

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ:ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ:

<<ΡΕΥΜΑΤΟΠΑΘΕΙΕΣ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ>>

ΥΠΟΒΛΗΘΕΙΣΑ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Κα ΛΑΒΔΑΝΙΤΗ ΜΑΡΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΣΙΔΗΡΟΠΟΥΛΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΚΑΚΟΥΡΗ ΣΟΦΙΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....σελ.5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ.6
ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑσελ.8
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....σελ.8
ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....σελ.10
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ-ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....σελ.12
ΑΙΤΙΑ.....σελ.14
ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....σελ.15
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....σελ.17
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΡΡΩΣΤΟΥ.....σελ.17
ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....σελ.17
ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....σελ.17
ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....σελ.19
ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ.....σελ.20
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....σελ.24
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....σελ.26
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΦΑΣΗ.....σελ.26
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....σελ.27
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΟΔΕΥΤΙΚΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ(ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΗ)....σελ.28

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	σελ.28
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	σελ.29
ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	σελ.30
ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	σελ.31
ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ.....	σελ.32
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ.....	σελ.33
ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ.....	σελ.35
ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	σελ.36
ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	σελ.37
ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΣΕΛ.....	σελ.38
Α)ΓΕΝΙΚΑ.....	σελ.38
Β)ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ.....	σελ.38
Γ)ΘΕΤΙΚΗ ΚΑΙ ΑΙΣΙΟΔΟΞΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	σελ.39
Δ)Η ΚΟΠΩΣΗ ΣΤΟΝ ΣΕΛ ΚΑΙ ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ.....	σελ.39
Ε)ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ.....	σελ.39
ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	σελ.41
ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΡΕΥΜΑΤΟΠΑΘΕΙΩΝ.....	σελ.43
Ο ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΑΝΤΙΡΕΥΜΑΤΙΚΟΣ ΑΓΩΝΑΣ ΣΤΗΝ Β.ΕΛΛΑΔΑ.....	σελ.44
ΣΤΟΧΟΙ- ΕΠΙΤΕΥΓΜΑΤΑ.....	σελ.46
ΗΛΙΚΙΑ- ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ.....	σελ.47
ΣΥΝΗΘΕΣΤΕΡΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΚΩΝ ΡΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ.....	σελ.47

ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	σελ.48
ΝΕΑΝΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ.....	σελ.50
ΤΡΟΠΟΙ ΕΙΣΒΟΛΗΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ.....	σελ.50
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	σελ.54
ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑ.....	σελ.58
ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΟ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑ.....	σελ.58
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑ.....	σελ.59
ΝΕΑΝΙΚΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ.....	σελ.60
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ- ΗΛΙΚΙΑ.....	σελ.60
ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	σελ.62
ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΚΑWΑΣΑΚΙ.....	σελ.63
ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	σελ.63
ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	σελ.64
Η ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΙΣ ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....	σελ.65
ΓΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	σελ.66
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ.....	σελ.68
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	σελ.69
ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	σελ.70
ΔΙΑΤΡΟΦΗ.....	σελ.72
ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ.....	σελ.74
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ.....	σελ.75

ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ.....σελ.75
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....σελ.77
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ.....σελ.77
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ
ΝΑΡΘΗΚΕΣ ΚΑΙ ΒΟΗΘΗΤΙΚΑ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ.....σελ.78
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....σελ.80
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ:ΕΙΚΟΝΕΣ.....σελ.81
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....σελ.89

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η επιλογή του θέματος της πτυχιακής εργασίας είναι καθαρά προσωπική επιλογή. Θεωρήσαμε, πως είναι ένα θέμα το οποίο βασανίζει πολύ κόσμο στην καθημερινότητα του αλλά δυστυχώς δεν υπάρχει σωστή και επαρκής ενημέρωση. Κεντρίζει το ενδιαφέρον ως θέμα όλων όχι μόνο γιατί είναι συχνό φαινόμενο αλλά κυρίως γιατί συναντάται σε πολλές ηλικίες, από την παιδική μέχρι και την ενήλικη ζωή.

Σκοπός της εργασίας, είναι η όσο το δυνατόν καλύτερη ενημέρωση για τις ρευματοπάθειες κυρίως στη παιδική ηλικία αλλά και με κάποιες αναφορές για τους ενήλικες. Επίσης, στοχεύουμε ειδικότερα στο να προσφέρουμε την απαραίτητη γνώση παρουσιάζοντας την πορεία της κάθε νόσου, πιο εμπειριστατωμένα, από τα πρώτα συμπτώματα έως το πλέον πιο βασικό, την ψυχολογική υποστήριξη. Τέλος, είναι σημαντικό να αποδείξουμε την σοβαρότητα των καταστάσεων στον κοινωνικό-οικονομικό τομέα, που επιφέρουν οι ρευματοπάθειες γιατί αποτελούν χρόνιες παθήσεις.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ρευματικά νοσήματα είναι συχνά, τα πιο πολλά είναι χρόνια, ορισμένα έχουν σοβαρή πορεία, με αποτέλεσμα τα συνηθέστερα χρόνια προβλήματα να περιθάλπονται συχνότερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Αποτελούν την κύρια αιτία αναπηρίας σε ηλικίες άνω των 15 ετών. Υπάρχουν πάνω από 100 ρευματικά νοσήματα. Αναμφίβολα δε, αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα ιατροκοινωνικά προβλήματα, για τους ασθενείς, τις οικογένειές τους, την κοινωνία και την οικονομία.⁸

Ενώ σύμφωνα με μια πρόσφατη περιγραφική επιδημιολογική μελέτη (η μελέτη ESORDIG) που διεξήχθη, επί συνόλου 10.647 ατόμων του πληθυσμού της χώρας μας από το Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών και αρκετές Ρευματολογικές κλινικές σε όλη την Ελλάδα το 2003, σχετικά με τον επιπολασμό των ρευματικών νοσημάτων στην Ελλάδα, αποδείχθηκε ότι τα ρευματικά νοσήματα είναι πολύ συχνά στον γενικό πληθυσμό ενηλίκων της χώρας μας.

Περισσότεροι από το ¼ των ενηλίκων πάσχουν από ενεργό ή χρόνια ρευματικό νόσημα σε ύφεση.³ Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα (Ρ.Α.) αποτελεί κύριο εκπρόσωπο των παραπάνω νοσημάτων. Η Ρ.Α. είναι μια χρόνια συστηματική νόσος χαρακτηριζόμενη από υποτροπιάζουσες φλεγμονές στις αρθρώσεις και στις σχετικές με αυτές δομές και συνοδεύεται συχνά με ποικιλία εξωαρθρικών εκδηλώσεων.⁴ Η πορεία της νόσου είναι απρόβλεπτη και συστηματική. Η δραστηριότητά της χαρακτηρίζεται από περιόδους εξάρσεων και υφέσεων. Πρόκειται για συστηματική φλεγμονώδη διαταραχή, η οποία επηρεάζει, σε μεγάλο βαθμό, το μυοσκελετικό σύστημα και σε μικρότερη έκταση τις εξωαρθρικές δομές.⁴ Εκτιμάται, ότι 37 εκατομμύρια άνθρωποι στις Η.Π.Α. πλήττονται από κάποιο τύπο αρθρίτιδας, ενώ 8 εκατομμύρια πάσχουν από Ρ.Α. και το 75% αντιστοιχεί στις γυναίκες.⁷ Και αν, η Ρ.Α. μπορεί να συμβεί σε κάθε ηλικία, η μεγαλύτερη επίπτωση παρατηρείται στην ομάδα 35 έως 45 ετών. Η νόσος δεν έχει φυλετική ή γεωγραφική προδιάθεση. Η Ρ.Α. είναι ο πλέον σοβαρός τύπος αρθρίτιδας, υπό την έννοια της χρόνιας ανικανότητας. Θεωρείται δε σημαντικό πρόβλημα υγείας, αφού καταλαμβάνει τη δεύτερη θέση μετά την καρδιακή νόσο, αν και ο θάνατος από Ρ.Α. είναι σπάνιος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

1.1 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ: Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα είναι μια φλεγμονώδης νόσος που προκαλεί πόνο, οίδημα (διόγκωση), δυσκαμψία και απώλεια της λειτουργικότητας των αρθρώσεων.

Παρουσιάζει μερικά χαρακτηριστικά που την κάνουν να διαφέρει από άλλα είδη αρθρίτιδας:

- Ευαίσθητες, θερμές και διογκωμένες αρθρώσεις.
- Προσβολή πολλών αρθρώσεων (πολυαρθρική προσβολή).

Συχνά προσβάλλονται οι αρθρώσεις του καρπού και οι εγγύς φαλαγγικές αρθρώσεις των δακτύλων των χεριών, επίσης, μπορεί να προσβληθούν οι αρθρώσεις του αυχένα, οι ώμοι, οι αγκώνες, τα ισχία, τα γόνατα, οι ποδοκνημικές αρθρώσεις και οι αρθρώσεις των άκρων ποδών.

- Συμμετρική προσβολή. Για παράδειγμα, εάν πάσχει το ένα γόνατο, πάσχει και το αντίστοιχο από την άλλη πλευρά του σώματος.

- Εύκολη κόπωση, περιστασιακά πυρετός, γενικό αίσθημα κακοδιαθεσίας.

- Πόνος και παρατεταμένη δυσκαμψία των αρθρώσεων κατά την αφύπνιση ή μετά από μακρόχρονη ανάπαυση.

- Προσβολή και άλλων οργάνων του σώματος, εκτός από τις αρθρώσεις.

- Η συμπτωματολογία μπορεί να επιμένει για πολλά έτη.

- Η συμπτωματολογία ποικίλει μεταξύ των ασθενών.

Για παράδειγμα, η Ρευματοειδής αρθρίτιδα συνήθως εκδηλώνεται με συμμετρική προσβολή πολλών αρθρώσεων. Δηλαδή, εάν πάσχει το δεξιό γόνατο ή οι αρθρώσεις του δεξιού χεριού, πάσχουν και οι αντίστοιχες αρθρώσεις από την αριστερή πλευρά του σώματος. Η νόσος συχνά προσβάλλει τον καρπό και τις εγγύς μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις των δακτύλων. Οι σύγχρονες θεραπευτικές παρεμβάσεις επιτρέπουν στους περισσότερους ασθενείς να έχουν μία δραστήρια και παραγωγική ζωή.

Εκτός από τις αρθρώσεις, είναι δυνατόν να προσβάλλει και άλλα μέρη του σώματος επίσης, οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν κόπωση, περιστασιακά πυρετό και γενικά αίσθημα κακοδιαθεσίας (κακουχία). Ένα άλλο χαρακτηριστικό της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας είναι ότι διαφέρει πολύ

από άτομο σε άτομο.

Ασθενείς με ήπια μορφή της νόσου εμφανίζουν περιόδους κατά τις οποίες τα συμπτώματα χειροτερεύουν (εξάρσεις) και περιόδους βελτίωσης (υφέσεις).

Σε πιο βαριά μορφή της νόσου, η ασθένεια μπορεί να είναι ενεργός τον περισσότερο καιρό, να διαρκεί για πολλά χρόνια και να οδηγήσει σε σοβαρές λειτουργικές βλάβες των αρθρώσεων.

Αν και η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία του ασθενή, οι σύγχρονες θεραπευτικές παρεμβάσεις, που περιλαμβάνουν την χορήγηση φαρμάκων, πρόγραμμα ανάπαυσης και φυσικής άσκησης, την εκπαίδευση του ασθενή, καθώς και ποικίλα προγράμματα κοινωνικής και ψυχολογικής υποστήριξης, επιτρέπουν στους περισσότερους ασθενείς να έχουν μια δραστήρια και παραγωγική ζωή. Τα τελευταία χρόνια, η έρευνα έχει οδηγήσει σε ικανοποιητική κατανόηση της παθογένειας της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας αυξάνοντας την πιθανότητα, στο μέλλον, οι ερευνητές να ανακαλύψουν πιο αποτελεσματικές θεραπείες.

1.2 ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Αρθρώσεις

Η φυσιολογική άρθρωση (δηλαδή η περιοχή όπου συνενώνονται δύο οστά) περιβάλλεται από τον αρθρικό θύλακο (σάκος), ο οποίος την στηρίζει και προστατεύει. Οι απολήξεις των δύο οστών επικαλύπτονται από χόνδρο. Από την εσωτερική πλευρά, ο αρθρικός θύλακος καλύπτεται από τον αρθρικό υμένα που παράγει ένα υγρό, το αρθρικό υγρό. Το υγρό αυτό λιπαίνει και θρέφει τους χόνδρους και τα οστά μέσα στον αρθρικό θύλακο. Στην Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, το ανοσολογικό (ή αμυντικό) σύστημα του οργανισμού εμφανίζει ορισμένες διαταραχές. Στους ασθενείς, το σύστημα αυτό, το οποίο είναι διαπιστευμένο με την προστασία του σώματος από τις λοιμώξεις και τις νεοπλασίες, για αδιευκρίνιστους λόγους, επιτίθεται στα κύτταρα του ίδιου του οργανισμού μέσα στον αρθρικό θύλακο με αυτοβλαπτικά αποτελέσματα. Άλλωστε, για τον λόγο αυτό, η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα θεωρείται «αυτοάνοσο σύστημα». Με την

εμφάνιση της νόσου, τα λευκά αιμοσφαίρια που αποτελούν μέρος του φυσιολογικού ανοσολογικού συστήματος, συγκεντρώνονται στον αρθρικό υμένα και προκαλούν φλεγμονή. Αυτό καλείται υμενίτιδα και εμφανίζεται με θερμότητα, ερυθρότητα, οίδημα και πόνο, που είναι τυπικά συμπτώματα της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας. Κατά την εξέλιξη της φλεγμονής, τα κύτταρα του αρθρικού υμένα αναπτύσσονται και διαιρούνται με παθολογικό τρόπο, μεταβάλλοντας το φυσιολογικά λεπτό αρθρικό υμένα σε παχύ και έτσι η άρθρωση διογκώνεται και είναι επώδυνη στην επαφή και την κίνηση. Καθώς η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα εξελίσσεται, τα κύτταρα που διηθούν τον αρθρικό υμένα επεκτείνονται, εισβάλλουν και διαβρώνουν τους αρθρικούς ιστούς καταστρέφοντας τους χόνδρους και τα οστά. Οι περιβάλλοντες μύες, σύνδεσμοι και τένοντες, που ενισχύουν και σταθεροποιούν την άρθρωση, εξασθενούν και αδυνατούν να λειτουργήσουν φυσιολογικά. Έτσι προκαλείται πόνος και δυσμορφία των αρθρώσεων, που παρατηρούνται συχνά στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. Επιπλέον, οι φλεγμονώδεις αντιδράσεις στην Ρευματοειδή Αρθρίτιδα συμβάλλουν σε γενικευμένη απώλεια αστικής μάζας, πράγμα που μπορεί να οδηγήσει σε οστεοπόρωση (εύθραυστα οστά, επιρρεπή σε κατάγματα). Οι ερευνητές πιστεύουν ότι η καταστροφή των οστών ξεκινά στα πρώτα ένα με δύο έτη από την έναρξη της νόσου. Το γεγονός αυτό υπογραμμίζει τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και πρώιμης έναρξης θεραπευτικής αγωγής για την αποτελεσματική ρύθμιση της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας

Οι εξωαρθρικές εκδηλώσεις της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας

Εκτός από τις αρθρώσεις, η ρευματοειδής αρθρίτιδα μπορεί να προσβάλλει και άλλα όργανα και να παρουσιάσει διάφορες εξωαρθρικές εκδηλώσεις. Οι συνηθέστερες κατά σειρά συχνότητας εξωαρθρικές εκδηλώσεις είναι:

Αναιμία. Πρόκειται συνήθως για τη λεγόμενη αναιμία χρόνιας πάθησης.

Υποδόρια ρευματοειδή οζίδια. Πρόκειται για μικρά υποδόρια οζίδια μεγέθους μέχρι 2 εκ. ή και μεγαλύτερα που είναι μαλακά, ανώδυνα, δεν συμφύονται με το δέρμα ούτε με τα υποκείμενα μόρια και εντοπίζονται συνήθως σε θέσεις που ασκείται πίεση, όπως π.χ. οι αγκώνες.

Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα. Οφείλεται σε συμπίεση του μέσου νεύρου μέσα στον καρπιαίο σωλήνα λόγω τενοντοελυτρίτιδας των μυών που κάμπτουν τα δάχτυλα των χεριών. Τα κύρια συμπτώματα αυτού του συνδρόμου είναι τα μουδιάσματα, το κάψιμο και ο πόνος που εντοπίζονται στην κερκιδική πλευρά της παλάμης και στην παλαμιαία επιφάνεια του αντίχειρα, του δείκτη, του μέσου δακτύλου και του τέταρτου δακτύλου κατά το ήμισυ προς την κερκιδική πλευρά

. **Σύνδρομο Sjögren.** Χαρακτηρίζεται κυρίως από ξηροφθαλμία και ξηροστομία.

Σκληρίτιδα. (φλεγμονή στο σκληρό χιτώνα του οφθαλμού).

Διάμεση πνευμονική ίνωση. Κύρια αρχική κλινική εκδήλωση είναι ο βήχας και αργότερα η δύσπνοια στην κόπωση.

Πλευρίτιδα. (συλλογή υγρού μέσα στη θωρακική κοιλότητα).

Αγγειίτιδα. Συνήθως πρόκειται για τη λεγόμενη δερματική λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα και σπανιότερα για αγγειίτιδα τύπου οζώδους πολυαρθρίτιδας. Η δερματική λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα χαρακτηρίζεται από φλεγμονή στο τοίχωμα μικρών αγγείων (αρτηριδίων, τριχοειδών και φλεβιδίων) και εκδηλώνεται με δερματικές βλάβες, που έχουν ποικίλη μορφή και μπορεί να συνοδεύονται από κνησμό ή πόνο. Αντίθετα, η οζώδης πολυαρθρίτιδα προσβάλλει μικρού και μεσαίου μεγέθους αρτηρίες οποιουδήποτε οργάνου και έτσι εκδηλώνεται με διάφορες δερματικές βλάβες, περιφερική νευρίτιδα, αιματουρία, κοιλιακούς πόνους, υπέρταση κ.ά.

1.3 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα προσβάλλει όλες τις φυλές και τις εθνικές ομάδες. Η νόσος συνήθως ξεκινά στη 3η ή 4η δεκαετία της ζωής, αλλά είναι επίσης δυνατόν να προσβάλλει γηραιότερα άτομα. Ωστόσο, όχι σπάνια, η νόσος μπορεί να εμφανισθεί σε νέους ενήλικες, ενώ ακόμα και τα παιδιά μπορούν να προσβληθούν από μια ειδική μορφή της ασθένειας. Όπως σε άλλα είδη αρθρίτιδας και αυτοάνοσων νοσημάτων, η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες (δύο με τρεις φορές συχνότερα). Οι επιστήμονες εκτιμούν ότι το 1% των ενηλίκων πάσχουν από Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. Προκαλεί εντύπωση το γεγονός ότι, ορισμένες πρόσφατες διεθνείς μελέτες εκτιμούν πως ο συνολικός αριθμός νέων περιστατικών Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας στην πραγματικότητα ίσως να έχει ελαττωθεί. Οι οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας καθώς και όλων των άλλων τύπων αρθρίτιδας, είναι σημαντικές, τόσο σε εθνικό όσο και σε ατομικό επίπεδο.

Μελέτες στην Ελλάδα έχουν υποδείξει σημαντικά χαμηλότερη συχνότητα Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας στον γενικό πληθυσμό. Το δεδομένο αυτό είναι σε συνάρτηση με το ότι η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα στην Ελλάδα εμφανίζει αρκετές ιδιομορφίες σε σύγκριση με άλλες εθνικές ομάδες. Για παράδειγμα, όσον αφορά την βαρύτητα της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας, ο Ελληνικός πληθυσμός εμφανίζεται σχετικά ευνοημένος.

Κλινικές μελέτες έχουν υποδείξει ότι συγκριτικά με ασθενείς της Βόρειας Ευρώπης, οι Έλληνες ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα παρουσιάζουν γενικά ηπιότερη νόσο, γεγονός το οποίο δεν έχει ακόμη εξηγηθεί επαρκώς. Επιπλέον, οι ασθενείς στην Ελλάδα φαίνεται ότι παρουσιάζουν ορισμένες εργαστηριακές και γενετικές ιδιαιτερότητες.

Σύμφωνα με όλες τις μετρήσεις, οι οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας, καθώς και όλων των άλλων τύπων αρθρίτιδας, είναι σημαντικές, τόσο σε εθνικό όσο και σε ατομικό επίπεδο. Από οικονομική άποψη, το κόστος της φαρμακευτικής και χειρουργικής θεραπείας της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας, σε συνδυασμό με τις χαμένες ώρες εργασίας λόγω ανικανότητας προκαλούμενης από τη

νόσο, ανέρχεται σε εκατομμύρια ευρώ. Σε μερικές περιπτώσεις, η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του ασθενή να φέρει σε πέρας απλές καθημερινές δραστηριότητες, να περιορίσει τις προοπτικές για εργασία και να αποδιοργανώσει την οικογενειακή ζωή. Επιπλέον, εκτός από τις άμεσες συνέπειες της νόσου, οι ασθενείς συχνά υποφέρουν από συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και αίσθημα ανεπάρκειας. Η σύγχρονη αντιμετώπιση του νοσήματος συμπεριλαμβάνει εκπαιδευτικά προγράμματα αυτοεξυπηρέτησης που διευκολύνουν τους ασθενείς στην αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων, έτσι ώστε να ζουν ανεξάρτητα και δημιουργικά.

1.4 ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΟΥΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα είναι μία από τις πολλές «αυτοάνοσες» νόσους, κατά τις οποίες το ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου επιτίθεται εναντίον των ιστών του ίδιου του οργανισμού. Οι επιστήμονες δεν γνωρίζουν επακριβώς την αιτία που προκαλεί το νόσημα, όμως έρευνες των τελευταίων ετών έχουν αρχίσει να διαλευκάνουν τους παράγοντες που εμπλέκονται στην παθογένεσή του. Αν και πολλές ερωτήσεις παραμένουν ακόμα αναπάντητες, οι μέχρι τώρα παρατηρήσεις συγκλίνουν στο ότι η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα πολλών παραγόντων, όπως γενετικών, περιβαλλοντικών και ορμονικών. Τα τελευταία χρόνια, έχουν αυξηθεί σημαντικά οι παράγοντες γνώσεις μας για τα γενετικά χαρακτηριστικά των ασθενών και άλλους παράγοντες (όπως λοιμογόνους και άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες, ορμονικές αλλαγές και ψυχολογικές επιβαρύνσεις) που μπορούν να ενεργοποιήσουν κάποιους βιολογικούς μηχανισμούς στο σώμα των ασθενών και να προκαλέσουν την εκδήλωση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Επιστημονικές έρευνες που βρίσκονται σε εξέλιξη προσπαθούν να κατανοήσουν αυτούς τους παράγοντες και τον τρόπο που αλληλεπιδρούν στη δημιουργία το νοσήματος.

Έρευνες των τελευταίων ετών έχουν αρχίσει να διαλευκάνουν τους παράγοντες που εμπλέκονται στην παθογένεση.

Γενετικοί (κληρονομικοί) παράγοντες:

Είναι καλά τεκμηριωμένο ότι υπάρχει γενετική προδιάθεση για την ανάπτυξη της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς κληρονομούν από τους γονείς τους ορισμένα γονίδια (δηλ. γενετικά χαρακτηριστικά) που τους κάνουν πιο επιρρεπείς στην ασθένεια αυτή. Μάλιστα, έχει γίνει κατανοητό ότι περισσότερα από ένα εμπλεκόμενα γονίδια καθορίζουν την μορφή και την βαρύτητα της ασθένειας. Ωστόσο, προς το παρόν, δεν υπάρχει απόλυτος και ακριβής τρόπος για να διαπιστωθεί αυτή η επιρρέπεια ή για να προβλεφθεί ποιος άνθρωπος θα εκδηλώσει ρευματοειδή αρθρίτιδα κάποια στιγμή της ζωής τους. Μερικά από τα γονίδια που έχουν διαπιστωθεί ότι καθορίζουν την προδιάθεση για Ρευματοειδή Αρθρίτιδα αντιπροσωπεύουν γονίδια που ελέγχουν την λειτουργία του ανοσολογικού συστήματος. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι ασθενείς που έχουν τέτοια γονίδια θα ασθενήσουν οπωσδήποτε, αφού φαίνεται ότι μια σειρά από άλλα ακόμη άγνωστα γονίδια, αλλά και περιβαλλοντικοί και άλλοι παράγοντες παίζουν ρόλο στην επαγωγή της ασθένειας.

Περιβαλλοντικοί παράγοντες:

Πιθανότατα, κάποιος παράγοντας του περιβάλλοντος (π.χ. ένας λοιμώδης παράγοντας, όπως κάποιος ιός ή βακτήρια) πυροδοτεί τη διαδικασία εκδήλωσης της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας σε άτομα των οποίων το γενετικό υπόστρωμα τους καθιστά ευαίσθητους στη νόσο. Θα πρέπει όμως να επισημανθεί ότι χωρίς αμφιβολία, η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα δεν είναι μεταδοτική.

Ορμονικοί παράγοντες:

Μια ποικιλία ορμονικών παραγόντων πιθανότητα εμπλέκεται στην γένεση της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας, όπως και άλλων αυτοάνοσων νοσημάτων. Πιστεύεται ότι η διαταραχή κάποιων ορμονών, είναι δυνατόν να επάγει την ανάπτυξη της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας σε ένα γενετικά προδιατεθειμένο άτομο που έχει ήδη εκτεθεί σε εκλυτικό περιβαλλοντικό παράγοντα.

1.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

Η διάγνωση και η θεραπεία των ασθενών χρειάζονται συντονισμένη προσπάθεια και συνεργασία του ασθενή και ιατρού, ενώ συχνά απαιτούν την συμμετοχή ποικίλων εξειδικευμένων λειτουργιών υγείας. Στη σύγχρονη πρακτική, αυτές οι φροντίδες υγείας συνήθως αναλαμβάνονται από ομάδα που μπορεί να περιλαμβάνει πολλές ιατρικές ειδικότητες, καθώς και εξειδικευμένους νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς. Ο θεράπων ρευματολόγος, ο οικογενειακός ιατρός, ή ένας ιατρός που είναι εξοικειωμένος με τα συστηματικά προβλήματα των αυτοάνοσων ρευματολογικών ασθενών είναι δυνατόν να αναλάβει τον ρόλο του συντονιστή - επικεφαλής στην ομάδα αυτή των λειτουργιών υγείας. Μερικές φορές, η οριστικοποίηση της διάγνωσης και θεραπείας είναι δυνατόν να απαιτήσει μια πιο μακρόχρονη ιατρική παρακολούθηση. Ενδεχόμενα, θα χρειαστεί η διενέργεια εξειδικευμένων εξετάσεων και η δοκιμή πολλαπλών και διαφορετικών φαρμακευτικών μέσων.

Η διάγνωση και η θεραπεία των ασθενών χρειάζονται συντονισμένη προσπάθεια και συνεργασία του ασθενή και ιατρού, ενώ συχνά απαιτούν τη συμμετοχή ποικίλων εξειδικευμένων λειτουργιών υγείας.

Μελέτες έχουν δείξει ότι, οι καλά ενημερωμένοι ασθενείς που συμμετέχουν ενεργά στη ρύθμιση της νόσου, αντιμετωπίζουν λιγότερα προβλήματα και επισκέπτονται λιγότερο συχνά τον ιατρό από ότι άλλοι ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. Τα προγράμματα εκπαίδευσης και αυτοεξυπηρέτησης ασθενών με αρθρίτιδα, ως και οι ομάδες υποστήριξης, βοηθούν στην καλύτερη ενημέρωση και ενεργητική στάση απέναντι στη νόσο. Τα προγράμματα αυτοεξυπηρέτησης ενημερώνουν σχετικά με τη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα και τη θεραπεία της, για τεχνικές ασκήσεις και χαλάρωσης, δίνουν τη δυνατότητα επικοινωνίας μεταξύ των ασθενών και γενικά επιλύουν προβλήματα. Γενικά, τα προγράμματα αυτά προσφέρουν τα ακόλουθα μακροπρόθεσμα οφέλη:

Βοηθούν τους ασθενείς να κατανοήσουν τη νόσο.

- Βοηθούν τους ασθενείς να μειώσουν τον πόνο σε εξάρσεις της νόσου
- Προσφέρουν φυσική, συναισθηματική και πνευματική υποστήριξη.
- Βοηθούν τους ασθενείς να ελέγχουν τη νόσο και ισχυροποιούν την πεποίθησή τους στην ικανότητα να σχεδιάζουν και να διάγουν γεμάτη ενέργεια και ανεξάρτητη ζωή.

1.6 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:

Η νόσος εισβάλλει ύπουλα. Αρχίζει από τις μικρές αρθρώσεις των χεριών και των ποδιών και κατόπιν εκτείνεται κεντρικότερα. Τα πρώτα σημάδια της πάθησης είναι πόνος στις αρθρώσεις, δυσκαμψία, ευαισθησία και παραμόρφωσή τους, που αναπτύσσονται μέσα σε διάστημα ετών. Μία ή περισσότερες αρθρώσεις διογκώνονται και παρουσιάζουν κάθε σημείο της φλεγμονής. Μερικές φορές η φλεγμονή αρχίζει σε μία μεγάλη άρθρωση όπως είναι το γόνατο, ο ώμος ή ο αστράγαλος.

Ωστόσο, μερικές φορές, η έναρξη της νόσου είναι πιο οξεία. Κόπωση, απώλεια όρεξης, απώλεια βάρους και πυρετός, όλα είναι συμπτώματα τα οποία μπορεί να προηγηθούν της φλεγμονής οποιασδήποτε άρθρωσης και στη συνέχεια να αποδειχθούν πρώιμα συμπτώματα της νόσου όπως η απώλεια όρεξης, απώλεια βάρους και πυρετός, όλα είναι συμπτώματα τα οποία μπορεί να προηγηθούν της φλεγμονής οποιασδήποτε άρθρωσης και στη συνέχεια να αποδειχθούν πρώιμα συμπτώματα της νόσου.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα ενδεχομένως διαγιγνώσκειτε δύσκολα στα αρχικά της στάδια. Αυτό οφείλεται σε ποικίλους λόγους. Καταρχήν, συχνά δεν είναι δυνατόν να αποκαλυφθεί με μία μόνο εξέταση. Επιπλέον, το είδος και η βαρύτητα των συμπτωμάτων διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή. Επίσης, είναι ενδεχόμενο να χρειάζεται χρόνος προκειμένου να αποκλεισθούν άλλες πιθανές διαγνώσεις, δεδομένου ότι τα συμπτώματα μπορεί να προσομοιάζουν σε αυτά άλλων τύπων αρθρίτιδας. Τέλος, μερικές φορές η συνολική κλινική εικόνα αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου και λίγα μόνο συμπτώματα εμφανίζονται από τα αρχικά στάδια. Έτσι ο ιατρός χρησιμοποιεί ποικίλα μέσα για να διαγνώσει τη νόσο και να αποκλείσει άλλες καταστάσεις.

Ατομικό Αναμνηστικό

Στο ατομικό Αναμνηστικό καταγράφονται τα συμπτώματα του ασθενούς, τότε και πώς αυτά ξεκίνησαν. Η ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ ασθενή και ιατρού έχει ιδιαίτερη σημασία. Για παράδειγμα, η περιγραφή του πόνου, της αγκύλωσης και αρθρικής καταστροφής και των μεταβολών τους στο χρόνο, είναι σημαντική για τη διαμόρφωση της αρχικής εκτίμησης του ιατρού για τη νόσο.

Φυσική εξέταση:

Εδώ περιλαμβάνεται η πλήρης ιατρική εξέταση των συστημάτων του οργανισμού, όπως για παράδειγμα του δέρματος, των πνευμόνων, της καρδιάς, της κοιλιάς, των αρθρώσεων, των νευρικών αντανακλαστικών, της μυϊκής δύναμης κ.λπ.

Εργαστηριακές εξετάσεις:

Ποικίλες εργαστηριακές εξετάσεις είναι στην διάθεση των ιατρών και αποσκοπούν στο να διευκολύνουν ή να υποστηρίξουν την κατανόηση των συμπτωμάτων των ασθενών και τελικά την διάγνωση. Μια κοινή εξέταση

αποτελεί η δοκιμασία για την ανεύρεση του ρευματοειδή παράγοντα, ενός παθολογικού αντισώματος που ανιχνεύεται στο αίμα των περισσότερων ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (τα αντισώματα είναι ειδικές πρωτεΐνες, προϊόντα του ανοσολογικού συστήματος, που φυσιολογικά βοηθούν στην άμυνα του οργανισμού από ξένους εισβολείς). Εντούτοις, δεν είναι όλοι οι ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα θετικοί στο ρευματοειδή παράγοντα, ειδικά στα αρχικά στάδια της νόσου, ούτε το σύνολο των ανθρώπων με ρευματοειδή παράγοντα αναπτύσσουν τη νόσο. Άλλες κοινές εξετάσεις είναι η γενική αίματος (λευκοκυτταρικός τύπος, έλεγχος για αναιμία) και η ταχύτητα καθίζησης τωνερυθρών αιμοσφαιρίων (που υποδηλώνει την παρουσία φλεγμονής).

Ακτινολογικές και άλλες εξετάσεις:

Οι ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα υποβάλλονται στην ακτινολογική εκτίμηση των αρθρώσεων προκειμένου να καθορισθεί η ενδεχόμενη παρουσία και ο βαθμός αρθρικών διαβρώσεων. Επιπρόσθετα, όταν κριθεί απαραίτητο, ποικίλες άλλες εξετάσεις (απλές ακτινογραφίες, αξονική τομογραφία, υπερηχογραφία κ.λπ.) μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την διερεύνηση της μορφολογίας και της λειτουργίας των οργάνων.

1.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αν και για την ώρα δεν υπάρχει μόνιμη ίαση για την Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, με σωστή και έγκαιρη αγωγή, στους περισσότερους ασθενείς η νόσος μπορεί να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά. Δηλαδή, η νόσος θεραπεύεται, αλλά προς το παρόν δεν ιάται. Στους κύριους στόχους της θεραπευτικής αντιμετώπισης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας περιλαμβάνονται:

- Πλήρης ύφεση της νόσου (τελικός στόχος)
- Ανακούφιση από τον πόνο και γενικά έλεγχος όλων των συμπτωμάτων της νόσου
- Πρόληψη της βλάβης των αρθρώσεων και, επομένως, πρόληψη των παραμορφώσεων των αρθρώσεων, των λειτουργικών κινητικών διαταραχών και της αναπηρίας
- Βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών

Τα τελευταία χρόνια σημειώθηκαν σημαντικές πρόοδοι τόσο στις γνώσεις μας πάνω στους παθογενετικούς μηχανισμούς της νόσου όσο και στη βιοτεχνολογία. Οι εξελίξεις αυτές είχαν ως αποτέλεσμα την παρασκευή και εισαγωγή στη θεραπευτική της ρευματοειδούς αρθρίτιδας νεότερων νοσοτροποποιητικών φαρμάκων στα οποία περιλαμβάνονται και οι βιολογικοί παράγοντες. Έτσι με την κατάλληλη χρησιμοποίηση σε κάθε ασθενή των φαρμάκων αυτών είναι σήμερα εφικτή η επίτευξη των παραπάνω στόχων της θεραπευτικής αντιμετώπισης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Ωστόσο, υπάρχουν δύο παράγοντες που αποτελούν απαραίτητες προϋποθέσεις για την επιτυχία αυτών των θεραπευτικών στόχων. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

Η έγκαιρη διάγνωση

Η πρώιμη και επιθετική θεραπευτική παρέμβαση

Η θεραπεία συνιστάται κυρίως στην χορήγηση δραστικών ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων που εμποδίζουν την ανάπτυξη των φλεγμονών σε συνδυασμό με την υποστηρικτική αγωγή που βελτιώνει τον τρόπο ζωής. Η αντιμετώπιση είναι συνήθως διαφορετική σε ασθενείς με μακρόχρονη νόσο (και συχνά ελλιπή θεραπευτική αγωγή), όπου μόνιμες βλάβες έχουν δημιουργηθεί, αλλά οι φλεγμονές δεν είναι πλέον παρούσες. Εδώ, η θεραπεία συνιστάται κυρίως σε συντηρητική αγωγή, αλλά και σε χειρουργικές επεμβάσεις. Έτσι, σε ένα ασθενή με παραμορφωτικές βλάβες από παλαιά αθεράπευτη αρθρίτιδα χορηγείται αγωγή για την ανακούφιση από τον πόνο και υποβάλλεται σε φυσιοθεραπεία και διορθωτικές ορθοπεδικές επεμβάσεις με σκοπό την διατήρηση της λειτουργικότητας των αρθρώσεων.

Η θεραπευτική αγωγή αποτελεί θέμα κλειδί για την επικοινωνία μεταξύ ασθενή και ιατρού. Μεταξύ άλλων, η συζήτηση με τον ιατρό βοηθά στην κατανόηση των προβλημάτων του νοσήματος και την επιβεβαίωση ότι ακολουθείται η σωστή αγωγή. Επίσης, η συζήτηση βοηθά τον ασθενή να πάρει αποφάσεις για ενδεχόμενη χειρουργική επέμβαση. Οι ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα χρειάζονται ισορροπία ανάμεσα σε άσκηση και ανάπαυση.

Προβλήματα του αρρώστου

1. Ελλιπής διακίνηση οξυγόνου (αναιμία)
2. Μείωση άνεσης (πόνος)
3. Μείωση δραστηριοτήτων (δυσκαμψία, παραμόρφωση αρθρώσεων, αίσθημα κόπωσης και αδυναμίας)
4. Επιπλοκές από τη φαρμακευτική θεραπεία
5. Υπολειμματικές αναπηρίες, με τις ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις
6. Αλλαγή σωματικού ειδώλου (παραμόρφωση)
7. Πόνος
8. Κίνδυνος ατυχημάτων εξ αιτίας δυσλειτουργίας των αρθρώσεων
9. Προβλήματα χρονιότητας

Σκοποί της φροντίδας

1. Προαγωγή άνεσης
2. Αύξηση λειτουργικότητας των αρθρώσεων και μυϊκής δύναμης
3. Πρόληψη επιπλοκών
4. Αναστολή εξέλιξης της νόσου
5. Διδασκαλία και βοήθεια αρρώστου και οικογένειας να προσαρμοστούν στη χρόνια ανικανότητα

1.8 ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΗ ΖΩΗ ΜΟΥ

Η άσκηση είναι καλή σχεδόν για όλους!

Παλιά επικρατούσε η άποψη ότι τα άτομα που έχουν ρευματοπάθεια δεν πρέπει να γυμνάζονται γιατί επιβαρύνουν τις ήδη ταλαιπωρημένες αρθρώσεις τους. Η σωματική άσκηση έχει δείξει θετικά αποτελέσματα στη βελτίωση της κατάστασης των ατόμων με ρευματοπάθεια.

- Ελευθερώνονται παυσίπονες ουσίες, γνωστές ως ενδορφίνες, οι οποίες οδηγούν σε καλύτερη διάθεση.
- Θα δυναμώσει το μυϊκό σύστημα, θα γίνουν οι αρθρώσεις ευλύγιστες και θα είναι δυνατή η απόκτηση και η διατήρηση του σωστού σωματικού βάρους.
- Επίσης η άσκηση συμβάλλει στον έλεγχο του άγχους και στη βελτίωση της κυκλοφορίας του αίματος.

Υπάρχουν τρεις μεγάλες κατηγορίες ασκήσεων:

1. Οι ασκήσεις αύξησης εύρους κίνησης. Στοχεύουν στην μείωση της δυσκαμψίας και της ελαττωμένης δυνατότητας κίνησης που προκαλείται από πολύ σφιγμένους μύες.

2. Οι ασκήσεις ενδυνάμωσης. Σχεδιάζουμε ένα πρόγραμμα του οποίου ο βαθμός δυσκολίας εξαρτάται από τις δυνατότητες του ατόμου. Για παράδειγμα αν θέλουμε να δυναμώσουμε τον τετρακέφαλο μπορούμε να ξεκινήσουμε σηκώνοντας απλά το πόδι ψηλά. Όταν αυτό γίνεται με ευκολία μπορούμε να αυξήσουμε την αντίσταση χρησιμοποιώντας κάποιο λάστιχο και τέλος να χρησιμοποιήσουμε κάποιο μικρό βάρος.

3. Οι ασκήσεις βελτίωσης της αντοχής. Οι ασκήσεις αυτές θα βελτιώσουν την κυκλοφορία του αίματος αλλά και τη λειτουργία των πνευμόνων, με αποτέλεσμα να βελτιωθεί η ικανότητα εκτέλεσης και δυσκολότερων κινήσεων. Επιπλέον υπάρχει η δυνατότητα επιλογής άλλου τρόπου ασκήσεων ανάλογα με το χρόνο που διαθέτει το άτομο και τις καθημερινές του δραστηριότητες.

Τέτοιες μορφές άσκησης είναι:

1. Το κολύμπι και η άσκηση στην πισίνα δηλαδή η Υδροθεραπεία.
2. Χορός
3. Γυμναστήριο (δρόμο και ποδήλατο).

Εάν μετά την εκτέλεση κάποιας άσκησης παρουσιαστεί πόνος που διαρκεί για 2 ώρες σημαίνει ότι η άσκηση αυτή είναι υπερβολικά δύσκολη για εσάς και δεν θα πρέπει να την επαναλάβετε. Πρέπει να αποφύγετε την άσκηση όταν έχετε κάποια φλεγμονή, παρουσιάσετε πυρετό ή γενικά δεν αισθάνεστε καλά.

A. Τρόπος Ζωής

Μια ολοκληρωμένη θεραπευτική προσέγγιση πρέπει να περιλαμβάνει την ενθάρρυνση δραστηριοτήτων που ενισχύουν την ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί ανεξάρτητα χωρίς φοβία και ανασφάλεια για το μέλλον του.

Ανάπαυση και άσκηση

Η άσκηση και η ανάπαυση βοηθούν σημαντικά. Οι ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα χρειάζονται ισορροπία ανάμεσα στα δύο, με περιόδους μεγαλύτερης ανάπαυσης, όταν η νόσος βρίσκεται σε έξαρση και με περισσότερη άσκηση, όταν αυτή βρίσκεται σε ύφεση. Η ανάπαυση αποτρέπει την καταπόνηση των αρθρώσεων, βοηθάει να μειώνεται η φλεγμονή και ο πόνος. Η διάρκεια του χρόνου που απαιτείται για ανάπαυση διαφέρει από άτομο σε άτομο, αλλά σε γενικές γραμμές, μικρά διαστήματα ξεκούρασης είναι πιο ωφέλιμα από ότι η μακρόχρονη κατάκλιση. Η άσκηση είναι σημαντική για την ενδυνάμωση των μυών, διατηρώντας την ευκινησία και ευλυγισία των αρθρώσεων. Επίσης συμβάλλει στη μείωση του πόνου και στη διατήρηση χαμηλού σωματικού βάρους, εξασφαλίζει καλύτερο ύπνο και προάγει τη θετική διάθεση. Το πρόγραμμα ασκήσεων θα πρέπει να σχεδιάζεται και να εκτελείται σε συνάρτηση με τις φυσικές ικανότητες του ατόμου, τα όρια και τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του.

Φροντίδα των αρθρώσεων:

Κάποιοι ασθενείς βρίσκουν ανακούφιση από την χρησιμοποίηση νάρθηκα για μικρό χρονικό διάστημα, σε μια προσβεβλημένη άρθρωση. Οι νάρθηκες χρησιμοποιούνται κυρίως στον καρπό και το χέρι, καθώς επίσης στον αστράγαλο και το πόδι. Ο ιατρός ή ο φυσιοθεραπευτής μπορεί να βοηθήσει στην τοποθέτηση και εφαρμογή του νάρθηκα. Άλλοι τρόποι για να μειωθεί η

καταπόνηση των αρθρώσεων είναι διάφορες επινοήσεις αυτοεξυπηρέτησης (για παράδειγμα ενδύματα με φερμουάρ, χρήση γλώσσας υποδημάτων με μακριά λαβή), κατασκευές που βοηθούν το κάθισμα και το σήκωμα και την καρέκλα, από το κάθισμα της τουαλέτας και το κρεβάτι και γενικά στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων.

Καταπολέμηση του άγχους:

Οι ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, πέρα από τα σωματικά, αντιμετωπίζουν και συναισθηματικά προβλήματα. Συναισθήματα που εκλύονται εξαιτίας της νόσου (φόβος, θυμός, απογοήτευση) σε συνδυασμό με τον πόνο και το φυσικό περιορισμό είναι δυνατόν να αυξήσουν τα επίπεδα άγχους. Μολονότι δεν έχει αποδειχθεί ότι το άγχος επάγει τη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, συχνά μπορεί να δυσκολέψει τη ζωή με τη νόσο. Το άγχος μπορεί να μειώσει την αντοχή στον πόνο. Διάφορες τεχνικές προσφέρονται για την αντιμετώπιση του άγχους. Τακτικές περιόδους ανάπαυσης μπορούν να βοηθήσουν όπως επίσης ασκήσεις χαλάρωσης. Επιπλέον τα προγράμματα άσκησης, η συμμετοχή σε ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης και το υψηλό επίπεδο επικοινωνίας με τους θεραπευτές βοηθούν στην καταπολέμηση του άγχους.

Υγιεινή διατροφή:

Με εξαίρεση συγκεκριμένους τύπους ελαίων, δεν είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι κάποιο είδος τροφής βοηθά ή βλάπτει τους περισσότερους ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. Προκαταρκτικές παρατηρήσεις από Έλληνες ερευνητές που όμως χρειάζονται επιβεβαίωση, έχουν υποδείξει μια πιθανή μείωση του κινδύνου ανάπτυξης Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας σε άτομα που διατρέφονται με ελαιόλαδο και χόρτα. Παρόλα αυτά, μια ολοκληρωμένη διατροφή με αρκετές (αλλά όχι υπερβολικές) θερμίδες, πρωτεΐνες και ασβέστιο είναι σημαντική για τους ασθενείς. Ορισμένοι ασθενείς ίσως χρειαστεί να είναι πιο προσεκτικοί όσον αφορά την υπερκατανάλωση αλκοολούχων ποτών, εξαιτίας των φαρμάκων που τους χορηγούνται. Όσοι λαμβάνουν μεθοτρεξάτη χρειάζεται να αποφεύγουν το αλκοόλ.

Ολοκληρωμένη διατροφή με αρκετές αλλά όχι υπερβολικές θερμίδες, πρωτεΐνες και ασβέστιο είναι σημαντική για τους ασθενείς

Περιβάλλον:

Ορισμένοι ασθενείς επισημαίνουν ότι η αρθρίτιδα επιδεινώνεται με τις απότομες αλλαγές του καιρού. Εντούτοις, δεν αποδεικνύεται ότι συγκεκριμένες κλιματολογικές συνθήκες μπορούν να ωφελήσουν ή να επιδεινώσουν τη νόσο. Μετακόμιση σε νέο τόπο διαμονής, με διαφορετικές κλιματολογικές συνθήκες, δεν επιφέρει μακροπρόθεσμες αλλαγές σε ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα.

β. Φαρμακευτική αγωγή:

Η πλειονότητα των ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα χρειάζεται να υποβάλλεται σε χρόνια φαρμακευτική αγωγή. Κάποιες ουσίες χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της φλεγμονής, ενώ άλλες χορηγούνται μόνο για την ανακούφιση από τον πόνο. Η γενική κατάσταση του ασθενή, η παρούσα και αναμενόμενη εξέλιξη της νόσου, η χρονική διάρκεια χορήγησης των φαρμάκων, καθώς επίσης η αποτελεσματικότητα και οι πιθανές παρενέργειες αυτών, λαμβάνονται υπόψη κατά τη συνταγογράφηση της φαρμακευτικής αγωγής. Η κύρια φαρμακευτική αγωγή της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας συνίσταται στην χορήγηση ειδικών δραστικών ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων που εμποδίζουν την ανάπτυξη των φλεγμονών.

Τα κυριότερα φάρμακα που χρησιμοποιούνται ανήκουν στην ομάδα των καλούμενων «τροποποιητικών της νόσου αντιρρευματικών φαρμάκων» και χορηγούνται προκειμένου να επιβραδύνουν την πορεία της νόσου .

Το φάρμακο δεν είναι αποτελεσματική, Σε μεγάλες δόσεις είναι τοξικά και ορισμένα από αυτά έχουν αρχικά χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία του καρκίνου. Ωστόσο, σε μικρές δόσεις έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικά για τη θεραπεία των χρόνιων ρευματικών νοσημάτων. Έχει δειχθεί ότι καλύτερα αποτελέσματα επιτυγχάνονται με την άμεση και αποφασιστική θεραπεία των νεοδιαγνωσθέντων ασθενών που

παρουσιάζουν ενεργό νόσο, με σκοπό την άμεση καταστολή της προόδου των φλεγμονών και την αποτροπή μόνιμων ιστικών καταστροφών. Έτσι, σε αντίθεση με ότι πιστευόταν στο παρελθόν, αυτές οι πιο δραστικές θεραπευτικές παρεμβάσεις επιχειρούνται όσο το δυνατόν νωρίτερα με την εμφάνιση της ασθένειας και συνίστανται στην χορήγηση αποτελεσματικών δόσεων των παραπάνω ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων.

Επιπλέον, όταν η χορήγηση ενός μόνο χορηγείται συνδυασμός δύο ή περισσότερων φαρμάκων. Όπως ήδη προαναφέρθηκε, η επιλογή της καταλληλότερης αγωγής εξαρτάται τόσο από την σοβαρότητα όσο και από την δραστηριότητα της νόσου στον κάθε ασθενή. Ο θεράπων ιατρός είναι δυνατόν να τροποποιεί τον τύπο και την ποσότητα των φαρμάκων που χορηγεί, ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας εμπίπτουν σε πέντε ομάδες:

- Αναλγητικά
- Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα
- Γλυκοκορτικοειδή (κορτιζόνη)
- Νοσοτροποποιητικά αντιρρευματικά φάρμακα

(Φάρμακα που τροποποιούν τη φυσική πορεία ρευματοειδούς αρθρίτιδας αναστέλλοντας την εξέλιξή της)

- Μεθοτρεξάτη
- Λεφλουνομίδη
- Κυκλοσπορίνη
- Σουλφασαλαζίνη
- Υδροξυχλωροκίνη
- Άλατα χρυσού
- Πενικιλλαμίνη

Βιολογικοί παράγοντες

(ELVOCL νεότερα νοσοτροποποιητικά αντιρρευματικά φάρμακα)

- Ινφλιξιμάμπη
- Ετανερσέπτη
- Ανταλιμουμάμπη
- Anakinra
- Ριτουξιμάμπη
- Αμπατασέπτη

Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστεί ότι κάθε ασθενής με ρευματοειδή αρθρίτιδα αποτελεί ξεχωριστή περίπτωση από πλευράς θεραπευτικής, αφού η ίδια πάθηση δεν παρουσιάζει τις ίδιες εκδηλώσεις ούτε την ίδια ανταπόκριση στη θεραπευτική αγωγή σε όλους τους ασθενείς. επομένως, αυτονόητο cm το θεραπευτικό πρόγραμμα, που θα εφαρμοστεί σε ένα συγκεκριμένο ασθενή, καθορίζεται από το θεράποντα γιατρό ρευματολόγο με βάση τα κλινικά δεδομένα, τις συνυπάρχουσες παθήσεις και γενικά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου ασθενούς.

γ. Χειρουργική Θεραπεία

Οι ασθενείς με σοβαρή αρθρική βλάβη είναι δυνατόν να υποβληθούν σε ποικίλες χειρουργικές επεμβάσεις. Πρωταρχικός σκοπός των επεμβάσεων είναι η μείωση του πόνου, η ανάκτηση της λειτουργικότητας των προσβεβλημένων αρθρώσεων και η βελτίωση της ικανότητας του ασθενή να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες. Όμως η χειρουργική επέμβαση δεν ενδείκνυται σε όλες τις περιπτώσεις και η απόφαση θα πρέπει να ληφθεί μόνο μετά από προσεκτική εξέταση μεταξύ ασθενή και ιατρού. Μαζί θα πρέπει να εκτιμήσουν τη γενικότερη κατάσταση υγείας του ασθενή, την κατάσταση της άρθρωσης ή του τένοντα που πρόκειται να χειρουργηθεί, όπως επίσης το λόγο, τους κινδύνους και τα πλεονεκτήματα της χειρουργικής επέμβασης. Το κόστος αυτής θα πρέπει να συνεκτιμηθεί. Μεταξύ των πιο συχνά εκτελούμενων χειρουργικών επεμβάσεων είναι η αντικατάσταση της άρθρωσης, η ανακατασκευή τενόντων και η υμενεκτομή.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την οξεία φάση

Για τη διευθέτηση της ΡΑ, ο κυριότερος αντικειμενικός σκοπός είναι: μείωση της φλεγμονής, ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και πρόληψη ή διόρθωση της παραμόρφωσης της άρθρωσης.

Ένα περιεκτικό καθημερινό πρόγραμμα για ασθενή με οξεία φάση ΡΑ μπορεί να περιλαμβάνει: αντιφλεγμονώδη φάρμακα, ανάπαυση, προστασία αρθρώσεων, θεραπευτική θερμότητα, άσκηση και εκπαίδευση ασθενούς και οικογενείας.

Οι νοσηλευτές αποτελούν αναπόσπαστο μέλος της ομάδας υγείας και εργάζονται πολύ στενά με όλα τα μέλη, προκειμένου να βοηθηθεί ο ασθενής να κάνει τις απαραίτητες προσαρμογές στον τρόπο της καθημερινής του ζωής.

Αντιμετώπιση του πόνου

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αρχίζουν με μια προσεκτική εκτίμηση των παρακάτω παραμέτρων.

A) Των φυσικών αναγκών

- Κατάσταση αρθρώσεως
- Πόνος εντόπιση, ένταση
- Οίδημα
- Κινητικότητα αρθρώσεων
- Γενική κατάσταση υγείας

B) Των ψυχοκοινωνικών αναγκών

- Υποστήριξη οικογένειας
- σχέσεις συζύγων
- συναισθηματικό stress
- επάγγελμα και επαγγελματική εξέλιξη

γ) Των περιβαλλοντικών αναγκών

- τρόπος και μέσα μεταφοράς

τροποποιήσεις περιβάλλοντος χώρου

Εκπαίδευση ασθενούς

Η εκπαίδευση του ασθενούς βασίζεται στη διεργασία της συμβουλευτικής και πραγματοποιείται από γιατρούς, νοσηλευτές και άλλους ρώστου, να επικοινωνούν κεπαγγελματίες υγείας. Η εκπαίδευση πρέπει να είναι

προσωπική με τον ασθενή και να ενισχύεται με εικόνες και ενημερωτικά φυλλάδια. Τα μόνα άτομα που βρίσκονται 24 ώρες το 24ωρο πλησίον του αρρώστου είναι οι νοσηλευτές. Το προνόμιο αυτό τους δίνει τη δυνατότητα να παρατηρούν συμπεριφορές, σημεία και συμπτώματα να εντοπίζουν μεταβολές στην πορεία της υγείας του αραι να λειτουργούν ως μεσολαβητές μεταξύ αρρώστου και μελών της ομάδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΟΔΕΥΤΙΚΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ

(ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΗ)

Συστηματικό Σκληρόδερμα

Το Συστηματικό Σκληρόδερμα είναι μια ρευματική πάθηση που χαρακτηρίζεται από αύξηση του συνδετικού ιστού στο δέρμα και διάφορα εσωτερικά όργανα. Υπάρχουν κατηγορίες της πάθησης ανάλογα με την κατανομή της ασθένειας στο δέρμα.

A. Περιορισμένο Σκληρόδερμα το οποίο προσβάλλει τα άνω και κάτω άκρα και οι ασθενείς παρουσιάζουν το φαινόμενο Raynaud. Χαρακτηριστικά της είναι οι τηλεαγγειεκτασίες στα χέρια και στο πρόσωπο και ασβετώσεις στα δάχτυλα των άνω άκρων.

B. Διάχυτο Σκληρόδερμα το οποίο προσβάλλει το δέρμα στα άνω και κάτω άκρα και τον κορμό. Ως επί το πλείστον η κατηγορία αυτή είναι η χειρότερη μορφή γιατί επηρεάζει πιο συχνά εσωτερικά όργανα ζωτικής σημασίας όπως νεφρούς - πνεύμονες.

2.1 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η συστηματική σκλήρυνση έχει παγκόσμια κατανομή και προσβάλλει κάθε φυλή. Η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται η νόσος αυξάνει σταθερά με την ηλικία, με συνηθέστερη έναρξη μεταξύ 3^{ης} και 5^{ης} δεκαετίας της ζωής. Η νόσος είναι σπάνια στα παιδιά και στους άνδρες ηλικίας κάτω των 30 ετών. Οικογενείς περιπτώσεις έχουν αναφερθεί, αλλά είναι σπάνιες. Η συχνότητα προσβολής μεταξύ γυναικών και ανδρών ποικίλλει από 3:1 έως 8:1. Η ετήσια συχνότητα ποικίλλει σημαντικά, κυμαινόμενη μεταξύ 4 και 19,1 νέων περιπτώσεων ανά εκατομμύριο, ενώ η επίπτωσή της εμφανίζει μεγάλες διακυμάνσεις, ανερχόμενη από 21 έως 286 άτομα ανά εκατομμύριο. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν δεδομένα

ετήσιας επίπτωσης, ενώ η συχνότητα της νόσου δεν έχει υπολογιστεί με ακρίβεια. Έμμεσες ενδείξεις οδηγούν στον υπολογισμό μιας συχνότητας της τάξης των 20 ατόμων ανά 100.000 πληθυσμού.

2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Το σκληρόδερμα παρουσιάζεται συνήθως στην ηλικία των 30-50 ετών. Συνήθως υπάρχει το φαινόμενο Raynaud, το οποίο μπορεί να προηγείται των άλλων κλινικών εκδηλώσεων μήνες ή και χρόνια ακόμη.

Φαινόμενο Raynaud

Παρατηρείται σε όλους σχεδόν τους ασθενείς με σκληρόδερμα και συνήθως προηγείται της νόσου. Χαρακτηρίζεται από αγγειόσπασμα των δακτυλικών αρτηριών των χεριών, αλλά και των ποδιών μετά από έκθεση στο κρύο ή μετά από συγκνησιακή φόρτιση. Στο φαινόμενο Raynaud παρατηρούνται τρεις φάσεις:

- A) ωχρότητα ή λεύκανση που οφείλεται σε αγγειόσπασμα.
- B) κυάνωση που οφείλεται στη στάση του αίματος και στην απομάκρυνση του οξυγόνου και
- Γ) ερυθρότητα που οφείλεται στην αγγειοδιαστολή και αντιδραστική υπεραιμία.

Προσβολή του δέρματος

Παρατηρούνται τρεις φάσεις: η οίδηματώδης, η σκληρυντική και η ινωτική.

A. **Οίδηματώδης.** Παρατηρείται οίδημα των άκρων χεριών, των αντιβράχιων, των άκρων ποδιών και των κνημών. Μπορεί να είναι η αρχική εκδήλωση της νόσου. Διαρκεί λίγες εβδομάδες ή μήνες.

B. **Σκληρυντική.** Η σκλήρυνση αρχίζει από τα άκρα χέρια

(σκληροδακτυλία). Προσβάλλει τα αντιβράχια, τους βραχίονες, τον κορμό, το πρόσωπο (ανέκφραστο προσωπείο σαν μάσκα), σκλήρυνση γύρω από το στόμα (εικόνα στόματος ψαριού). Διαρκεί μήνες ή χρόνια.

Γ. **Ινωτική**. Παρατηρούνται έντονες παραμορφώσεις των δακτύλων των άκρων χεριών (γαμψοδακτυλία, αγκύλωση δακτύλων και αρθρώσεων). Άλλες βλάβες που παρατηρούνται στο δέρμα είναι: έλκη στις ράγες των δακτύλων, τηλαγγειεκτασίες (παλαμών, χεριών, προσώπου, γλώσσας, στόματος), ασβεστώσεις μαλακών μορίων, υπέρχρωση ή αποχρωματισμός του δέρματος.

Μυοσκελετικό σύστημα: Παρατηρείται φλεγμονώδης αρθρίτιδα και αρθραλγία. Συχνά παρουσιάζεται δερματικός τριγμός, που οφείλεται στις θήκες των τενόντων και των αρθρώσεων. Η ατροφία των ιστών εκδηλώνεται με μυϊκή αδυναμία.

Γαστρεντερικό σύστημα: Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν οισοφαγίτιδα, ελάττωση του περισταλτισμού του οισοφάγου και δυσφαγία. Από την προσβολή του εντέρου προκαλείται δυσκοιλιότητα, εντερική στάση και σπάνια απόφραξη. Η βλάβη στο ήπαρ μπορεί να εμφανισθεί ως ηπατική κίρρωση.

Άλλες εκδηλώσεις: Άλλα ζωτικά όργανα που προσβάλλονται είναι οι πνεύμονες, οι νεφροί και η καρδιά. Η καρδιά προσβάλλεται κυρίως δευτεροπαθώς, από την πνευμονική υπέρταση. Σπάνια παρατηρούνται περικαρδίτιδα και καρδιομυοπάθεια.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση στηρίζεται κυρίως στις δερματικές εκδηλώσεις και στο χαρακτηριστικό προσωπείο. Οι υπόλοιπες εξετάσεις των πνευμόνων, των νεφρών ή του γαστρεντερικού επιβεβαιώνουν τη διάγνωση.

2.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Καμιά μορφή φαρμακευτικής θεραπείας δεν μπορεί να επηρεάσει την πορεία του σκληροδέρματος. Με τη χορήγηση των κορτικοειδών βελτιώνεται πολύ μικρός αριθμός ασθενών. Επί προσβολής των πνευμόνων, καλά αποτελέσματα επιτυγχάνονται με τη χορήγηση της D -πενικιλλαμίνης. Για το φαινόμενο Raynaud χορηγείται νιφεδιπίνη και η αρτηριακή υπέρταση απαντά καλύτερα στην καπτοπρίλη. Η θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνει:

1. φάρμακα για να βοηθήσουν στον έλεγχο της πάθησης.
2. την κατάλληλη φροντίδα του δέρματος.
3. την άσκηση.

Φροντίδα και προστασία του δέρματος

Ο στόχος είναι να υπάρχει καλή ροή του αίματος στο δέρμα ώστε να προστατεύεται από το σκάσιμο, το ξεφλούδισμα και τις εξελκώσεις. Τα άνω και τα κάτω άκρα πρέπει να διατηρούνται ζεστά. Απαραίτητα είναι τα γάντια και οι κάλτσες τις κρύες μέρες του χειμώνα.

Για να διατηρήσετε το δέρμα όσο πιο ελαστικό γίνεται αποφύγετε να χρησιμοποιείτε φάρμακα καθαρισμού ή και οποιαδήποτε ουσία που μπορεί να ερεθίσει το δέρμα.

Εάν καπνίζετε θα πρέπει απαραίτητως να σταματήσετε το κάπνισμα γιατί επιβαρύνει την καρδιακή και αναπνευστική λειτουργία που μπορεί να επηρεαστούν από τη νόσο.

Άσκηση και προστασία των αρθρώσεων

Ένα σωστό πρόγραμμα άσκησης είναι πολύ σημαντικό. Απαιτείται τακτική και συστηματική άσκηση με ήπιες κινήσεις. Ο ιατρός σε συνεργασία με τον εκπαιδευμένο φυσιοθεραπευτή θα πρέπει να δώσει ένα πρόγραμμα άσκησης και συμβουλές για προστασία του δέρματος και των αρθρώσεων.

Διατροφή

Προσπαθήστε να έχετε ισορροπημένα γεύματα και να διατηρείτε το βάρος σας. Να πίνετε νερό ή υγρά με εύκολα στη μάσηση φαγητά και να μασάτε καλά την τροφή σας. Έξι μικρά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας είναι προτιμότερο.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Επιβίωση πάνω από 5 χρόνια απαντάται σε ποσοστό 70% των ασθενών. Σε προσβολή των πνευμόνων αυτή μειώνεται στο 40-45%.

ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

Τα μέτρα που λαμβάνονται για τους ασθενείς με σκληρόδερμα είναι:

1. Η προφύλαξη των άκρων από το κρύο
2. Η άμεση θεραπεία των λοιμώξεων
3. Η αντιμετώπιση της υπέρτασης
4. Η αντιμετώπιση της αναπνευστικής και νεφρικής ανεπάρκειας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ

Ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος (ΣΕΛ) είναι μια αυτοάνοση, άγνωστη αιτιολογία νόσος, η οποία χαρακτηρίζεται από την παραγωγή αυτοαντισωμάτων. Τα αυτόαντισώματα είναι πρωτεΐνες τις οποίες παράγει ο οργανισμός για να καταστρέψει ξένους επιβλαβείς παράγοντες που εισέρχονται σ' αυτόν. Συστηματικός γιατί μπορεί να προσβάλλει πολλά όργανα του ανθρώπινου σώματος όπως: αρθρώσεις, νεφρά, καρδιά, πνεύμονες. Ερυθματώδης λόγω του Ερυθήματος δηλαδή του ερυθρού εξανθήματος που εμφανίζεται κυρίως στο πρόσωπο. Λύκος λόγω των παλιών ιστορικών περιγραφών του παραμελημένου εξανθήματος προσώπου που θύμιζε δαγκωματιές από λύκο

Η νόσος μπορεί να εμφανισθεί σε κάθε ηλικία, με συχνότερη έναρξη στις ηλικίες μεταξύ 14-64 ετών. Παρατηρείται συχνότερη εμφάνιση στις γυναίκες, κυρίως κατά την αναπαραγωγική ηλικία της ζωής τους και ιδιαίτερα της μαύρης φυλής.

Η πορεία της νόσου χαρακτηρίζεται από την εναλλαγή ύφεσης και οξείας ή χρόνιας έξαρσης. Κανένα σύμπτωμα και καμία εργαστηριακή εξέταση δεν είναι ικανή από μόνη της να επιβεβαιώσει τη διάγνωση του ΣΕΛ. Γι' αυτό το λόγο η αναγνώριση των ασθενών αυτών, η διάκρισή τους από άλλους που εμφανίζουν όμοια συμπτώματα, άλλων όμως νοσημάτων, κρίνεται απαραίτητη.

Η δε διάγνωση του ΣΕΛ μπορεί να βασισθεί στην χρησιμοποίηση των κριτηρίων τα οποία έχουν καθιερωθεί για επιδημιολογικούς και ερευνητικούς σκοπούς:

- .Δέρμα: Εξάνθημα προσώπου ή εξάνθημα πεταλούδας (στα ζυγωματικά και τη ράχη της μύτης)
- .Δισκοειδές εξάνθημα
- .Φωτοευαισθησία
- .Στοματικά έλκη
- .Αρθρίτιδα
- .Μαλλιά: Ασυνήθιστη απώλεια μαλλιών
- .Νεφρικές διαταραχές (λευκωματουρία, αιματουρία κυτταρικοί κυλινδροί)

- .Ορογονίτιδα (πλευρίτιδα ή περικαρδίτιδα ή περιτονίτιδα)
- .Νευρολογικές διαταραχές (επιληψία, ψύχωση)
- . Νευρικό σύστημα: Πονοκέφαλος, ζάλη, διαταραχές της μνήμης αλλαγές στη συμπεριφορά
- .Αιματολογικές διαταραχές (αιμολυτική αναιμία ή λευκοπενία ή θρομβοκυτταροπενία)
- Οστά: Οστεονέκρωση λόγω κακής κυκλοφορίας
- Διογκωμένοι λεμφαδένες
- Ανοσολογικές διαταραχές: Παρατηρείται αύξηση της γ-σφαιρίνης και ελάττωση του συμπληρώματος

Ο ΣΕΛ είναι μια πάθηση με ποικιλόμορφη κλινική εικόνα, αλλά και πορεία της οποίας ορισμένες υποκατηγορίες, απαιτούν ειδική αναφορά και αυτές είναι:

Ο δισκοειδής ερυθματώδης λύκος: το 90% των περιπτώσεων του οποίου περιορίζονται στο δέρμα και το 10% αφορά δισκοειδείς δερματικές εκδηλώσεις κατά την έναρξη του συστηματικού ερυθματώδη λύκου. Οι χαρακτηριστικές δισκοειδείς βλάβες είναι ερυθματώδεις πλάκες με απολέπιση, κεντρική ουλοπίηση του δέρματος στο κεντρικό σημείο της βλάβης και μόνιμο αποχρωματισμό αυτού.

Ο υποζύς δερματικός λύκος: Αφορά το 10% των περιπτώσεων του ΣΕΛ, οι βλάβες που εμφανίζονται είναι μικρές, ερυθματώδεις, δακτυλιοειδείς, συμμετρικές, επιφανειακές και δεν αφήνουν ουλή.

Αυτός ο τύπος δερματικής βλάβης συνήθως συνοδεύεται από χαρακτηριστικά εργαστηριακά ευρήματα όπως έλλειψη του συμπληρώματος και οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν σημαντική φωτοευαισθησία.

Ο όψιμος ΣΕΛ, ο οποίος εμφανίζεται μετά την ηλικία των 50 ετών, αφορά το 15% όλων των περιπτώσεων του ΣΕΛ και είναι ηπιότερης μορφής.

Ο νεογνικός λύκος αφορά ένα σύνδρομο που εμφανίζεται σε νεογνά τα οποία γεννιούνται από μητέρες με ΣΕΛ, οι οποίες έχουν στο αίμα τους ειδικά αυτοαντισώματα και συγκεκριμένα το αντι - Ro (SSA) και αντι -La (SSB), τα οποία διαπερνούν τον πλακούντα και μεταφέρονται από τη μητέρα στο έμβryo.

Τα βρέφη αυτά, μετά τη γέννησή τους, εμφανίζουν τυπικό εξάνθημα όταν εκτεθούν σε υπεριώδη ακτινοβολία, σπάνια όμως αναπτύσσουν ΣΕΛ και τα αυτοαντισώματα που ανιχνεύονται στο αίμα τους, συνήθως μετά την πάροδο του εξαμήνου εξαφανίζονται.

Ο φαρμακογενής λύκος, για τον οποίο έχουν ενοχοποιηθεί αρκετά φάρμακα, έχει περίπου τα ίδια γνωρίσματα με τον ιδιοπαθή ΣΕΛ, τα οποία όμως είναι ηιότερα και μετά τη διακοπή του υπεύθυνου φαρμάκου εξαφανίζονται.

Ο ιδιοπαθής ΣΕΛ παρατηρείται μόνο σε λίγες περιπτώσεις. Το σύνηθες είναι οι ασθενείς στην αρχή να εμφανίζουν ένα ή δύο συμπτώματα, όπως κόπωση, μυαλγίες, αρθρίτιδα και αργότερα άλλες εκδηλώσεις της νόσου.

3.1 ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΝΕΥΜΟΝΕΣ

1. **Πλευρίτιδα**. Η πλευρίτιδα είναι συχνή κλινική εκδήλωση του ΣΕΛ. Σε νεκροτομές βρέθηκε σε πολύ υψηλό ποσοστό (93%). Το υγρό είναι εξίδρωμα και σ' αυτό ανευρίσκονται αντιπυρηνικά αντισώματα και κύτταρα λύκου.

2. **Αομδφεις**. Οι πνευμονίτιδες είναι οι πιο συχνές εκδηλώσεις από τις λοιμώξεις των πνευμόνων.

3. **Ατελεκτασίες**. Αυτές ανακαλύπτονται στην ακτινογραφία θώρακα με τη μορφή των γραμμωδών σκιάσεων στις βάσεις των πνευμόνων.

4. **Αιμορραγίες**. Οι πνευμονικές αιμορραγίες παρουσιάζονται στο 2-3% των ασθενών.

5. **Μυοσίτιδα των αναπνευστικών μυών**. Αυτή εκδηλώνεται με δύσπνοια και η διάγνωση βασίζεται στην ελάττωση των αναπνευστικών όγκων και των εισπνευστικών στοματικών πιέσεων.

6. **Πνευμονική υπέρταση**. Εμφανίζεται κυρίως σε ασθενείς με φαινόμενο Raynaud και αναπτύσσεται σε έδαφος αγγειίτιδας.

7. **Αεροφόρες οδοί**. Η επιγλωττίτιδα, η λαρυγγίτιδα και το οίδημα των φωνητικών χορδών είναι αποτέλεσμα της προσβολής των ανώτερων αεροφόρων οδών. Οι μικρές αεροφόρες οδοί παρουσιάζουν απόφραξη

στο 10% των ασθενών.

8. Διάμεσος ιστός πνευμόνων. Η υποτροπιάζουσα πνευμονία είναι η πιο συχνή βλάβη που προκαλεί η νόσος στους πνεύμονες. Παρατηρείται διαδοχική προσβολή διαφόρων περιοχών των πνευμόνων. Τα συμπτώματα είναι η έντονη δύσπνοια, η κυάνωση και η ταχυκαρδία. Η τελική βλάβη της προσβολής του διάμεσου ιστού των πνευμόνων μπορεί να είναι η πνευμονική ίνωση.

ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΑΛΛΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

Πολυαρθρίτιδα και αρθραλγίες είναι τα πρώτα και πιο συχνά συμπτώματα της νόσου. Οι δερματικές βλάβες απαντώνται στο 85% των ασθενών με ΣΕΛ. Συχνή είναι η εντόπιση στους νεφρούς, νευρικό σύστημα και καρδιά.

3.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι άγνωστο αν η νόσος ιάται και συνεπώς η θεραπεία βασίζεται στην ανακούφιση συμπτωμάτων, την καταστολή της φλεγμονής και την πρόληψη μελλοντικών διαταραχών. Η πρόληψη προϋποθέτει την πλήρη ενημέρωση του ασθενή για την ασθένειά του, ώστε να μπορεί να συνεργασθεί. Για τους ασθενείς που εμφανίζουν φωτοευαισθησία επιβάλλεται η προστασία από την υπεριώδη ακτινοβολία (απαγορεύεται η έκθεση στον ήλιο και είναι αναγκαία η χρήση αντηλιακών προϊόντων). Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται κατά τη χρήση φαρμάκων που την επιτείνουν, όπως αντιβιοτικά και για οποιαδήποτε χρήση να ενημερώνεται ο γιατρός. Επίσης η χρήση αντισυλληπτικών που περιέχουν οιστρογόνα συνοδεύεται συχνά από εξάρσεις και πρέπει να αποφεύγονται. Οι λοιμώξεις είναι συχνές στους ασθενείς με ΣΕΛ και ο ασθενής που

εμφανίζει πυρετό απαιτεί άμεση και προσεκτική εκτίμηση, ενώ είναι απαραίτητη η προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών στους ασθενείς που γίνονται, οδοντιατρικής φύσεως εργασίες και γυναικολογικοί χειρισμοί (αποξέσεις κτλ). Αντιγριπικά εμβόλια πρέπει να γίνονται καθώς και το εμβόλιο για τον πνευμονόκοκκο στους ασθενείς που έχει γίνει σπληνεκτομή. Η εγκυμοσύνη απαγορεύεται σε γυναίκες που παίρνουν κυτταροστατικά φάρμακα, όπως και σε περιόδους που η νόσος είναι ενεργός, κυρίως στη νεφρίτιδα. Οι έγκυες γυναίκες πρέπει να έχουν συχνότερη και λεπτομερέστερη παρακολούθηση.

Η υπέρταση απαιτεί επιθετική αντιμετώπιση.

Η αντιμετώπιση της νεφροπάθειας χρειάζεται ειδικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, τύπος δε της θεραπείας καθορίζεται από το αποτέλεσμα της βιοψίας του νεφρού, η οποία θα αποτελέσει τον γνώμονα για την έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών, διότι η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να αλλάξει θεαματικά την πορεία της νόσου.

Κατηγορίες φαρμάκων

Οι κατηγορίες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του ΣΕΛ είναι:

- Αντιφλεγμονώδη: Χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο του πόνου. Μπορεί να προκαλέσουν αιμορραγίες στο στομάχι. Επίσης δεν πρέπει να χορηγούνται κατά τους πρώτους τρεις μήνες της εγκυμοσύνης.
- Ανθελονοσιακά: Είναι πολύ αποτελεσματικά στον έλεγχο της κόπωσης, του πυρετού αλλά και των εξανθημάτων. Πρέπει να γίνεται οφθαλμολογικός έλεγχος κατά τη χρήση.
- Κορτικοστεροειδή: Η χρήση τους θα πρέπει να γίνεται με προσοχή και σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού γιατί η αλόγιστη χρήση μπορεί να προκαλέσει σοβαρές και ανεπιθύμητες παρενέργειες όπως αύξηση του βάρους, σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση ή διαταραχές στην όραση.
- Ανοσοκατασταλτικά: Χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της προσβολής οργάνων. Μπορεί όμως να επηρεάσουν δυσμενώς την άμυνα

του οργανισμού με αποτέλεσμα την ευπάθεια στις λοιμώξεις.

Όλα τα φάρμακα είναι πολύ σοβαρά και πρέπει να λαμβάνονται σύμφωνα με τις οδηγίες του θεράποντα ιατρού. Εάν εμφανιστεί οποιαδήποτε παρενέργεια θα πρέπει να ενημερώνεται ο θεράπων γιατρός.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Με τη χρήση των κορτικοειδών η επιβίωση την τελευταία 30ετία έχει βελτιωθεί πολύ. Πενταετής επιβίωση επιτυγχάνεται στο 90-98% των ασθενών με ΣΕΛ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΣΕΛ

3.1 Γενικά

Μετά τη διάγνωση για ΣΕΛ, η ζωή επηρεάζεται σημαντικά και προκαλείται ανατροπή τόσο στη ζωή του ίδιου του ατόμου όσο και των γύρω του. Είναι πολύ σημαντικό το άτομο να υιοθετήσει από την αρχή μια θετική στάση και να συμφιλιωθεί με την πάθηση που θα το συντροφεύει σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. Να πιστέψει ότι αν προσπαθήσει μπορεί να ζήσει καλά με τον ΣΕΛ και να έχει μια ζωή δημιουργική και ποιοτική.

Συναισθήματα / Οι πρώτες αντιδράσεις

Όταν γίνει η διάγνωση, αρχικά δημιουργείται αίσθημα ανακούφισης. Παράλληλα όμως, μπορεί να υπάρξει απόγνωση, ανασφάλεια αλλά και φόβος για το άγνωστο, την πιθανή απομόνωση από το κοινωνικό σύνολο, την πιθανή απώλεια εργασίας. Τα νέα δεδομένα της ζωής και τις βλάβες που μπορεί να δημιουργηθούν στον οργανισμό.

Θετική και Αισιόδοξη Αντιμετώπιση

Το πρώτο βήμα είναι η σωστή και συνεχής ενημέρωση για την πάθηση, η ανάπτυξη θετικής στάσης ζωής και να προχωρήσεις μπροστά με δύναμη, πίστη και αισιοδοξία. Θα πρέπει να προσπαθήσει να βγει από την κατάσταση της απόγνωσης, την αδυναμία, τον πόνο, την απελπισία και να δει τη ζωή με την πρόκληση και την ιδιαιτερότητα να ζεις με μια χρόνια πάθηση.

Η κόπωση στον ΣΕΛ και πως αντιμετωπίζεται

Η εμφάνιση κόπωσης είναι προειδοποιητικό σημείο για υποτροπή της νόσου και πρέπει να ενημερώνεται αμέσως ο θεράπων γιατρός. Πολλές φορές εκδηλώνεται σαν μια κατάσταση πλήρους εξόντωσης, άλλοτε σαν ατονία και κατάπτωση.

Τι μπορεί να γίνει γι' αυτό;

- Φρόντισε να κοιμάσαι αρκετά.
- Καθιέρωση στη ζωή σου τη μεσημβρινή ανάπαυση.
- Κρατήσου σε φόρμα, βάζοντας της άσκηση στη ζωή σου.
- Ακολούθησε μια υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή.
- Απέφευγε τις στρεσογόνες καταστάσεις.
- Σημαντικό: να γνωρίζεις το σώμα σου, να κατανοείς τις δυνατότητές σου, να ξεκουράζεσαι και να συνεχίζεις όταν είσαι έτοιμος ξανά.

Φροντίδα δέρματος

Ένα άλλο συχνό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με ΣΕΛ είναι τα εξανθήματα. Χαρακτηριστικό είναι το εξάνθημα που εμφανίζεται στο πρόσωπο και το δισκοειδές εξάνθημα. Για να προστατεύσετε το δέρμα σας πρέπει:

- Να χρησιμοποιείτε πάντα και σε όλη τη διάρκεια του χρόνου αντηλιακές κρέμες με υψηλό δείκτη προστασίας για το πρόσωπο και το σώμα.
- Καπέλο ή ομπρέλα και μακρύ λεπτό μανίκι και το καλοκαίρι για να μην εκτίθεστε στην υπεριώδη ακτινοβολία.
- Η θάλασσα επιτρέπεται αλλά ο ήλιος θα πρέπει να αποφεύγεται. Μπορείτε να απολαμβάνετε τη θάλασσα νωρίς το πρωί και αργά το απόγευμα.
- Να τηρείτε τους κανόνες προσωπικής υγιεινής.
- Να χρησιμοποιείτε υποαλλεργικά καλλυντικά ή καλλυντικά για ευαίσθητα δέρματα τα οποία να δοκιμάζετε πριν τα χρησιμοποιήσετε.
- Να διατηρείτε τα άκρα των χεριών και των ποδιών ζεστά με κάλτσες και γάντια κατά τη διάρκεια του χειμώνα.
- Σωστό σωματικό βάρος και υγιεινή διατροφή.
- Ενυδάτωση του δέρματος με ειδικές κρέμες γιατί αυτό αφυδατώνεται με αποτέλεσμα απολέπιση ή κνησμό.

Η ζωή με τον ΣΕΛ μπορεί να μην είναι εύκολη υπόθεση, σίγουρα όμως τίποτα δεν είναι ακατόρθωτο. Θα χρειαστεί να αλλάξουν πολλά τόσο στις καθημερινές σας συνήθειες, στην οικογενειακή, στην κοινωνική καθώς και στην επαγγελματική σας ζωή για να μπορέσετε να ανταπεξέλθετε στα νέα δεδομένα της ζωής σας.

Να μάθετε να ζείτε με τον ΣΕΛ και να θυμάστε ότι η θετική στάση και η εξοικείωση μαζί του είναι σημαντικά όπλα για μια καλή ζωή για εσάς, την οικογένεια και τους φίλους σας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Η παιδική ηλικία είναι ηλικία εμφάνισης πολλών σωματικών αναπηρικών καταστάσεων κληρονομικής, φλεγμονώδους ή τραυματικής αιτιολογίας. Πολλές διαταραχές δεν επιτρέπουν στο παιδί να κινείται άλλες εμφανίζονται κατά τη γέννηση, όπως το συγγενές εξάρθρωμα του ισχίου, ενώ άλλες εμφανίζονται αργότερα, κατά την παιδική ηλικία. Από αυτές, μερικές μπορεί να συμβούν σε οποιαδήποτε ηλικία, όπως τα κατάγματα, ενώ άλλες κάνουν την εμφάνισή τους σε χαρακτηριστικές ηλικίες, όπως η νεανική ρευματοειδής αρθρίτιδα.

Οι σωματικοί περιορισμοί μπορεί να είναι προσωρινοί ή να είναι μόνιμοι και να χρειάζεται να βρεθεί κάποια εναλλακτική λύση, ώστε να αποκτήσει το παιδί την ικανότητα να κινείται. Μερικές κινητικές διαταραχές βοηθούνται από ειδικές θεραπείες για άλλες, η θεραπεία είναι απλά υποστηρικτική. Προβλήματα που συνδέονται με μόνιμες αναπηρίες, ειδικά σε εκείνες που αποκτώνται στη μεγαλύτερη παιδική ηλικία, είναι η ψυχολογική προσαρμογή και μεταβολές στο είδωλο του παιδιού για τον εαυτό του.

Τα ρευματικά νοσήματα της παιδικής ηλικίας δεν είναι σπάνια και σήμερα περιλαμβάνουν τουλάχιστον 110 παθολογικές καταστάσεις, που συνδυάζονται με αρθρίτιδα ή άλλες μυοσκελετικές εκδηλώσεις. Προκειμένου να γίνει διάγνωση βέβαιης ρευματοειδούς αρθρίτιδας, η υμενίτιδα πρέπει να διαρκεί, χωρίς διακοπή, τουλάχιστον έξι εβδομάδες. Αν και η ταξινόμηση, η διάγνωση και η θεραπεία των ρευματικών νοσημάτων της παιδικής ηλικίας είναι παρόμοια με εκείνη των ενηλίκων, ωστόσο υπάρχουν και αξιολογες διαφορές. Στις διαφορές αυτές περιλαμβάνονται, πρώτον, ο κεντρικός ρόλος των γονέων σε όλες τις πλευρές της φροντίδας και περιθάλψεως του παιδιού και, δεύτερον, οι μείζονες επιπτώσεις της σωματικής αναπτύξεως του παιδιού στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, στη συμμόρφωση του ασθενούς και στην πρόγνωση της νόσου.

Το πρόβλημα των χρόνιων ρευματοπαθειών στα παιδιά και κυρίως της χρόνιας αρθρίτιδας είναι ένα πρόβλημα με κοινωνικές προεκτάσεις, αν αναλογιστεί κανείς ότι πρόκειται για μακροχρόνια αρρώστια που ταλαιπωρεί ψυχικά, σωματικά και οικονομικά όλη την οικογένεια. Τα περισσότερα ρευματοπαθή παιδιά χρειάζεται να παίρνουν φάρμακα επί χρόνια ή και να κάνουν συνεχώς φυσικοθεραπείες ή και να παρακολουθούνται συνεχώς και από άλλους ειδικούς π.χ. οφθαλμίατρο ή ορθοπεδικό κτλ. Έτσι, η χρόνια ρευματοπάθεια στα παιδιά απαιτεί ένα συνεχή αγώνα των γονιών, του παιδιού και των θεραπόντων του, ώστε η αντιμετώπιση της αρρώστιας να γίνει ολοκληρωμένα και σωστά. Μόνο έτσι θα προληφθούν σοβαρές επιπλοκές και μελλοντικές μόνιμες αναπηρίες.

Η νεανική ιδιοπαθή (χρόνια) αρθρίτιδα είναι ανάμεσα στα δέκα συχνότερα χρόνια νοσήματα των παιδιών και είναι περίπου το ίδιο συχνή όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η επιληψία. Άλλες χρόνιες ρευματοπάθειες που προσβάλλουν τα παιδιά είναι κυρίως ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος, η δερματομυοσίτιδα, το σκληρόδερμα, νόσος Kawassaki, ορισμένα σύνδρομα αγγειίτιδας κ.α.

Ο όρος "ρευματοπάθεια" αναφέρεται γενικά σε παθήσεις που προσβάλλουν κατά κύριο λόγο το μυοσκελετικό σύστημα. Μια χρόνια άσηπτη φλεγμονή του συνδετικού ιστού που υπάρχει άφθονος στο σύστημα αυτό, οδηγεί στην εκδήλωση χρόνιας αρθρίτιδας ή μυοσίτιδας ή ενθεσίτιδας που αποτελούν τις κυρίαρχες εκδηλώσεις των ρευματικών παθήσεων.

Στην κοινή γνώμη, οι ρευματοπάθειες συνδέονται με τη μεγάλη ηλικία. Η αντίληψη αυτή δεν είναι σωστή, γιατί αρκετές από τις ρευματοπάθειες που προσβάλλουν τους ενήλικες προσβάλλουν επίσης και τα παιδιά. Για παράδειγμα, υπολογίζεται ότι σε κάθε 10 ενήλικες με ρευματοειδή αρθρίτιδα αντιστοιχεί περίπου ένα παιδί με νεανική ιδιοπαθή (χρόνια) αρθρίτιδα.

Η νεανική ιδιοπαθή (χρόνια) αρθρίτιδα είναι ανάμεσα στα δέκα συχνότερα χρόνια νοσήματα των παιδιών και είναι περίπου το ίδιο συχνή

όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η επιληψία. Άλλες χρόνιες ρευματοπάθειες που προσβάλλουν τα παιδιά είναι κυρίως ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος, η δερματομυοσίτιδα, ορισμένα σύνδρομα αγγειίτιδας, το σκληρόδερμα, η μικτή νόσος του συνδετικού ιστού κ.ά..

Το πρόβλημα των χρόνιων ρευματοπαθειών στα παιδιά και κυρίως της χρόνιας αρθρίτιδας είναι ένα πρόβλημα με κοινωνικές προεκτάσεις, αν αναλογιστεί κανείς ότι πρόκειται για μακροχρόνια αρρώστια που ταλαιπωρεί ψυχικά, σωματικά και οικονομικά όλη την οικογένεια. Τα περισσότερα ρευματοπαθή παιδιά χρειάζεται να παίρνουν φάρμακα επί χρόνια ή και να κάνουν συνεχώς φυσικοθεραπεία ή και να παρακολουθούνται συνεχώς και από άλλους ειδικούς π.χ. οφθαλμίατρο ή ορθοπαιδικό κ.λ.π.

Αν δεν υπάρχουν αυτές οι προϋποθέσεις, η αρρώστια κάποτε θα υποχωρήσει, αλλά θα αφήσει πίσω της ένα άτομο με ειδικές ανάγκες. Το κοινωνικό σύνολο μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά ώστε να μην έχουμε αυτή την κατάληξη. Πώς; Με την ενίσχυση του παιδικού αντιρευματικού αγώνα που στόχο έχει την παροχή κάθε δυνατής επιστημονικής, οικονομικής και ηθικής συμπαράστασης προς τα παιδιά που πάσχουν από χρόνιες ρευματοπάθειες και τις οικογένειές τους.

5.1 Ιδιαιτερότητες των παιδικών ρευματοπαθειών

Οι ρευματοπάθειες της παιδικής ηλικίας έχουν ορισμένες ιδιαιτερότητες σε σχέση με τις ρευματοπάθειες των ενηλίκων. Για παράδειγμα: Πολλές από τις ρευματοπάθειες των ενηλίκων δεν υπάρχουν στα παιδιά, αλλά και ορισμένες ρευματοπάθειες των παιδιών δεν υπάρχουν στους ενήλικες. Η ίδια πάθηση έχει διαφορετική κλινική εικόνα, πορεία και έκβαση στα παιδιά, από ότι στους ενήλικες.

Ορισμένα από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στις ρευματοπάθειες των ενηλίκων δεν είναι δυνατό να χρησιμοποιούνται στα παιδιά. Η σπουδαιότερη ιδιαιτερότητα είναι, ότι η προσβολή του μυοσκελετικού συστήματος σ' έναν αναπτυσσόμενο οργανισμό, όπως

είναι ο παιδικός, έχει σοβαρές συνέπειες στην όλη σωματική του ανάπτυξη και ακόμη περισσότερο στην ψυχοσωματική του διάπλαση και στη διαμόρφωση του χαρακτήρα και της συμπεριφοράς του.

Όποιος γνωρίζει τις ιδιαιτερότητες αυτές αντιλαμβάνεται τη σπουδαιότητα της έγκαιρης και σωστής από την αρχή αντιμετώπισης μιας χρόνιας ρευματοπάθειας στα παιδιά. Αλλά, ενώ η έγκαιρη διάγνωση είναι θέμα ειδικών γνώσεων και εμπειρίας του γιατρού που θα εξετάσει πρώτος το παιδί, η σωστή αντιμετώπισή της είναι μια πολύπλοκη διαδικασία. Πολλές φορές απαιτεί τη συνεργασία άλλων ειδικοτήτων και πάντα και πάνω απ' όλα απαιτεί την ικανότητα προσέγγισης, κατανόησης και συνεργασίας με το άρρωστο παιδί. Μ' ένα παιδί που ζει μ' ένα συνεχή πόνο στα μέλη που του χρειάζονται όσο τίποτα άλλο σ' αυτή την ηλικία: Τα χέρια και τα πόδια του για να μπορεί να τρέξει, να παίξει και να αθληθεί όπως όλα τα άλλα παιδιά της ηλικίας του.

Οι ιδιαιτερότητες των παιδικών ρευματοπαθειών οδήγησαν στην ανάγκη να οργανωθεί ο παιδικός αντιρευματικός στη Β. Ελλάδα.

Ο παιδικός αντιρευματικός αγώνας στη Β. Ελλάδα

Ο «παιδικός αντιρευματικός αγώνας» ξεκίνησε από τη Θεσσαλονίκη το Μάρτιο του 1989. Μέσα σε λίγους μήνες, με πολύ ενθουσιασμό και ζήλο δημιουργήθηκαν οι δύο σύλλογοι του παιδικού αντιρευματικού αγώνα: Ο σύλλογος φίλων των παπιδιών με χρόνιες ρευματοπάθειες και ο σύλλογος γονέων και κηδεμόνων των παιδιών με χρόνιες ρευματοπάθειες.

Το γεγονός, ότι η προσπάθεια αυτή θα ήταν πρωτοποριακή για την Ελλάδα, αποτέλεσε ίσως ένα ισχυρό κίνητρο και έτσι μέσα σε λίγους μήνες, με πολύ ενθουσιασμό και ζήλο για κάθε είδους προσφορά στο ρευματοπαθές παιδί, δημιουργήθηκαν οι δύο σύλλογοι του παιδικού αντιρευματικού αγώνα: ο σύλλογος "φίλων των παιδιών με χρόνιες ρευματοπάθειες" και ο σύλλογος "γονέων και κηδεμόνων των παιδιών με χρόνιες ρευματοπάθειες". Οι δύο σύλλογοι έχουν κοινούς στόχους και συνεργάζονται στενά για να βελτιώσουν με οποιονδήποτε τρόπο τις

συνθήκες αντιμετώπισης των παιδιών που πάσχουν από χρόνιες ρευματοπάθειες.

Με πρότυπο τους στόχους της Ελληνικής Εταιρείας Αντιρευματικού Αγώνα (ΕΛΕΑΝΑ) για τους ενήλικες και με γνώμονα τις ειδικές ανάγκες των παιδιών (διαφορετική έκφραση των ρευματικών νοσημάτων στην παιδική ηλικία, διαφορετική αντιμετώπιση), στις 15 Μαρτίου 1989, ιδρύθηκε το καταστατικό των δύο συλλόγων και στις 21 Νοεμβρίου του 1989 εγκρίθηκε από το Πολυμελές Πρωτοδικείο Θεσ/νίκης με την απόφαση 704/89.

Μέχρι την επίσημη αναγνώρισή τους, οι δύο σύλλογοι, με συντονισμένες προσπάθειες, εργάστηκαν πυρετωδώς: Έγιναν πολλά διοικητικά συμβούλια, γράφτηκαν εκατοντάδες γράμματα προς τα μέλη και προς διάφορους φορείς και ιδιώτες, διαμορφώθηκε το έμβλημα των δύο σωματείων και τυπώθηκαν έντυπα με τους στόχους του παιδικού αντιρευματικού αγώνα.

Οι στόχοι των δύο συλλόγων συνοψίζονται ως εξής:

Ο στόχος του συλλόγου "γονέων και κηδεμόνων των παιδιών με χρόνιες ρευματοπάθειες" είναι να βελτιώσουν με οποιονδήποτε τρόπο τις συνθήκες αντιμετώπισης των παιδιών που πάσχουν από χρόνιες ρευματοπάθειες.

Αυτό σημαίνει:

- Να έχουν οι γονείς όσο το δυνατό καλύτερη ενημέρωση πάνω στην αρρώστια του παιδιού τους, προφορική (ιδιαίτερες συνομιλίες με τους θεράποντες γιατρούς, εκλαϊκευμένες ομιλίες, σεμινάρια κ.λ.π.) ή γραπτή (ενημερωτικά έντυπα).

- Να είναι εύκολος ο εφοδιασμός τους με αντιρευματικά φάρμακα που είναι κατάλληλα για την παιδική ηλικία (σκευάσματα σε σιρόπια ή δισκία) έστω και αν δεν κυκλοφορούν στη χώρα μας.

- Να γίνεται συστηματική εκπαίδευσή τους καθώς και εκπαίδευση των παιδιών τους πάνω στον τρόπο εκτέλεσης των ασκήσεων

φυσικοθεραπείας. Οι ασκήσεις αυτές πρέπει να γίνονται συστηματικά και μακροχρόνια για να επιτύχουν πλήρη αποκατάσταση των αρθρώσεων που πάσχουν και να προλάβουν μόνιμες αναπηρίες.

- Να εξασφαλίσουν τη συνεργασία ειδικά εκπαιδευμένων ορθοτεχνικών οι οποίοι να είναι σε θέση να κατασκευάζουν τους κατάλληλους για κάθε περίπτωση νάρθηκες.

- Να ενισχύσουν την ανάπτυξη ειδικού Παιδορευματολογικού Κέντρου στο Ιπποκράτειο ΓΠΝ Θεσσαλονίκης, όπου ήδη λειτουργεί ειδικό παιδορευματολογικό ιατρείο, πλαισιωμένο και από άλλες ειδικότητες, στο οποίο παρακολουθούνται μόνο παιδιά με χρόνιες ρευματοπάθειες.

- Να προβάλουν το πρόβλημα των παιδικών χρόνιων ρευματοπαθειών και τις κοινωνικές του προεκτάσεις στο ευρύ κοινό και σε κάθε αρμόδιο κρατικό ή άλλο φορέα του εσωτερικού ή του εξωτερικού.

Ο στόχος του συλλόγου "Φίλων των παιδιών με χρόνιες ρευματοπάθειες" είναι η παροχή κάθε δυνατής επιστημονικής, κοινωνικής, οικονομικής και ηθικής συμπαράστασης προς τα παιδιά που πάσχουν από χρόνιες ρευματοπάθειες και τις οικογένειές τους.

Αυτό σημαίνει:

- Τα μέλη του συλλόγου να συμβάλουν στη βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης και αντιμετώπισης αυτών των παιδιών, άμεσα ή έμμεσα.

- Να βοηθήσουν στην προβολή του προβλήματος των παιδικών χρόνιων ρευματοπαθειών και στην κατανόησή του από το κοινό και από κάθε αρμόδιο κρατικό ή άλλο φορέα του εσωτερικού ή του εξωτερικού.

- Να προωθήσουν την επιστημονική έρευνα για τη βαθύτερη γνώση των ρευματικών παθήσεων της παιδικής ηλικίας και για την καλύτερη αντιμετώπισή τους.

- Να αναπτύξουν κάθε άλλη νόμιμη δραστηριότητα που θα συμβάλει στην προώθηση και επίλυση των ιατρικών, κοινωνικών και

οικονομικών προβλημάτων των παιδιών που πάσχουν από χρόνιες ρευματοπάθειες.

5.2 Στόχοι - Επιτεύγματα

- Να έχουν οι γονείς όσο το δυνατό καλύτερη ενημέρωση πάνω στην αρρώστια του παιδιού τους, προφορική ή γραπτή.
- Να είναι εύκολος ο εφοδιασμός τους με αντιρευματικά φάρμακα που είναι κατάλληλα για την παιδική ηλικία, έστω κι αν δεν κυκλοφορούν στην χώρα μας.
- Να γίνεται συστηματική εκπαίδευσή τους καθώς και των παιδιών τους πάνω στον τρόπο εκτέλεσης των ασκήσεων φυσικοθεραπείας. Οι ασκήσεις πρέπει να γίνονται συστηματικά και μακροχρόνια για να επιτύχουν πλήρη αποκατάσταση των αρθρώσεων που πάσχουν και να προλάβουν μόνιμες αναπηρίες.
- Να εξασφαλίσουν τη συνεργασία ειδικά εκπαιδευμένων ορθοτεχνικών οι οποίοι να είναι σε θέση να κατασκευάζουν τους κατάλληλους για κάθε περίπτωση νάρθηκες.
- Να προβάλουν το πρόβλημα των παιδικών χρόνιων ρευματοπαθειών και τις κοινωνικές του προεκτάσεις στο ευρύ κοινό και σε κάθε αρμόδιο κρατικό ή άλλο φορέα του εσωτερικού ή του εξωτερικού.

Ο στόχος του συλλόγου «Φίλων των παιδιών με χρόνιες ρευματοπάθειες» είναι η παροχή κάθε δυνατής επιστημονικής, κοινωνικής, οικονομικής και ηθικής συμπαράστασης προς τα παιδιά που πάσχουν από χρόνιες ρευματοπάθειες και τις οικογένειές τους.

5.3 Ηλικία – Συχνότητα

Η ηλικία εμφάνισης των παιδικών ρευματοπαθειών κκυμαίνεται από τη βρεφική μέχρι την εφηβική . ειδικότερα, υπάρχουν ρευματοπάθειες που εκδηλώνονται από ηλικίες 6 μηνών μέχρι 16 ετών, άλλες που εκδηλώνονται κυρίως στη βρεφική ηλικία και άλλες που εκδηλώνονται μόνο στην προεφηβική και εφηβική ηλικία.

Ως προς τη συχνότητα, υπολογίζεται ότι 1:1.000 περίπου παιδιά πάσχει από μία χρόνια ρευματοπάθεια. Στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ, η συχνότερη είναι η νεανική ιδιοπαθής αρθρίτιδα που συγκαταλέγεται ανάμεσα στα δέκα συχνότερα χρόνια νοσήματα της παιδικής ηλικίας.

5.4 Συνηθέστερες κλινικές εκδηλώσεις των παιδικών ρευματικών νοσημάτων

- Παρατεινόμενος πυρετός ή πυρέτιο (>10 ημέρες)
- Ανορεξία, στασιμότητα αύξησης ή απώλεια βάρους
- Γενική αδιαθεσία (κακουχία)
- Χαρακτηριστικές για κάθε νόσημα δερματικές εκδηλώσεις
- Εκδηλώσεις από το μυοσκελετικό σύστημα (αρθραλγίες, μυαλγίες)
- Περικαρδίτιδα ή πολυορογονίτιδα
- Κλινική νεφρίτιδα
- Εκδηλώσεις από τα μάτια
- Κοιλιαλγία, αιμορραγία από τον ΓΕ σωλήνα, νέκρωση τμήματος του εντέρου (χειρουργική κοιλία)
- Εκδηλώσεις από το ΚΝΣ (σπασμοί, ψυχωσικό σύνδρομο)
- Ενδοκαρδίτιδα - Μυοκαρδιοπάθεια
- Διάμεση ίνωση πνευμόνων
- Διόγκωση σιαλογόνων αδένων (υποτροπιάζουσα), διόγκωση

λεφμαδένων

- Φαινόμενο Raynaud
- Οζίδια στην περιοχή πρόσφυσης των τενόντων (χέρια, πόδια, αγκώνες)
- Επασβεστώσεις μυών.

5.5 Διάγνωση - Διαφορική διάγνωση

- Ποικιλία κλινικής έκφρασης που κλιμακώνεται από ασυμπτωματική πορεία ή ήπια κλινική διαδρομή μέχρι βοριά κλινική εικόνα με κεραυνοβόλο εισβολή και προσβολή ζωτικών οργάνων κατά την πορεία ώστε να απειλείται η ζωή του παιδιού
- Ετεροχρονική εκδήλωση των κλινικών συμπτωμάτων, ώστε πολλές φορές να μην είναι δυνατό να τεθεί από την αρχή η διάγνωση, ιδίως όταν τα πρώτα συμπτώματα είναι μη ειδικά (πυρετός, κακουχία, ανορεξία, μυαλγίες)
- Απουσία ειδικών εργαστηριακών ευρημάτων, παθογνωμονικών για τη διάγνωση, όπως συμβαίνει με άλλα νοσήματα π.χ. βρουκέλλωση
- Παρουσία κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων που είναι κοινά στα περισσότερα από τα νοσήματα αυτά (αρθρίτιδα, κοιλιαλγία, μυοσίτιδα).

Η διαφορική διάγνωση των ρευματικών νοσημάτων είναι επίσης δύσκολη. Τα συμπτώματα από το μυοσκελετικό σύστημα είναι μια από τις συχνότερες αιτίες που οδηγούν ένα παιδί στον γιατρό. Ωστόσο, κάθε ενόχλημα από το μυοσκελετικό σύστημα δεν σημαίνει ότι αυτό οφείλεται σε ρευματικό νόσημα. Το πιθανότερο είναι να οφείλεται σε μια κοινή ή παροδική αιτία όπως σε μικροτραυματισμό, υπέρχρηση μιας άρθρωσης ή ομάδας μυών, κάκωση περιαρθρικών μορίων ή μυών, μεταλοιμώδη / αντιδραστική άσηπτη φλεγμονή. Μια καλή κλινική εξέταση και μερικές βασικές εργαστηριακές εξετάσεις τις περισσότερες φορές αρκούν για να μας οδηγήσουν στη σωστή διάγνωση. Σε περίπτωση υποψίας ορθοπαιδικής πάθησης θα ζητήσουμε τη βοήθεια του ειδικού. Σε περίπτωση παθολογικών εργαστηριακών ή κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων θα επενδύουμε την έρευνα προς την κατεύθυνση ρευματικού νοσήματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΝΕΑΝΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Η νεανική ρευματοειδής αρθρίτιδα (NPA) είναι χρόνια φλεγμονώδης γενικευμένη συστηματική νόσος, που εκδηλώνεται με ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων, από τα οποία το κυριότερο και το συχνότερο είναι η αρθρίτιδα. Αποτελεί τη συχνότερη ρευματική νόσο της παιδικής ηλικίας. Η αιτιοπαθογένεια της νόσου είναι άγνωστη, στις πιθανές αιτίες περιλαμβάνονται η λοίμωξη, η ανοσολογική αντίδραση, η ανοσογενετική προδιάθεση, ο τραυματισμός και το stress. Εκδηλώνεται σε ηλικίες μικρότερες των 16 ετών, με μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης στις ηλικίες από ενός έως τριών ετών και μάλιστα στα κορίτσια.

Παθοφυσιολογία

Η ρευματοειδής διεργασία χαρακτηρίζεται από χρόνια φλεγμονή του αρθρικού υμένα με συλλογή υγρού μέσα στην άρθρωση που καταλήγει σε διάβρωση, καταστροφή και ίνωση του αρθρικού χόνδρου.

6.1 Τρόποι εισβολής και κλινικές εκδηλώσεις

Ανάλογα με τον τρόπο εισβολής και τις κλινικές εκδηλώσεις, η NPA διακρίνεται σε τρεις βασικές μορφές.

Οξεία εμπύρετη 0- συστηματική μορφή (Νόσος του Still)

- Εμφανίζεται κυρίως σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των 7 ετών. Η προσβολή των δύο φύλων είναι σχεδόν ίση, με μια μικρή υπέρβαση των κοριτσιών (1,5:1).
- Αντιπροσωπεύει το 30% των περιπτώσεων.
- Περίπου 50% των παιδιών έχουν αρθρική συμμετοχή στην αρχή, ενώ τα άλλα αναπτύσσουν αρθρίτιδα μετά από 4-9 μήνες, φαινόμενο που δυσχεραίνει τη διάγνωση.
- Συστηματικά χαρακτηριστικά:

- Αρχικά, ανορεξία και κακουχία
- Διαλείπων πυρετός, με 1-2 εξάρσεις την ημέρα πάνω από 38,9°C. Εμφάνιση θερμοκρασίας κάτω του φυσιολογικού μεταξύ των αυξήσεων σπασμοί (όχι πάντοτε).
- Εξάνθημα ερυθματώδες, κηλιδώδες ή κηλιδοβλατιδώδες, που εντοπίζεται στον κορμό και στα άκρα και μερικές φορές στο πρόσωπο (έχει μεταναστευτικό χαρακτήρα). Το εξάνθημα μπορεί να είναι παροδικό. Η θερμότητα, η αμηχανία ή η τριβή το κάνει πιο έντονο.
- Ηπατοσπληνομεγαλία.
- Γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια.
- Αναιμία (Hίκάτω από 28%).
- Περιοφθαλμικό οίδημα.
- Καρδίτιδα - ταχυκαρδία (δυσανάλογη προς τον πυρετό), ταχύπνοια, περικαρδίτιδα, μυοκαρδίτιδα.
- Πλευρίτιδα ή πνευμονίτιδα ανεξάρτητη από την καρδίτιδα.
- Συμμετοχή του ΚΝΣ μπορεί να παρατηρηθεί στην αρχή της νόσου.

Αξιόλογη λευκοκυττάρωση (20.000-80.000/mm³), θρομβοκυττάρωση. Η ΤΚΕ είναι συνήθως αυξημένη και η ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων μπορεί να αποκαλύψει αύξηση των σφαιρινών, ιδιαίτερα της α2 και των ανοσοσφαιρικών G,M και A.

Οι ορολογικές αντιδράσεις για ρευματοειδή παράγοντα και αντιπυρηνικά αντισώματα είναι σχεδόν πάντοτε αρνητικές.

Τα συστηματικά συμπτώματα διαρκού 6-9 μήνες. Πολλά παιδιά παρουσιάζουν επανειλημμένες υποτροπές και τελικά αναπτύσσουν χρόνια πολυαρθρίτιδα. Όσο πιο μικρό είναι το παιδί, όταν προσβληθεί από τη νόσο, τόσο χειρότερη είναι η πρόγνωση της αρθρικής λειτουργίας. Δυστυχώς τα 2/3 των παιδιών με συστηματική ΝΡΑ είναι ηλικίας μικρότερης των 5 ετών. Αρχικά, προσβάλλονται τα χέρια και τα πόδια, αλλά η δυσλειτουργία του ισχίου είναι συχνά το κυριότερο αίτιο αναπηρίας για τη μετέπειτα ζωή. Ανακοπή της ανάπτυξης επίσης αναμένεται. Παρά την αρνητική πρόγνωση, 75% των παιδιών παρουσιάζουν υφέσεις χωρίς αξιόλογη αναπηρία.

Πολυαρθρική μορφή

Τη μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζει η νόσος σε παιδιά ηλικίας 6-12 ετών και προσβάλλει συχνότερα τα κορίτσια από τα αγόρια.

- Αντιπροσωπεύει το 25% των περιπτώσεων.
 - Χαρακτηρίζεται από αρθρίτιδα πέντε ή περισσότερων αρθρώσεων:
 - Η οξεία εισβολή εκδηλώνεται με επώδυνη διόγκωση των αρθρώσεων.
 - Η ύπουλη εισβολή με ελάχιστο ή καθόλου πόνο' ωστόσο, το παιδί μπορεί να μορφάζει κατά την κίνηση ή να κουτσαίνει.
 - Οι μεγάλες αρθρώσεις που συμμετέχουν πιο συχνά είναι: γόνατο, πηχεοκαρπικές, του αγκώνα και ποδοκνημικές.
 - Οι προσβεβλημένες αρθρώσεις είναι οίδηματώδεις, ευαίσθητες, θερμές, αλλά όχι ερυθρές.
 - Η φλεγμονώδης εξεργασία μπορεί να επεκταθεί από τις αρθρώσεις στους τένοντες και στα οστά και να προκαλέσει σημαντικό περιορισμό της κινητικότητας. - Άλλες περιοχές που συχνά συμμετέχουν είναι:
 - (1) Οι αρθρώσεις, της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και του ισχίου' υπάρχει ευαισθησία και περιορισμός των κινήσεων.
 - (2) Οι μετααρσιοφαλαγγικές αρθρώσεις - οίδηματώδεις και ευαίσθητες' πόνος στη φτέρνα (ρευματικό πόδι).
- Συστηματικές εκδηλώσεις παρουσιάζονται λιγότερο συχνά από ό,τι στην οξεία εμπύρετη μορφή. Χαμηλός πυρετός και γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια μπορεί να παρατηρηθούν.
 - Οι οροαντιδράσεις για ανίχνευση του ρευματοειδούς παράγοντα και για αντιπυρηνικά αντισώματα μπορεί να είναι θετικές.

- Η συχνότητα της αναπηρικής αρθρικής νόσου είναι υψηλή, όταν ο ρευματοειδής παράγοντας είναι θετικός.

Η πολυαρθρική μορφή της ΝΡΑ συχνά συγχέεται με την αρθρίτιδα που συνδέεται με ελκώδη κολίτιδα, ψωρίαση και αγκυλωτική σπονδυλίτιδα ή με την παροδική αρθρίτιδα που μερικές φορές παρατηρείται μετά από εμβόλιο ερυθράς. Γι' αυτό ο νοσηλευτής πρέπει να πάρει προσεκτικά ιστορικό υγείας του παιδιού και της οικογένειας, του παρελθόντος και του παρόντος.

Μονοαρθρική μορφή

- Προσβάλλει κυρίως παιδιά ηλικίας 1 -6 ετών
- Χαρακτηρίζεται από προσβολή μιας μέχρι πέντε αρθρώσεων, κυρίως των κάτω άκρων. Μερικά από τα παιδιά αυτά τελικά αναπτύσσουν την πολυαρθρική μορφή της ΝΡΑ.
- Συστηματική συμμετοχή σπάνια υπάρχει και εμφανίζεται με:
 - Εξάνθημα
 - Μικρή πυρετική κίνηση
 - Λεμφαδενοπάθεια και σπληνομεγαλία
 - Αυξημένη συχνότητα οφθαλμικής συμμετοχής 21% των περιπτώσεων αναπτύσσουν ιριδοκυκλίτιδα, ειδικά τα παιδιά με θετικά αντιπυρηνικά αντισώματα.
 - Η δοκιμασία για πυρηνικά αντισώματα είναι θετική στο 1/2 των περιπτώσεων.

Γενικές κλινικές εκδηλώσεις Τα συμπτώματα μπορεί να αναπτυχθούν προοδευτικά με προοδευτική δυσκαμψία, οίδημα και περιορισμό των κινήσεων της άρθρωσης ή αρθρώσεων.

- Τα συμπτώματα μπορεί να αναπτυχθούν γρήγορα με απότομη εμφάνιση συμπτωματικής αρθρίτιδας σε μία ή περισσότερες αρθρώσεις.
- Αρχικά, προσβάλλονται συνήθως οι αρθρώσεις των γονάτων, οι ποδοκνημικές, οι πηχεοκαρπικές, των ποδιών και των δακτύλων.
- Οι αρθρώσεις είναι οίδηματώδεις και θερμές.
- Πόνος και δυσκαμψία της άρθρωσης μπορεί να εμφανισθεί πριν παρατηρηθούν αντικειμενικές μεταβολές.
- Παρατηρείται περιορισμός της κίνησης των φλεγμαινουσών

αρθρώσεων.

- Χαρακτηριστική θέση του σώματος για την προστασία των αρθρώσεων από την κίνηση, ανήσυχη επώδυνη έκφραση (στην πολυαρθρίτιδα) είναι συχνή.
- Η πρωινή δυσκαμψία των αρθρώσεων παρατηρείται μετά από περιόδους αδράνειας.
- Ατροφία και μυϊκή αδυναμία κοντά στις προσβεβλημένες αρθρώσεις μπορεί να αναπτυχθούν.
- Στις χρονίως προσβεβλημένες αρθρώσεις μπορεί να παρατηρηθεί εξάρθρωση, παραμόρφωση ή σύζευξη (fused).
- Υποδόριοι όζοι μπορεί να εμφανισθούν πάνω από τα σημεία πίεσης (γόνατα, αγκώνες κ.λ.π.)
- Μικρά, παραμορφωμένα πόδια μπορεί να είναι αποτέλεσμα της συμμετοχής του ποδιού κατά την πρώτερη παιδική ηλικία.
- Μικρογναθία (συνήθως μικρή κάτω γνάθος), ως αποτέλεσμα κροταφογναθικής αρθρίτιδας.
- Ατρακτοειδείς μεταβολές των δακτύλων μπορεί να συμβούν. Φλεγμονή του ματιού (αμφοτερόπλευρη ή μονόπλευρη ραγοειδίτιδα ή ιριδοκυκλίτιδα). Το παιδί μπορεί να μην έχει στην αρχή συμπτώματα. Εάν αργότερα εμφανισθούν συμπτώματα μπορεί να προκληθεί μη αναστρέψιμη βλάβη του ματιού, συμπεριλαμβανομένων του γλαυκώματος και του καταρράκτη.
- Ερυθρότητα
- Πόνος
- Φωτοφοβία
- Μειωμένη οπτική οξύτητα
- Οι κόρες δεν αντιδρούν

6.2 Νοσηλευτική παρέμβαση

- Γνώση του τρόπου χορήγησης των φαρμάκων, της δράσης, των ανεπιθύμητων ενεργειών, των ταξικών ενεργειών και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

- Παραμονή του παιδιού στο κρεβάτι ή ακινητοποίηση των επώδυνων

αρθρώσεων με νάρθηκες κατά τη διάρκεια των εξάρσεων για περιορισμό της φλεγμονής και μείωση του πόνου.

- Τοποθέτηση των προσβεβλημένων αρθρώσεων σε έκταση για πρόληψη δυσκαμψίας και αγκυλώσεων. Η πρηνής θέση ενθαρρύνεται για την έκταση των ισχίων και των γονάτων, όπως κατά την περίοδο της ανάπαυσης ή την παρακολούθηση τηλεόρασης.

- Εκτέλεση παθητικών ασκήσεων πλήρους τροχιάς καθημερινώς, εάν είναι ανεκτές, κατά τη διάρκεια των οξέων και επώδυνων επεισοδίων.

- Ενθάρρυνση του παιδιού να ακολουθεί το καθημερινό πρόγραμμα ενεργητικών ασκήσεων, στο βαθμό αντοχής του.

- Αποφυγή υπερβολικής άσκησης. Μπορεί να οδηγήσει σε γρήγορη καταστροφή της άρθρωσης.

- Πόνος που αυξάνεται μετά από ένα σχήμα ασκήσεων ή διαρκεί πάνω από 2 ώρες μετά την άσκηση είναι ενδεικτικός υπερβολικής δραστηριότητας και πρέπει να μειωθεί η δραστηριότητα.

- Άσκηση μέσα στο νερό είναι ευκολότερη για τις φλεγμαίνουσες αρθρώσεις. Οι ασκήσεις μέσα στην πισίνα είναι η ευκολότερη μέθοδος για άσκηση μεγάλου αριθμού αρθρώσεων. Η κολύμβηση δυναμώνει τους μυς και διατηρεί την κινητικότητα των μεγάλων αρθρώσεων.

- Εκτέλεση ισομετρικών ασκήσεων σε ηλικίας μεγαλύτερης των 4 χρόνων για πρόληψη μυϊκής ατροφίας, όταν η φλεγμαίνουσα άρθρωση είναι ακινητοποιημένη.

- Εφαρμογή υγρής θερμότητας για μείωση του μυϊκού σπασμού και της μεταναπαυσιακής δυσκαμψίας.

- Θερμό μπάνιο στην μπανιέρα ή ντουζ αμέσως μετά το πρωινό σήκωμα μειώνει την πρωινή δυσκαμψία.

- Μερικές φορές γίνονται καθημερινώς δινόλουτρα, παραφινόλουτρα ή θερμά επιθέματα για την προσωρινή ανακούφιση της οξείας διόγκωσης της άρθρωσης και του πόνου.

- Εμβάπτιση των πονεμένων χεριών ή ποδιών σε μια λεκάνη με νερό για 10 λεπτά, δύο ή τρεις φορές την ημέρα εκτός από το μπάνιο στη μπανιέρα.

- Ενθάρρυνση ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων που περιλαμβάνουν

κίνηση, ανάλογα με την αντοχή του παιδιού. Το πέταγμα ή το κλώτσημα της μπάλας, η οδήγηση τρικύκλου και το κολύμπι είναι πολύ καλές ασκήσεις κίνησης και έκτασης για ένα πολύ μικρό παιδί, σε καθημερινές δραστηριότητες του οποίου είναι περιορισμένες.

- Ενθάρρυνση του παιδιού για εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων του. Οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής εξασφαλίζουν ικανοποιητική άσκηση για τα μεγαλύτερα παιδιά, ώστε να διατηρήσουν την κινητικότητά τους με ελάχιστο πόνο. Αυτά πρέπει να περιποιούνται τον εαυτό τους, να αναλαμβάνουν καθημερινές εργασίες και να φροντίζουν τα υπάρχοντά τους. Συχνά, είναι δύσκολο για τα δύσκαμπτα δάκτυλα να χειρισθούν τα κουμπιά, να χτενίσουν ή να βουρτσίσουν τα μαλλιά και να γυρίσουν τις κάνουλες της βρύσης, αλλά οι γονείς και οι άλλοι που φροντίζουν το παιδί πρέπει να αποφεύγουν να το βοηθούν. Παράλληλα, το παιδί πρέπει να μάθει και να καταλάβει, γιατί οι άλλοι δεν το βοηθούν.

- Παρότρυνση του παιδιού να παίρνει μερικές αποφάσεις.
- Εφαρμογή των αρχών της μηχανικής του σώματος, όταν το παιδί είναι σε θεραπευτική ανάπαυση ή κινείται.
- Τοποθέτηση του παιδιού πάνω σε σταθερό στρώμα (για να αφαιρεί το βάρος των αρθρώσεων) με ένα λεπτό μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι (πάχους 5 cm περίπου, όχι περισσότερο).
- Αποφυγή τοποθέτησης μαξιλαριών κάτω από τις αρθρώσεις.
- Συζήτηση με το παιδί και τους γονείς για τη φύση της νόσου, την πορεία της και το θεραπευτικό πρόγραμμα.
- Ενθάρρυνση του παιδιού και της οικογένειας για συμμετοχή στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Θα πρέπει να γνωρίζουν το σκοπό και τη σωστή χρήση των ναρθήκων και το φαρμακευτικό σχήμα, για να

εμβολές ως σημείο συμμετοχής της 8ης εγκεφαλικής συζυγίας και υπερβολική υπνηλία που μπορεί να σημαίνει καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος. Σε εμφάνιση φαρμακευτικής τοξικότητας, πρέπει να σταματήσουν τη χορήγηση του φαρμάκου και να ειδοποιήσουν το γιατρό.

- Αποφυγή επιβολής αδικαιολόγητων περιορισμών στο παιδί, γιατί μπορεί να προκληθούν διαταραχές στη συμπεριφορά του

και στην κοινωνική του ανάπτυξη.

- Η νόσος επηρεάζει ολόκληρη την οικογένεια. Υπενθυμίζεται στους γονείς να αφιερώνουν χρόνο και για τα άλλα μέλη της οικογένειας, αλλά να προσέχουν και το γάμο τους, ο οποίος ενδέχεται να διαταραχθεί.

- Έναρξη διαπραγματεύσεων με τις ανάλογες υπηρεσίες για συνεχή μετανοδομειακή παρακολούθηση και συνέχιση της φροντίδας διευκολυνθεί η συμμόρφωση τους προς το θεραπευτικό πρόγραμμα.

- διδασκαλία και ενθάρρυνση γονέων και παιδιού για συνέχιση του θεραπευτικού προγράμματος στο σπίτι. Βοήθεια των γονέων να καταλάβουν τις ανάγκες του παιδιού:

- Το παιδί έχει ανάγκη από πρόσθετη ανάπαυση, όχι όμως από ακινητοποίηση στο κρεβάτι, γιατί μπορεί να προκληθούν αγκυλώσεις και μυϊκή ατροφία.

- Η συμμόρφωση προς το πρόγραμμα καθημερινής άσκησης είναι αναγκαία. Το πρόγραμμα αυτό πρέπει να προσαρμόζεται στην καθημερινή οικογενειακή ρουτίνα, για να είναι εφαρμόσιμο. Μια αποτελεσματική μέθοδος για την έναρξη των καθημερινών δραστηριοτήτων είναι να ξυπνήσει το παιδί πρωί, να πάρει το φάρμακό του και κατόπιν να κοιμηθεί για μία ώρα.

- Μόλις σηκωθεί κάνει ζεστό μπάνιο (ή ντους) και εκτελεί τις απλές ασκήσεις των άκρων και μετά αρχίζει τις καθημερινές δραστηριότητες, όπως να πάει στο σχολείο. Η άσκηση, η θερμότητα και η ανάπαυση προγραμματίζονται για το υπόλοιπο της ημέρας, ανάλογα με τις ανατομικές ανάγκες και το πρόγραμμα του παιδιού.

- Κανονική παρακολούθηση του σχολείου, ακόμα και τις ημέρες που το παιδί αισθάνεται κάποιο πόνο ή δυσχέρεια και συμμετοχή στις κανονικές σχολικές δραστηριότητες. Ο

δάσκαλος πρέπει να ενημερωθεί για την κατάσταση και τις ανάγκες του παιδιού. Το θρανίο και η καρέκλα του πρέπει να είναι κατάλληλα προσαρμοσμένα (π.χ. όταν το παιδί κάθεται και η πλάτη του ακουμπά στην πλάτη της καρέκλας, τα πόδια του πρέπει να ακουμπούν στο πάτωμα σε ορθή γωνία το κάθισμα της καρέκλας να είναι αρκετά βαθύ, για να

- υποστηρίζει τους μηρούς χωρίς πίεση των ιγνυακών αρτηριών).
- Ο σχολικός νοσηλευτής αναλαμβάνει την ευθύνη να παίρνει το παιδί το φάρμακό του στο σχολείο και να φροντίζει για την ανάπαυσή του στο γραφείο του κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Βοηθείται το παιδί να καταλάβει ότι πρέπει να κάνει όσα μπορεί περισσότερα για τον εαυτό του και να μην εξαρτάται από τους άλλους. Για το λόγο αυτόν, γίνονται ορισμένες προσαρμογές στο σπίτι, για να διευκολύνεται το παιδί στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων του (π.χ. το κάθισμα της τουαλέτας σηκώνεται αρκετά εκατοστά, μπάρες τοποθετούνται στο μπάνιο για ασφάλεια, λαβίδες για το πιάσιμο δύσκολων αντικειμένων).
- Εξασφάλιση δίαιτας ισορροπημένης, για να μειωθεί το βάρος που αυξάνει τη φόρτιση των αρθρώσεων που δέχονται το βάρος του σώματος.
- διδασκαλία των γονέων για τον τρόπο χορήγησης των φαρμάκων και για τη σπουδαιότητα τήρησης του σχήματος χορήγησης, για να εξασφαλισθούν ικανοποιητικά επίπεδα φαρμάκου στο αίμα.
- Πληροφόρηση των γονέων για τις ειδικές προφυλάξεις στη χορήγηση των φαρμάκων. Π.χ. η ασπιρίνη δεν πρέπει να χορηγείται με άδειο στομάχι να επαγρυπνούν για σημεία, όπως οξέωση, αιμορραγία λόγω μείωσης της πηκτικής ικανότητας, στο σπίτι.
- Ο κοινοτικός νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει στο πρόγραμμα ασκήσεων στο σπίτι.
- Η κοινωνική λειτουργός πιθανόν να βοηθήσει στην επίλυση των οικονομικών προβλημάτων της οικογένειας.
- Ο οφθαλμίατρος πρέπει να εξετάζει το παιδί κάθε 3-6 μήνες για ιριδοκυκλίτιδα. Οι γονείς ενθαρρύνονται να αναφέρουν κάθε σύμπτωμα σχετικά με τα μάτια, που θα εμφανίσει το παιδί.
- Αναζήτηση ιατρικής συμβουλής, όταν νέα συμπτώματα εμφανισθούν σε οξεία προσβολή ή όταν η εξέλιξη της νόσου είναι εμφανής καθώς και για την καθημερινή φροντίδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΣΚΛΗΡΟΔΕΡΜΑ

Το νεανικό σκληρόδερμα είναι πολύ σπάνιο νόσημα στα παιδιά (καλύπτει το 10% περίπου των συνολικών περιπτώσεων σκληροδέρματος) και ιδιαίτερα η συστηματική (ή γενικευμένη ή διάχυτη) μορφή του, ενώ η εντοπισμένη είναι σχετικά συχνότερη. Μεταξύ των δύο μορφών υπάρχει πολύ μεγάλη διαφορά στην έκταση και βαρύτητα του νοσήματος, στην πορεία, πρόγνωση και αντιμετώπιση. Διακρίνονται δύο μορφές της νόσου: το εντοπισμένο και το συστηματικό σκληρόδερμα.

7.1 Εντοπισμένο σκληρόδερμα

Ηλικία. Προσβάλλει συνήθως την ηλικία των 4-10 ετών στη μικρή ηλικία εξίσου αγόρια και κορίτσια, ενώ στη μεγαλύτερη συχνότητα τα κορίτσια.

Κλινική εικόνα. Διακρίνεται στη μορφέα (morphae) και στην ταινιοειδή ή γραμμική μορφή (ταινιοειδείς σκληροδερματικές βλάβες εντοπισμένες στο πρόσωπο ή κατά μήκος των άκρων). Οι σκληροδερματικές βλάβες αρχικά εμφανίζονται ως καφεοειδείς πλάκες και προοδευτικά εξελίσσονται σε επιπολής λευκές ατροφικές ουλές. Εκτός από τις χαρακτηριστικές δερματικές εκδηλώσεις τα κυριότερα συνοδά κλινικά ευρήματα είναι τα εξής:

- Υποδόρια οζίδια κατά μήκος των τενόντων, ενθεσίτιδα
- Δυσκαμψία των αρθρώσεων
- Μερικές φορές αρθρίτιδα

7.2 Συστηματικό σκληρόδερμα

Είναι νόσημα πολύ σοβαρής πρόγνωσης γιατί εκτός από το δέρμα προσβάλλονται και εσωτερικά όργανα με απρόβλεπτη πορεία και εξέλιξη.

Κλινική εικόνα. Τα κυριότερα ευρήματα που οδηγούν στην κλινική διάγνωση είναι τα εξής:

- Φαινόμενο Raynaud, στα χέρια και τα πόδια, σκληροδακτυλία, έλκη στις ράγες των δακτύλων
- Διάχυτη σκληροδερμία
- Υμενίτιδα και ενθεσίτιδα με κριγμό των αρθρώσεων κατά την κίνηση.
- Υποδόρια οζίδια κατά μήκος των τενόντων
- Προσβολή εσωτερικών οργάνων:
 - Γαστρεντερικό. Ελάττωση του περισταλισμού του οισοφάγου (δυσκοταποσία) και του εντέρου (δυσασπορρόφηση).
 - Αναπνευστικό (δύσπνοια εξ αιτίας πνευμονικής ίνωσης, πνευμονικής υπέρτασης).
 - Περικαρδίτιδα, καρδιακή ανεπάρκεια.
 - Υπέρταση, νεφρική ανεπάρκεια.

Η προσβολή του οισοφάγου είναι η πρώτη ένδειξη προσβολής εσωτερικών οργάνων και διαπιστώνεται με μονομετρία (πρώιμα στάδια) και παθολογικό οισοφαγογράφημα (πιο προχωρημένο στάδιο).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ

ΝΕΑΝΙΚΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ

Ο νεανικός ή παιδικός συστηματικός ερυθματώδης λύκος (ΝΣΕΛ) είναι το πιο αντιπροσωπευτικό παράδειγμα πολυσυστηματικού νοσήματος από την ομάδα των ρευματικών νοσημάτων της παιδικής ηλικίας. Κλινικά, μπορεί να υποδυθεί οποιοδήποτε ρευματικό ή άλλο νόσημα με προβολή πολύ διαφορετικών συμπτωμάτων από άρρωστο σε άρρωστο. Γι' αυτό, ο ΝΣΕΛ αποκαλείται διεθνώς «ο μεγάλος υποκριτής» (the great pretender) και η ιδιότητά του αυτή συνεπάγεται δυσκολίες στη διάγνωσή του.

8.1 Συχνότητα - Ηλικία.

Είναι πολύ πιο σπάνιο νόσημα από ό,τι η ΗΡΑ (ποικίλλει κατά εθνικότητα και φυλή από 4-210 / 100.000 κατοίκους) και προσβάλλει κατά κανόνα την προεφηβική και εφηβική ηλικία (>8 ετών), κυρίως τα κορίτσια.

Ατιολογία - παθογένεση. Δεν έχουν διευκρινισθεί. Οπωσδήποτε όμως, το νόσημα σχετίζεται με διαταραχή στην ανοσορρύθμιση, που πιθανόν είναι γενετικά προκαθορισμένη. Έτσι, στα εργαστηριακά ευρήματα του ΣΕΛ κυριαρχού η παρουσία ποικιλίας αυτοαντισωμάτων, η αύξηση των ανοσοσυμπλεγμάτων και η ελάττωση του συμπληρώματος. Κλινική εικόνα. Η εισβολή της νόσου μπορεί να είναι βαθμιαία με κύρια συμπτώματα τον πυρετό (μέτριο έως υψηλό), την ανορεξία και απώλεια βάρους (χαρακτηριστική), τη γενική κακουχία που μπορεί να συνοδεύεται από αρθραλγίες ή αρθρίτιδα και μυαλγίες ή / και μυοσίτιδα. Άλλες φορές η νόσος εισβάλλει ξαφνικά με παρετεινόμενο πυρετό χωρίς άλλα αντικειμενικά ευρήματα. Τέλος, άλλες φορές η εισβολή της νόσου μπορεί να προβάλλει κλινικά με εκδηλώσεις από ένα ή περισσότερα συστήματα όπως:

- Από το δέρμα και τους βλεννογόνους (ερυθηματώδεις πλάκες στο πρόσωπο ή στον κορμό ή τυπικό εξάνθημα χρυσαλλίδας στις παρείες και στη μύτη), βλατιδοφουσαλιδώδεις ή πορφυρικές

δερματικές βλάβες αγγειίτιδας στα άκρα (χέρια – πόδια), νεκρωτικές εξελκώσεις στον βλεννογόνο της στοματικής κοιλότητας ή αιμορραγικές βλάβες αγγειίτιδας στην υπερώα, αλωπεκία, φωτοευαισθησία.

- Από τους νεφρούς (στοιχεία νεφρίτιδας στα ούρα).
- Από το ΚΝΣ (σπασμοί, κεφαλαλγία, παροδική αμνησία, ψύχωση, θαμπή όραση, χορεία, κλινική εικόνα εγκάρσιας μυελίτιδας).
- Από τους πνεύμονες (κυρίως πλευρίτιδα, διάμεσες πνευμονικές διηθήσεις)
- Από την καρδιά (περικαρδίτιδα, μυοκαρδίτιδα, ενδοκαρδίτιδα).
- Από το γαστρεντερικό (ηποατίτιδα, ηπατοσπληνικό, φλεγμονώδη νόσο του εντέρου).
- Από τα μάτια (ιρίτιδα, επισκληρίτιδα, αμφιβληστροειδίτιδα)
- και τέλος με φαινόμενο Raynaud (όχι συχνά).

8.2 Διάγνωση.

Είχαν θεσπιστεί ορισμένα διαγνωστικά κλινικά και εργαστηριακά κριτήρια, τα οποία αναθεωρήθηκαν το 1982 και ισχύουν μέχρι σήμερα.

1. Εξάνθημα στις παρειές (malar rash) και στη ράχη της μύτης (χρυσασπίδα).
2. Δισκοειδές ερυθρηματώδες εξάνθημα στο πρόσωπο, στον κορμό, στα άκρα.
3. Φωτοευαισθησία.
4. Στοματικά έλκη
5. Αρθρίτιδα
6. Οραγονίτιδα α) πλευρίτιδα ή β) περικαρδίτιδα
7. Νεφρική προσβολή α) επίμονη πρωτεϊνουρία, 0,5 g/d ή β) κύλινδρος
8. Νευρολογικές εκδηλώσεις α) σπασμοί ή β) ψύχωση
9. Αιματολογικές διαταραχές α) αιμολυτική αναιμία ή β) λευκοπενία ή γ) λεμφοπενία ή δ) θρομβοπενία
10. Ανοσολογικές διαταραχές
11. Αντιπυρηνικά αντισώματα σε υψηλό τίτλο

Ένας ασθενής θεωρείται ότι πάσχει από ΣΕΛ όταν συγκεντρώνει 4 ή περισσότερα από τα 11 κριτήρια.

Σήμερα, με την πρόοδο της τεχνολογίας μέσα σε ελάχιστο χρόνο (ώρες), ο ευαισθητοποιημένος γιατρός μπορεί να επιβεβαιώσει την κλινική διάγνωση σε πολύ πρώιμο στάδιο της νόσου και να αρχίσει έγκαιρα τη θεραπεία. Το γεγονός αυτό έχει αλλάξει ριζικά την πρόγνωση του ΣΕΛ. τα παιδιά αυτά έχουν συστηματική παρακολούθηση σε ειδικά παιδορευματολογικά κέντρα. Στα κέντρα αυτά, υπάρχει στενή συνεργασία του παιδορευματολόγου με άλλες ειδικότητες ή με άλλες εξειδικεύσεις της Παιδιατρικής και αντιμετωπίζονται έγκαιρα οι επιπλοκές.

8.3 Θεραπεία

Εάν προέχουν οι δερματικές εκδηλώσεις και η αρθρίτιδα χωρίς συμμετοχή άλλων οργάνων χορηγείται υδρο ξυχλωροκίνη και παρακολουθείται συστηματικά ο ασθενής. Συνήθως τα παιδιά που φθάνουν στο Παιδορευματολογικό ιατρείο ή εισάγονται για νοσηλεία στην κλινική έχουν συστηματικές εκδηλώσεις και χρειάζεται η χορήγηση κορτικοστεροειδών σε χαμηλές (0,5 mg/kg/ημέρα) ή υψηλές δόσεις (1-2 mg/kg/ημέρα) ή ακόμη και σε θεραπεία ώσης ανάλογα με την περίπτωση του κάθε ασθενή. Σε προσβολή πνευμόνων, νεφρών κ.α. ευγενών οργάνων ή σε περίπτωση αυτοάνοσης αιμολυτικής αναιμίας ή / και άλλης βαριάς κυτταροπενίας προστίθεται ανασοτροποιητική θεραπεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΑΤΟ

ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΚΑΒΑΣΑΚΙ

Η νόσος του Kawasaki είναι μια οξεία εμπύρετη νόσος εμφανιζόμενη κατά προτίμηση σε βρέφη και παιδιά ηλικίας κάτω των πέντε ετών. Η αναλογία των αγοριών προς τα κορίτσια είναι 1,3 έως 1,5:1. Η συχνότητα υποτροπών είναι 2% έως 3% και η αναλογία των περιπτώσεων αμφιθαλών αδελφών είναι 1% έως 2%.

Το σημαντικότερο κλινικό πρόβλημα είναι τα μόνιμα ανευρύσματα των στεφανιαίων αρτηριών, που παρατηρούνται στο 3% έως 5% των ασθενών. Σε μερικά από τα ανευρύσματα αναπτύσσονται στενωτικές και αποφρακτικές βλάβες, που μπορεί να προκαλέσουν έμφραγμα του μυοκαρδίου ή αιφνίδιο θάνατο. Η νεκροτομική εξέταση αποκαλύπτει ανευρύσματα των στεφανιαίων αρτηριών με θρόμβωση στις περισσότερες από τις θανατηφόρες περιπτώσεις. Στην Ιαπωνία ο δείκτης θνητότητας της νόσου είναι 0,1% έως 0,3%.

9.1 Κλινική εικόνα

Γενικά αιφνίδιος υψηλός πυρετός χωρίς πρόδρομα συμπτώματα χαρακτηρίζει την εισβολή της νόσου. Πρόκειται συνήθως για συνεχή ή υφέσιμο πυρετό, κυμαινόμενο μεταξύ 38°C και 40°C, που διαρκεί μία έως δύο εβδομάδες. Όσο περισσότερο διαρκεί ο πυρετός τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα ανάπτυξης ανευρυσμάτων της στεφανιαίας αρτηρίας.

Εντός δύο έως πέντε ημερών από την έναρξη της νόσου εμφανίζονται υπεραιμία επιπεφυκότων, ερυθρότητα χειλέων και βλεννογόνου του στόματος και πολύμορφο εξάνθημα στον κορμό και στα άκρα. Παρατηρείται ερυθρότητα των παλαμών και των πελμάτων καθώς και οίδημα με σκληρία στα άκρα χέρια και πόδια.

Μετά δέκα έως δεκαπέντε ημέρες από την έναρξη της νόσου αρχίζει μεμβρανώδης απολέπιση στα άκρα των δακτύλων των χεριών και επεκτείνεται στις παλάμες μέχρι τον καρπό. Άλλα συμπτώματα, που μπορεί να εμφανισθούν σε ορισμένους ασθενείς, είναι διάρροια, κοιλιακά

άλγη, ύδρωπας της χοληδόχου κύστεως, παραλυτικός ειλεός, αρθραλγίες ή αρθρίτιδα, άσηπτη μηνιγγίτιδα, παράλυση προσωπικού, ημιπληγία και εγκεφαλοπάθεια.

9.2 Θεραπεία

Για την οξεία φάση της νόσου συνιστάται θεραπεία με ασπιρίνη λόγω της αντιφλεγμονώδους και αντιαιμοπεταλικής δράσεώς της. Η δόση της ασπιρίνης είναι 50 έως 100 mg/kg σωματικού βάρους (ΣΒ) ημερισίως. Οι ασθενείς με νόσο του Kawasaki θα πρέπει να εισάγονται στο νοσοκομείο και να βρίσκονται σε στενή παρακολούθηση με υπερηχοκαρδιογράφημα δύο διαστάσεων για πιθανή εμφάνιση βλαβών των στεφανιαίων.

Ασθενείς με μεγάλα ανευρύσματα ή / και έμφραγμα του μυοκαρδίου θα πρέπει να παρακολουθούνται και με εκλεκτική αγγειογραφία των στεφανιαίων. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να επιβάλλεται χειρουργική παράκαμψη των στεφανιαίων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ

Η ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΙΣ ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Η φυσικοθεραπεία αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπευτικής προσέγγισης του ανθρώπου που πάσχει από κάποια ρευματική πάθηση.

Ο/η φυσικοθεραπευτής/τρια είναι βασικό μέλος της ομάδας θεραπείας, η οποία περιλαμβάνει επίσης:

- τον/την ιατρό που παρακολουθεί το άτομο που πάσχει
- τον/την νοσηλεύτη/τρια
- τον/την εργοθεραπευτή/τρια
- τον/την ψυχολόγο
- τον/την κοινωνικό λειτουργό
- τον/την ειδικό ορθωτικών μέσων

Με την καθοδήγηση του ειδικού ρευματολόγου ιατρού και την στενή συνεργασία όλων των μελών της ομάδας θεραπείας καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε να βοηθηθεί το άτομο που πάσχει από ρευματοπάθεια σε όλες τις εκφάνσεις της πάθησης του. Ειδικά σε ότι αφορά το κομμάτι της φυσικοθεραπευτικής προσέγγισης του ατόμου που πάσχει, ο/η φυσικοθεραπευτής/τρια καταστρώνει ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα προσαρμοσμένο στις ανάγκες του πάσχοντος ατόμου. Κατά κανόνα, ένα τέτοιο πρόγραμμα έχει τους παρακάτω γενικούς στόχους:

- ανακούφιση από τον πόνο
- διατήρηση της κινητικότητας των αρθρώσεων
- αποφυγή παραμορφώσεων
- διατήρηση της μυϊκής ισχύος
- διατήρηση της λειτουργικής ικανότητας
- διατήρηση της αναπνευστικής ικανότητας
- εκπαίδευση του/της πάσχοντος
- εκπαίδευση του οικογενειακού περιβάλλοντος

Αφού λοιπόν γίνει μια προσεκτική αξιολόγηση του ατόμου που πάσχει, ο/η φυσικοθεραπευτής/τρια σε συνεργασία με τον ιατρό ρευματολόγο αποφασίζουν ποια μέσα θα χρησιμοποιήσουν για να πετύχουν τους παραπάνω στόχους.

Τα μέσα που έχει στη διάθεση του/της ο/η φυσικοθεραπευτής/τρια είναι τα εξής:

- μάλαξη (massage)
- κρυοθεραπεία / θερμοθεραπεία
- ηλεκτροθεραπεία
- κινησιοθεραπεία και άσκηση
- υδροθεραπεία
- ειδικές τεχνικές κινητοποίησης των αρθρώσεων

10.1 Γενικοί στόχοι προγράμματος φυσικοθεραπείας

Ο πόνος είναι σχεδόν πάντα ο πρώτος στόχος θεραπείας. Κύριο μέλημα του/της φυσικοθεραπευτή/τριας είναι να ανακουφίσει από τον πόνο. Όταν οι αρθρώσεις είναι επώδυνες, περιορίζεται η κινητικότητα τους. Οι μύες που κινούν αυτές τις αρθρώσεις χάνουν σταδιακά την δύναμή τους, γεγονός που οδηγεί σε μεγαλύτερο πόνο. Σπάζοντας τον φαύλο αυτό κύκλο του πόνου, αφενός ανακουφίζεται το άτομο, αφετέρου καθίσταται δυνατό να προχωρήσει ο/η φυσικοθεραπευτής/τρια στο επόμενο στάδιο του προγράμματος, που είναι η διατήρηση του εύρους κίνησης των αρθρώσεων.

Με κατάλληλες τεχνικές, ο/η φυσικοθεραπευτής/τρια κινητοποιεί τις προσβεβλημένες αρθρώσεις έχοντας σκοπό να διατηρήσει το εύρος κίνησής τους και να αποφευχθούν οι παραμορφώσεις. Επιπλέον διδάσκει κατάλληλες ασκήσεις που το άτομο θα εκτελεί όχι μόνο κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, αλλά και μόνο του στο σπίτι ή και στο χώρο εργασίας. Με

αυτό τον τρόπο οι μύες του θα διατηρήσουν τη δύναμη τους και σταδιακά θα την αυξήσουν.

Ο συνδυασμός εύρους κίνησης - μυϊκής δύναμης βοηθά το άτομο να διατηρεί τον έλεγχο των κινήσεων των μελών του σώματος του . Έτσι, οι καθημερινές του δραστηριότητες διευκολύνονται και το άτομο δεν έχει απώλεια της λειτουργικής του ικανότητας.

Σε κάποιες ρευματοπάθειες προσβάλλονται οι αρθρώσεις του θώρακα και της σπονδυλικής στήλης . Τα άτομα που παρουσιάζουν τέτοια συμπτώματα πρέπει οπωσδήποτε να ακολουθούν ειδικά προγράμματα ασκήσεων που θα τα βοηθήσουν να διατηρήσουν την αναπνευστική τους ικανότητα στο μέγιστο βαθμό. Όσο μεγαλύτερη απώλεια αυτής της ικανότητας έχει το άτομο, τόσο δυσκολεύεται στην καθημερινή του ζωή και ταυτόχρονα αυξάνεται ο κίνδυνος λοιμώξεων.

Η πιο βασική παράμετρος κάθε προγράμματος φυσικοθεραπείας είναι η εκπαίδευση του ατόμου που πάσχει . Ο/η φυσικοθεραπευτής/τρια έχει καθήκον να επιδιώξει το μέγιστο δυνατό όφελος για τους/τις ασθενείς του/της. Αυτό δεν καθίσταται δυνατό αν η φυσικοθεραπεία γίνεται μηχανικά και αυτοματοποιημένα . Αντίθετα, όταν το άτομο που πάσχει διδαχθεί την αξία της ενεργούς συμμετοχής του τόσο κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, όσο και στην εκτέλεση ασκήσεων στο σπίτι, το όφελος πολλαπλασιάζεται.

Πέρα από τις ασκήσεις , πρέπει να διδαχθεί πώς να προφυλάσσει τις αρθρώσεις του από άσκοπη καταπόνηση και πώς να τις ανακουφίζει μόνο του από τον πόνο. Επίσης είναι σημαντικό να γίνει σωστή ενημέρωση και εκπαίδευση του οικογενειακού περιβάλλοντος του πάσχοντος ατόμου, ώστε να το βοηθούν ουσιαστικά στον αγώνα του ενάντια στην πάθησή του.

10.2 Φυσικοθεραπευτικά μέσα

- Η μάλαξη ανακουφίζει από τον πόνο και βοηθά τους καταπονημένους μύες να χαλαρώσουν . Αποτελεί βασική αρχή σε κάθε φυσικοθεραπευτική συνεδρία και διευκολύνει στην εφαρμογή των επόμενων μέσων.
- Η κρυοθεραπεία και η θερμοθεραπεία (πάντα με σωστή εκλογή) δρουν αναλγητικά . Προσφέρουν ανακούφιση πριν και μετά από το πρόγραμμα κινησιοθεραπείας, το οποίο περιλαμβάνει τις κατάλληλες ασκήσεις.
- Η ηλεκτροθεραπεία περιλαμβάνει μια μεγάλη ποικιλία μέσων (διασταυρούμενα ρεύματα, φαραδικά, γαλβανικά, διαδυναμικά, TENS, υπέρηχοι, διαθερμία βραχέων κυμάτων, διαθερμία μικροκυματική, μαγνητικά πεδία, LASER κλπ) τα οποία σε γενικές γραμμές αυξάνουν την θερμοκρασία των ιστών του σώματος, την μικροκυκλοφορία, την ικανότητα των ιστών για επούλωση και ορισμένα από αυτά έχουν και αναλγητική δράση.
- Η υδροθεραπεία είναι η φυσικοθεραπεία μέσα στο νερό και ειδικά στις περιπτώσεις ατόμων με ρευματοπάθεια έχει πολύ καλά αποτελέσματα . Η άνωση αναιρεί μεγάλο μέρος του βάρους του σώματος και διευκολύνει στην εκτέλεση ασκήσεων, η δε κατάλληλη θερμοκρασία του νερού ανακουφίζει από τον πόνο και βελτιώνει την διάθεση του ατόμου. Παρόλο που η διεθνής εμπειρία από την υδροθεραπεία δείχνει εξαιρετικά καλά αποτελέσματα , στη χώρα μας δεν αποτελεί διαδεδομένη μέθοδο λόγω διαφόρων δυσκολιών που παρουσιάζει.

10.3 Συμπέρασμα

Η φυσικοθεραπεία μέσα από την μεγάλη ποικιλία θεραπευτικών μέσων που διαθέτει μπορεί να βοηθήσει σημαντικά τα άτομα που πάσχουν από ρευματικές παθήσεις. Ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα φυσικοθεραπείας δεν είναι απαραίτητο να περιλαμβάνει όλα τα μέσα που αναφέρονται παραπάνω. Το πρόγραμμα φυσικοθεραπείας που πιθανόν να ακολουθεί κανείς είναι διαμορφωμένο σύμφωνα με τις ανάγκες του, με στόχο το μέγιστο για αυτόν όφελος. Απαραίτητη παράμετρος για την επίτευξη αυτού του οφέλους είναι η στενή συνεργασία των επιστημόνων που απαρτίζουν την ομάδα θεραπείας, της οποίας προΐσταται ο ιατρός ρευματολόγος και της οποίας κέντρο είναι ο ασθενής και το συμφέρον του.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη νόσο και τη θεραπευτική αντιμετώπισή της παρακαλούμε να απευθύνεστε στον προσωπικό σας ιατρό καθώς κάθε ασθενής είναι μία ξεχωριστή περίπτωση και η θεραπευτική αντιμετώπιση που θα ακολουθηθεί εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, που μόνον ο θεράπων ιατρός είναι σε θέση να γνωρίζει και να αξιολογεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΔΕΚΑΤΟ

ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η Εργοθεραπεία είναι αναπόσπαστο μέρος (μαζί με τη φυσικοθεραπεία) της συνολικής θεραπείας αποκατάστασης στους ασθενείς με ρευματικά νοσήματα.

Η μορφή αυτή θεραπείας, δεν έχει στόχο να ελέγξει την αρθρική βλάβη, αλλά να ελαχιστοποιήσει τις αρνητικές συνέπειες της αρθρίτιδας στην κινητικότητα και γενικά τις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου, με σκοπό την διατήρηση ή βελτίωση της λειτουργικότητας και την αποφυγή περαιτέρω επιδείνωσης.

Το πρώτο βήμα είναι η αξιολόγηση της λειτουργικής κατάστασης του ασθενούς, με τη χρήση ειδικών ερωτηματολογίων. Το Αμερικανικό Κολλέγιο Ρευματολογίας χρησιμοποιεί την κατάταξη των ασθενών σε 4 κατηγορίες ανάλογα με την επίδραση της πάθησης στις απλές ή πιο σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες. Οι δραστηριότητες αυτές αφορούν τόσο τις βασικές λειτουργίες και ανάγκες της καθημερινής ζωής του ασθενούς, όπως ντύσιμο, λήψη τροφής, ατομική καθαριότητα, αλλά και την ικανότητα για συνέχιση της εργασίας, την παρακολούθηση του σχολείου, και δραστηριότητες αθλητικές ή αναψυχής. Ιδιαίτερης σημασίας είναι και η προσεκτική και λεπτομερής αξιολόγηση και (αν αυτό είναι δυνατόν) επιτόπια εξέταση των συνθηκών στο καθημερινό οικιακό και εργασιακό περιβάλλον του ασθενούς

Για να είναι αποτελεσματικές οι εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις, πρέπει να είναι εξατομικευμένες, πρακτικές, οικονομικές και να έχει πειστεί ο ασθενής για τη σημασία τους. Όπως και στη φαρμακευτική θεραπεία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, η πρώιμη παρέμβαση είναι ιδιαίτερα σημαντική, για να αποφευχθούν μεγάλες απώλειες της λειτουργικότητας.

Οι κυριότερες εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις αφορούν αφενός τη χρήση βοηθητικών συσκευών, και αφετέρου παρεμβάσεις στο καθημερινό οικιακό ή εργασιακό περιβάλλον.

Οι βοηθητικές συσκευές για ασθενείς με ρευματικά νοσήματα, λειτουργούν με διάφορους τρόπους. Ορισμένες λειτουργούν με το μηχανισμό του μοχλού για παραγωγή μεγαλύτερης δύναμης με μικρότερη προσπάθεια (όπως ειδικές λαβές στις βρύσες, στις πόρτες, τις οικιακές συσκευές, τα ψαλίδια, τα μολύβια και ειδικά άγκιστρα για τα κουμπιά), άλλες (ειδικά μπαστούνια με γάντζους στην άκρη) επιτρέπουν στον άρρωστο να φθάνει πράγματα από ψηλά ή πολύ χαμηλά ράφια, ενώ άλλες συσκευές (νάρθηκες διαφόρων ειδών) υποστηρίζουν και ακινητοποιούν τις αρθρώσεις σε «φυσιολογικές» ανατομικές θέσεις για την αποφυγή παραμορφώσεων.

Παρεμβάσεις στο οικιακό ή εργασιακό περιβάλλον μπορεί να αφορούν τοποθέτηση ράμπας ή/και ασανσέρ στις σκάλες, απομάκρυνση χαλιών, στερέωση των επίπλων, τοποθέτηση υπερυψωμένου καθίσματος στη λεκάνη της τουαλέτας και στηριγμάτων για την είσοδο/έξοδο στη μπανιέρα, ειδικά καθίσματα, εργονομικό πληκτρολόγιο, χρήση αναπηρικού αμαξιδίου κ.ά.

Οι παρεμβάσεις αυτές μπορούν να αποδειχθούν ιδιαίτερα βοηθητικές, υπό την προϋπόθεση όμως να ξεπεράσει ο ασθενής τυχόν ψυχολογικούς φραγμούς για τη χρήση τους, κάτι στο οποίο μπορεί και πρέπει να εστιάσει και να βοηθήσει ο θεράπων ιατρός και ο εργοθεραπευτής.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη νόσο και τη θεραπευτική αντιμετώπισή της παρακαλούμε να απευθύνεστε στον προσωπικό σας ιατρό καθώς κάθε ασθενής είναι μία ξεχωριστή περίπτωση και η θεραπευτική αντιμετώπιση που θα ακολουθηθεί εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, που μόνον ο θεράπων ιατρός είναι σε θέση να γνωρίζει και να αξιολογεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΩΔΕΚΑΤΟ

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Η σχέση της διατροφής με την ρευματοειδή αρθρίτιδα έχει κατά καιρούς γίνει αντικείμενο πολλών συζητήσεων, είτε αναζητώντας τροφές (ή διαιτητικά συστατικά) που θα μπορούσαν να έχουν ευνοϊκή επίδραση στην εξέλιξη της νόσου, είτε συσχετίζοντας διάφορες τροφές με εξάρσεις της νόσου (η κατανάλωση των οποίων θα έπρεπε να αποφεύγεται). Πρέπει όμως εξαρχής να αναφερθεί ότι σαφείς αποδείξεις δεν υπάρχουν για πολλούς λόγους, όπως αδυναμία διενέργειας μακροχρονίων ελεγχόμενων μελετών, δυσχέρεια στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, ανάγκη μεγάλης δοσολογίας, αλληλεπιδράσεις με άλλες φαρμακευτικές ή μη θεραπείες, συσχέτιση με την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση του ασθενούς κλπ.

Η παρατήρηση ότι η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ) στην Ελλάδα και τις άλλες μεσογειακές χώρες παρουσιάζει γενικά μικρότερη βαρύτητα συγκριτικά με τις χώρες της Βόρειας Ευρώπης (Αγγλία, Σκανδιναβικές χώρες), οδήγησε στην υπόθεση ότι μια πιθανή αιτία για τη διαφορά αυτή είναι η μεσογειακή δίαιτα (λαχανικά, φρούτα, όσπρια, ελαιόλαδο, ψάρι, όχι λίπη), μαζί βέβαια με άλλους παράγοντες όπως γενετικές διαφορές, κλιματολογικές συνθήκες κλπ. Σαφή συμπεράσματα δεν υπάρχουν, πρόκειται όμως για μια υπόθεση η οποία συνεχώς επανέρχεται στην επικαιρότητα και ελέγχεται με διάφορες μελέτες.

Τα λιπαρά οξέα ωμέγα-3, θεωρούνται ότι έχουν αντιφλεγμονώδεις-αντιοξειδωτικές ιδιότητες, και είχε προταθεί η χρήση τους σε ασθενείς με ΡΑ. Οι λιγοστές όμως μελέτες απαιτούσαν τη χορήγηση ιδιαίτερα μεγάλων ποσοτήτων (πάνω από 30 κάψουλες τη μέρα), κάτι που φυσικά δεν είναι εφικτό σε κανονικές συνθήκες.

Διάφορες βιταμίνες επίσης (Β1, Β6, C, E, φυλλικό, νιασίνη, β-καροτένιο) έχουν κατά καιρούς προταθεί ή αναφερθεί, δεν αποδείχθηκε όμως ιδιαίτερη σχέση με την ενεργότητα της ΡΑ.

Ουσίες όπως η θειική γλυκοζαμίνη και η χονδροϊτίνη, έχει δειχθεί ότι έχουν αναλγητική και ίσως προστατευτική δράση στο χόνδρο σε αρθρώσεις με οστεοαρθρίτιδα.

Διάφορα διαιτητικά σχήματα έχουν επίσης κατά καιρούς δοκιμασθεί σε ασθενείς με ΡΑ, σε μελέτες μικρού μεγέθους.

Σε ορισμένες από αυτές τις μελέτες, οι ασθενείς ελάμβαναν μόνο νερό (καμμία άλλη στερεά ή υγρή τροφή) για περίοδο 1-7 ημερών. Άλλες μελέτες χρησιμοποίησαν δίαιτες όπου αποκλείονταν ομάδες τροφών, όπως το κρέας, τα γαλακτοκομικά, τα αυγά κλπ. (και σε συνδυασμούς μεταξύ τους). Όμως, τα (όποια) αποτελέσματα στη φλεγμονώδη δραστηριότητα της ΡΑ ήταν αμφίβολα και παροδικά, και οι δίαιτες καταπονούσαν πολύ τους ασθενείς.

Συμπερασματικά, δεν υπάρχουν (ως τώρα) σαφείς αποδείξεις για τη συσχέτιση της διατροφής με την ενεργότητα της ΡΑ ή τη χρησιμότητα των διαιτητικών παρεμβάσεων στη θεραπεία της ΡΑ. Ως γενικός κανόνας πάντως, είναι απαραίτητη η σωστή, υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή των ασθενών με ΡΑ, για την αποφυγή καταπόνησης των αρθρώσεων λόγω υπερβολικού σωματικού βάρους, αλλά και την αποφυγή συννοσηρότητας με άλλες παθολογικές καταστάσεις όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, οι καρδιοπάθειες κλπ.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη νόσο και τη θεραπευτική αντιμετώπισή της παρακαλούμε να απευθύνεστε στον προσωπικό σας ιατρό καθώς κάθε ασθενής είναι μία ξεχωριστή περίπτωση και η θεραπευτική αντιμετώπιση που θα ακολουθηθεί εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, που μόνον ο θεράπων ιατρός είναι σε θέση να γνωρίζει και να αξιολογεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ ΤΡΙΤΟ

ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ

- Μετακίνηση από χαμηλό ύψος: απλές τροποποιήσεις στο σπίτι θα σας βοηθήσουν πολύ στο να σηκωθείτε, να καθίσετε ή να μετακινηθείτε όπως:
 - Καρέκλες ή / και πολυθρόνες: να είναι ψηλές και όχι χαμηλές
 - Κρεβάτι: να είναι ψηλό, π.χ. με τούβλα ή κομμάτια ξύλο κάτω από τα πόδια.
 - Σύστημα ανύψωσης ή / και χειρολαβές: όπου είναι αναγκαίο.
- Παπούτσια: ένα από τα πιο σημαντικά θέματα. Πρέπει να είναι άνετα στα πόδια σας. Προσέξτε:
- Χοντρή μαλακή σόλα, χωρίς τακούνι, ευρύχωρο μπροστινό τμήμα
 - Θα τα βάζετε και θα τα βγάζετε ευκολότερα με κόκαλο λαβή
- Ντύσιμο: πρέπει να τα καταφέρνετε μόνοι.
- Κούμπωμα: το άγκιστρο για κουμπιά κάνει το κούμπωμα των πουκαμίσων ευκολότερο.
 - Φερμουάρ: κλείνει και ανοίγει ευκολότερα αν προσαρμόσετε ένα δακτυλίδι
 - Κάλτσες / καλσόν: με το ειδικό βοήθημα θα φορεθούν ευκολότερα.
 - Αυτοκίνητο: ορισμένες τροποποιήσεις δίνουν τη δυνατότητα ευκολότερης οδήγησης (π.χ. χειρόφρενο δίπλα στο τιμόνι, περιστρεφόμενη καρέκλα κ.α.).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ

Πρέπει το άτομο μέσα από τη θετική προσέγγιση να αναπτύξει θετική στάση για την πάθησή του.

- Κάθε μέρα, με κάθε τρόπο βελτιώνομαι όλο και περισσότερο
- Νιώθω καλά, φαίνομαι καλά, είμαι καλά
- Με κάθε αναπνοή νιώθω πιο ζωντανός
- Αγαπώ και αποδέχομαι το σώμα μου
- Το σώμα μου είναι απόλυτα καθαρό και γεμάτο φως
- Το ανοσοποιητικό μου σύστημα γίνεται όλο και πιο δυνατό
- Η θεραπευτική αγωγή που ακολουθώ με κάνει να νιώθω καλύτερα
- Δεν χρειάζεται πλέον να βιάζομαι
- Απολαμβάνω αυτό που κάνω - διαφορετικά δεν το κάνω
- Επιτρέπεται να χαλαρώσω και να ξεκουραστώ, το αξίζω
- Μου επιτρέπεται να λέω «όχι»
- Το στρες είναι κάτι που μου κάνει κακό γι' αυτό το ελέγχω και το εμποδίζω
- Οι άνθρωποι με αγαπούν γι' αυτό που είμαι
- Όλα θα πάνε καλά.

ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ:

1. Να μην τεντώνετε τον εαυτό σας πέρα από τις αντοχές του. Μπορείτε να λέτε «όχι» και μάθετε πότε να το λέτε. Ποτέ δεν κουραζόμαστε, απολαμβάνουμε αυτό που κάνουμε
2. Όσο πιο πολύ είμαστε εκτεθειμένοι στο θόρυβο του εξωτερικού κόσμου τόσο νιώθουμε την ανάγκη για λίγη σιωπή, την ανάγκη για στροφή προς τα μέσα, να επικοινωνήσουμε με τον εαυτό μας και να βρούμε την ισορροπία μας

3. Χρειάζεται να εξασφαλίσετε αρκετό προσωπικό χρόνο για τον εαυτό σας. Απολαμβάνετε και επιδιώκετε την μοναχικότητά σας τουλάχιστο μισή ώρα την ημέρα
4. Αρχίστε να εκτιμάτε τον εαυτό σας
5. Επιλέξτε να αγνοείτε τις ενοχλήσεις και τους πόνους που προέρχονται από την πάθησή σας
6. Φορέστε ένα χαρούμενο πρόσωπο. Νιώστε σαν να είστε ήδη υγιείς
7. Γνωρίστε και αγαπήστε τον εαυτό σας όσο καλύτερα γίνεται
8. Ζήστε την κάθε μέρα σαν να είναι η καλύτερη και σημαντικότερη μέρα της ζωής
9. Απολαύστε τη ζωή με μουσική. Η μουσική είναι η τροφή της ψυχής
10. Ασκηθείτε συστηματικά καθημερινά. Επίσης ο χορός μας δίνει χαρά και ψυχαγωγία. Είναι σημαντικό να βρισκόμαστε με ανθρώπους που αντανakλούν θετική ενέργεια
11. Ο χώρος που ζούμε ή και εργαζόμαστε πρέπει να είναι καθαρός και άνετος
12. Δώστε προσοχή στην εξωτερική σας εμφάνιση. Φροντίστε τον εαυτό σας με ένα ωραίο κτένισμα, ωραία και άνετα ρούχα και μια ευχάριστη και φιλική συντροφιά
13. Χαμογελάστε για να σας χαμογελάσει πίσω και η ζωή
14. Παίξτε και διασκεδάστε βγάζοντας από μέσα σας το εσωτερικό παιδί. Το χιούμορ και το γέλιο είναι σημαντικά «φάρμακα» στη ζωή μας
15. Δείτε θετικά και αισιόδοξα τη ζωή και προπαντός δημιουργείστε.

14.1 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι συχνό φαινόμενο σε χρόνια νοσήματα. Χαρακτηρίζεται από αισθήματα λύπης, απαισιοδοξίας, απομονώσεως, απογνώσεως και ελλείψεως ενδιαφέροντος για το περιβάλλον. Μπορεί να εκδηλωθεί με ανορεξία ή διαταραχές του ύπνου και είναι δυνατόν να παραγνωρισθεί ως εκδήλωση που αποτελεί μέρος των φυσικών συμπτωμάτων της νόσου.

14.2 Σεξουαλικές Σχέσεις

Οι σεξουαλικές δραστηριότητες μπορούν να διαταραχθούν λόγω του άλγους, του αισθήματος κοπώσεως, της ελαττώσεως του εύρους των κινήσεων ή των μεταβολών της προσωπικότητας. Οι σεξουαλικοί σύντροφοι μπορεί να φοβούνται μήπως προκαλέσουν περισσότερο πόνο στις αρθρώσεις κατά τη διάρκεια των σεξουαλικών δραστηριοτήτων. Για να έχετε μεγαλύτερη άνεση μπορεί να χρειαστεί να μιλήσετε με το σύντροφό σας και να συζητήσετε για εναλλακτικούς τρόπους και στάσεις.

14.3 Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα Παιδικής Ηλικίας

Τα ρευματικά νοσήματα της παιδικής ηλικίας είναι δυνατόν να επιδράσουν στη φυσική, κοινωνική και ψυχική ανάπτυξη. Από σχετικές μελέτες έχει φανεί ότι τα παιδιά με χρόνια σωματική νόσο παρουσιάζουν προβλήματα ψυχοκοινωνικής προσαρμογής σε ποσοστό κατά 20% μεγαλύτερο από ό,τι υγιείς συνομήλικοί τους. Ειδικά προβλήματα, που πρέπει να ληφθούν υπόψη στα παιδιά, είναι οι αναπτυξιακές ικανότητες ανάλογα με την πρόοδο της ηλικίας, οι οικογενειακές σχέσεις και πηγές βοήθειας, οι ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις με αδελφούς των οποίων οι ανάγκες μπορεί να παραμεληθούν, οι αλληλεπιδράσεις με συνομήλικους και οι ειδικές ανάγκες που απορρέουν από το σχολικό περιβάλλον. Θα πρέπει να μην δημοσιοποιούνται τυχόν αισθήματα ενοχής που συχνά εκδηλώνονται από τους γονείς, και να ενθαρρύνονται μηχανισμοί ψυχοσωματικής ενισχύσεως, που θα καταστήσουν το παιδί ικανό να αποκτήσει φυσική ανεξαρτησία από τους γονείς, ανταποδοτική σταδιοδρομία και ώριμη ψυχοσεξουαλική ταυτότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΝΑΡΘΗΚΕΣ ΚΑΙ ΒΟΗΘΗΤΙΚΑ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ

Οι νάρθηκες και τα διάφορα ορθοπεδικά βοηθήματα αποτελούν όργανα, που χρησιμοποιούνται για την υποστήριξη ασταθών αρθρώσεων, την ακινητοποίηση και ανάπαυση αρθρώσεων για την ανακούφιση από τον πόνο και για τη διατήρηση ενός τμήματος του μυοσκελετικού συστήματος σε λειτουργική θέση. Οι συχνότερα χρησιμοποιούμενοι νάρθηκες άνω άκρων είναι οι κηδεμένες φαλαγγοφαλαγγικών αρθρώσεων για την αποτροπή υπερεκτάσεως των εγγύς μεσοφαλαγγικών αρθρώσεων σε άτομα με παραμορφώσεις τύπου «λαιμού κύκνου», τοποθετώντας τα δάκτυλα στην περισσότερο λειτουργική θέση της κάμψεως σε 30° περίπου περιστρέφοντας το νάρθηκα κατά 180° δημιουργείται μια ορθοπεδική κατασκευή τύπου «μπουτονιέρας». Οι νάρθηκες ακινητοποίησης του καρπού εκτείνονται από τη μεσότητα του αντιβραχίου μέχρι τα άκρα των δακτύλων.

Στην κλινική πράξη είναι επωφελείς, όταν τοποθετούνται τη νύχτα για την προφύλαξη από επώδυνες μυϊκές συσπάσεις κάμψεως και από δυσκαμψία του άκρου χεριού κατά τη διάρκεια της νύχτας καθώς και για την ανακούφιση από συμπτώματα συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα. Αντίθετα οι λειτουργικοί νάρθηκες καρπού εκτείνονται από το αντιβράχιο μέχρι τη μέση παλαμιαία αύλακα και επιτρέπουν ελεύθερη χρήση των δακτύλων.

Στο 80% των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα παρατηρείται σημαντικού βαθμού προσβολή του άκρου ποδιού. Ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι δυνατόν να εμφανίσουν προβλήματα στο πρόσθιο τμήμα του ποδιού με την παρουσία επώδυνων τύλων (κάλων), παραμορφώσεων τύπου «δακτύλων πετεινού». Τα προβλήματα αυτά μπορούν εύκολα να παρακαμφθούν με ευρύχωρα μαλακά υποδήματα και πέλματα από μαλακό πλαστικό υλικό, ώστε να μην πιέζεται το μεγάλο δάκτυλο.

Η μηχανική επανευθυγράμμιση της αρθρώσεως του γόνατος μπορεί να προσεγγισθεί διαμέσου ορθοπεδικών κατασκευών τριών διαφορετικών τύπων. Ο πρώτος τύπος είναι ένας νάρθηκας κάτω άκρου, που εκτείνεται

από τη μεσότητα του μηρού μέχρι το πόδι. Ο νάρθηκας αυτός αποκαλείται τύπου ΚΑΦΟ. Ένας δεύτερος τύπος νάρθηκα περιορίζει τις κινήσεις περιστροφής και βλαισότητας – φαιβότητας ταυτόχρονα (Σουηδικός νάρθηκας γόνατος). Ο τρίτος τύπος είναι η τοποθέτηση του άκρου ποδιού σε νάρθηκα, που είναι κατασκευασμένος με τρόπο με τον οποίο δημιουργείται κίνηση στην άρθρωση του γόνατος.

Ένα βοηθητικό ορθοπεδικό όργανο για το πόδι πρέπει να είναι άνετο, ελαφρού βάρους και να μπορεί να μεταφερθεί σε διάφορα υποδήματα. Εξάλλου θα πρέπει να επιφέρει ισορροπία του ποδιού σε σχέση με το έδαφος, θα πρέπει δηλαδή για την εξασφάλιση σταθερού και αποτελεσματικού βαδίσματος να κρατά το πόδι σε φορά παράλληλη και την κνήμη σε φορά κάθετη προς το έδαφος.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι ρευματικές παθήσεις είναι η μεγαλύτερη αιτία αναπηρίας στην Ευρώπη. Είναι μία οδυνηρή κατάσταση που προκαλεί εξασθένηση και επηρεάζει περισσότερο από 103 εκατομμύρια ανθρώπους στην Ευρώπη, δηλαδή ένας στους πέντε κατοίκους θα αναπτύξει την ασθένεια. Οι ρευματοπάθειες επηρεάζουν άτομα όλων των ηλικιών και είναι μακροχρόνια κατάσταση. Παρά την σοβαρότητα της κατάστασης και τις κοινωνικό-οικονομικές της επιπτώσεις σπανίως της δίδεται προτεραιότητα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ:ΕΙΚΟΝΕΣ

ΕΙΚ.1



ΕΙΚ.1 Ακτινογραφία του αριστερου άκρου ποδιού γυναίκας ηλικίας 55 ετών με ρευματοειδή αρθρίτιδα διάρκειας έξι μηνών

ΕΙΚ.2



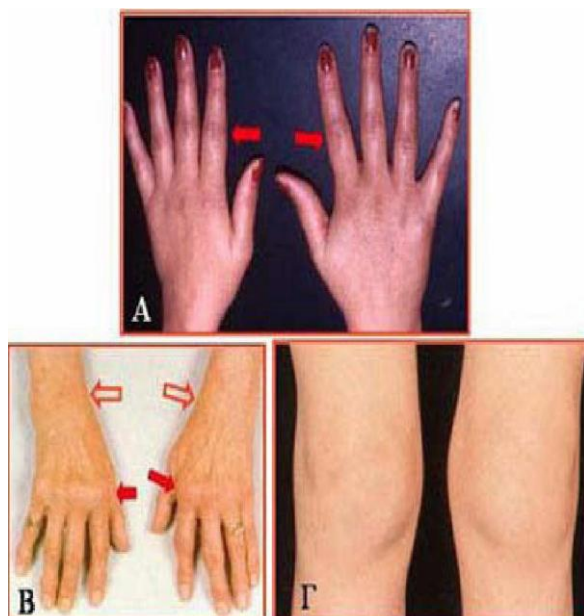
ΕΙΚ.2 Άκρες χείρες επί ρευματοειδούς αρθρίτιδος.

ΕΙΚ.3

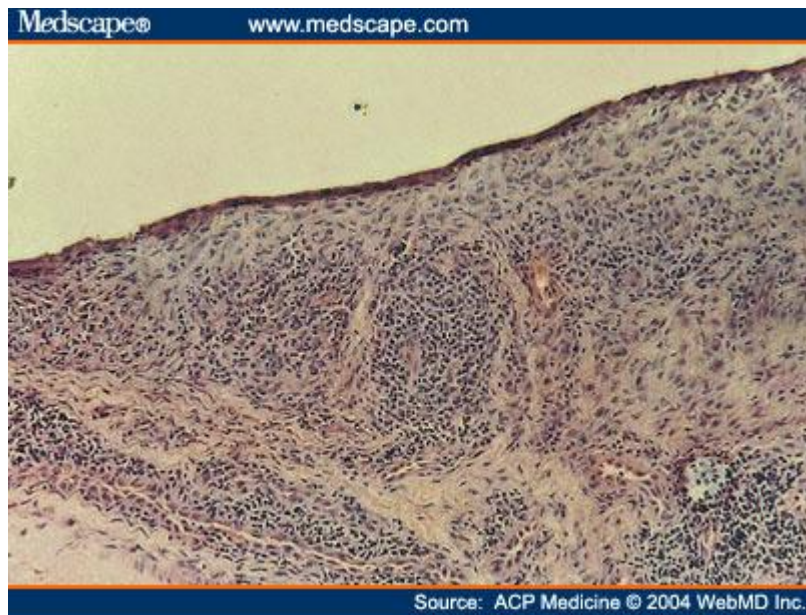


- A. παραμόρφωση χεριών και ωλένια απόκλιση δακτύλων
- B. υπεξαρθρήματα στις μετακαρπιοφαλαγγικές κακώσεις
- Γ. παραμόρφωση δεξιού γόνατος και ποδιών
- Δ. περιαρθρική οστεοπόρωση σε αρχικό στάδιο ρ.α.
- Ε. φθορά αρθρικού χόνδρου και διαβρώσεις οστών δύο χρόνια μετά την έναρξη της ρ.α.

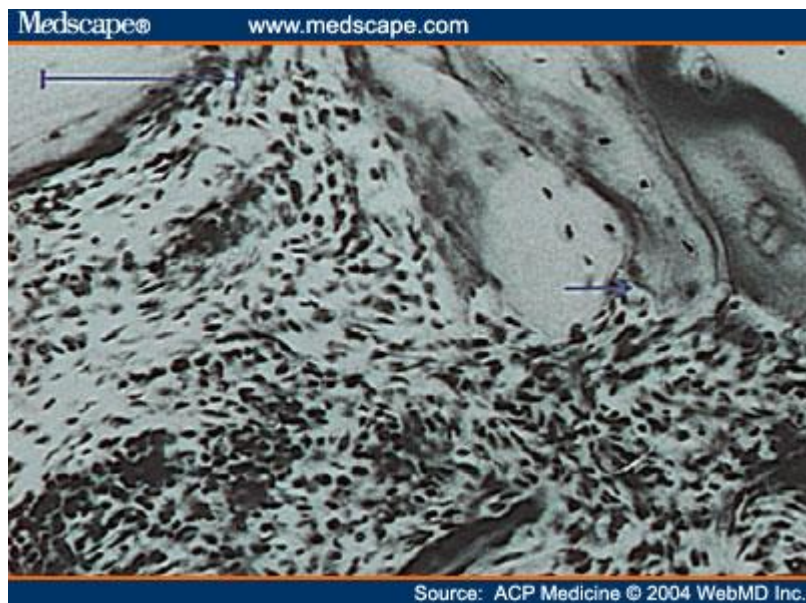
ΕΙΚ. 4



Εικόνα 4. Ασθενής με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. Η νόσος εκδηλώνεται με συμμετρική προσβολή των αρθρώσεων των άκρων χεριών και ειδικότερα των καρπών και των εγγύς μεσοφαλαγγικών αρθρώσεων των δακτύλων (γκρι βέλος). Προσέξτε ότι οι άπω μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις των δακτύλων (λευκό βέλος) δεν προσβάλλονται και αυτό είναι ένα χαρακτηριστικό της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας.



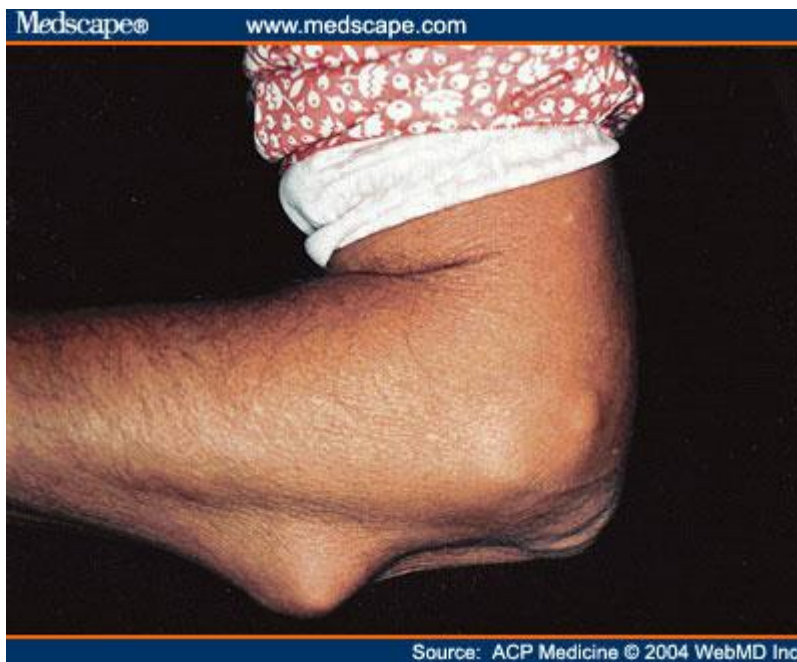
Σχήμα 1. Αρθρική υπερπλασία επένδυσης. Το τμήμα ενός πολλαπλασιαστικού **synovium** από έναν ασθενή με την κλασική **rheumatoid** αρθρίτιδα αποκαλύπτει την αρθρική υπερπλασία επένδυσης και μια **sublining** διήθηση και μια συνάθροιση λεμφοκυττάρων.



Σχήμα 2. Διάβρωση του κόκκαλου. Στη σύνδεση μεταξύ ενός πολλαπλασιαστικού άκαυστου **rheumatoid synovium** και του κόκκαλου, οι μαρκαρισμένες περιοχές της διάβρωσης μπορούν να δουν (βέλος). Το τμήμα είναι μαυρισμένο με το **hematoxylin** και **eosin** (κλίμακα φραγμών = 100 μm).



Σχήμα 3. Χέρι και καρπός στη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Το χέρι και ο καρπός είναι κοινές περιοχές του synovitis στη ρευματοειδής αρθρίτιδα. Η χαρακτηρισμένη διόγκωση στον καρπό και τις φαλαγγικές ενώσεις προκαλείται από τον αρθρικό πολλαπλασιασμό. Η μέτρια απόκλιση των δάχτυλων είναι επίσης παρούσα.



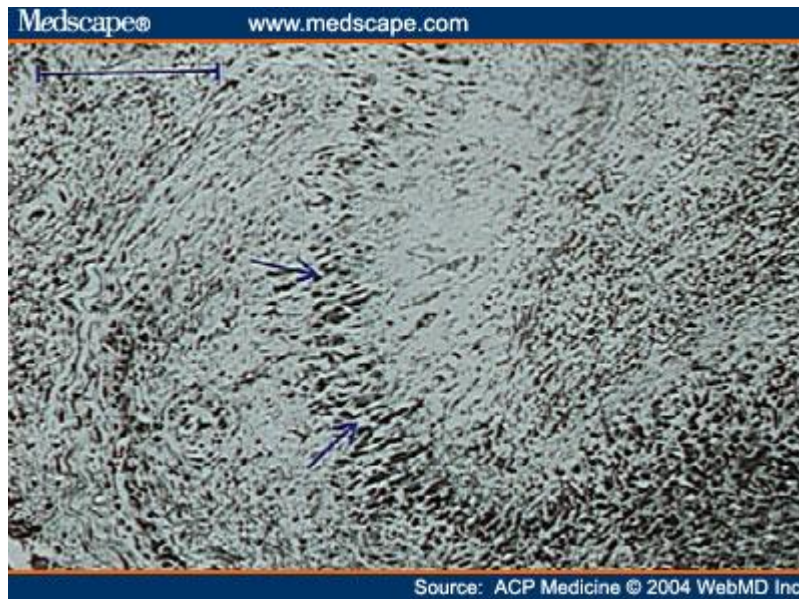
Σχήμα 4. ρευματοειδής κόνδυλοι. Μορφή κονδύλων συνήθως κοντά στην επιφάνεια εκτεινόντων του αγκώνα. Μπορούν να καθοριστούν ή μπορούν να είναι ελεύθερα κινητοί.



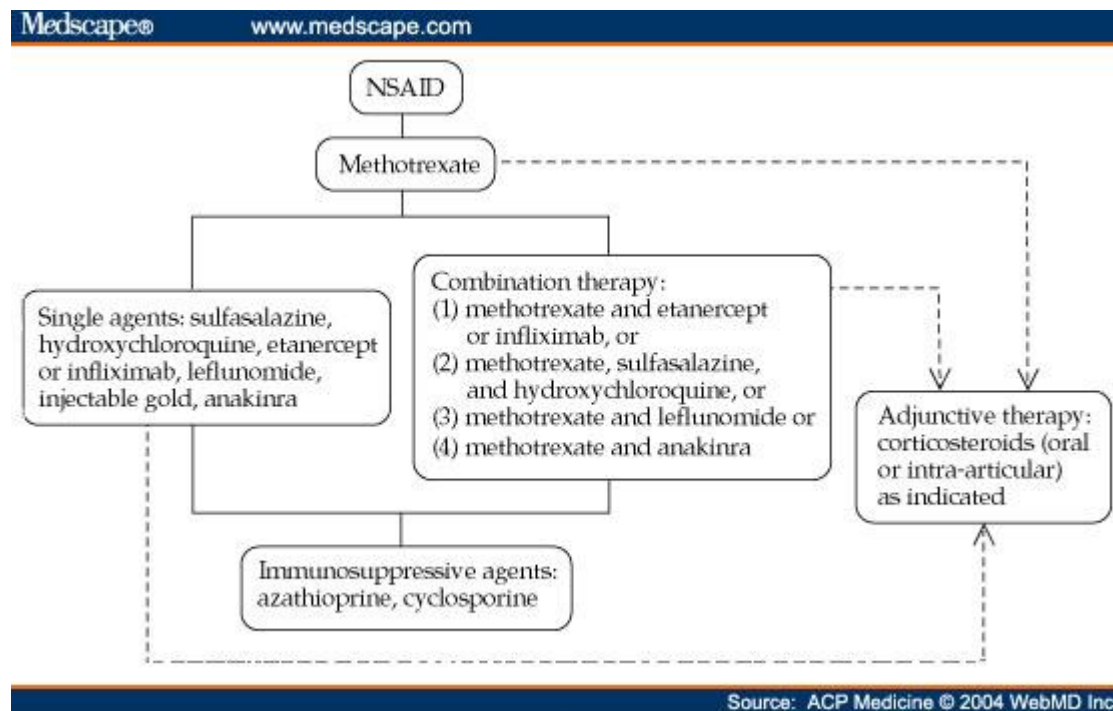
Σχήμα 5. (α), πυελική ακτίνα στην ασθένεια πρώτων σταδίων. Πυελική ακτινογραφία ενός ασθενή με την κλασική ρευματοειδή αρθρίτιδα λήφθηκε νωρίς κατά τη διάρκεια της ασθένειας. (β), πυελική ακτίνα : Τέσσερα έτη αργότερα. Μια άλλη ακτινογραφία που λαμβάνεται 4 έτη καταδεικνύει αργότερα τα χαρακτηρισμένα κοτυλιαία προεξοχή των μηριαίων κεφαλιών, και τα δύο από τα οποία είναι χαρακτηριστικά της ασθένειας.



Σχήμα 6. Ακτίνα του ποδιού. Οι διαβρώσεις (βέλη) είναι ορατές στα μεταταρσια κεφάλια και σε μερικά από τις φαλαγγες δακτυλων σε αυτό το ποδιού ενός ασθενή με την κλασική ρευματοειδή αρθρίτιδα.



Σχήμα 7. Μικρογράφημα του ρευματοειδή κόνδylου. Ένας χαρακτηριστικός κόνδυλος περιέχει έναν τομέα της νέκρωσης (κέντρο) που περιβάλλεται (βέλη). Στην περιφέρεια είναι στρογγυλά κύτταρα (κυρίως λεμφοκύτταρα). Ο λεκές είναι hematoxylin (κλίμακα φραγμών = 300 μm).



Σχήμα 8. Φαρμακολογική διαχείριση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Προτεινόμενος αλγόριθμος για τη φαρμακολογική διαχείριση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Οι στερεές γραμμές δείχνουν τις τυποποιημένες διοικητικές επιλογές, και οι διακεκομμένες γραμμές δείχνουν τα στάδια στα οποία η θεραπεία μπορεί να εισαχθεί. Οι περισσότεροι ασθενείς απαιτούν τη γρήγορη πρόοδο από τα κορτικοστεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1)Σαουνάτσου Μ., κελέση Σταυροπούλου Μ., Φασόη Μπάρκα Γ.,(1999).<<Ο ρόλος του νοσηλευτή δίπλα στον χρόνιο άρρωστο με στεφανιαία νόσο>>

2)Ανδριανάκος Α., Τρότζας Π.&συνεργάτες(2003).<<Επιπολασμός των ρευματικών νοσημάτων στην Ελλάδα. Περιγραφική Επιδημιολογική Μελέτη. Η Μελέτη ESORDIG.

3) Πλατή Χρ., Πριάμη Μ. (2000). <<Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις κατά την Οξεία και Χρόνια Φάση της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας>>.

4)Καραδήμας Ε. (2005). <<Ψυχολογία της Υγείας. Θεωρία και Κλινική Πράξη>>. Αθήνα, εκδόσεις: ΤΥΠΟΘΗΤΩ.

5)Παπαδάτου Δ. – Αναγνωστόπουλος Φ. (1999). <<Η Ψυχολογία στον χώρο της Υγείας>>, Γ' Έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.

6)Μηνασίδου Ευγ., Λεμονίδου Χρ. (2005). <<Ποιότητα Ζωής Ατόμων με Χρόνια Νοσήματα και η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών.

7)Κυρίτση Ελ. <<Διαταραχή της Ιδεατής εικόνας του Σώματος>>.

8)Κυρίτση Ελ. (1999) <<Νοσηλευτική Φροντίδα σε Ασθενείς με Διαταραχή Εικόνας Σώματος και Αυτοιδέας>>.

9)Κρέπια – Σαπουντζή Δ., Αναγνωστοπούλου – Καλοκαιρινού Α. (1998). <<Η Επικοινωνία στη νοσηλευτική>>.

10)Παπαγιάννη Α. (2003) <<Μιλώντας με τον Άρρωστο: Εισαγωγή στην Κλινική Επικοινωνία>>, Θεσσαλονίκη, εκδόσεις:University press.

11)Τσιάντης Γ., (1987): Ψυχοκοινωνικά προβλήματα παιδιών με χρόνιες

παθήσεις, στα Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής (Επιμ.) Τσιάντης Γ., & Μανωλόπουλος Σ., Εκδ. Καστανιώτη, αθήνα.

12)Josien M., Βαγιάτη Γ., Γιαννουλέα Μ., <<Η Επικοινωνία μέσα και έξω από τον εργασιακό χώρο>>, Αθήνα 1995, Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα.

13)Ανδριανάκος Α., και Βουδούρης Κ., <<ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ>> Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις: Π.Χ. Πασχαλίδης.

14)Ανδρουλάκη Ζ., κορνελάκης Εμμ., Κουτεντάκης Κων. (2003). <<Κατ'οίκον νοσηλευτική παρακολούθηση χρονίως πασχόντων ηλικιωμένων>>.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1)Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis (2002).

2)Backman L. Cathrine (2006). "Psychosocial aspects in the management of arthritis pain". Arthritis Research and Therapy 2006.

3)Bradley A. Laurence, Alberts R .Kristin (1999). <<Psychological and Behavioral approaches to Pain Management for Patients with Rheumatic Diseases>>. Rheumatic disease Clinic of North America.

4)Chorus A.M.J. et al (2003). <<Quality of Life and work in Patient with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age>>.

5)Sara Lynn H. allaire et all (2003) <<Reduction of job Loss in Persons with Rheumatic Diseases Receiving Vocational Rehabilitation. A Randomized Controlled Trial>>. American College of Reumatology.

6)Arranz, P. et all (2000):Emotional Support in hemophilia, world Federation of Hemophilia Montreal.

7)Register C. (1987): Living with chronic illness. Bantam Books, New York.

8)WHO Working group on the psychosocial aspect of thalassaemia and sickle cell disease (1990): Meeting the needs of people with Hemoglobin disorders. Recommendations for psychological and social management and support, Tettacnauti Foundation Milano.

9)Katz P.P., Morris A., Yelin H.E. (2006) "Prevalence and predictors of disability in valued life activities among individuals with rheumatoid arthritis"

10)American college of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guideline. "Guidelines for the Management of Rheumatoid arthritis 2002 update"

11)Savelkoul M., Post MW, de WittCP, Van den Borne HB (2000). "Social support, coping and subjective well being in patients with Rheumatic Diseases" Patient Educ. Council.

12)Daltroy LH. (1993). "Doctor – Patient communication in rheumatological disorders".Baillieres clin. Rheumatology.

13)Piccini Armando, Maser D. Jack et al (2006). <<Clinical significance of lifetime mood and panic – agoraphobic spectrum symptoms on quality of life of patients with Rheumatoid arthritis>>.

14) Abdel Naser, Abdel Azim et al (1998). <<Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: an analysis of their occurrence and determinants>> Rheumatology.

15)Hammond Alison (2004) <<Rehabilitation in rheumatoid arthritis: A Critical Review>>.