

ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

ΑΛΗΘΕΙΕΣ & ΨΕΜΑΤΑ σχετικά με την ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Δρ Κυριακή ΣΤΑΘΗ, Δρ Ξανθή ΜΙΧΑΗΛ

Οι πρώτες σκέψεις μετά τη διάγνωση της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας είναι ότι :

- Η διαδρομή της νόσου είναι απρόβλεπτη.
- Δεν υπάρχει θεραπεία.

Αυτές οι σκέψεις ανταποκρίνονται στην αλήθεια, αλλά **μόνο για τη συγκεκριμένη στιγμή**. Επίσης **δεν σημαίνουν με τίποτε ότι δεν υπάρχει τίποτε για να γίνει**.

Η αλήθεια είναι ότι η νόσος μπορεί να τροποποιηθεί με την κατάλληλη αγωγή (μείωση της συχνότητας και της έντασης των ώσεων). Επιπλέον, η παρακολούθηση στρατηγικών αποκατάστασης βοηθά στη διατήρηση της λειτουργικότητας και τη μείωση της αναπηρίας.

Το «να ζει κανείς καλά» είναι μια δυναμική κατάσταση : φυσικής, συναισθηματικής, διανοητικής κατάστασης αλλά και κοινωνικής κατάστασης «ισορροπίας» που μπορεί να επιτευχθεί παρά την παρουσία μιας χρόνιας νόσου ή μιας αναπηρίας.

Τα ΠΙΟ ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ της Σ.Κ.Π.

Όλα αυτά είναι συνέπειες της απομυελίνωσης και θεωρούνται ως **ΠΡΩΤΟΓΕΝΗ συμπτώματα της Σ.Κ.Σ.** Η απομυελίνωση καταστρέφει την επικοινωνία των νευρικών οδών στο κεντρικό νευρικό σύστημα και αυτή η διαταραχή εκφράζεται με τα παρακάτω πρωτογενή συμπτώματα :

- Κόπωση
- Διαταραχές Βάδισης
- Διαταραχές λειτουργίας Εντέρου ή / και Κύστης
- Προβλήματα Ορασης
- Γνωσιακές Διαταραχές
- Αισθητικές Διαταραχές («μούδιασμα», «τσίμπημα»)
- Διαταραχές στη σεξουαλική λειτουργία
- Πόνο
- Κατάθλιψη ή / και άλλες διαταραχές συναισθήματος

Τα ΛΙΓΩΤΕΡΟ ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ της Σ.Κ.Π.

- Τρόμος
- Διαταραχές συντονισμού των κινήσεων
- Διαταραχές λόγου ή / και κατάποσης
- Έλλειμμα ακοής

Επιπλέον όμως, όπως σε κάθε χρόνια νόσο, υπάρχουν συμπτώματα που προκύπτουν ως δευτερογενείς συνέπειες των πρωτογενών συμπτωμάτων. Αυτά είναι τα **ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗ συμπτώματα της Σ.Κ.Σ.** π.χ. :

- Δυσλειτουργία κύστης ➡ Ουρολοίμωξη
- Διαταραχή Μυϊκού Τόνου ➡ Δυσχρηστία μυών / ελλιπής έλεγχος κορμού
- Διαταραχή Μυϊκού Τόνου ➡ Περιορισμός κινητικότητας / κατακλίσεις
- Διαταραχή Κατάποσης ➡ Πνευμονία από εισρόφηση

Τέλος, όπως σε κάθε χρόνια νευρολογική νόσο, υπάρχουν συμπτώματα που προκύπτουν ως τριτογενείς συνέπειες του συνδιασμού πρωτογενών & δευτερογενών συμπτωμάτων. Αυτά είναι τα **ΤΡΙΤΟΓΕΝΗ συμπτώματα της Σ.Κ.Σ.** π.χ. :

- Διαταραχή μυϊκού τόνου ➡ περιορισμός κινητικότητας ➡ αδυναμία οδήγησης / κοινωνική απομόνωση

Τα **ΤΡΙΤΟΓΕΝΗ** συμπτώματα της **Σ.Κ.Σ.** είναι οι κοινωνικές, επαγγελματικές και συναισθηματικές συνέπειες που συνδέονται με τα πρωτογενή και δευτερογενή συμπτώματα της νόσου. Η διάγνωση μιας χρόνιας εξελικτικής νευρολογικής νόσου πλήττει τη σωματική εικόνα και την αυτοεκτίμηση. Το άτομο γίνεται ανίκανο να περπατήσει ή να οδηγήσει και μειώνεται η ποιότητα της ζωής του. Η ύπαρξη της χρόνιας νευρολογικής νόσου επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις.

Είναι σημαντικό να υπενθυμιστεί ότι δεν έχουν όλα τα άτομα με Σ.Κ.Σ. όλα αυτά τα συμπτώματα. Κάποιος μπορεί να έχει ένα ή δύο απ' αυτά κατά τη διάρκεια της εξέλιξης της νόσου. Τα συμπτώματα δεν είναι ποτέ της ίδιας έντασης. **Κάθε άτομο είναι και παραμένει ξεχωριστό και ως τέτοιο οφείλει να αντιμετωπίζεται.**

ΓΙΑΤΙ είναι απαραίτητη η ένταξη σε πρόγραμμα Αποκατάστασης ?

Ο στόχος ενός προγράμματος αποκατάστασης είναι να **αποκατασταθεί η απαραίτητη λειτουργικότητα για τις καθημερινές δραστηριότητες**, αυτή που χάθηκε εξ αιτίας ενός τραυματισμού ή μιας νόσου.

Τα προγράμματα αποκατάστασης **προσαρμόζονται** στη φύση των ελλειμμάτων και έχουν μεγάλη ποικιλία απόψεων.

Ένα πρόγραμμα **σχεδιάζεται βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα**. Αρχικά χρειάζεται την ενεργό βοήθεια των μελών της ομάδας αποκατάστασης, στη συνέχεια απλά την επίβλεψή τους και σε βάθος χρόνου ή ο ασθενής ή / και ο φροντιστής του θα πρέπει να έχουν αποκτήσει την ικανή εκπαίδευση ώστε να υποστηρίξουν μόνοι τους το πρόγραμμα.

Ένα πρόγραμμα **πρέπει να επανελέγχεται και να αναπροσαρμόζεται τακτικά**, ανάλογα με την πορεία της νόσου ή τις ιδιαιτερότητες του ατόμου.

ΠΟΙΟΣ καθορίζει το περιεχόμενο ενός προγράμματος Αποκατάστασης ?

Για όλα τα παραπάνω, για έναν ασθενή με Σ.Κ.Π., **το πρόγραμμα αποκατάστασης είναι τόσο απαραίτητο όσο και η φαρμακευτική αγωγή**. Όπως τη φαρμακευτική αγωγή την καθορίζει και την παρακολουθεί ο νευρολόγος, έτσι και **το πρόγραμμα αποκατάστασης θα πρέπει να καθορίζεται και να επανεκτιμάται από τον ειδικό ιατρό αποκατάστασης**.

ΤΙ περιέχει ένα πρόγραμμα Αποκατάστασης ?

ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ σχεδιάστηκε για να βοηθήσει την επανάκτηση ή διατήρηση της χρήσιμης λειτουργικής κινητικότητας, περιλαμβάνει :

- διατακτικές ασκήσεις και ασκήσεις εύρους κίνησης
- ασκήσεις ισορροπίας και ελέγχου κορμού & μυών των άνω άκρων
- εκπαίδευση χρήσης βοηθημάτων μετακίνησης και βάδισης (κηδεμόνες, βακτηρίες, αναπηρικό αμαξίδιο, κ.α.)
- εκπαίδευση μεταφορών (καρέκλα – κρεβάτι, αναπηρικό αμαξίδιο – αυτοκίνητο, κ.α.)
- εκπαίδευση να πέφτει και να σηκώνεται με ασφάλεια
- εκπαίδευση της οικογένειας.

ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ στοχεύει στην πρόληψη επιπλοκών :

- «παγωμένος ώμος»
- συγκάμψεις
- κατακλίσεις

Έλλειψη δραστηριότητας ή πρόγραμμα άσκησης ?

Η **έλλειψη φυσικής δραστηριότητας** σε άτομα με ή χωρίς Σ.Κ.Π. σχετίζεται με :

- την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου.
- μυϊκή αδυναμία
- μείωση της οστικής μάζας
- αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων
- αναπνευστικό έλλειμμα.

Μελέτες σε άτομα με Σ.Κ.Π., που εντάχθηκαν σε πρόγραμμα αερόβιας άσκησης απέδειξαν ότι ωφελήθηκαν ως προς :

- τη βελτίωση της κάρδιο - αναπνευστικής φυσικής κατάστασης
- τη λειτουργία της κύστης
- τη λειτουργία του εντέρου
- τη μείωση της κόπωσης
- τη μείωση της κατάθλιψης
- τη θετικότερη στάση ζωής
- την αύξηση ενεργού κοινωνικής συμμετοχής

Ένα οποιοδήποτε πρόγραμμα άσκησης ?

Το πρόγραμμα άσκησης θα πρέπει **να προσαρμόζεται** στις δυνατότητες και στους περιορισμούς του κάθε ατόμου, αλλά και στις αλλαγές που συμβαίνουν εξ αιτίας των συμπτωμάτων της Σ.Κ.Π..

- κάθε άτομο με Σ.Κ.Π. πριν ξεκινήσει ένα πρόγραμμα άσκησης θα πρέπει να συμβουλευτεί το γιατρό του.
- Η άσκηση θα πρέπει να αποφεύγεται κατά τις μέρες με πολύ ζέστη ή / και τις ζεστές ώρες της μέρας.
- Η άσκηση χρειάζεται σωστή καθοδήγηση ώστε :
 - να επιτευχθεί το καλύτερο αποτέλεσμα : αύξηση της μυϊκής μάζας, αύξηση της οστικής μάζας, βελτίωση της αναπνευστικής χωρητικότητας.
 - να αποφευχθούν οι αρνητικές συνέπειες : τραυματισμοί, κόπωση.

Μια εύκολη πρόταση για πρόγραμμα άσκησης ?

ΚΟΛΥΜΠΙ – άσκηση μέσα στο νερό : χωρίς βαρύτητα, διευκόλυνση των ελλειμματικών κινήσεων, μειωμένος κίνδυνος τραυματισμών, η αντίσταση του νερού βοηθά τη μυϊκή ενδυνάμωση, γενική χαλάρωση και ευεξία. Προσοχή στη θερμοκρασία του νερού !!.

ΤΙ ΑΛΛΟ περιέχει ένα πρόγραμμα Αποκατάστασης ?

ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ προσανατολίζεται στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και όσες εμπλέκουν τα άνω άκρα και τα χέρια. Περιλαμβάνει :

- εκπαίδευση καθημερινών δραστηριοτήτων (ντύσιμο, ατομική φροντίδα, φαγητό, μπάνιο, οδήγηση, κ.α.
- ασκήσεις για τον έλεγχο του τρόμου, της μυϊκής αδυναμίας
- εκπαίδευση στη χρήση **βοηθημάτων καθημερινής ζωής**
- εργονομικές προσαρμογές περιβάλλοντος (σπίτι, εργασία)

Χρειάζονται τα ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ ?

ΝΑΙ, από τη στιγμή που προσφέρουν :

- ασφάλεια - άνεση
- ανεξαρτησία – αξιοπρέπεια – αυτο-εκτίμηση
- δυνατότητα επαγγελματικής επανένταξης
- δυνατότητα κοινωνικής συμμετοχής
- μικρότερο τελικό κόστος
- ανακούφιση & προστασία του φροντιστή

ΤΙ ΑΛΛΟ περιέχει ένα πρόγραμμα Αποκατάστασης ?

ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ προσανατολίζεται στην αντιμετώπιση των δυσκολιών της επικοινωνίας :

- δυσφωνία
- δυσαρθρία
- αφασία εκπομπής
- αφασία αντίληψης
- δυσκαταποσία
- δυσφαγία

ΠΟΥ οφείλεται η ΔΥΣΚΟΛΙΑ στη ΒΑΔΙΣΗ ?

Για κάθε άτομο τα αίτια είναι διαφορετικά και ιδιαίτερα. Γενικά, οι περιορισμοί και οι δυσκολίες στη βάδιση σε άτομα με Σ.Κ.Π. μπορεί να οφείλονται σε ποικίλες αιτίες :

- **Αδυναμία** : συνήθης αιτία, παραπάρεση, μονοπάρεση, κ.α. Αντιμετωπίζεται με πρόγραμμα άσκησης και ειδικά ορθωτικά βοηθήματα (κηδεμόνες, βοηθήματα βάδισης)
- **Σπαστικότητα** : αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή και διατακτικές ασκήσεις.
- **Απώλεια Ελέγχου Ισορροπίας** : συνήθως έχει τη μορφή της αταξίας και μπορεί να βοηθηθεί με τη χρήση βοηθημάτων βάδισης.
- **Αισθητικό Έλλειμμα** : είναι η αναφερόμενη ως «αισθητική αταξία»
- **Κόπωση** : θα γίνει εκτενέστερη αναφορά παρακάτω.

Η ΚΟΠΩΣΗ στο άτομο με Σ.Κ.Π. είναι ίδια με τον καθένα ?

Η ΚΟΠΩΣΗ είναι ένα κοινό και συχνό σύμπτωμα στη Σ.Κ.Π. (80 %). Έχει σαν συνέπεια τον περιορισμό των δραστηριοτήτων. Μπορεί να οφείλεται ή / και να σχετίζεται με :

- Συμβαίνει σε καθημερινή βάση
- Μπορεί να συμβεί το πρωί και μάλιστα μετά από έναν αρκετά ξεκούραστο νυχτερινό ύπνο
- Έχει την τάση να γίνει χειρότερη με την πρόοδο της ημέρας
- Επιβαρρύνεται με τον ζεστό καιρό και την υγρασία
- Μπορεί όμως και να συμβεί ξαφνικά
- Γενικά είναι πιο έντονη από τη συνηθισμένη κόπωση
- Συχνά διαφοροποιείται από τις υπευθυνότητες της ημέρες.

Η ΚΟΠΩΣΗ στο άτομο με Σ.Κ.Π. πρέπει να αξιολογείται ?

- Είναι απαραίτητο να γίνει η απομόνωση και αντιμετώπιση εξωγενών παραγόντων κόπωσης
- Να λυθεί η παρεξήγηση της συσχέτισης με την κόπωσης εξ αιτίας κατάθλιψης ή μειωμένης φυσικής κατάστασης
- Τα πραγματικά αίτια της ιδιαίτερης κόπωσης στη Σ.Κ.Π. είναι ΑΓΝΩΣΤΑ.

Ποιοι είναι οι εξωγενείς παράγοντες ΚΟΠΩΣΗΣ που πρέπει να αξιολογηθούν & μπορούν να αντιμετωπισθούν ?

- Κατάθλιψη, παθήσεις του θυρεοειδούς, αναιμία

Η ΚΟΠΩΣΗ στο άτομο με Σ.Κ.Π. αντιμετωπίζεται ?

- Εργοθεραπευτική παρέμβαση για την **απλοποίηση** καθημερινών εργασιών (σπίτι και δουλειά)
- Κινησιοθεραπευτική παρέμβαση για την **εκμάθηση τεχνικών για την εξοικονόμηση ενέργειας** στη βάδιση, στις καθημερινές δραστηριότητες και συστηματική παρακολούθηση προγράμματος **άσκησης για τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης.**
- Επίτευξη **καλής ποιότητας ύπνου** που ξεκουράζει, ακόμα και με τη χρήση υπναγωγών.
- Ψυχολογική παρέμβαση για την εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης του stress, χαλάρωσης, συμμετοχή σε υποστηρικτικές ομάδες.
- Αποφυγή της έκθεσης σε υπερβολική ζέστη ή κρύο.
- Φαρμακευτική Αγωγή :
 - amantadine hydrochloride & modafinil (Provigil®). Είναι τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα και αυτά που έχουν αποδειχθεί σε κλινικές μελέτες περισσότερο αποτελεσματικά για τον έλεγχο της κόπωσης σε άτομα με Σ.Κ.Σ.
 - Remoline (Cylert®) μπορεί να δημιουργήσει πρόβλημα με τις παράλληλες δράσεις του (ανορεξία, ευερεθιστότητα, αυπνία, απώλεια βάρους και σπανιότερα ηπατική δυσλειτουργία), γι' αυτό απαιτεί προσοχή στη χορήγησή του.

ΤΙ ΑΛΛΟ περιέχει ένα πρόγραμμα Αποκατάστασης ?

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΥΣΤΗΣ

Η δυσλειτουργία της κύστης συναντάται στο 80 % των ατόμων με Σ.Κ.Σ. και μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά. Συνήθως έχει τη μορφή της «σπαστικής» κύστης. Οι διαταραχές οφείλονται στη καταστροφή των νευρικών μηνυμάτων που μεταφέρονται από το κεντρικό νευρικό σύστημα για τον έλεγχο της ουροδόχου κύστης και των σφιγκτήρων της.

Συμπτώματα :

- Συχνή ή / και επιτακτική ούρηση
- Δυσκολία στην έναρξη της ούρησης
- Συχνές ουρήσεις τη νύκτα (νυκτουρία)
- Ακράτεια ούρων – Απώλειες
- Υπόλειμμα ούρων μετά την ούρηση

Επιπλοκές :

- ◆ Προβλήματα ατομικής υγιεινής
- ◆ Κοινωνική Απομόνωση
- ◆ Ουρολοίμωξη
- ◆ Ουρολιθίαση
- ◆ Νεφρική Ανεπάρκεια

Αντιμετώπιση :

Πρέπει να ξεκινά νωρίς, ώστε να προληφθούν οι επιπλοκές. Στις στρατηγικές αντιμετώπισης περιλαμβάνονται :

- Οδηγίες για τη ρύθμιση της λήψης υγρών
- Διαλείποντες αυτοκαθετηριασμοί
- Μόνιμος ουροκαθετήρας
- Φαρμακευτική αγωγή
- Χειρουργική παρέμβαση

ΤΙ ΑΛΛΟ περιέχει ένα πρόγραμμα Αποκατάστασης ?

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΕΝΤΕΡΟΥ

Η δυσλειτουργία του εντέρου εμφανίζεται με τις ακόλουθες μορφές :

Συμπτώματα :

- Διάρροια !!
- Ακράτεια (απώλεια του ελέγχου του σφιγκτήρα του ορθού)
- Προβλήματα από το στομάχι ή / και το έντερο
- Δυσκοιλιότητα εξ αιτίας :
 - Ανεπαρκής πρόσληψη υγρών
 - Μειωμένη κινητικότητα και φυσική δραστηριότητα
 - Μειωμένη ταχύτητα διέλευσης των τροφών στον εντερικό σωλήνα
 - Χρήση φαρμάκων (αντικαταθλιπτικά, φάρμακα για τον έλεγχο συμπτωμάτων κύστης)
 - Απώλεια του εκούσιου ελέγχου του σφιγκτήρα του ορθού, ως συνέπεια της νευρολογικής βλάβης.

Επιπλοκές :

- ◆ Προβλήματα ατομικής υγιεινής
- ◆ Κοινωνική Απομόνωση
- ◆ Ειλεός
- ◆ Μεγάκολο
- ◆ Αιμορροΐδες
- ◆ Διαταραχές θρέψης

Αντιμετώπιση :

Πρέπει να ξεκινά νωρίς, ώστε να προληφθούν οι επιπλοκές. Στις στρατηγικές αντιμετώπισης περιλαμβάνονται :

- Πρόσληψη ικανής ποσότητας υγρών καθημερινά = 6 – 8 ποτήρια / Ημέρα. - στόχος αύξηση της περιεκτικότητας των κοπράνων σε νερό.
- Διαιτολόγιο πλούσιο σε φυτικές ίνες (φρέσκα φρούτα και λαχανικά, ψωμί ολικής αλέσεως).
- Αποφυγή ή μείωση της πρόσληψης τροφών που «σφίγγουν» τα κόπρανα όπως μήλα, τυρί, porcorn, αποφλοιωμένο ρύζι, άσπρο ψωμί.
- Αύξηση της λήψης Ινών (πίτουρο σταριού). - στόχος η αύξηση του όγκου των κοπράνων.
- Λήψη «Καθαρτικών» ή/και των «Λιπαντικών» (gele, «μαρμελάδες», λάδι παραφίνης). - στόχος διευκόλυνση της διέλευσης των κοπράνων
- Αποφυγή υπερφόρτωσης του Εντέρου.
- Ακολούθηση τακτικού προγράμματος κένωσης εντέρου, ώστε να εξασφαλίζεται η κατά το δυνατόν πληρέστερη κένωση του εντέρου.
- Παρακολούθηση της συχνότητας των κινήσεων του εντέρου και αποφυγή της παράτασης της αδράνειας του για διάστημα μεγαλύτερο των 2 ημερών.
- Λάδι παραφίνης (δεν απορροφάται από τον εντερικό βλεννογόνο, διευκολύνει τη διέλευση).
- Υπόθετα - Enema (100 - 200 ml χλιαρού νερού) δρουν τοπικά στην έκλυση - διευκόλυνση του αντανακλαστικού του ορθού.
- Χολαγωγά (ευνοούν τη χολική στάση, που με τη σειρά της αναστέλλει την επαναρρόφηση νερού και άλατος από το πεπτικό σωλήνα, άρα αυξάνει την περιεκτικότητα των κοπράνων σε νερό) - ΠΡΟΣΟΧΗ ΟΧΙ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΧΡΗΣΗ.

Υπάρχουν ειδικές δίαιτες για τη Σ.Κ.Π. ?

Η Σ.Κ.Π. δεν είναι διατροφική νόσος, οι διαιτητικές παρεμβάσεις οφείλουν να αφορούν μόνο τη ρύθμιση της κένωσης του εντέρου

ΤΙ ΑΛΛΟ περιέχει ένα πρόγραμμα Αποκατάστασης ?

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΩΝ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ

Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες είναι συχνές σε άτομα με Σ.Κ.Σ., αλλά είναι και πολύ συχνές στο γενικό πληθυσμό. Το κεντρικό νευρικό σύστημα μέσω του νωτιαίου μυελού στέλνει μηνύματα στα γεννητικά όργανα. Όταν η Σ.Κ.Σ. καταστρέφει αυτές τις οδούς επικοινωνίας η σεξουαλική απάντηση (διέγερση, οργασμός) θίγεται. Τα συμπτώματα της Σ.Κ.Σ. (κόπωση, σπαστικότητα, ακράτεια ούρων, πόνος καθώς και οι διαταραχές της διάθεσης και της αυτοεκτίμησης) επηρεάζουν τη σεξουαλικότητα.

Το 63 % των ατόμων με Σ.Κ.Σ. αναφέρουν αλλαγές στη σεξουαλική τους ζωή μετά τη διάγνωση της νόσου. 91 % είναι άνδρες και 72 % γυναίκες που αντιμετωπίζουν σεξουαλικές δυσλειτουργίες, με αποτέλεσμα την έκπτωση της ποιότητας ζωής.

Στις γυναίκες τα συμπτώματα περιλαμβάνουν :

- Μειωμένη αίσθηση στην περιοχή του κόλπου ή / και της κλειτορίδας, ή επώδυνη διείσδυση
- Ξηρότητα κόλπου
- Δυσκολία επίτευξης οργασμού
- Απώλεια της libido

Στους άνδρες τα συμπτώματα περιλαμβάνουν :

- Δυσκολία επίτευξης ή διατήρησης της στύσης
- Μειωμένη αίσθηση στο πέος
- Δυσκολία επίτευξης οργασμού ή / και εκσπερμάτισης
- Απώλεια της libido

Αντιμετώπιση :

Θα επωφεληθούν και τα δύο φύλα από τον έλεγχο της σπαστικότητας, τη ρύθμιση της κύστης και του εντέρου, κ.α. Στις στρατηγικές αντιμετώπισης περιλαμβάνονται ψυχολογική υποστήριξη και για τα δύο φύλα και για τους δύο συντρόφους, ενθάρρυνση για χρήση βοηθημάτων (δονητές) και :

Για τους άνδρες :

- Viagra® (sildenafil)
- φάρμακα που αυξάνουν την αιμάτωση του πέους (papaverine & phentolamine)
- το σύστημα MUSE® που υποστηρίζει το πέος
- εμφυτεύματα υποστήριξης του πέους

Για τις γυναίκες :

- υδατοδιαλυτές αλοιφές για την ύγρανση του κόλπου – όχι βαζελίνη (προβλήματα στην ουρήθρα)

ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ – ΣΥΛΛΗΨΗ – ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΜΕΤΑΔΙΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η Σ.Κ.Σ. αυτή καθ' αυτή δεν προκαλεί προβλήματα γονιμότητας και στα δύο φύλα. Τα προβλήματα είναι συνήθως τεχνικά. Η έλλειψη εκσπερμάτισης, η δυσκολία διείσδυσης μπορεί να οδηγήσουν στη λύση της σπερματέγχυσης ή τεχνητής γονιμοποίησης.

Άνδρες και γυναίκες θα πρέπει να προφυλάσσονται από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως και ο γενικός πληθυσμός.

ΤΙ ΑΛΛΟ περιέχει ένα πρόγραμμα Αποκατάστασης ?

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΠΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η **ΣΠΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ** έχει μεγάλη ποικιλία εκδηλώσεων από αίσθημα δυσκαμψίας των μυών και περιορισμό του εύρους κίνησης ως ακούσιους μυϊκούς σπασμούς και ρικνώσεις μυών και τενόντων. Είναι συνηθισμένη στα άτομα με Σ.Κ.Σ.. Μπορεί να είναι από ένα απλό ενόχλημα ως ένα σοβαρό εμπόδιο στις καθημερινές δραστηριότητες ή / και αίτιο πόνου.

Υπάρχουν 2 τύποι σπαστικότητας στις σοβαρές μορφές Σ.Κ.Σ. :

- Καμπτική μορφή : που συνήθως εμπλέκει τους γαστροκνήμιους, τους καμπτήρες του ισχίου και του γόνατος.
- Εκτατική μορφή : που συνήθως εμπλέκει τον τετρακέφαλο, τα ισχία και τα γόνατα μένουν τεντωμένα.

Η σπαστικότητα μπορεί να προσβάλλει τα άνω άκρα, αλλά δεν είναι πολύ συνηθισμένο.

Η σπαστικότητα επιδεινώνεται με τις ακραίες θερμοκρασίες (πολύ ζέστη ή πολύ κρύο), την υγρασία, τις λοιμώξεις, τα στενά / σφικτά ρούχα.

Η αντιμετώπιση της σπαστικότητας διαφέρει ανάλογα αν είναι :

- **Γενικευμένη : άσκηση - φάρμακα – αντλία**
- **Εντοπισμένη : άσκηση - βουτουλινική τοξίνη (διάρκεια 3 μήνες) – χειρουργική αντιμετώπιση (μόνιμη / μη αναστρέψιμη λύση)**

Φάρμακα για την αντιμετώπιση της σπαστικότητας :

- Baclofen (το πιο κοινό χρησιμοποιούμενο, χορηγείται με τη βοήθεια εμφυτευμένης αντλίας)
- Tizanidine (Zanaflex®) (πρόβλημα οι παράλληλες ενέργειες : ξηροστομία, εφίδρωση, μυϊκή αδυναμία, πτώση της αρτηριακής πίεσης)
- Diazepam (Valium®) (για σπαστικότητα που εμποδίζει τον ύπνο, πρόβλημα ο εθισμός)
- Dantrolene (Dantrium®) (όταν τα άλλα δεν αποδώσουν, πρόβλημα η ηπατοτοξικότητα και οι ανωμαλίες στο αίμα)
- Διήθηση περιφερικών νεύρων με φαινόλη
- Botulinum toxin (Botox®) (τοπική διήθηση μυών, διάρκεια αποτελέσματος ως 3 μήνες)
- Clonidine (μόνο σε πειραματικό επίπεδο)

ΤΙ ΑΛΛΟ περιέχει ένα πρόγραμμα Αποκατάστασης ?

ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ προσανατολίζεται στην αντιμετώπιση των γνωσιακών διαταραχών. Γίνεται από ειδικευμένους νευροψυχολόγους.

ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ στη Σ.Κ.Σ.

Περίπου το 50% των ατόμων με Σ.Κ.Σ. θα αναπτύξει κάποιου βαθμού γνωσιακό έλλειμμα. Στη Σ.Κ.Σ. συνήθως διαταράσσεται η σκέψη, κρίση, η συγκέντρωση και η μνήμη. **Αλλά μόνο το 5-10% των ατόμων με Σ.Κ.Σ. εμφανίζουν σοβαρά προβλήματα που επηρεάζουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες.**

Οι γνωσιακές διαταραχές προκαλούνται από την απομυελίνωση στο επίπεδο του εγκεφάλου. Μπορεί όμως και να συνδέονται με συνύπαρξη κατάθλιψης, άγχους, stress και κόπωσης, που είναι γνωστό ότι επηρεάζουν τις γνωσιακές λειτουργίες.

Διαχωρισμός των ρόλων ψυχολόγου και νευροψυχολόγου στην αντιμετώπιση ασθενή με Σ.Κ.Π.

- **Ψυχολόγος** : υποστήριξη ατόμου και του περιβάλλοντος του, για τη διαχείριση του stress, της καταθλιπτικής αντίδρασης, των δυσκολιών στις διαπροσωπικές σχέσεις, των διαταραχών συμπεριφοράς.
- **ΝευροΨυχολόγος** : επανεκπαίδευση του ατόμου για την αντιμετώπιση των γνωσιακών διαταραχών, (μνήμη, συγκέντρωση, προσοχή, κρίση)

Τα φάρμακα για Σ.Κ.Π. (π.χ. INTERFERONH) εμποδίζουν την απομυελίνωση σταθεροποιούν και την πιθανή επιδείνωση των γνωσιακών διαταραχών

Υπάρχουν ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ στη Σ.Κ.Π.

- **Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ** είναι πιο συχνή στη Σ.Κ.Σ. απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό ή σε άτομα με άλλη χρόνια νόσο ή αναπηρία. Αυτό μπορεί να οφείλεται τόσο στην πίεση της ζωής από τις συνέπειες της Σ.Κ.Σ. όσο και στις εγκεφαλικές βλάβες από την απομυελίνωση. Σε σοβαρές μορφές κατάθλιψης συμβαίνει ανισορροπία στις χημικές ουσίες του εγκεφάλου. **Καταθλιπτικά συμπτώματα που διαρκούν περισσότερο από 2 εβδομάδες χρειάζονται αντιμετώπιση από ειδικό.**
- **Η ΘΛΙΨΗ** ως αποτέλεσμα του βιώματος απώλειας είναι **συχνή** στα άτομα με Σ.Κ.Σ., που έχουν πολλές εμπειρίες απώλειας (εργασία, ικανότητας για βάρδια, επιδεξιότητων καθημερινής ζωής). Διαφέρει από την κατάθλιψη γιατί έχει λιγότερο επίμονο χαρακτήρα, συνδέεται με συγκεκριμένα γεγονότα. Η θλίψη συνήθως περνάει χωρίς θεραπεία. Εντούτοις είναι απαραίτητη η συμβουλευτική υποστήριξη σε ατομικό επίπεδο και σε ομάδες.
- **Το STRESS** είναι άμεσα συνδεδεμένο με τις αλλαγές στον τρόπο ζωής που επιβάλλει η Σ.Κ.Σ.. Είναι απαραίτητη η εκπαίδευση τεχνικών διαχείρισης του Stress, καθώς και υποστήριξη τόσο του ατόμου και του περιβάλλοντος του.
- **Η Γενικευμένη ΑΝΗΣΥΧΙΑ / ΑΓΩΝΙΑ** είναι άμεσα συνδεδεμένη με την εξελικτική μορφή της νόσου. Σημαντική βοήθεια παρέχουν η ενημέρωση και συμβουλευτική υποστήριξη τόσο του ατόμου και του περιβάλλοντος του.
- **Η ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΑΣΤΑΘΕΙΑ** που συνδέεται με τη Σ.Κ.Σ. κάνει τα μέλη της οικογένειας να παραπονούνται για συχνές εκρήξεις θυμού ή ανησυχίας. Δεν είναι ξεκαθαρισμένο αν οφείλονται σε συναισθηματικές διαταραχές ή συνδέονται με εγκεφαλικές βλάβες. Συνιστάται συμβουλευτική υποστήριξη τόσο του ατόμου και του περιβάλλοντος του και σε σοβαρές μορφές φαρμακευτική αγωγή (valproic acid (Depakote®)).
- **Η ΨΕΥΔΟΠΡΟΜΗΚΙΚΗ ΣΥΝΔΡΟΜΗ** είναι σπάνια και εμφανίζεται με βαριά συναισθηματική αστάθεια, επεισόδια ανεξέλεγκτου γέλιου ή / και κραυγών χωρίς προφανή αιτία. Οφείλεται σε βλάβη συγκεκριμένης εγκεφαλικής περιοχής. Είναι σημαντικό να έχουν ενημερωθεί σχετικά τα μέλη της οικογένειας και οι φροντιστές. Ελέγχεται με φάρμακα όπως amitriptyline (Elavil®) και valproic acid (Depakote®)
- **Η ΑΠΡΟΣΦΟΡΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ** είναι σπάνια και εμφανίζεται με διάφορες μορφές όπως έλλειψη σεξουαλικών και κοινωνικών αναστολών, αμοραλισμό, κ.α. Η αντιμετώπιση της είναι δύσκολη και πολύπλοκη (φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία, ενημέρωση και υποστήριξη περιβάλλοντος).

ΤΙ ΑΛΛΟ περιέχει ένα πρόγραμμα Αποκατάστασης ?

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΟΝΟΥ

Ο ΠΟΝΟΣ δεν είναι ασυνήθιστος στα άτομα με Σ.Κ.Σ.. 55 % εμφανίζουν κλινικά σημαντικό πόνο κατά τη διάρκεια της ζωής με τη Σ.Κ.Σ.. 48 % αναφέρουν χρόνια πόνο. Δεν παρατηρείται διαφορά μεταξύ των φύλων.

έχει μεγάλη ποικιλία εκδηλώσεων από αίσθημα δυσκαμψίας των

Αίτια - Είδη - Αντιμετώπιση

Οξύς Πόνος

- **Νευραλγία Τριδύμου** : μπορεί να είναι το αρχικό σύμπτωμα της Σ.Κ.Σ.. Αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή όπως [carbamazepine](#) (Tegretol®) ή [phenytoin](#) (Dilantin®).
- **Σημείο Lhermitte** είναι ένα αίσθημα ηλεκτρικού ρεύματος που «τρέχει» στιγμιαία στην πλάτη. Ανακουφίζεται με αντισπαστικά φάρμακα ή μαλακό κολάρο που περιορίζει την κάμψη του αυχένα.
- **Αίσθημα «καψίματος», «τσιμπήματος», σε διάφορες περιοχές του σώματος - Δυσαισθησίες** νευρολογικής αιτιολογίας. Αντιμετωπίζονται με αντισπαστικά φάρμακα όπως [gabapentin](#) (Neurontin®) ή αντικαταθλιπτικά όπως [amitriptyline](#) (Elavil®), που τροποποιούν την αντίδραση του κεντρικού νευρικού συστήματος στον πόνο.
- Άλλες θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι :
 - Θερμά / πρεστικά επιθέματα
 - acetaminophen (Tylenol®), με επίβλεψη

Χρόνιος Πόνος

- **Αίσθημα «καψίματος», «βελονιές», «τσιμπήματα»,** αντιμετωπίζονται όπως και τα οξέα.
- **Πόνος Σπαστικότητας** (μυϊκός σπασμός, κράμπες, πόνος κάμψης). Η αντιμετώπιση είναι εκείνη της σπαστικότητας. Μπορεί να συνταγογραφηθούν αντιφλεγμονώδη, κάλιο, νάτριο, διατακτικές ασκήσεις.
- **Οσφυαλγία κι άλλοι Μυοσκελετικοί Πόνοι** : μπορεί να οφείλονται σε ποικίλα αίτια αλλά και στη σπαστικότητα. Η πίεση του σώματος από την ακινησία, η ελλιπής κινητικότητα των αρθρώσεων, η λανθασμένη χρήση βοηθημάτων βάδισης / μετακίνησης, τα προβλήματα ισορροπίας μπορεί να προκαλέσουν επώδυνα προβλήματα. Για την αντιμετώπιση :
 - είναι απαραίτητη η διερεύνηση των αιτίων του ο πόνου και η άρση τους
 - Θερμά επιθέματα
 - Μάλαξη
 - Υπερηχο – Φυσικοθεραπεία
 - Θεραπεία σπαστικότητας

Συναίσθημα & Πόνος

Γενικά ο πόνος μπορεί να αντιμετωπιστεί, αλλά όχι και όλοι οι πόνοι στα άτομα με Σ.Κ.Σ.. Ανεξάρτητα από την αιτία του, ο πόνος είναι ένα σύνθετο πρόβλημα και δεν πρέπει να αγνοείται. Επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα της ζωής αλλά και τη στάση του ατόμου απέναντι της.

Για το χρόνια πόνο, που οδηγεί σε αναπηρία, είναι απαραίτητη η πολυδιάστατη προσέγγιση μέσα από μια κλινική πόνου, όπου εφαρμόζεται συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και εναλλακτικών θεραπειών όπως biofeedback, ύπνωση, διαλογισμός, yoga, βελονισμός.

ΔΙΑΦΟΡΑ ΘΕΜΑΤΑ σχετικά με το πρόγραμμα Αποκατάστασης

ΖΕΣΤΗ ή ΚΡΥΟ ?

Είναι θέμα γούστου. Όμως μπορεί να επιδεινώσει συμπτώματα, π.χ. σπαστικότητα, κόπωση, δυσαισθησίες σε περιπτώσεις όπως :

- **Η μετάβαση σε θερμά κλίματα**
- **Η έκθεση σε ακραίες θερμοκρασίες (ζέστης ή κρύου)**
 - Κίνδυνος θερμοπληξίας
 - Κίνδυνος κρουσπαγήματος

Συνιστάται :

- ☞ προσαρμογή για 24 ώρες στο καινούριο κλίμα
- ☞ χρήση air condition
- ☞ προσοχή στη θερμοκρασία του νερού της πισίνας
- ☞ προστασία από το κρύο

Είμαι μπροστά σε μια νέα ώση ?

Η **αληθινή επιδείνωση** της κλινικής εικόνας που προκαλεί μια νέα ώση οφείλεται στην απομυελίνωση. Διαρκεί από λίγες μέρες ως βδομάδες, μπορεί όμως να ξεπεράσει και σε μήνες. Συνήθως αντιμετωπίζεται με κορτιζόνη.

Μερικές φορές η επιδείνωση των συμπτωμάτων μπορεί να είναι **ψευδής** και να οφείλεται σε άλλους παράγοντες :

- ◆ Πυρετό
- ◆ Λοίμωξη
- ◆ Ζέστη
- ◆ Stress

ΤΡΟΜΟΣ

Είναι ένα από τα δυσκολότερα προβλήματα για αντιμετώπιση στη Σ.Κ.Σ.. Κάποια άτομα μπορεί να βοηθηθούν με φαρμακευτική αγωγή. Κάποιοι άλλοι με τη χρήση βοηθημάτων. Σε ακραίες περιπτώσεις συνιστάται χειρουργική αντιμετώπιση.

ΖΑΛΗ - ΙΛΙΓΓΟΣ

Η **ΖΑΛΗ** είναι συχνό σύμπτωμα στη Σ.Κ.Σ.. Άτομα με Σ.Κ.Σ. αισθάνονται ότι χάνουν την ισορροπία τους. Συχνά μπερδεύουν τη ζάλη με τον **ΙΛΙΓΓΟ**. Οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί είναι πολλοί : διαταραχές όρασης, αντίληψης του χώρου, εν τω βάθει αισθητικότητα, κ.α.

Αντιμετωπίζονται συμπτωματικά με φάρμακα όπως meclizine (Antivert[®], Bonine[®], ή Dramamine[®]), ondansetron (Zofran[®]). Σε σοβαρά επεισόδια ιλίγγων μπορεί να χορηγηθεί για λίγο καιρό κορτιζόνη.

ΣΠΑΣΜΟΙ - «Ε»

Το 10 % των ατόμων με Σ.Κ.Σ. μπορεί να εμφανίσει σπασμούς (αίσθημα ανώμαλης ηλεκτρικής εκφόρτισης) ή τυπικές επιληπτικές κρίσεις

Παροξυσμικά συμπτώματα της Σ.Κ.Σ. (π.χ. τοπική σπαστικότητα, σημείο Lhermitte, νευραλγία τριδύμου) μπορεί να θυμίζουν σπασμούς ή επιληπτική κρίση και θα πρέπει να διαφοροδιαγνωστούν.

Αντιμετωπίζονται με φαρμακευτική αγωγή όπως carbamazepine (Tegretol[®]), diphenylhydantoin (Dilantin[®]), gabapentin (Neurontin[®]), divalproex sodium (Depakote[®]), που απαιτεί στενή ιατρική παρακολούθηση.

Τα άτομα με Σ.Κ.Π. οφείλουν να έχουν πρόσβαση στους προληπτικούς ιατρικούς ελέγχους όπως ο γενικός πληθυσμός

ΚΛΙΝΙΚΟΣ - ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ
Σφύξεις & Αρτηριακή Πίεση	1 / Έτος - αν είναι φυσιολογική
Ύψος - Σωματικό Βάρος	1 / Έτος - αν είναι φυσιολογικά ➤ Παρέμβαση αν υπάρχουν προβλήματα αύξησης ή μείωσης σωματικού βάρους
Γενικές εξετάσεις αίματος Ηπατικός κύκλος	◆ Πριν την έναρξη της θεραπείας με ιντερφερόνη ◆ 1 μήνα μετά την έναρξη της θεραπείας ◆ κάθε 3 μήνες επανάληψη
Έλεγχος θυρεοειδούς	Για όποιον εμφανίζει συμπτώματα κόπωσης
Γενική Ούρων	1 / Έτος - αν είναι φυσιολογική ➤ αν υπάρχει ουρολοίμωξη
Απλή ακτινογραφία θώρακος	Ανάλογα με τις προληπτικές ιατρικές οδηγίες
Ηλεκτροκαρδιογράφημα	Ανάλογα με τις προληπτικές ιατρικές οδηγίες
Δερματολογική εξέταση όλου του σώματος	Ανάλογα με τις προληπτικές ιατρικές οδηγίες ◆ προστασία από τον ήλιο
Οδοντιατρικός έλεγχος	1 / 6μηνο

Μετά το 20^ο έτος ζωής

ΚΛΙΝΙΚΟΣ - ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ
Λιπιδαιμικός έλεγχος (και HDL, LDL, τριγλυκερίδια)	1 / 5 ^ο Έτος - αν είναι φυσιολογική
Σάκχαρο ορού	1 / 5 ^ο Έτος - αν είναι φυσιολογική

Μετά το 40^ο έτος ζωής

ΚΛΙΝΙΚΟΣ - ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ
Έλεγχος θυρεοειδούς	◆ Για όλες τις γυναίκες > 40 ετών ◆ Για όποιον εμφανίζει συμπτώματα κόπωσης
Οπτικά πεδία – Γλαύκωμα	1 / 2 ^ο - 4 ^ο Έτος για ηλικίες 40 – 65 1 / Έτος για ηλικίες > 65

Μετά το 50^ο έτος ζωής

ΚΛΙΝΙΚΟΣ - ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ
Αναζήτηση αίματος στα κόπρανα (Mayer κοπράνων)	1 / Έτος για ηλικίες > 50
Σιγμοειδοσκόπηση - Κολonosκόπηση	1 / 5 ^ο Έτος - σιγμοειδοσκόπηση 1 / 10 ^ο Έτος - κολonosκόπηση
Έλεγχος ακοής	1 / 5 ^ο Έτος

Μετά το 50^ο έτος ζωής - για τις ομάδες υψηλού κινδύνου

ΚΛΙΝΙΚΟΣ - ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ
Μέτρηση Οστικής Μάζας στην περιοχή του ισχίου	1 / Έτος για : ♦ Ιστορικό λήψης κορτικοστεροειδών, σπασμολυτικών ♦ Οικογενειακό ιστορικό οστεοπόρωσης ♦ Ατομικό ιστορικό καθιστικής ζωής ♦ Γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση
PPD (purified protein derivative)	1 / 1 ^ο - 2 ^ο Έτος για όπου υπάρχει υψηλός κίνδυνος φυματίωσης (επαγγελματίες υγείας, άτομα HIV, συγγάτοικοι φυματικού)
Καμπύλη Γλυκόζης / Γλυκοζυλιωμένη Αιμοσφαιρίνη	1 / 5 ^ο Έτος για : ♦ Παχύσαρκους ♦ Οικογενειακό ιστορικό Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II

Μετά το 50^ο έτος ζωής - για ΓΥΝΑΙΚΕΣ μόνο

ΚΛΙΝΙΚΟΣ - ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ
Pap - test	1 / 1 ^ο - 3 ^ο Έτος για γυναίκες με ενεργό σεξουαλική ζωή.
Μαστογραφία – Έλεγχος μαστού	1 / Έτος, μετά τα 40 1 / 1 ^ο – 2 ^ο Έτος μετά τα 50
Αυτοεξέταση μαστού	1 / Μήνα

Μετά το 50^ο έτος ζωής - για ΑΝΔΡΕΣ μόνο

ΚΛΙΝΙΚΟΣ - ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ - ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ
Έλεγχος προστάτη - Δακτυλική Εξέταση	1 / Έτος, μετά τα 40, για θετικό οικογενειακό ιστορικό 1 / Έτος μετά τα 50, για όλους
PSA – Έλεγχος προστάτη	1 / Έτος, μετά τα 40, για θετικό οικογενειακό ιστορικό 1 / Έτος μετά τα 50, για όλους
Κλινική εξέταση όρχεων	1 / Έτος
Αυτοεξέταση όρχεων	1 / Μήνα, μετά τα 18

Ποιες είναι οι απαραίτητες δομές για την παροχή υπηρεσιών θεραπείας και αποκατάστασης σε άτομα με Σ.Κ.Σ. ?

- Θεραπεία / Φροντίδα στο Σπίτι
- Νοσοκομείο Ημέρας (24 ώρες ως 2 εβδομάδες)
- Κέντρο Αποκατάστασης

Ποιες είναι οι φαρμακευτικές θεραπείες που χορηγούνται σε άτομα με Σ.Κ.Σ. ?

- | | |
|--------------------------|---|
| Τροποποιητικά της άμυνας | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Betaseron® (beta interferon 1b) ➤ Avonex® (beta interferon 1a—intramuscular) ➤ Rebif® (beta interferon 1a—subcutaneous) ➤ Copaxone® (glatiramer acetate) |
| Ανοσοκατασταλτικά | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Novantrone® (mitoxantrone) |

References

- Bjartmar C, Trapp BD. Axonal and neuronal degeneration in multiple sclerosis: mechanisms and functional consequences. *Curr Opin Neurol* 2001; 14:271–278.
- Comi G, Filippi M, Barkhof F, Durelli L, Edan G, Fernandez O, et al. Effect of early interferon treatment on conversion to definite multiple sclerosis: a randomised study. *Lancet* 2001; 357:(9268)1576–1582.
- Comi G, Filippi M, Wolinsky JS, European Canadian Glatiramer Aceta. European/Canadian multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled study of the effects of glatiramer acetate on magnetic resonance imaging-measured disease activity and burden in patients with relapsing multiple sclerosis. *Ann Neurol* 2001; 49:(3)290–297.
- Ebers G, for the PRISMS (Prevention of Relapses and Disability by Interferon beta-1a Subcutaneously in Multiple Sclerosis) Study Group. Randomised double-blind placebo-controlled study of interferon beta-1a in relapsing/remitting multiple sclerosis. *Lancet* 1998; 352:1498–504.
- Edan G, Miller D, Clanet M, Confavreux C, Lyon-Caen O, Lubetzki C, et al. Therapeutic effect of mitoxantrone combined with methylprednisolone in multiple sclerosis: a randomised multicentre study of active disease using MRI and clinical criteria. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997; 62:112–8.
- Filippi M, Rovaris M, Rocca MA, Sormani MP, Wolinsky JS, Comi G, et al. Glatiramer acetate reduces the proportion of new MS lesions evolving into “black holes”. *Neurology* 2001; 57:731–733.
- Francis G, Secondary Progressive Efficacy Clinical Trial of Recombinant Interferon-beta-1a in MS (SPECTRIMS) Study Group. Randomized controlled trial of interferon-beta-1a in secondary progressive MS: Clinical results. *Neurology* 2001; 56:1496–1504.
- Goodin DS, Frohman EM, Garmany GP Jr, Halper J, Likosky WH, Lublin FD, et al. Disease modifying therapies in multiple sclerosis: Subcommittee of the American Academy of Neurology and the MS Council for Clinical Practice Guidelines. *Neurology* 2002; 58:169–78.
- Hughes RAC, The PRISMS (Prevention of Relapses and Disability by Interferon-β-1a Subcutaneously in Multiple Sclerosis) Study Group, and the University of British Columbia MS/MRI Analysis Group. PRISMS-4: Long-term efficacy of interferon in relapsing MS. *Neurology* 2001; 56:1628–1636.
- The IFNB Multiple Sclerosis Study Group. Interferon beta-1b is effective in relapsing-remitting multiple sclerosis. I. Clinical results of a multicenter, randomized, double-blind, placebocontrolled trial. *Neurology* 1993; 43:655–61.
- The IFNB Multiple Sclerosis Study Group and The University of British Columbia MS/MRI Analysis Group. Interferon beta-1b in the treatment of multiple sclerosis: final outcome of the randomized controlled trial. *Neurology* 1995; 45:1277–85.
- Jacobs LD, Beck RW, Simon JH, Kinkel RP, Brownscheidle CM, Murray TJ, et al. Intramuscular interferon beta-1a therapy initiated during a first demyelinating event in multiple sclerosis. CHAMPS Study Group. *N Engl J Med* 2000; 343:898–904.
- Jacobs LD, Cookfair DL, Rudick RA, Herndon RM, Richert JR, Salazar AM, et al. Intramuscular interferon beta-1a for disease progression in relapsing multiple sclerosis. The Multiple Sclerosis Collaborative Research Group (MSCRG). *Ann Neurol* 1996; 39:285–94.
- Johnson KP, Brooks BR, Cohen JA, Ford CC, Goldstein J, Lisak RP, et al. Extended use of glatiramer acetate (Copaxone®) is well tolerated and maintains its clinical effect on multiple sclerosis relapse rate and degree of disability. Copolymer 1 Multiple Sclerosis Study Group. *Neurology*, 1998; 50:701–8.
- Li DK, Paty DW. Magnetic resonance imaging results of the PRISMS trial: a randomized, doubleblind, placebo-controlled study of interferon-beta1a in relapsing-remitting multiple sclerosis. *Ann Neurol* 1999; 46:197–206.
- McDonald WI, Compston A, Edan G, Goodkin D, Hartung HP, Lublin FD, et al. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis: Guidelines from the International Panel on the Diagnosis of Multiple Sclerosis. *Ann Neurol* 2001; 50:121–127.
- Peterson JW, Bö L, Mörk S, Chang A, Trapp BD. Transected neurites, apoptotic neurons, and reduced inflammation in cortical multiple sclerosis lesions. *Ann Neurol* 2001; 50:389–400.
- Rudick RA, Fisher E, Lee JC, Simon J, Jacobs L. Use of the brain parenchymal fraction to measure whole brain atrophy in relapsing-remitting MS. Multiple Sclerosis Collaborative Research Group. *Neurology* 1999; 53:1698–704.