βάρους. Αναφέρεται στη πρόσθεση βάρους σ' ένα μέρος του σώματος, ώστε να του δίνει τη δυνατότητα για αυξημένο έλεγχο σε σχέση με τις οποίες λειτουργικές κινήσεις. Η θεωρία που βρίσκεται πίσω από τη προσέγγιση, βασίζεται στη αντίληψη που λέει ότι, όταν επιδράσει ένα βαρύτερο αντικείμενο, θα ενεργοποιήσουμε περισσότεροι μύες για την σταθεροποίηση ενός απομακρυσμένου σημείου του σώματος, Αυτή η ενέργεια σταθεροποίησης τείνει να μειώσει το τρόμο και να δίνει μεγαλύτερη αισθητηριακή ανατροφοδότηση στο εγκέφαλο.

Οι τεχνικές αυτές αρχικά χρησιμοποιούνται για τρόμο, ο οποίος εμφανίζεται στα άκρα. Ο σκοπός τους είναι να διδάξουν στα άτομα με Σ.Κ.Π. πώς να ισοσκελίσουν τον τρόμο, δίνοντας μεγαλύτερη σταθερότητα στα άκρα. Τα διάφορα προσαρμοστικά μηχανήματα και βοηθητικά μέσα μπορούν με τη κατάλληλη εκπαίδευση να βοηθήσουν πολλές δραστηριότητες, όπως γράψιμο, ντύσιμο μαγείρεμα κ.λ.π. Ο τρόμος στο κεφάλι, αυχένα και στον άνω κορμό είναι πιο δύσκολα να αντιμετωπισθεί σε σχέση με τα υπόλοιπα άκρα. Η σταθεροποίηση του αυχένα με κολάρο μπορεί να δώσει κάποια βοήθεια.

VI) Αντιμετώπιση της μυϊκής αδυναμίας

Η μυϊκή αδυναμία είναι ένα σύνθηρες πρόβλημα στην Σ.Κ.Π. και έχει πολλές ποικίλες αιτίες. Εμφανώς η απομυελίνωση της πυραμιδικής οδού μπορεί να προκαλέσει αδυναμία του τύπου του άνου κινητικού νευρώνα η οποία προφανώς σχετίζεται με την ελάττωση ή το μπλοκάρισμα της αγωγιμότητας του νεύρου. Η σπαστικότητα είναι συχνά αποτέλεσμα της απομυελίνωσης όπου μπορεί να προκαλέσει αδυναμία με ταυτόχρονη αύξηση της δραστηριότητας στην μυϊκή ομάδα των ανταγωνιστών. Ο μυς δηλαδή δεν θα πρέπει να νικήσει τη βαρύτητα αλλά θα πρέπει να κινηθεί ενάντια στην αντίσταση, που προκαλείται από την σπαστικότητα προφανώς αντίθετη την κίνηση.

Η αδυναμία μπορεί επίσης να προκαλέσει κόπωση. Μπορεί να είναι τοπική, εμπλέοντας φτωχή νεύρο-αγωγιμότητα στον μυ ή μπορεί να είναι ένα γενικευμένο αποτέλεσμα ελαττωμένης λειτουργικής δραστηριότητας. Εξασθενημένη αισθητικότητα, εξειδικευμένα ελαττωμένη ιδιοδεκτικότητα μπορεί να περιοριστεί στα άτομα με Σ.Κ.Π. την καλή ρύθμιση της κίνησης. Αυτό ελαττώνει χαρακτηριστικά την ικανότητα προκαλώντας αδυναμία. Η απραξία είναι ένα σύμπτωμα που είναι αποτέλεσμα της απομυελίνωσης του βρεγματικού λοβού.

VII) Σχεδιάζοντας ένα πρόγραμμα ενδυνάμωσης

Σχεδιάζοντας ένα πρόγραμμα ενδυνάμωσης, ο θεραπευτής πρέπει να λάβει υπόψη τρία βασικά στοιχεία.

1. Πόσο εκτατημένη είναι η αδυναμία
2. Πόσο χρόνο είναι η παρούσα
3. Ποια είναι η ειδικής αιτιολογία (τύπος)

Η τάση των περισσότερων θεραπειών όταν διαπιστώνουν αδυναμία, είναι να σκέφτονται αμέσως εκπαίδευση με βάρη, στη Σ.Κ.Π. αυτό έχει πολύ φτωχά αποτελέσματα. Όταν η αδυναμία οφείλεται σε απομυελίνωση της πυραμιδικής οδού, προοδευτικά αυτές οι ασκήσεις με βάρη ουσιαστικά αυξάνουν την κόπωση και άρα προκαλούν μεγαλύτερη αδυναμία .

Ένα από τα βασικότερα στοιχεία ενός προσεκτικού προσδιορισμού είναι η μυϊκή αξιολόγηση. Όταν εξετάζουμε την δύναμη σε άτομο με μη φυσιολογικό τόνο ο θεραπευτής πρέπει να χρησιμοποιεί ειδικές θέσεις και να χειρίζεται τεχνικές, σημειώνοντας τη διαμόρφωση της αδυναμίας. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι η θέση της πλάγιας κατάκλισης είναι η καταλληλότερη για τη μειωμένη σπαστικότητα στις μυϊκές ομάδες του ισχίου. Αν η σπαστικότητα είναι παρούσα στους πελματιαίους καμπτήρες η ραχιαία κάμψη της ποδοκνημικής θα εμφανίζεται διαφορετικά, όταν τα γόνατα είναι σε κάμψη η έκταση. Αυτοί οι παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την αξιολόγηση.

VIII). Βασικά στοιχεία ενός προγράμματος ενδυνάμωσης

Τα βασικότερα στοιχεία που πρέπει να βρίσκονται σε ένα πρόγραμμα ενδυνάμωσης είναι:

1. Οι μυϊκές ομάδες που έχουν επηρεαστεί πρέπει να ενδυναμωθούν όσο γίνεται περισσότερο, για να επιτρέψουν την μέγιστη χρήση των αντισταθμικών τεχνικών, για να μπορέσουν να ενεργοποιήσουμε τα μη επηρεασμένα μέλη.
2. Πρέπει να χρησιμοποιηθεί ο ασθενής υποστηρικτικά όργανα, για να μπορέσει να παραμείνει περιπατητικός και να διατηρήσει τα επίπεδα λειτουργικής δύναμης, όσο το δυνατό περισσότερο.

Οι ασκήσεις ενδυνάμωσης πρέπει να είναι ασφαλείς και αποτελεσματικές . Οι θεραπευτές θα πρέπει να διατηρήσουν στις ασκήσεις, διδάσκοντας τον ασθενή μια συνετή ισορροπία μεταξύ ανάπαυσης και άσκησης.

Ο ασθενής πρέπει να αυξάνει την ενδυνάμωση πολύ αργά δηλαδή εάν ξεκινάει 8-10 επαναλήψεις σε κάθε άσκηση η αύξηση, δεν πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 1-2 φορές κάθε 2-3 εβδομάδες, φθάνοντας τις 20-25 επαναλήψεις τελικά.

5. Είναι πολύ ουσιαστικό να προηγείται πριν την ενδυνάμωση άσκηση διάτασης ώστε να μειώνεται η σπαστικότητα, να αυξάνεται η ελαστικότητα και τέλος να αυξάνεται η αιμάτωση στη περιοχή.

6. Για τη βελτίωση της λειτουργικής δύναμης, οι ασκήσεις πρέπει να γίνονται κάτω από τη μέγιστη αντίσταση με συνεχείς επαναλήψεις.

7. Πρέπει να δίνεται έμφαση στη πλησιέστερη δύναμη, έτσι ώστε να ελαττωθεί η κατανάλωση ενέργειας κατά την διάρκεια των λειτουργικών κινήσεων.

VIV) Οδηγίες για άσκηση

Όλες οι ασκήσεις που προτείνονται πρέπει να βασίζονται σε λεπτομερή κλινική ιατρική και φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση. Η αξιολόγηση αυτή γίνεται για δύο σκοπούς:

1. Να διερευνήσει την υπάρχουσα φυσική και ιατρική κατάσταση του ασθενή σε σχέση με την παρουσία της Σ.Κ.Π. και την ικανότητα να εκτελεί ασκήσεις.

2. Να αποτελέσει τη βάση για την ανάπτυξη –τροποποίηση των ασκήσεων για τα πιθανά μελλοντικά προβλήματα των ασθενών.

Οι οδηγίες που πρέπει να παρέχουν τη τεχνική, ιατρική και φυσιολογική βάση για ένα πρόγραμμα, το οποίο θα μεγιστοποιήσει την υγεία του ασθενή και θα πρέπει να εξασφαλίζει τους ασφαλέστερους και αποδοτικότερους τρόπους για να πετύχουμε τους στόχους μας. Ένα λεπτομερές πρόγραμμα άσκησης πρέπει να παρουσιάζει όλα τα τελικά συμπεράσματα από όλες τις ιατρικές και κλινικές πληροφορίες που έχουν συγκεντρωθεί και θέτουν τις οδηγίες για την άσκηση αυτού του ασθενή.

Οι οδηγίες και το πρόγραμμα πρέπει να τροποποιείται συχνά για να προσαρμόζεται σε αλλαγές στη φυσική και ιατρική κατάσταση. Οι οδηγίες αυτές πρέπει να περιλαμβάνουν :σαφή προσδιορισμό των στόχων, δήλωση του σκοπού και αντικειμενικότητα των ασκήσεων., προτάσεις εξειδικευμένου τύπου ασκήσεων και αρχές της άσκησης όπως ένταση, συχνότητα, διάρκεια, πρόοδο, συσκευές υποστήριξης .

Τα παραδείγματα αερόβιας άσκησης που χρησιμοποιούν τις μεγάλες μυϊκές ομάδες συνεχιζόμενα είναι το περπάτημα, το τρέξιμο, ποδήλατο, κολύμπι. Για το περπάτημα και το τρέξιμο σίγουρα απαιτείται επαρκής ισορροπία, συνέργια και δύναμη για κίνηση σε προτεινόμενες ταχύτητες. Το στατικό ποδήλατο παρέχει περίπτωση άσκησης για ασθενείς με προβλήματα ισορροπίας και ασυνεργίας. Εδώ χρησιμοποιείται αμφοτερόπλευρη δράση των άνω και κάτω άκρων επιτρέποντας την εξάσκηση όλου του σώματος και ιδιαίτερα για τους ασθενείς με πάρεση ή παράλυση σε οποιοδήποτε άκρο.

Όλες οι αερόβιες ασκήσεις θα πρέπει να ξεκινούν με προθέρμανση και να τελειώνουν με χαλάρωση. Ο ασθενής δεν θα πρέπει να παραλείπει αυτή τη οδηγία .

Η προθέρμανση αυξάνει τη κυκλοφορία, αυξάνει τη μεταφορά οξυγόνου στους μύες, αυξάνει τη θερμοκρασία του σώματος, η οποία με τη σειρά της αυξάνει την αποτελεσματικότητα της μυϊκής συστολής . Η προθέρμανση βοηθάει στην ενεργοποίηση του κυκλοφορικού, αναπνευστικού και μυοσκελετικού συστήματος ελαττώνοντας την ισχαιμία. Κατά την διάρκεια της προθέρμανσης το στοιχείο που πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα είναι η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος., η οποία οδηγεί σε μη ικανή νευρική αγωγιμότητα και σε αδυναμία.

Πρέπει να αποφεύγεται η υπερθέρμανση, για να απολαμβάνουμε μόνο τα θετικά αποτελέσματα της προθέρμανσης. Η χαλάρωση στο τέλος των ασκήσεων ελαττώνει τον κίνδυνο μυοσκελετικού τραυματισμού και ισχαιμίας του μυοκαρδίου και ελαχιστοποιεί το μυϊκό άλγος. Αναπληρώνει τα ενεργειακά αποθέματα και μεταφέρει τα άχρηστα υποπροϊόντα όπως το γαλακτικό οξύ, έξω από τους μυϊκούς ιστούς.

Ο ασθενής με Σ.Κ.Π. πρέπει να είναι προετοιμασμένος να ακολουθήσει ένα πρόγραμμα άσκησης, εφ' αυτό είναι αποτελεσματικό. Επίσης, θα πρέπει το πρόγραμμα να είναι καθοδηγούμενο, εξειδικευμένο για κάθε ασθενή και φυσικά πριν απ' αυτό να προηγείται ιατρική και φυσιοθεραπευτική αξιολόγηση και να τροποποιείται πάντοτε σε σχέση με την ιατρική και φυσική κατάσταση του ασθενή.

Χ) ΣΩΣΤΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ

ι) Διατακτικές ασκήσεις κατά τις σπαστικότητα

1. Καθιστή θέση



- Το κεφάλι σε ευθεία θέση μπροστά.
- Ο κορμός σε όρθια θέση.
- Το αριστερό πόδι στηριγμένο στο πάτωμα.
- Το δεξί πόδι σε κάμψη και έσω στροφή στηριγμένο στο μηρό του αριστερού ποδιού.
- Το αριστερό χέρι κρατά την δεξιά ποδοκνημική.
- Το δεξί χέρι πιέζει το δεξί γόνατο ελαφρώς προς τα κάτω.

2. Καθιστή θέση



- Το κεφάλι σε ευθεία μπροστά.
- Το αριστερό πόδι στηριγμένο στο πάτωμα.
- Το δεξί πόδι σε κάμψη και έσω στροφή με την ποδοκνημική κάτω από τον αριστερό μηρό.
- Με τα δύο χέρια στηριζόμενα στο δεξί γόνατο να πιέζουν ελαφρά προς τα κάτω.
- Διατηρούν για λίγο την πίεση και χαλαρώνουν.

3. Καθιστή θέση



- Το κεφάλι σε ευθεία μπροστά.
- Το δεξί πόδι στηριγμένο στο πάτωμα.
- Το αριστερό πόδι σε κάμψη και έσω στροφή στηριγμένο στο μηρό του δεξιού ποδιού.
- Το αριστερό χέρι πιέζει το αριστερό γόνατο ελαφρά προς τα κάτω.

4. Καθιστή θέση



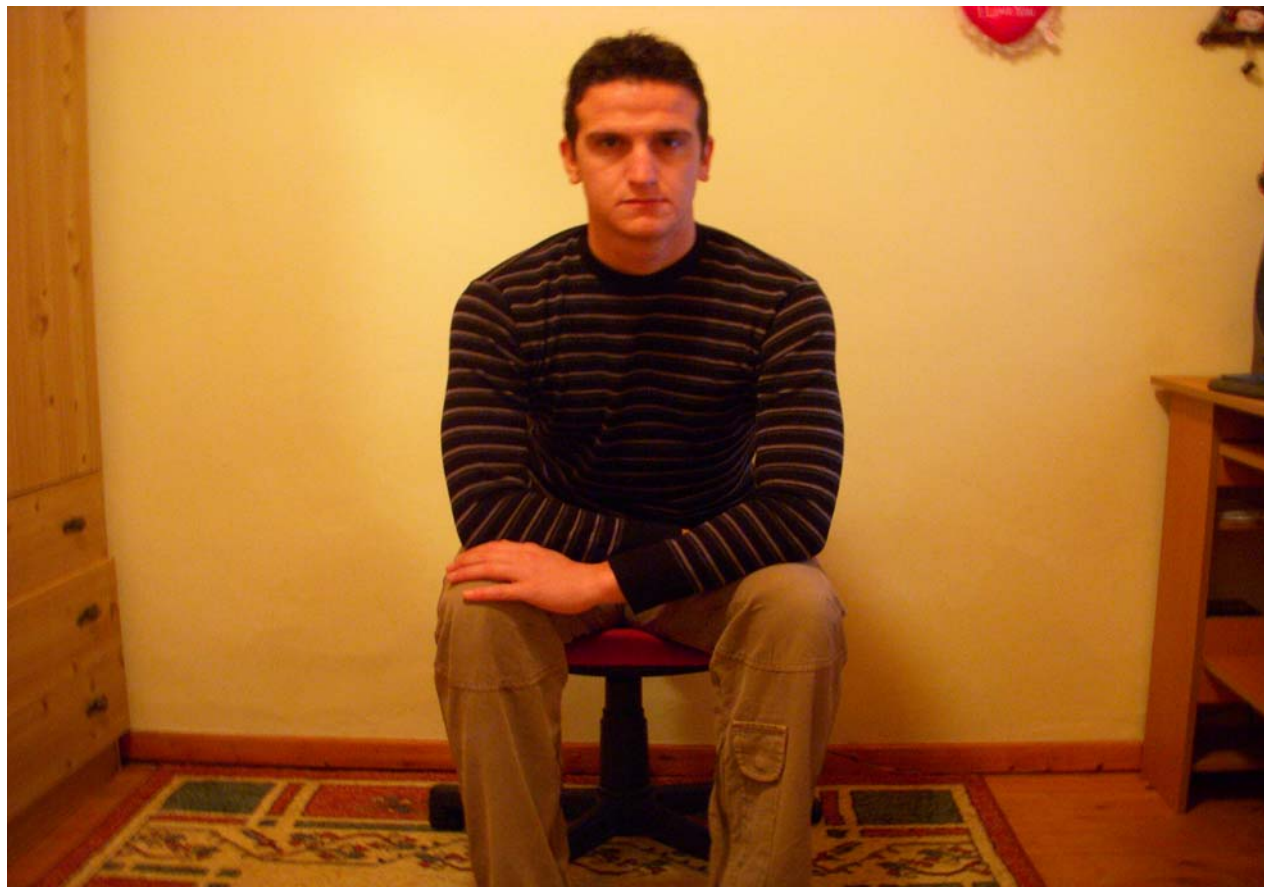
- Το κεφάλι σε ευθεία και μπροστά.
- Ο κορμός σε όρθια θέση .
- Το δεξί πόδι στηριγμένο σε ένα πάτωμα.
- Το αριστερό πόδι σε κάμψη και έσω στροφή με την ποδοκνημική κάτω από το δεξιό μηρό
- Με τα δύο χέρια στηριζόμενα στο αριστερό γόνατο να πιέζουν ελαφρά προς τα κάτω.
- Διατηρούμε για λίγο την πίεση και χαλαρώνουμε .

5. Θέση οκλαδόν.



- Το κεφάλι σε ευθεία θέση.
- Ο κορμός σε όρθια θέση .
- Με το δεξί χέρι ασκούμε ελαφρά πίεση στο δεξί γόνατο
- Με το αριστερό χέρι ασκούμε ταυτόχρονη πίεση στο αριστερό γόνατο
- Διατηρούμε για λίγο την πίεση αυτή και χαλαρώνουμε .

6. Θέση καθιστή πάνω σε μία καρέκλα



- Το κεφάλι σε ευθεία θέση μπροστά .
- Ο κορμός ελαφρά κάμψη μπροστά.
- Σταυρώνουμε τα χέρια πάνω στα γόνατα.
- Με το δεξί χέρι πιέζουμε ελαφρά προς τα έξω το αριστερό γόνατο.
- Με το αριστερό χέρι πιέζουμε ταυτόχρονα το δεξί γόνατο προς τα έξω.
- Διατηρούμε για λίγο την πίεση αυτή και χαλαρώνουμε .

ii) Ασκήσεις Ισοροπίας

7. Θέση γονατιστή πάνω στο κρεβάτι ή σε τραπεζάκι.



- Η λεκάνη προς τα πίσω να ακουμπά στις ποδοκνημικές.
- Το κεφάλι απλωμένα μπροστά.
- Ο κορμός σε ευθεία θέση.
- Διατήρηση για λίγο χρόνο της θέσης αυτής.

8. Θέση γονατιστή πάνω στο τραπεζάκι .



- Ο μηρός με την κνήμη να σχηματίζει ορθή γωνία .
- Ο κορμός τεντωμένος.
- Το κεφάλι σε ευθεία γραμμή μπροστά .
- Τα χέρια τεντωμένα σχηματίζοντας ορθή γωνία με το έδαφος .
- Διατήρηση για λίγο της θέσης αυτής.

9. Θέση γονατιστή πάνω στο τραπεζάκι.



- Ο μηρός με την κνήμη να σχηματίζει ορθή γωνία.
- Ο κορμός τεντωμένος.
- Το κεφάλι σε ευθεία θέση μπροστά .
- Το αριστερό χέρι τεντωμένο μπροστά σε θέση παράλληλη με το έδαφος.
- Το δεξί χέρι τεντωμένο κάθετα σχηματίζοντας ορθή γωνία με το έδαφος.
- Διατήρηση για λίγο της θέσης αυτής.

10. Θέση γονατιστή πάνω στο τραπέζακι.



- Ο μηρός με την κνήμη να σχηματίζει ορθή γωνία
- Ο κορμός τεντωμένος
- Το κεφάλι σε ευθεία θέση μπροστά
- Το δεξί χέρι τεντωμένο μπροστά σε θέση παράλληλη με το έδαφος
- Το αριστερό χέρι τεντωμένο κάθετα, σχηματίζοντας ορθή γωνία με το έδαφος
- Διατήρηση για λίγο της θέσης αυτής.

11. Θέση γονατιστή πάνω στο τραπέζιακι.



- Ο αριστερός μηρός με την κνήμη να σχηματίζει ορθή γωνία.
- Ο κορμός τεντωμένος.
- Το κεφάλι σε ευθεία θέση μπροστά.
- Τα χέρια τεντωμένα σχηματίζοντας ορθή γωνία με το έδαφος.
- Το δεξί πόδι τεντωμένο προς τα πίσω σε παράλληλη θέση με το έδαφος.
- Διατήρηση για λίγο της θέσης αυτής.

12. Θέση γονατιστή πάνω στο τραπεζάκι.



- Ο δεξιός μηρός με την κνήμη να σχηματίζει ορθή γωνία.
- Το κεφάλι σε ευθεία θέση μπροστά.
- Τα χέρια τεντωμένα σχηματίζοντας ορθή γωνία προς τα πίσω με το έδαφος.
- Το αριστερό πόδι τεντωμένο προς τα πίσω σε παράλληλη θέση με το έδαφος.
- Διατήρηση για λίγο της θέσης αυτής.

13. Θέση γονατιστή στο πάτωμα.



- Ο δεξιός μηρός με την κνήμη να σχηματίζει ορθή γωνία.
- Ο κορμός τεντωμένος.
- Το κεφάλι σε ευθεία θέση μπροστά.
- Τα χέρια τεντωμένα σχηματίζοντας ορθή γωνία με το έδαφος.
- Το αριστερό πόδι τεντωμένο προς τα πίσω σε παράλληλη θέση με το έδαφος.
- Διατήρηση για λίγο της θέσης αυτής .

Εναλλαγή της ίδιας άσκησης με το δεξί πόδι τεντωμένο μπρος τα πίσω σε παράλληλη θέση με το έδαφος .

14. Θέση καθιστή στο πάτωμα.



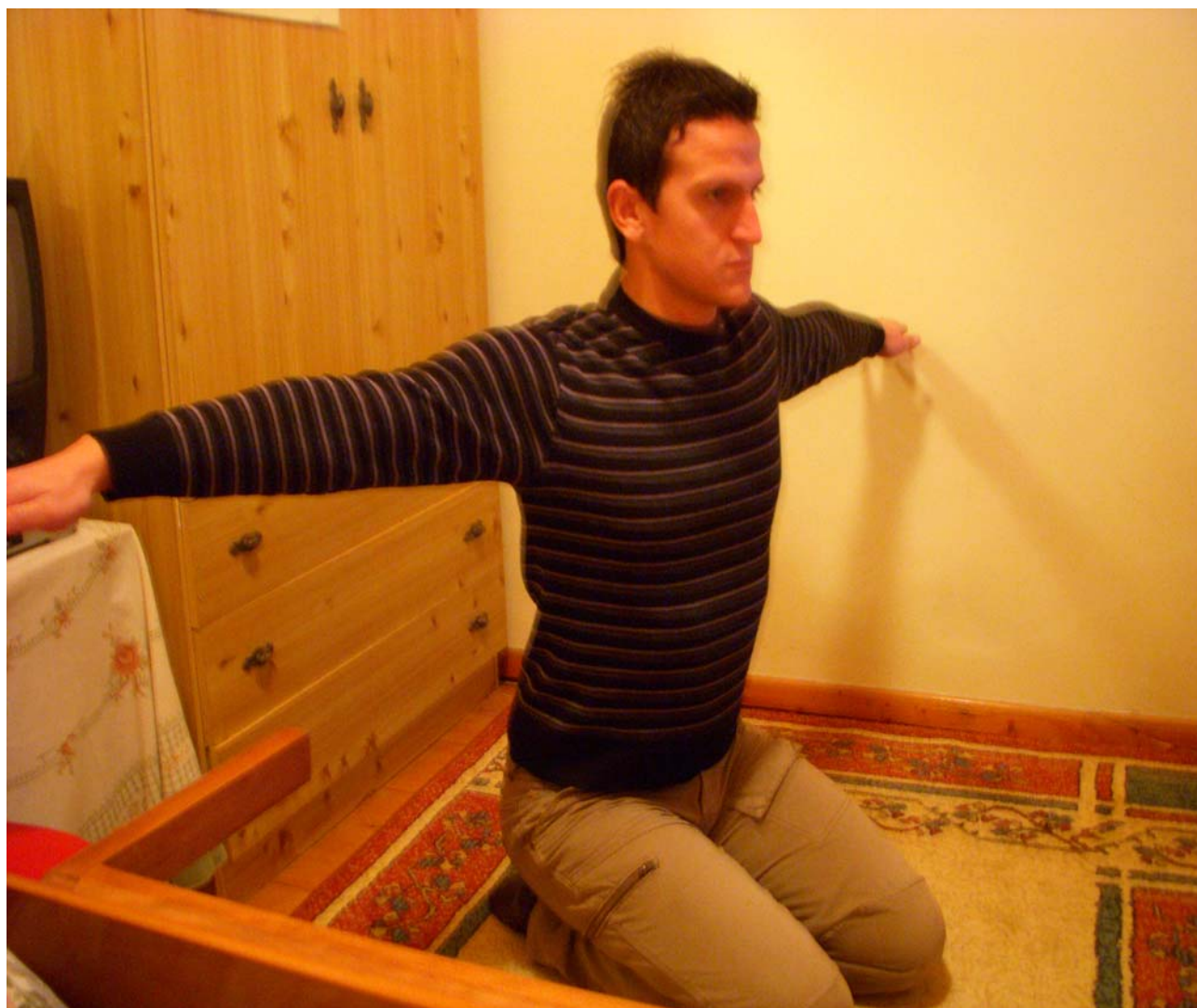
- Το κεφάλι σε ευθεία θέση μπροστά.
- Ο κορμός σε ευθεία θέση .
- Τα πόδια τεντωμένα μπροστά.
- Το δεξί χέρι τεντωμένο σε θέση έκτασης, παράλληλα με το έδαφος.
- Το αριστερό χέρι σε θέση ελαφράς έκτασης προς τα εμπρός.
- Προσπάθεια του σώματος να ισοροπήσει .
- Διατήρηση για λίγο της θέσης αυτής.

15. Θέση καθιστή στο πάτωμα.



- Το κεφάλι σε ευθεία θέση μπροστά.
- Ο κορμός σε θέση ευθεία.
- Τα πόδια τεντωμένα σε θέση διάτασης.
- Τα αριστερό χέρι τεντωμένο σε θέση έκτασης, παράλληλα με το έδαφος.
- Το δεξί χέρι σε θέση έκτασης προς τα εμπρός.
- Προσπάθεια του σώματος να ισορροπήσει.
- Διατήρηση της θέσης αυτής.

16. Θέση γονατιστή .



- Η λεκάνη να ακουμπά στο έδαφος.
- Το κεφάλι σε ευθεία θέση μπροστά.
- Ο κορμός σε ευθεία θέση .
- Τα χέρια τεντωμένα στο πλάι σε θέση έκτασης.
- Διατήρηση για λίγο της θέσης αυτής .

17. Το δεξί πόδι σε θέση γονατιστή με την κνήμη να εφάπτεται επί εδάφους.



- Το αριστερό πόδι σε θέση γονατιστή με την κνήμη κάθετη επί του εδάφους.
- Ο κορμός σε θέση ευθεία .
- Το κεφάλι σε θέση ευθεία μπροστά.
- Τα χέρια τεντωμένα στο πλάι σε θέση έκτασης .
- Διατήρηση για λίγο της θέσης αυτής .

18. Το αριστερό πόδι σε θέση γονατιστή με την κνήμη να εφάπτεται επί του εδάφους



- Το δεξί πόδι σε θέση γονατιστή με την κνήμη κάθετη επί του δαπέδου .
- Ο κορμός σε ευθεία θέση.
- Το κεφάλι σε θέση ευθεία μπροστά .
- Τα χέρια τεντωμένα στο πλάι, στη θέση έκτασης.
- Διατήρηση για λίγο της θέσης αυτής.

iii) Θεραπευτικές ασκήσεις από ύπτια θέση

19. Το σώμα σε ύπτια θέση πάνω στο κρεβάτι.



- Το κεφάλι χαλαρό στηριζόμενο είτε στα χέρια είτε σε μαξιλάρι.
- Τα χέρια είτε πίσω από το κεφάλι είτε στο πλάι .
- Τα πόδια τεντωμένα .

20. Το σώμα σε ύπτια θέση .



- Το δεξί πέλμα τεντωμένο σε πελματιαία κάμψη.
- Εναλλαγές του δεξιού πέλματος με το αριστερό σε πελματιαία κάμψη και ραχιαία έκταση.

21. Το σώμα σε ύπτια θέση .



- Το κεφάλι χαλαρό στηριζόμενο είτε στα χέρια είτε σε μαξιλάρι .
- Τα χέρια είτε πίσω από το κεφάλι είτε στο πλάι .
- Τα πέλματα τεντωμένα.

22. Το σώμα σε ύπτια θέση στο τραπεζάκι .



- Κάμψη του δεξιού ισχίου.
- Στήριξη του δεξιού γόνατος με τα χέρια.
- Ελαφρά έλξη των χεριών προς το στήθος.
- Διατήρηση για λίγο της θέσης αυτής.
- Χαλάρωση .

23. Το σώμα σε ύπτια θέση στο τραπεζάκι.



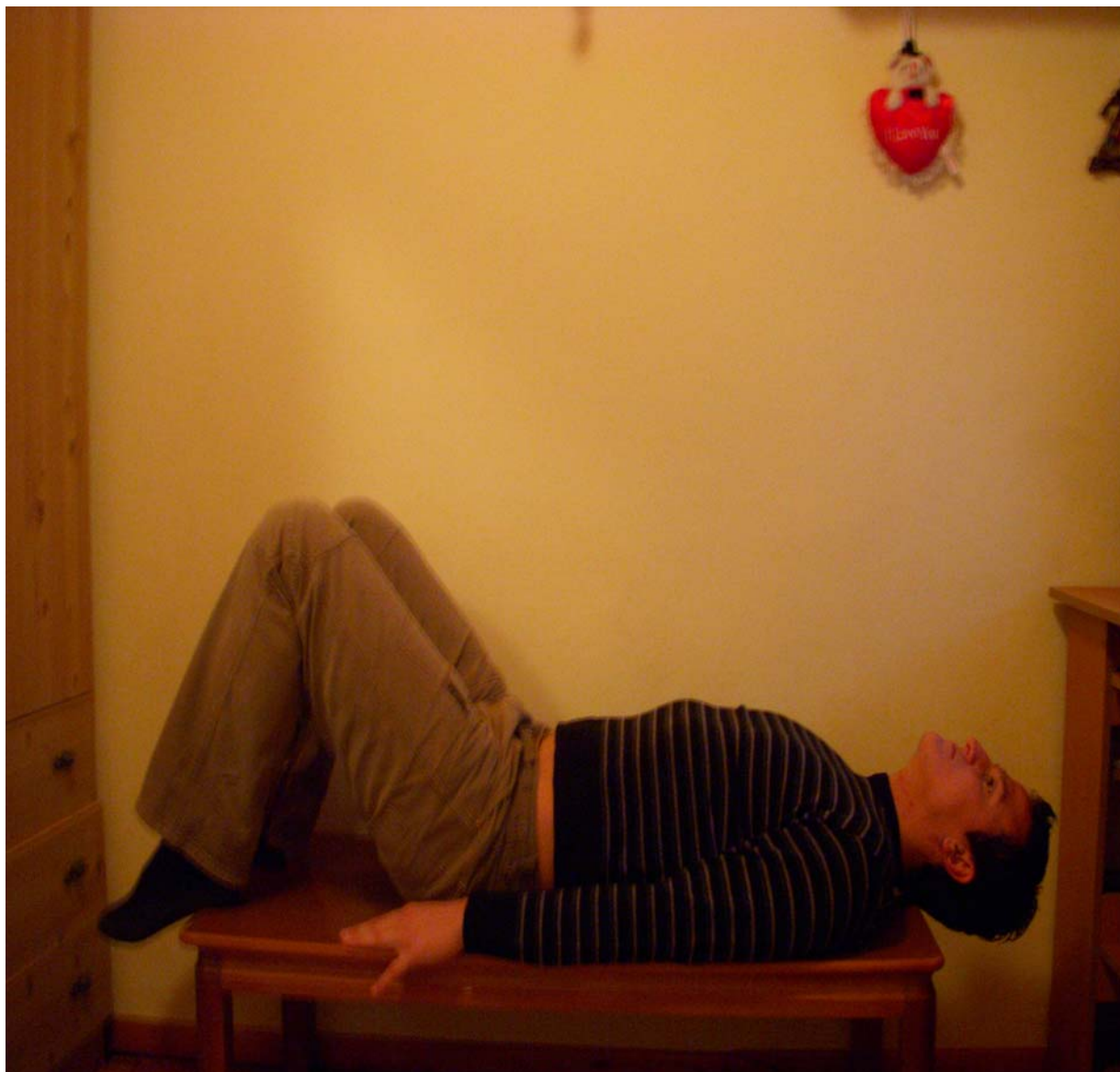
- Κάμψη και των δύο ισχίων .
- Στήριξη των γονάτων με τα χέρια.
- Ελαφρά έλξη των χεριών προς το στήθος.
- Διατήρηση για λίγο της θέσης αυτής.
- Χαλάρωση.

24. Το σώμα σε ύπτια θέση στο τραπεζάκι.



- Κάμψη και δύο των ισχίων.
- Στήριξη των χεριών κάτω από τους μηρούς.
- Ελαφρά έλξη των χεριών προς στήθος .
- Διατήρηση για λίγο της θέσης αυτής .
- Χαλάρωση .
- Ελαφρά έκταση του δεξιού γόνατος και επαναφορά .Ελαφρά έκταση του αριστερού γόνατος και επαναφορά.
- Πελματιαία κάμψη του δεξιού πέλματος και επαναφορά.
- Ραχιαία έκταση του δεξιού πέλματος και επαναφορά.

25. Το σώμα σε ύπτια θέση στο τραπεζάκι.



- Το κεφάλι σε χαλαρή θέση στηριζόμενο ή όχι σε μαξιλάρι.
- Τα χέρια είτε πίσω από το κεφάλι είτε στο πλάι.
- Τα γόνατα σε κάμψη.
- Τα πέλματα να εφάπτονται στο τραπεζάκι.

26. Το σώμα σε ύπτια θέση .



- Έκταση του δεξιού ποδιού.
- Διατήρηση για λίγο και επαναφορά.

27. Το σώμα σε ύπτια θέση



- Έκταση του αριστερού ποδιού.
- Διατήρηση για λίγο και επαναφορά.

28. Το σώμα σε ύπτια θέση.



- Το σώμα σε χαλαρή θέση, ευθεία μπροστά .
- Τα χέρια στηριζόμενα πίσω από τον αυχένα .
- Τα γόνατα σε κάμψη.
- Σηκώνουμε ελαφρά τη λεκάνη προς τα πάνω.
- Διατηρούμε για λίγο τη θέση αυτή .
- Επαναφορά της λεκάνης στο τραπεζάκι.

29. Το σώμα σε ύπτια θέση .



- Η λεκάνη είναι σε ελαφρά ανύψωση.
- Σηκώνουμε το αριστερό πόδι τεντωμένο.
- Διατηρούμε για λίγο τη θέση αυτή.
- Επανέρχεται το πόδι στην αρχική θέση.

30. Το σώμα σε ύπτια θέση



- Η λεκάνη σε ελαφρά ανύψωση.
- Σηκώνουμε το δεξί πόδι τεντωμένο.
- Διατηρούμε για λίγο τη θέση αυτή.
- Επανέρχεται το πόδι στη αρχική του θέση.

iv) Θεραπευτικές ασκήσεις από πρηνή θέση

31. Θέση πρηνή.



- Τα χέρια δεμένα πίσω στον αυχένα.
- Ο κορμός σε ευθεία θέση.
- Τα πόδια τεντωμένα.
- Σηκώνουμε ελαφρά το άνω μέρος του κορμού.
- Διατηρούμε για λίγο την θέση αυτή.
- Επανερχόμαστε στη αρχική θέση και χαλαρώνουμε
- Επαναλαμβάνουμε 4 φορές την άσκηση .

32. Θέση πρηγή.



- Τα χέρια είτε στο πλάι μπροστά είτε πίσω από τον αυχένα.
- Ο κορμός σε ευθεία θέση
- Τα πόδια τεντωμένα
- Σηκώνουμε ελαφρά το δεξί πόδι τεντωμένο
- Διατηρούμε για λίγο τη θέση αυτή.
- Επανερχόμαστε στη αρχική θέση και χαλαρώνουμε.
- Επαναλαμβάνουμε την ίδια άσκηση αλλάζοντας το δεξί με το αριστερό πόδι.

33. Θέση πρηνή.



- Τα χέρια στο πλάι μπροστά είτε πίσω από τον αυχένα.
- Ο κορμός σε ευθεία θέση.
- Τα πόδια τεντωμένα .
- Λυγίζουμε ελαφρώς το αριστερό γόνατο .
- Διατηρούμε για λίγο τη θέση αυτή .
- Επανερχόμαστε στην αρχική θέση και χαλαρώνουμε .
- Επαναλαμβάνουμε την άσκηση αλλάζοντας το αριστερό γόνατο με το δεξί.

34. Θέση πρηγή.



- Τα χέρια είτε στο πλάι μπροστά, είτε πίσω από τον αυχένα .
- Ο κορμός σε ευθεία γραμμή.
- Τα πόδια τεντωμένα.
- Λυγίζουμε ελαφρά και τα δύο γόνατα .
- Διατηρούμε για λίγο τη θέση αυτή.
- Επανερχόμαστε στη αρχική θέση και χαλαρώνουμε.
- Επαναλαμβάνουμε την κάμψη των γονάτων και διατηρώντας την, κάνουμε ραχιαία κάμψη στα πέλματα, εναλλάξ.
- Επαναλαμβάνουμε με πελματιαία κάμψη στα πέλματα, εναλλάξ.

35. Θέση πρηγή.



- Το κεφάλι σε ευθεία θέση.
- Τα χέρια στο πλάι μπροστά, σε θέση κάμψης αγκώνα με τις παλάμες να εφάπτονται στο τραπεζάκι.
- Ο κορμός σε ευθεία θέση.
- Τα πόδια τεντωμένα .

36. Θέση πρηνή.



- Διατηρώντας την θέση όπως στη άσκηση 35 εκτείνουμε τα χέρια σηκώνοντας το άνω μέρος του κορμού .
- Διατηρούμε για λίγο την θέση αυτή .
- Επανερχόμαστε στην αρχική θέση και χαλαρώνουμε.

37. Θέση πρηγή.



- Τα χέρια στο πλάι μπροστά, σε θέση κάμψη αγκώνα με τις παλάμες να εφάπτονται στο τραπεζάκι.
- Ο κορμός σε ευθεία θέση.
- Τα πόδια τεντωμένα.
- Τεντώνουμε τα χέρια, συγχρόνως όλο το σώμα, διατηρώντας σημεία στήριξης τις παλάμες και την ραχιαία πλευρά των ποδιών.
- Διατηρούμε για λίγο τη θέση αυτή.
- Επανερχόμαστε στη αρχική θέση και χαλαρώνουμε.

ν) Θεραπευτικές ασκήσεις από καθιστή θέση

38. Θέση καθιστή .



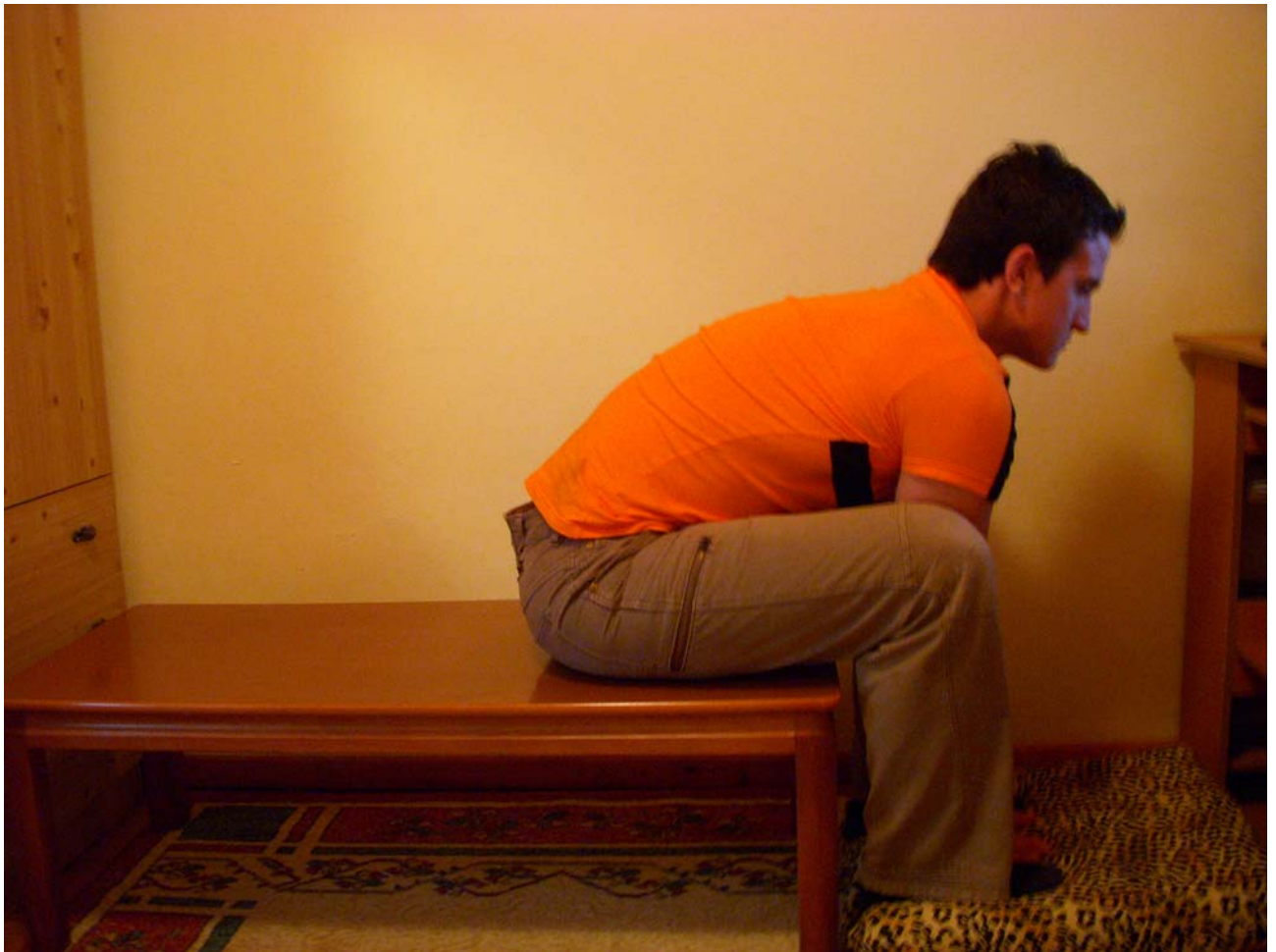
- Το κεφάλι σε ευθεία θέση.
- Ο κορμός σε σταθερή θέση .
- Τα χέρια ακουμπούν στο πλάι.
- Σφίγγουμε τον αριστερό μηρό .
- Διατηρούμε για λίγο τη σύσπαση και χαλαρώνουμε .
- Σφίγγουμε το δεξιό μηρό .
- Διατηρούμε για λίγο τη σύσπαση και χαλαρώνουμε.
- Σφίγγουμε ταυτόχρονα δεξιό και αριστερό μηρό, διατηρούμε για λίγο τη σύσπαση και χαλαρώνουμε.

39. Θέση καθιστή .



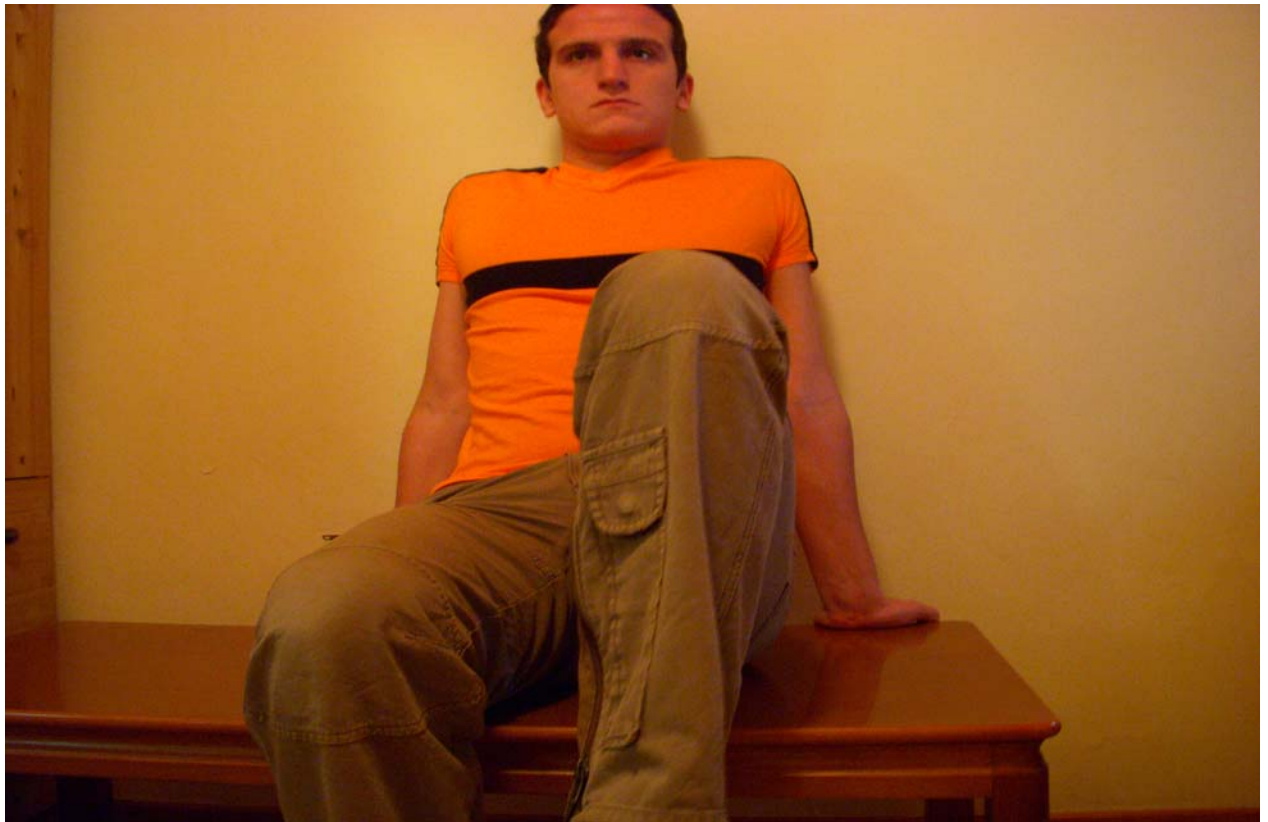
- Διατηρούμε τη θέση της προηγούμενης άσκησης.
- Τα χέρια τεντωμένα προς τα πίσω.
- Ο κορμός γέρνει ελαφρά προς τα πίσω.
- Ο κορμός γέρνει ελαφρά προς τα πίσω στηριζόμενος από τα χέρια.

40. Θέση καθιστή .



- Τα χέρια έρχονται μπροστά και ανάμεσα στα γόνατα τεντωμένα.
- Ο κορμός κλίνει προς τα εμπρός.
- Διατηρούμε για λίγο την θέση αυτή.
- Επανερχόμαστε σε ουδέτερη θέση.

41. Θέση καθιστή.



- Το κεφάλι σε θέση ευθεία.
- Ο κορμός σε σταθερή ευθεία θέση.
- Τα χέρια ακουμπούν στο πλάι.
- Σηκώνουμε το αριστερό γόνατο .
- Διατηρούμε για λίγο τη θέση αυτή .
- Επανερχόμαστε στην αρχική θέση και χαλαρώνουμε.
- Επαναλαμβάνουμε την ίδια άσκηση αλλάζοντας το αριστερό με το δεξί γόνατο.

42. Θέση καθιστή .



- Το κεφάλι σε ευθεία θέση .
- Ο κορμός σε σταθερή ευθεία θέση.
- Τα χέρια ακουμπούν στο πλάι .
- Τεντώνουμε το δεξί γόνατο .
- Διατηρούμε για λίγο τη θέση αυτή.
- Επανερχόμαστε στην αρχική θέση και χαλαρώνουμε ..
- Επαναλαμβάνουμε την ίδια άσκηση αλλάζοντας το δεξί πόδι με το αριστερό .

43. Θέση καθιστή .



- Το κεφάλι σε θέση ευθεία.
- Ο κορμός σε σταθερή ευθεία θέση.
- Τα χέρια ακουμπούν στο πλάι.
- Τεντώνουμε και τα δύο πόδια.
- Διατηρούμε για λίγο τη θέση αυτή.
- Επανερχόμαστε στην αρχική θέση και χαλαρώνουμε.
- Επαναλαμβάνουμε την έκταση των γονάτων.
- Κάνουμε ραχιαία κάμψη του δεξιού πέλματος και πελματιαία κάμψη του αριστερού πέλματος.

XI. Βοηθήματα για την Κινητικότητα

Η προώθηση βοηθημάτων όπως πατερίτσες ,μπαστούνια έχουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα τα οποία θα πρέπει να λυθούν υπόψη . Τα πλεονεκτήματα είναι η βοήθεια του ασθενή να περπατήσει μακρύτερα ή γρηγορότερα ή να περπατήσει με καλύτερο βήδισμα . Σε μερικές περιπτώσεις τα βοηθήματα αυτά μπορεί να αυξήσουν τη σταθερότητα του ασθενή η να μειώσουν την εξάντληση. Για τους περισσότερους ασθενής με Σ.Κ.Π., η χρήση τέτοιων βοηθημάτων τους δίνει την δυνατότητα να παραμείνουν σε κίνηση αμφιβάλλοντας την ανάγκη για συνεχή χρήση της αναπηρικής καρέκλας.

Ο φυσικοθεραπευτής είναι αυτός που πρέπει να γνωρίζει τις επιβλαβείς συνέπειες των αναπηρικών βοηθημάτων και θα πρέπει να ασκήσει την κατάλληλη προσοχή και προφύλαξη για να τις ελαχιστοποιήσει. Αυτά τα επιβλαβή αποτελέσματα είναι ;το κατασταλτικό αποτέλεσμα της σπαστικότητας και της ανοχής βάρους μέσα από τα κάτω άκρα, θα μειωθεί και οι αλλαγές στη στάση θα προξενήσουν πλευρική μεταβολή αν χρησιμοποιείται μονόπλευρη υποστήριξη ή εμπρός κλίση του κορμού με κλίση του γοφού όταν χρησιμοποιείται αμφίπλευρη υποστήριξη.

Ο φυσικοθεραπευτής θα χρειαστεί να δώσει ασκήσεις και δραστηριότητες που θα αναπληρώσουν την αναπόφευκτη απώλεια της κινητικής ικανότητας και τις ευκαιρίες του ασθενή για φυσιολογική κίνηση .

Τα επιβλαβή αποτελέσματα επιδίδονται περισσότερο, αν τα βοηθήματα βαδίσματος είναι φτωχά εφαρμοσμένα στο κάθε ασθενή και αν η ανάκτηση του βαδίσματος με βοηθήματα στήριξης, δεν γίνεται έτσι ώστε να πετύχουμε το καλύτερο δυνατό βήδισμα. Εκτός της προληπτικής αγωγής της θεραπείας που είναι απαραίτητη για την καταπολέμηση των επιβλαβών αποτελεσμάτων της χρήσης στηριγμάτων, ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να εφαρμόσει θεραπεία για τη διατήρηση της κίνησης και την αύξηση της δύναμης στα άνω άκρα. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό , καθώς ο ασθενής της ΠΣ μπορεί σταδιακά να εξαρτάται όλο και περισσότερο από υποστήριξη των άνω άκρων για την ανάκτηση της κίνησης.

Εξαιτίας της διακύμανσης και της προοδευτικής φύσης της ασθένειας το είδος των βοηθημάτων βαδίσματος, που εφαρμόζεται στους ασθενείς θα πρέπει να αναθεωρείται σε τακτικά χρονικά διαστήματα. Η συνέχιση της θεραπείας είναι επίσης απαραίτητη αν ο ασθενής κυκλοφορεί με υποστηρίγματα κατά τη διάρκεια ανάρρωσης από υποτροπή. Το μεγαλύτερο μέρος της κίνησης αποκαθίσταται μετά την υποτροπή ,αλλαγή στα βοηθήματα βαδίσματος ή χρήση διαφορετικών τρόπων βαδίσματος μπορεί να ενδείκνυται.

Οι ασθενείς που στηρίζονται σε στηρίγματα των άνω άκρων για την κίνηση είναι συχνά επιρρεπείς σε τραυματισμούς των μυών και τενόντων, ιδιαίτερα των ώμων .

Τέτοιοι τραυματισμοί πρέπει να θεραπεύονται ενεργά από τον θεραπευτή όταν βρίσκονται σε οξεία φάση και η ανάπτυξη χρονίων τραυματισμών να αποφεύγεται όπου είναι δυνατόν .

Η χρήση νάρθηκα και παχυμετρικού διαβήτη, χρειάζεται να χορηγείται με την ίδια προφύλαξη, όπως τα βοηθήματα βαδίσματος. Ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να γνωρίζει ότι από τη στιγμή που μια σύνδεση ακινητοποιείται από νάρθηκα ή παχυμετρικό διαβήτη, οποιαδήποτε υπολείπουσα κίνηση του συνδέσμου θα χαθεί και κατά συνέπεια θα πρέπει να ξεκινήσει θεραπευτική αγωγή. Η συνέχιση πρέπει να επιβεβαιώσει ότι η όρθωση είναι ακριβής και ο ασθενής μπορεί να την πραγματοποιήσει και να τη χρησιμοποιήσει κατάλληλα. Αν ο νάρθηκας μπορεί να ανακουφίσει μερικά προβλήματα κίνησης, άλλα κινητικά συμπτώματα, όπως η σπαστικότητα μπορούν να επιδεινωθούν. Τακτικές εκτιμήσεις του ασθενή θα βοηθήσουν τον φυσικοθεραπευτή να εξακριβώσει τέτοια συμβάντα.

Όταν χρειάζεται να δοθούν οποιαδήποτε βοηθήματα κίνησης, ο φυσικοθεραπευτής πρέπει πρώτα να εκτιμήσει τον ασθενή με Π.Σ. για να αποφασίσει το καταλληλότερο είδος βοήθειας. Η χρήση των βοηθημάτων κίνησης θα πρέπει να ενσωματωθεί σε ένα σχέδιο μακροχρόνιας θεραπείας, σε συγκεκριμένα προγράμματα ανάκτησης του βαδίσματος.

Είναι σημαντικό οι στόχοι να συζητούνται με τον ασθενή και την οικογένεια. Τα βοηθήματα κίνησης θα πρέπει να συστηθούν με ευαισθησία καθώς πολλοί ασθενείς βλέπουν το μαστούνη και τις πατερίτσες σαν σύμβολο της ανικανότητας τους και την ανάγκη της χρήσης τους σαν σημάδι ότι η πάθηση τους χειροτερεύει . Ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να ενθαρρύνει μια θετική στάση στη χρήση των βοηθημάτων στήριξης, βοηθώντας τον ασθενή να εκτιμήσει τα πλεονεκτήματα της βελτιωμένης κίνησης.

XII. Ο χειρισμός του ακίνητου ασθενή με Σ.Κ.Π.

Οι ασθενείς με Σ.Κ.Π. καθίστανται ακίνητοι είτε εξαιτίας της προόδου της ασθένειας που προξενεί παράλυση, είτε κατά τη διάρκεια της επιδείνωσης. Εάν οι ασθενείς μπαίνουν σε αναπηρική καρέκλα ή καταλήγουν κλινήρεις, η σωστή σωματική διαχείριση είναι σημαντική για τη βελτίωση της κατάστασης τους.

Η αναπνευστική ανεπάρκεια πρέπει να εμποδιστεί έτσι ώστε να αποτρέψουμε μολύνσεις του θώρακα, μερική πτώση του πνεύμονα, συσσώρευση πτυέλων ή κυάνωση. Πρέπει να καθιερωθεί μια κατάλληλη αναπνευστική τακτική με ασκήσεις βαθιάς αναπνοής σε θέσεις κατακεκλιμένες ή καθίσματος και οι έλεγχοι να επιβεβαιώνουν την εισπνοή αέρα σε όλες τις περιοχές των πνευμόνων.

Κυκλοφορική στάση ιδιαίτερα των κάτω άκρων πρέπει να αποφεύγεται καθώς αυτό αυξάνει τον κίνδυνο φλεβικής θρόμβωσης. Ενεργές ασκήσεις ή ρυθμικές συσπάσεις και χαλάρωση δημιουργεί το μυϊκό μηχανισμό άντλησης για να βοηθήσει στην επιστροφή των φλεβών. Εάν καμιά ενεργός μυϊκή σύσπαση δεν είναι δυνατή, ο παθητικός χειρισμός και το μασάζ μπορεί να απαιτούνται, διαφορετικά θα πρέπει να καταφεύγουμε σε μηχανικά βοηθήματα. Σπαστικές και σταθερές συσπάσεις μπορεί να αποφευχθούν κινώντας τις συνδέσεις μέσα από μια παθητική σειρά κινήσεων. Η σωστή στάση και τοποθέτηση για την επιβεβαίωση των επιμήκων μυϊκών ομάδων που προσβάλλονται από υπερτονία θα πρέπει να γίνουν συνήθειες και η καθημερινή πρηνής κατάκλιση είναι βασική για τον ακίνητο ασθενή.

Η φροντίδα της περιοχής πίεσης ώστε να αποφευχθούν οι πιεστικοί ερεθισμοί, είναι σημαντικό τμήμα του προγράμματος χειρισμού. Η σωστή υποστήριξη και θέση του σώματος και των άκρων για αποφυγή πιεστικών ερεθισμών είναι απαραίτητη και η τακτική επιστροφή η αλλαγή θέσης είναι απαραίτητη μέρα και νύχτα. Η επιτυχή παρεμπόδιση της αναπνευστικής λειτουργίας και κυκλοφορικής στάσης, οι συσπάσεις και οι παραμορφώσεις θα βοηθήσουν την παρεμπόδιση των πιεστικών ερεθισμών.

Ο επιτυχής χειρισμός του ακίνητου ασθενή βασίζεται σε όλες τις προληπτικές και αναμορφωτικές αγωγές που ενσωματώνονται στη καθημερινή ζωή. Οι θεραπευτές πρέπει να υιοθετήσουν έναν εκπαιδευτικό ρόλο και ρόλο επιτήρησης και να περάσουν σε βασικό χειρισμό τις θεραπευτικές ασκήσεις σε όλους τους φροντιστές, ανειδίκευτους και επιστήμονες. Οι ασφαλείς τρόποι στροφής, ανόρθωσης και μεταφοράς του ακίνητου ασθενή θα πρέπει να υποδεικνύονται. Η παρακολούθηση από φυσικοθεραπευτή είναι βασική για να επιβεβαιώσει ότι οδηγίες εκτελούνται σωστά, να αλλάξει τις οδηγίες αν ο ασθενής ή οι φροντιστές έχουν αλλάξει και να υποστηρίξει να βοηθήσει τους φροντιστές.

Η σωματική διαχείριση του ασθενή κατά συνέπεια, αν και ξεκίνησε και κατευθύνεται από φυσικοθεραπευτή, δεν ανήκει αποκλειστικά σε θεραπευτικές αγωγές. Ο ασθενής και η οικογένεια του θα πρέπει να γνωρίζουν τι αποτελεί σωστή κίνηση και να ενθαρρύνονται από τον φυσικοθεραπευτή να πετύχουν τους στόχους παρά να αναπτύξουν κακές συνήθειες κίνησης. Πρέπει να υπάρχει μια στενή συνεργασία μεταξύ ασθενή και φυσικοθεραπευτή έτσι ώστε τα αποτελέσματα της θεραπείας να ερμηνεύονται σε δραστηριότητες που χρησιμοποιούνται καθημερινά.

XIII. ΑΛΛΑ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ

α) ΗΛΕΚΤΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ



ι) Ηλεκτρικές διεγέρσεις

Χαμηλής συχνότητας ηλεκτρικές διεγέρσεις μπορεί να είναι ωφέλιμες για μερικούς ασθενείς με Σ.Κ.Π. αλλά τονίζεται η ανάγκη για μια προσεκτική επιλογή των ασθενών, διότι αυτή η μορφή θεραπείας δεν είναι ωφέλιμη για όλους τους ασθενείς με Σ.Κ.Π. Η νευρομυϊκή διέγερση συνίσταται ως προσθήκη στα μέσα που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση ασθενών με Σ.Κ.Π.

ιι) Ηλεκτρικός ερεθισμός

Ο λειτουργικός ηλεκτρικός ερεθισμός μπορεί να εφαρμοστεί στις περιπτώσεις της Σ.Κ.Π., όπου οι κλινικές εκδηλώσεις της κινητικής βλάβης της πάθησης αυτής είναι παρόμοιες με εκείνες που παρουσιάζονται στους ημιπληγικούς αρρώστους, με πτώση του ποδιού, ή παράλυση στους εκτεινόντες των δακτύλων και του καρπού. Για τους αρρώστους εκείνους που παρουσιάζουν παραλύσεις και σε άλλους μυς ο λειτουργικός ερεθισμός σπάνια αποδείχθηκε αποτελεσματικός ή ακόμα και χρήσιμος. Για την αποτελεσματική εφαρμογή του βασική προϋπόθεση είναι να διατηρείται η φυσιολογική ηλεκτρική διεγερσιμότητα στα νεύρα.

ιιι) Διακοπτόμενος Γαλβανισμός

Όταν με την ίδια ένταση ρεύματος και θέση ηλεκτροδίων, διακόπτουμε ρυθμικά τη ροή του ρεύματος τότε έχουμε διακοπτόμενο γαλβανισμό. Ο διακοπτόμενος γαλβανισμός ενδείκνυται για παράλυτους ή παρετικούς μύες.

ιιιι) Παλμικά ρεύματα

Τα παλμικά ρεύματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν με τριγωνικό παλμό, για τη μείωση του πόνου, που τυχόν υπάρχει.

β) ΥΔΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ



Μια από τις πλέον χρήσιμες μορφές φυσικής θεραπείας όσον αφορά στην αντιμετώπιση των χρόνιων συμπτωμάτων της πάθησης, είναι η υδροθεραπεία.

Η χρήση του νερού για θεραπευτικού σκοπούς είναι από τις πλέον αρχαίες και παραδοσιακές μορφές θεραπείας, και η εφαρμογή του, κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις, που θα εξασφαλίζουν την ασφάλεια του ασθενή, μπορεί να συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στη θετική διαμόρφωση του φυσιοθεραπευτικού αποτελέσματος.

Η υδροθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί με διάφορες μορφές όπως

ι) Δινόλουτρο

Μικρό σε διάμετρο όπου το νερό σε ελεγχόμενη θερμοκρασία συνοδεύεται διαρκώς με ρυθμιζόμενη πίεση. Σημείο, που πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα είναι, το ότι το υποθεραπεία άκρο –μέλος τίθεται σε θέση, που ευνοεί το οίδημα.

ιι) Πισίνα

Έχουμε το πλεονέκτημα ότι ευεργετείται όλο το σώμα του ασθενή αφού υπάρχει η δυνατότητα εφαρμογής ενός πληρέστερου κινησιοθεραπευτικού προγράμματος το οποίο εκτελείται εύκολα λόγω έλλειψης της βαρύτητας αλλά και ευχάριστα γιατί η επίδραση του υγρού στοιχείου στον ασθενή έχει ψυχαγωγικό χαρακτήρα και δημιουργεί μια ιδιαίτερη θετική ευεξία και διάθεση.

ιιι) Θάλασσα

Είναι η καλύτερη μορφή υδροθεραπείας, διότι η πρόσβαση είναι πρακτικώς κάτω από ορισμένες προϋπόθεσης εύκολη. Το γεγονός όμως ότι μπορεί να αξιοποιηθεί μόνο κατά τους θερινούς μήνες, επηρεάζει καθολικά τη συνεχή εφαρμογή της.

Πρέπει να δοθεί έμφαση στην ασφάλεια του ασθενή και στη εφαρμογή του θαλασσινού μπάνιου μόνο κατά τις απογευματινές ώρες.

XIV. ΕΠΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΗΣ ΒΑΔΙΣΗΣ



Η βάδιση αποτελεί το τελευταίο στάδιο στο οποίο πρέπει να εκπαιδευτεί ο ασθενής με Σ.Κ.Π. η ελλιπής ισορροπία και άνιση κατανομή του βάρους στο ένα ή και στα δύο άκρα είναι τα σημαντικότερα προβλήματα που παρουσιάζονται.

Σε τέτοιους ασθενείς εντοπίζονται προβλήματα όπως σπαστικότητα, αυξανόμενη μυϊκή αδυναμία και απαγωγή του σκέλους κατά τη βάδιση (δρεπανοειδές βάδισμα). Ο ασθενής παρουσιάζει πρόβλημα στο βάδισμα του, ταλαντεύεται και τείνει να πέσει προς την πλευρά της βλάβης. Ο ασθενής για να διατηρήσει την ισορροπία του, διευρύνει τη βάση στήριξης βαδίζοντας με ανοικτά τα μέλη. Δεν μπορεί να βαδίσει σε ευθεία γραμμή.

Η εκπαίδευση της βάδισης αρχίζει από το δίζυγο και περιλαμβάνει ασκήσεις πλήρους στήριξης κατ' αρχήν και μικρής στήριξης αργότερα. Η φορά της βάδισης πρέπει να είναι προς όλες τις κατευθύνσεις.

Το τελευταίο κομμάτι της εκπαίδευσης του ασθενή είναι το ανέβασμα, κατέβασμα σκάλας, το περπάτημα σε ανώμαλο έδαφος και οι μετακινήσεις του από μία θέση στην άλλη.

Το αποτέλεσμα της σωστής εκπαίδευσης του ασθενή θα εμφανιστεί όταν ο ασθενής είναι πλέον ικανός να βαδίσει με ένα μαστούνι που θα το χρησιμοποιήσει μόνο όταν χρειάζεται.

Μετά το κομμάτι των μετακινήσεων από την μία θέση στην άλλη το επόμενο βήμα μας είναι η ικανότητα του ασθενή να αυτοεξυπηρετείται να μην εξαρτάται από εμάς. Οι λειτουργικές δραστηριότητες θα πρέπει να ενθαρρύνονται πάντοτε και πρέπει να προσαρμόζονται στην κατάσταση και τις ικανότητες του κάθε ασθενή.

Ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να δώσει ένα πρόγραμμα ασκήσεων για το σπίτι το οποίο πρέπει να είναι προσαρμοσμένο στις ικανότητες του ασθενή, και να συμβάλλει στην ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης του.

Βιβλιογραφία

1. Ευάγγελος Β. Κεκάτος. Σκλήρυνση κατά πλάκας ,Αθήνα 2001.Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιανού Α.Ε.
2. Θεόδωρος Γ. Ράπτης .Πολλαπλή σκλήρυνση, Ειδικές ασκήσεις και η θεωρία τους . Πρόγραμμα Υποστήριξης Ασθενών ,Αθήνα 2006 .Genesis Pharma sa.
3. Θωμάς Ανδρ. Μιχαήλ. Εφαρμοσμένη φυσικοθεραπεία στις Ιατρικές ειδικότητες, Θεσσαλονίκη 2005
4. Στάθης Αθανασιάδης. Θεραπευτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της σκλήρυνσης κατά πλάκας, Θεσσαλονίκη 2000. Εκδόσεις Προμηθεύς.
5. Παπατσιμής Β. Τριγώνης Ε. Κωνσταντινίδης Χ. Φυσικοθεραπευτική προσέγγιση στην πολλαπλή σκλήρυνση, Ιανουάριος- Μάρτιος 2005, Περιοδικό Φυσικοθεραπείας, Τόμος 8,Τεύχος 1.

Ξένη Βιβλιογραφία

1. Debra Frankel. Multiple Sclerosis .Third Edition .Copyright 1995 by Mosby –Year Book, Inc
2. Lorraine De Souza. Multiple Sclerosis(θεραπευτική αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας) London 1990. Για την Ελληνική Έκδοση σε όλο τον κόσμο, Αθήνα 1997, Εκδόσεις ΈΛΛΗΝ-Γ. Παρίκος &ΣΙΑ. Α.Ε.Ε.
3. Maria Stokes. Neurological Physiotherapy ,London 1998
4. Randall T. Schaparino MD. Symptom management In MS. Randal T. Demos 1994, 2nd Edition.
5. Sibley W. Therapetic claims in multiple sclerosis .1987 New York. Demos Publicant.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Α

Ημερομηνία λήψης ιστορικού: 27/11/2008

Στοιχεία Ασθενούς

Όνομα : Γ.Τ.

Ασφάλεια : Ι.Κ.Α.

Φύλο : Γυναίκα

Θεράπων ιατρός : Καπινάς

Ηλικία : 38

Διεύθυνση : Ξάνθη

Ιστορικό Ασθενούς: Η ασθενής αναφέρει ότι τα αρχικά συμπτώματα εμφανίστηκαν πριν πέντε χρόνια .Τα αρχικά συμπτώματα όπως τα αντιλαμβανόταν η ίδια ήταν «αστάθεια στο περπάτημα», «Ίλιγγος», και πιο μετά προβλήματα στην ομιλία . Αυτά τα συμπτώματα εμφανιζόταν αλλά μετά κάποιο σύντομο χρονικό διάστημα περνούσαν. Μετά από αρκετό καιρό μια μέρα που σηκώθηκε να πάει τουαλέτα ξαφνικά έπεσε πήγε στο νοσοκομείο νοσηλεύτηκε για 4 μέρες και η διάγνωση που έγινε ήταν Νευρολογική κατάθλιψη. Δόθηκε φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης όμως επειδή είδε ότι άρχισε να αλλάζει η συμπεριφορά της με τη φαρμακευτική αγωγή τη συγκεκριμένη, λόγω παρενεργειών των φαρμάκων αποφάσισε να ψάξει την κατάσταση περαιτέρω. Μέσω κάποιον γνωστών της η ασθενής πήγε στο νοσοκομείο Παπανικολάου στη Θεσσαλονίκη νοσηλεύτηκε για 20 ημέρες έκανε όλες τις απαραίτητες εξετάσεις και τελικά με την αξονική τομογραφία που έκανε έγινε η διάγνωση ότι η κυρία είχε Σ.Κ.Π. Ενημερώθηκε η ασθενής για την νόσο έγινε κράτηση φακέλου και ενημερώθηκε ότι μια φορά τον χρόνο θα πηγαίνει και θα νοσηλεύεται στο νοσοκομείο και θα κάνει τις απαραίτητες εξετάσεις ώστε να παρακολουθείτε η εξέλιξη της κατάστασης της .

Φαρμακευτική αγωγή: Πριν τη διάγνωση έπαιρνε κάποια ψυχοθεραπευτικά φάρμακα στα οποία είχαν αρκετές παρενέργειες. Μετά την διάγνωση έπαιρνε το φάρμακο<< zanax>> η δοσολογία ήταν μισό το βράδυ μόνο και άλλο ένα φάρμακο το << Avonex>> δύο την ημέρα μόνο, κάποιο άλλο φάρμακό δεν έχει πάρει η ασθενής .Σε διάστημα περίπου ενός μηνός επειδή είναι να ξαναπάει να ξανακάνει την καθιερωμένη εξάμηνη εξέταση της από ότι έχει ενημερωθεί θα γίνει κάποια αλλαγή στην φαρμακευτική αγωγή που παίρνει.

Βαθμολόγηση Σύμφωνα με τον Κλίμακα EDSS (Kotzke Expanded Disability Status Scale)

1. Πυραμιδικές Λειτουργίες : 0=φυσιολογική

2. **Λειτουργίες της Παρεγκεφαλίδας :** Συνδυασμός 2+5 μία ήπια αταξία και περιορισμός στη ικανότητα να εκτελεί συνεργικές κινήσεις η ασθενής δεν μπορεί να περπατήσει σε μία ευθεία γραμμή .
3. **Λειτουργίες του Στελέχους του Εγκεφάλου:** Συνδυασμός 2+5 με μέτριο νυσταγμό και ανικανότητα η αδυναμία να καταπιεί η να μιλήσει μερικές φορές.
4. **Αισθητικές Λειτουργίες :** Από πλευράς αφής μόνο μούδιασμα με διαφορά από το ένα χέρι στο άλλο, το ίδιο επικρατεί και στα πόδια. Η ασθενής ανέφερε επίσης ότι δεν μπορούσε να καταλάβει τη θερμοκρασία του νερού. Η ασθενής μπορεί να καταταχθεί σύμφωνα με την κλίμακα με το βαθμό 2.
5. **Ορθοκυστικές Λειτουργίες:** Ήπια καθυστέρηση της σύρσης με ακράτεια ούρων χωρίς να είναι συχνή. Σύμφωνα με την κλίμακα συνδυασμός βαθμών 1+5.
6. **Οπτικές Λειτουργίες :** Διπλωπία στο αριστερό μάτι, θολούρα και στον αστιασμό υπάρχει πρόβλημα.
7. **Διανοητικές Λειτουργίες:** 0= Φυσιολογική

Σύμφωνα με την **Ειδική Βαθμολόγηση της Κλίμακας Αναπηρίας** η ασθενής με ελαφρά αδυναμία και ακαμψία, ελαφρά διαταραχή στη βάδιση και ελαφρά οπτικοκινητική διαταραχή βαθμολογείται με βαθμό 2 έχοντας συγχρόνως κάποια ουρικά και οφθαλμικά συμπτώματα.

Η ασθενής σήμερα είναι σε ένα πρόγραμμα κινησιοθεραπείας που γίνεται από εξειδικευμένη φυσιοθεραπεύτρια στο μοναδικό κέντρο Ατόμων με Αναπηρίες που υπάρχει στην Ξάνθη στα **Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑΜΕΑ** . Το κέντρο αυτό είναι πλαισιωμένο από εργοθεραπεύτρια, νοσηλεύτρια, ειδική παιδαγωγό καθώς και από όλο το απαραίτητο προσωπικό για την αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών. Η ασθενής κάνει όλες τις δουλειές τις μόνη της, το μοναδικό της πρόβλημα είναι μια ελαφρά διαταραχή στο βάδισμα λόγω προβλήματος στους ισchioκνημιαίους μύες. Δεν χρησιμοποιεί κάποιο βοήθημα στη βάδιση. Το παράπονο της ασθενούς είναι ότι πρέπει να δημιουργηθούν περισσότερα τέτοια κέντρα ώστε να μπορέσουν περισσότεροι άνθρωποι να βοηθηθούν.

Η ασθενής έχει κατανοήσει την ασθένειά της, τα συμπτώματά της ασθένειας αυτής καθώς και τον αντιμετώπισή της .Υπάρχει μια λειτουργική βελτίωση στη κατάσταση της. Διατηρεί την οικογενειακή της ενότητα και αποφεύγει την κοινωνική απομόνωση. Έχει αναπτύξει την ικανότητα επίλυσης των προβλημάτων της .

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Β

Ημερομηνία λήψης ιστορικού : 29/11/2008

Στοιχεία Ασθενούς:

Όνομα : Π.Τ.

Ασφάλεια: Ι.Κ.Α.

Φύλο : Γυναίκα

Θεράπων Ιατρός: Ηλιόπουλος.

Ηλικία: 46

Διεύθυνση: Ξάνθη

Ιστορικό Ασθενούς : Τα αρχικά συμπτώματα της ασθένειας άρχισαν πριν έξι χρόνια, αυτά ήταν «ζάλη», «εμετός», που κρατούσε για 2-3 μέρες και περνούσε. Τα τελευταία 4 χρόνια αυτοί οι εμετοί έγιναν τρομεροί και η ασθενής πήγε στο νοσοκομείο για να ψάξει τους λόγους αυτών των εμετών. Έκανε τις εξετάσεις στο νοσοκομείο επειδή όμως δεν μπόρεσαν να βρουν την αιτία αυτών των συμπτωμάτων οι γιατροί (οι παθολόγοι κυρίως) τις επισήμαναν να εξεταστεί από νευρολόγο. Εξετάστηκε από νευρολόγο, έκανε μαγνητική τομογραφία και βρέθηκαν εστίες απομυελίνωσης. Δεν δόθηκε σημασία και μέσω κάποιου γνωστού της περαπέμφθηκε να πάει στη Καβάλα να εξεταστεί από άλλον έναν νευρολόγο. Πήγε στη Καβάλα ξανάκανε τις απαραίτητες εξετάσεις και ο γιατρός την ρώτησε αν ξέρει για την ασθένεια Σκλήρυνση κατά πλάκας, η ασθενής αδιαφόρησε και ξαναγυρνώντας στην Ξάνθη αυτή την φορά πήγε στον έναν άλλο παθολόγο ο οποίος έκανε διάγνωση πήξη αίματος δόθηκε φαρμακευτική αγωγή. Η ασθενής επειδή είναι χειρουργημένοι από την μέση της μαζί με όλες τις εξετάσεις που είχε κάνει επισκέφτηκε τον γιατρό της ο οποίος την είχε χειρουργήσει στην Αλεξανδρούπολη. Είδε όλα τα αποτελέσματα των εξετάσεων τις ακτινογραφίες, μαγνητική τομογραφία κ.λ.π. της έκανε παρακέντηση και τις είπε ότι ένα 10% είναι να πάσχει από Σκλήρυνση κατά πλάκας. Για να εξακριβωθεί αυτό όμως χρειάζεται βιοψία και στενή παρακολούθηση. Η κατάσταση της ασθενής είναι ακόμη υποδιερεύνηση.

Φαρμακευτική Αγωγή : Η ασθενής δεν παίρνει κάποια φαρμακευτική αγωγή διότι πρέπει να γίνει πρώτα η βιοψία και μετά θα αρχίσει να παίρνει την απαραίτητη φαρμακευτική αγωγή. Γενικά η κατάσταση της είναι υποδιερεύνηση.

Βαθμολόγηση Σύμφωνα με τον Κλίμακα EDSS(Kutzke Expended Disability Status Scale)

- 1. Πυραμιδικές Λειτουργίες:** 0=φυσιολογική, δεν μπορεί να θεωρηθεί ανάπηρη . Υπάρχει φοβία .
- 2. Λειτουργίες της Παρεγκεφαλίδας :** 2=Μια ήπια αταξία, μερικές φορές η ασθενής παραπατάει και δεν μπορεί να περπατήσει σε μια ευθεία γραμμή.
- 3. Λειτουργίες του Στελέχους του Εγκεφάλου:** 5= Αδυναμία να μιλήσει μερικές φορές, στο διάβασμα κυρίως έχει πρόβλημα διότι με το που αρχίζει κάποιο βιβλίο η έντυπο να διαβάσει αρχίζει ο πονοκέφαλος.
- 4. Αισθητικές Λειτουργίες :** 1= Μείωση της παλλαισθησίας η γραφαισθησίας και στα δύο άκρα, μούδιασμα των χεριών στο ύψος του αγκώνα και κάποιες φορές η ασθενής νιώθει σαν να την χτυπάει ρεύμα, ευαισθησία στα νεύρα .
- 5. Ορθοκυστικές Λειτουργίες :** 0=φυσιολογική
- 6. Οπτικές Λειτουργίες :** Κάποιες φορές μπορεί να δει κάτι όταν είναι μπροστά της, ,κάποιες δεν μπορεί. Υπάρχει πρόβλημα στον εστιασμό . Αδυναμία να βαθμολογηθεί σύμφωνα με την συγκεκριμένη βαθμολογία.
- 7. Διανοητικές Λειτουργίες:** 0= Φυσιολογική

Σύμφωνα με την Ειδική Βαθμολόγηση της Κλίμακας Αναπηρίας η ασθενής με ελαφρά διαταραχή της βάδισης και ελαφρά οπτικοκινητική διαταραχή, καθώς και από ότι ανέφερα ότι όταν ήταν στο νοσοκομείο στη Αλεξανδρούπολη, τι χρειαζόταν βοήθεια και ότι δεν μπορούσε να περπατήσει μόνη της, βαθμολογείται με το βαθμό 2 έχοντας κάποια στοιχεία και από τον βαθμό 5 .

Η ασθενής αυτή είναι σε πρόγραμμα κινησιοθεραπείας στο ίδιο κέντρο με την πρώτη κυρία στα **Κ.Ε.Κ.Υ.Κ.ΑΜΕΑ** περιμένοντας να γίνει η βιοψία για να αρχίσει να παίρνει και την φαρμακευτική της αγωγή.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Γ

Ημερομηνία λήψης ιστορικού : 12/12/2008

Στοιχεία Ασθενούς:

Ασφάλεια : Ο.Γ.Α.

Όνομα : Γ.Δ.

Φύλο : Γυναίκα

Θεράπον Ιατρός: Καραδέδος / Ζαφηρόπουλος

Ηλικία: 42

Διεύθυνση: Ξάνθη

Ιστορικό Ασθενούς : Από 16 ετών υπήρχαν κάποια μουδιάσματα τα οποία αρχικά δεν τα έδωσε σημασία η ασθενής καθώς πήγαινε σε γιατρούς και δεν μπορούσαν να τις εξηγήσουν τα αίτια αυτών των συμπτωμάτων. Μετά την γέννηση του πρώτου της παιδιού εμφανίστηκαν προβλήματα στη όραση της πήγε αρχικά σε έναν οφθαλμίατρο στη Ξάνθη ο οποίος ης επισήμανε να πάει Θεσσαλονίκη. Πήγε η ασθενής στη Θεσσαλονίκη νοσηλεύτηκε και έγινε διάγνωση οπτικού προβλήματος .Το οποίο πρόβλημα σε ένα σύντομο χρονικό διάστημα εξαφανίστηκε. Τα μουδιάσματα όμως στα πόδια και στα χέρια συνεχιζόταν, μετά την γέννηση του τρίτου της παιδιού είχε συμπτώματα πιο σοβαρά και αποφάσισε να πάει να εξεταστεί από νευρολόγο. Πηγαίνοντας στον νευρολόγο με την εξέταση και την συζήτηση που έγινε ο γιατρός ανέφερε την ασθένεια Σκλήρυνση κατά πλάκας. Τις είπε να κάνει αξονική τομογραφία, η ασθενής έκανε την αξονική τομογραφία η οποία όμως δεν έδειξε τίποτα. Για περαιτέρω ψάξιμο της κατάστασης της πήγε στο νοσοκομείο Α.Χ.Ε.Π.Α. νοσηλεύτηκε για 15 ημέρες, έκανε τις απαραίτητες εξετάσεις και με την μαγνητική τομογραφία που έκανε σαν τελευταία εξέταση, έγινε διάγνωση ότι η ασθενής είχε προσβληθεί από Σ.Κ.Π. Η ακριβής διάγνωση έγινε περίπου πριν 12-13 χρόνια δηλαδή σε ηλικία περίπου 30 χρονών.

Φαρμακευτική Αγωγή : «Avonex» ήταν πρώτη φαρμακευτική αγωγή που πήρε η ασθενής με συχνότητα μια φορά την εβδομάδα για ένα χρόνο περίπου . Αργότερα άρχισε να παίρνει το «Renbif», το οποίο το πήρε για 2 χρόνια και μετά πήρε το «Renbif 44» διπλή δόση για άλλα δύο χρόνια. Με από την συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή χρησιμοποίησε το «compassion»,επειδή το συγκεκριμένο φάρμακο βοηθάει στη κίνηση το έπαιρνε κάθε μέρα για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, την τελευταίο φάρμακο που χρησιμοποίησε η ασθενής κατά την διάρκεια της λήψης του ιστορικού δεν το θυμόταν. Τελευταία 1,5- με 2 χρόνια περίπου η ασθενής δεν παίρνει καμία φαρμακευτική αγωγή και η κατάσταση της παραμένει σταθερή.

Βαθμολόγηση Σύμφωνα με τον Κλίμακα EDSS(Kutzke Expended Disability Status Scale)

- 1. Πυραμιδικές Λειτουργίες: 0= φυσιολογική**
- 2. Λειτουργίες του Εγκεφάλου : 3= μέτρια αταξία του κορμού**
- 3. Λειτουργίες του Στελέχους του Εγκεφάλου: 2=Συμπτώματα μόνο**
- 4. Αισθητικές Λειτουργίες :0=φυσιολογική**
- 5. Ορθοκυστικές Λειτουργίες: 1= Ήπια καθυστέρηση στην έναρξη της ούρησης**
- 6. Οπτικές Λειτουργίες :** Η οπτική λειτουργία ήταν διαταραγμένη στα αρχικά στάδια της νόσου, η ασθενής είχε διπλωπία.
- 7. Διανοητικές Λειτουργίες : 0= φυσιολογική**

Σύμφωνα με την Ειδική Βαθμολόγηση της Κλίμακας Αναπηρίας η ασθενής με στοιχεία όπως ελαφρά αδυναμία η ακαμψία και ελαφρά διαταραχή της βάδισης βαθμολογείται με το βαθμό 2.

Είναι σε πρόγραμμα κινησιοθεραπείας μαζί με τις άλλες κυρίες στο ίδιο κέντρο . Η ασθενής έχει κατανοήσει την ασθένεια της . Διατηρεί την οικογενειακή της ενότητα και αποφεύγει την κοινωνική απομόνωση.

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Δ

Ημερομηνία λήψης ιστορικού : 20/12/2008

Στοιχεία Ασθενούς:

Όνομα: Ν.Μ

Ασφάλεια :ΟΓΑ

Φύλο : Γυναίκα

Θεράπων Ιατρός: Νικηφορίδης

Ηλικία: 32

Διεύθυνση: Ξάνθη

Ιστορικό Ασθενούς : Τα πρώτα συμπτώματα άρχισαν σε ηλικία 15 χρονών. Τα οποία ήταν «ίλιγγος και διαταραχές στη βάδιση». Άλλο ένα σύμπτωμα που εμφανίστηκε πιο μετά ήταν προβλήματα στην όραση συγκεκριμένα «διπλωπία». Μετά από ψάξιμο πολλών ετών το 1998 με μαγνητική τομογραφία που έκανε η ασθενής έγινε διάγνωση Σκλήρυνσης κατά πλάκας.

Φαρμακευτική Αγωγή : Η ασθενής μετά την διάγνωση που έγινε άρχισε να χρησιμοποιεί κάποιες ενέσεις τις οποίες ακόμα συνεχίζει, αυτή η θεραπεία με τις ενέσεις γίνεται μια φορά την εβδομάδα. Η ασθενής ακόμη παίρνει βιταμίνες και σίδηρο.

Βαθμολόγηση Σύμφωνα με τον Κλίμακα EDSS(Kutzke Expanded Disability Status Scale)

1. Πυραμιδικές Λειτουργίες : 1= φυσιολογική . Η ασθενής δεν έχει τάση στους ισchioκνημιαίους, και προσαγωγούς. Επίσης υπάρχει σπαστικότητα τις δυσχέρειας στη βάδιση .

2. Λειτουργίες της παρεγκεφαλίδας : 0= φυσιολογική

3. Λειτουργίες του στελέχους του εγκεφάλου : 5=Υπάρχει ανικανότητα η αδυναμία να καταπιεί.

4. Αισθητικές Λειτουργίες : Διαφορετική αίσθηση από το ένα χέρι στο άλλο, ή ίδια διαφορετική αίσθηση υπάρχει και στα πόδια . Αδυναμία να βαθμολογηθεί σύμφωνα με αυτόν τον κλίμακα.

5. Ορθοκυστικές Λειτουργίες : 1= Ήπια καθυστέρηση στην έναρξη της ούρησης.

6. Οπτικές Λειτουργίες : Διπλωπία ,θολούρα στην όραση. Αδυναμία να βαθμολογηθεί σύμφωνα με την κλίμακα.

7. Διανοητικές Λειτουργίες : 0= φυσιολογική

Σύμφωνα με την **Ειδική Βαθμολόγηση της Κλίμακας Αναπηρίας** η ασθενής με αναπηρία αρκετά σοβαρή ώστε να καθιστά αδύνατη την εργασία βαθμολογείται με το βαθμό 5 και έχει κάποια στοιχεία του βαθμού 6 (απαιτείται βοήθεια μαστούνι για κοντινές αποστάσεις και αναπηρικό καροτσάκι για μακρινές αποστάσεις).

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ Ε

Ημερομηνία λήψης ιστορικού : 09/1/2009

Στοιχεία Ασθενούς:

Όνομα: Δ.Ε.

Ασφάλεια : Δ.Τ.

Φύλο : Γυναίκα

Θεράπων Ιατρός: Κούτλας

Ηλικία: 32

Διεύθυνση: Ξάνθη

Ιστορικό Ασθενούς : Τα συμπτώματα της εκδηλώθηκαν κατά την διάρκεια των σπουδών της στην Αγγλία. Το 1998 τα πρώτο σύμπτωμα ήταν η απώλεια της αίσθησης της αφής και στα δύο της χέρια. Μετά από διάστημα τριών μηνών η αίσθηση της αφής επανήλθε. Τα δεύτερο σύμπτωμα ήταν η διαταραχές στη βάδιση και τελική διάγνωση το 2000, μετά από μαγνητική τομογραφία και παρακέντηση που έγινε στην Αγγλία.

Φαρμακευτική Αγωγή : Αρχικά 3 ημέρες κορτιζόνη, <<Rebif>> από το 2002 με τον κύριο Κούτλα είναι η πρώτη φαρμακευτική αγωγή. Την σταμάτησε την συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή, από το Μάρτιο του 2005 παίρνει το <<avonex>>, μια φορά την εβδομάδα συγκεκριμένα κάθε Τετάρτη ενδομυϊκά.

Βαθμολόγηση Σύμφωνα με τον Κλίμακα EDSS(Kutzke Expanded Disability Status Scale)

- 1. Πυραμιδικές Λειτουργίες:** Μια ελάχιστη διαταραχή χωρίς να μπορούμε να μπορούμε να την θεωρήσουμε αναπηρία. Αδυναμία βαθμολόγησης.
- 2. Λειτουργίες της Παρεγκεφαλίδας:** 2= Ήπια αταξία , πρόβλημα στο να περπατήσει σε μια ευθεία γραμμή.
- 3. Λειτουργίες του Στελέχους του Εγκεφάλου :** 0=φυσιολογική.

4. **Αισθητικές λειτουργίες** : 2= Στα πόδια η ασθενής δήλωσε ότι έχει διαφορετική αίσθηση από το ένα πόδι στο άλλο. Περισσότερη θερμότητα στο δεξί πόδι και ήπια μείωση της αίσθησης της αφής.
5. **Ορθοκυστικές Λειτουργίες** : 1= Επιτακτική ανάγκη ούρησης .
6. **Οπτικές Λειτουργίες** : 1= φυσιολογική.
7. **Διανοητικές Λειτουργίες** : 1= φυσιολογική

Σύμφωνα με την Ειδική Βαθμολόγηση της Κλίμακας Αναπηρίας η ασθενής βαθμολογείται με τους βαθμούς 2+6 έχοντας τα στοιχεία της ελαφρής αδυναμίας και ελαφρά διαταραχής της βάδισης του βαθμού 2 και με στοιχεία που απαιτείται βοήθεια (μπαστούνι), για το περπάτημα του βαθμού 6.

Η γνωριμία μου με την ασθενή έγινε κατά την διάρκεια της συνέντευξης της που έδινε στην υπεύθυνη φυσικοθεραπεύτρια του Κέντρου. Εντάχθηκε σε ένα πρόγραμμα φυσικοθεραπείας, η πρώτη συνεδρία θα είναι την ερχόμενη Πέμπτη . Η ασθενής έχει κατανοήσει της ασθένειά της .

ΚΑΡΤΑ ΜΥΪΚΟΥ ΤΕΣΤ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Βαθμός Μυϊκής Μέτρησης

0. Δεν υπάρχει σύσπαση
1. Ελάχιστη σύσπαση στην ψηλάφηση
2. Σύσπαση χωρίς τη δράση της βαρύτητας
3. Σύσπαση ενάντια στη βαρύτητα μόνο
4. Σύσπαση ενάντια στη βαρύτητα και υπό αντίσταση
5. Φυσιολογική Σύσπαση

| | ΔΕΞΙΑ | ΑΡΙΣΤΕΡΑ |
|-------------------------|-------|----------|
| ΚΟΡΜΟΣ | 5 | |
| Ιερονωτιαίος | | |
| Ορθός κοιλιακός | 5 | |
| Λοξοί κοιλιακοί | 5 | |
| ΚΑΤΩ ΑΚΡΟ | 4 - | 4 |
| Μείζων Γλουτιαίος | | |
| Απαγωγείς ισχίου | 4 - | 4 |
| Καμπτήρες ισχίου | 4 - | 4 |
| Καμπτήρες γόνατος | 4 - | 4 |
| Εκτεινόντες γόνατος | 4 | 4 |
| Εκτεινόντες άκρου ποδός | 4 - | 4 |

ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Το πρόγραμμα αποκατάστασης θα ξεκινήσει με της διατάσεις των βαραχυμένων μυών.

Διάταση του μείζων γλουτιαίου

Διάταση των καμπτήρων και απαγωγών των ισχίων

Διάταση των καμπτήρων του γόνατος

Διάταση των εκτεινόντων του άκρου ποδός.

1. Άσκηση της γέφυρας

Αρχική Θέση: Ύπτια κατάκλιση με κάμψη γονάτων και ισχίων

Τελική Θέση : Ύπτια κατάκλιση με έκταση ισχίων και κάμψη γονάτων

Σημείο Ελέγχου: Λεκάνη

Στόχος της Άσκησης: Έλεγχος της κλίσης της λεκάνης

- Προετοιμασία της όρθιας στάσης
- Λήψη βάρους στα κάτω άκρα.

2. Τετραποδική Θέση

Αρχική θέση : Τετραποδική θέση

Τελική Θέση : Τετραποδική στήριξη με έκταση του δεξιού κάτω άκρου.

Σημείο Ελέγχου : Λεκάνη- κάτω άκρο

Στόχος της Άσκησης :

- Έλεγχος κεφαλιού
- Έκταση κεφαλής -σπονδυλικής στήλης
- Καθοδήγηση της κίνησης με την εφαρμογή taping
- Άσκηση στη μεταφορά βάρους
- Απόκτηση σταθερότητας

3. Ημιγονάτισμα

Αρχική θέση –Τελική θέση : Ημιγονυπετής στήριξη

Σημείο Ελέγχου : Λεκάνη

Στόχος της Άσκησης :

- Διαχωρισμός κάτω άκρου
- Άσκηση στη μεταφορά βάρους
- Έλεγχος ισχίου – λεκάνης με άσκηση συμπίεσης

Αρχική θέση : Ημιγονυπετής στήριξη με μεταφορά βάρους πίσω

Τελική θέση : Ημιγονυπετής στήριξη

Σημείο Ελέγχου: Λεκάνη

Στόχος της Άσκησης :

- Ενεργοποίηση του κορμού ενάντια στη βαρύτητα
- Προετοιμασία της όρθιας στάσης με εναλλασσόμενη ενεργοποίηση των εκτεινόντων του ισχίου.
- Διαγώνια δραστηριοποίηση

4. Άσκηση `` Σήκω –Κάτσε``

Αρχική θέση : Καθιστή θέση σε καρέκλα

Τελική θέση : Όρθια στάση με ενδιάμεση διακοπή της κίνησης

Σημείο Ελέγχου : Τα γόνατα

Στόχος της Άσκησης :

- Ισόποση μεταφορά βάρους και στα δύο άκρα
- Φόρτιση των πελμάτων στο πάτωμα
- Έλεγχος της κλίσης της λεκάνης

Αρχική θέση : Όρθια στάση

Τελική θέση : Καθιστή στη καρέκλα

Σημείο Ελέγχου: Η λεκάνη

Στόχος της Άσκησης:

- Πλειομετρικός έλεγχος της κίνησης
- Έλεγχος της κλίσης της λεκάνης και λήψη βάρους και στα δύο άκρα.

5. Ανεβοκατέβασμα Σκαλοπατιών

Αρχική Θέση : Όρθια στάση με το δεξί κάτω άκρο πάνω στο σκαλί

Τελική Θέση : Στήριξη στο δεξί κάτω άκρο με το άλλο πόδι στο σκαλί.

Σημείο Ελέγχου : Γόνατο

- Μεταφορά βάρους προς τα δεξιά στο προσβεβλημένο άκρο πάνω στο σκαλί με άσκηση συμπίεσης στο γόνατο και στήριξη στην έξω επιφάνεια του πέλματος.
- Διαχωρισμός κάτω άκρου
- Διαγώνια δραστηριοποίηση του κορμού
- Έλεγχος του προσβεβλημένου γονάτου –αποφυγή υπερέκτασης.

6. Ανέβασμα στο ψηλότερο σκαλί

Αρχική Θέση : Όρθια στάση

Τελική Θέση : Όρθια στάση με στήριξη στο προσβεβλημένο (δεξιό) κάτω άκρο και το άλλο άκρο πάνω στο σκαλί.

Σημείο Ελέγχου: Γόνατο

Στόχος της Άσκησης:

- Να ασκηθεί στη δραστηριότητα του σκαρφαλώματος
- Μεγαλύτερη μεταφορά βάρους στο προσβεβλημένο κάτω άκρο
- Στροφή της λεκάνης πίσω
- Επιμήκυνση αριστερά.

7. Άσκηση στη βάδιση με έλεγχο περιφερικά

Αρχική-Τελική θέση : Όρθια θέση και βάδιση σε ομαλό έδαφος

Σημείο Ελέγχου: Πηγεοκαρπικές αρθρώσεις

Στόχος της Άσκησης :

- Άσκηση και μεταφορά του βάρους πλάγια στο ένα και στο άλλο κάτω άκρο.
- Διαγώνια δραστηριοποίηση του κορμού
- Έλεγχος της λεκάνης

8. Τεχνικές Διευκόλυνσης της βάδισης

Αρχική- Τελική θέση : Βάδιση σε ομαλό έδαφος

Σημείο Ελέγχου : Λεκάνη

Στόχος της Άσκησης :

- Μεταφορά βάρους πλάγια με άσκηση συμπίεσης του ισχίου
- Διαγώνια δραστηριοποίηση
- Έλεγχος της πυέλου, έλκοντας την σε οπίσθια κλίση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την προσπάθεια που κάναμε να κατανοήσουμε έτσι ώστε να μπορέσουμε να βοηθήσουμε τα άτομα με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας βγαίνουν διάφορα συμπεράσματα, όπως ότι η πρόκειται για μία εκφυλιστική νόσο του κεντρικού νευρικού συστήματος. Εξελίσσεται γρήγορα με διαδοχικές νέες κρίσεις, είναι αίτια μακροχρόνιων μειονεξιών και σαν ασθένεια είναι πολύπλοκη και ποικιλόμορφη στις εκδηλώσεις της και τα συμπτώματα της και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ανάλογα από ομάδα εξειδικευμένων επιστημόνων.

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σημαντικά βήματα και πολλές κλινικές έρευνες ως προς την αντιμετώπιση της ασθένειας καθώς και νέες φαρμακευτικές αγωγές δοκιμάζονται συνεχώς.

Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας εμφανίζεται κυρίως σε νέους ανθρώπους και σε ηλικίες παραγωγικές. Μπορεί να αφήσει μόνιμες αλλοιώσεις και παραμορφώσεις με αποτέλεσμα την έκπτωση της λειτουργικότητας του ασθενή.

Όταν τίθεται η διάγνωση της ασθένειας προκαλείται πανικός στους ασθενείς και στις οικογένειες τους, έτσι λοιπόν είναι λογικό ο ασθενής να εκδηλώσει αισθήματα θυμού, μοναξιάς, άγχους, θλίψης και να γίνει δύστροπος. Αυτό που πρέπει να τους τονίζουμε εμείς είναι ότι η ζωή τους δεν τελειώνει με την Σ.Κ.Π. Ίσως απλά να χρειάζεται αλλαγή στον τρόπο ζωής τους που να ταιριάζει με τις τωρινές τους δραστηριότητες.

Με την αποδοχή της ασθένειας, πρέπει να δοθούν συμβουλές στους ασθενείς να εκφράζουν ανοιχτά τα συναισθήματα τους, τους φόβους τους και τις αμφιβολίες τους, και στους συγγενείς και την οικογένεια να δείχνουν έμπρακτα το ενδιαφέρον και την αγάπη τους. Να μην ξεχνούν ότι η ασθένεια αυτή είναι δοκιμασία ψυχής και σαν τέτοια πρέπει να την αντιμετωπίζουν οι οικείοι τους καθώς και οι ίδιοι.

Σαν μέλη της ομάδας αποκατάστασης στην αντιμετώπιση της ασθένειας, πρέπει να βοηθήσουμε τους ασθενείς να ζήσουν με πλήρη ικανότητα μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον και η κάθε είδους θεραπεία θα πρέπει να προσφέρει ποιότητα ζωής στους ασθενείς.

Η αφορμή για την ενασχόληση μου με το θέμα της Σκλήρυνσης Κατά πλάκας είναι η γνωριμία με έναν νεαρό ασθενή. Το ενδιαφέρον μου προς αυτό τον ασθενή καθώς και η αίσθηση του αγνώστου γι' αυτήν την περίεργη για μένα νόσο ενίσχυσαν την θέληση μου να μελετήσω παραπάνω πράγματα για αυτήν.

Μέσα από τις γραμμές αυτές, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά, την οικογένεια μου, τους φίλους μου και τις φίλες μου, που όλοι με βοήθησαν πάρα πολύ ηθικά και ψυχικά.

Θα ήταν σημαντική παράληψη αν ξεχνούσα να ευχαριστήσω θερμά για την βοήθεια που μου πρόσφεραν σε όλη τη διάρκεια της σύνταξης της εργασίας μου, τον κ. Χατζημπεκλήρ Εσρέφ, την καθηγήτρια μου κα. Στυλιανή Γ.Μηλιώτη και τις φυσικοθεραπεύτριες του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης.

Θέλω να τους ευχαριστήσω θερμά.