

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο: Από το Α έως το Ω

2011-07-25 10:05:12

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Το ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΑΕΕ) είχε αναγνωριστεί ως νοσολογική οντότητα από την εποχή της αρχαίας Ελλάδας. Ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τον όρο «αποπληξία» για να περιγράψει την αιφνίδια απώλεια των αισθήσεων και την παράλυση. Ο όρος εγκεφαλικό επεισόδιο χρησιμοποιείται για να περιγράψει το γεγονός της αιφνίδιας και δραματικής ανάπτυξης ενός νευρολογικού ελλείμματος, ως αποτέλεσμα παθολογικής προσβολής (απόφραξης ή αιμορραγίας) ενός ή περισσότερων αιμοφόρων αγγείων του εγκεφάλου με συνέπεια τη νέκρωση των εγκεφαλικών περιοχών που αιματώνονται από τα συγκεκριμένα αγγεία. Σήμερα γνωρίζουμε ότι τα εγκεφαλικά επεισόδια είναι μία σοβαρή πάθηση που συχνά οδηγεί στο θάνατο ή σε μόνιμη αναπηρία προκαλώντας λειτουργικά και νευρολογικά ελλείμματα. Είναι η τρίτη κατά σειρά αιτία θνητότητας στις ανεπτυγμένες χώρες και η πρώτη αιτία πρόκλησης αναπηρίας στον άνθρωπο. Υπεύθυνο για 25.000 περιστατικά ετησίως στη χώρα μας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ).

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ Α.Ε.Ε.

ΠΟΥ ΔΕΙΝΟΛΟΓΩΝΤΑΙ ΠΡΟΣΤΕΙΝΟΝΤΑΙ

ΗΛΙΚΙΑ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΠΙΕΡΤΑΣΗ

ΦΥΛΟ ΕΛΛΕΙΨΗ ΦΚΟΚΗΛΕΙΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΠΡΕΣΒΥΛΑΪΑ

ΦΥΛΗ/ ΕΘΝΟΤΗΤΑ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

ΣΤΕΝΩΣΗ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ

Είναι δυνατό να μειώσετε τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου;

Σ τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι υπάρχουν παράγοντες κινδύνου που δεν αλλάζουν, και άλλοι που αλλάζουν ή τροποποιούνται. Ορισμένα άτομα **έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα** να υποστούν εγκεφαλικό επεισόδιο: Άτομα προχωρημένης ηλικίας, οι άνδρες πιο συχνά από τις γυναίκες και άτομα με ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου. Άλλοι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα να συμβεί εγκεφαλικό επεισόδιο αλλά μπορούν να αντιμετωπιστούν ή να τροποποιηθούν είναι:

Υπέρταση

Ο σπουδαιότερος παράγοντας στην πρόληψη των εγκεφαλικών είναι η ορθή θεραπεία την αρτηριακής υπέρτασης. Είναι ο ισχυρότερος ανεξάρτητος παράγοντας για την πρόκληση τόσο των ισχαιμικών όσο και των αιμορραγικών εγκεφαλικών επεισοδίων. Ένας άνθρωπος 50 ετών με υπέρταση έχει τετραπλάσιο κίνδυνο να πάθει εγκεφαλικό τα επόμενα χρόνια από αυτόν που δεν έχει. Έχει αποδειχθεί ότι η θεραπεία της υπέρτασης μειώνει τα εγκεφαλικά κατά 38% τουλάχιστον. Η αντιυπερτασική θεραπεία θα πρέπει να συνιστάται μόνο από ειδικό γιατρό που θα κρίνει ποιο φάρμακο και σε ποιά δόση είναι κατάλληλο για τον συγκεκριμένο ασθενή. Οι συνηθέστερες κατηγορίες φαρμάκων είναι τα διουρητικά, οι αναστολείς των β-αδρενεργικών υποδοχέων, οι ανταγωνιστές ασβεστίου, οι ανταγωνιστές της αγγειοτενσίνης II και οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου. Τον Οκτώβριο του 2003 δημοσιεύτηκε μελέτη 6105 ασθενών από 10 χώρες στο έγκυρο αμερικανικό περιοδικό STROKE, που αποδείκνυε μεταξύ άλλων, οφέλη που είχαν ασθενείς που είχαν

υποστεί ΑΕΕ όταν έπαιρναν αντιυπερτασική θεραπεία βασισμένη στον αναστολέα του μετατρεπτικού ενζύμου **περινδοπρίλη ή και συνδυασμό της** με το διουρητικό **ινδαπαμίδη**.

Καρδιακή και αγγειακή νόσος.

Η συχνότερη καρδιακή πάθηση που προκαλεί ισχαιμικά εγκεφαλικά είναι μια αρρυθμία που λέγεται **κολπική μαρμαρυγή**. Είναι ο δεύτερος στη σειρά παράγων κινδύνου εγκεφαλικών μετά την υπέρταση. Περίπου 0.4% του γενικού πληθυσμού έχει κολπική μαρμαρυγή, η συχνότητά της αυξάνεται με την ηλικία. Τα μισά θρομβοεμβολικά εγκεφαλικά οφείλονται στην αρρυθμία αυτή. Επίσης η ασυμπτωματική στένωση της καρωτίδας, που σημαίνει στένωση πάνω από 50% της καρωτίδας και που δεν έχει εκδηλώσει συμπτώματα, απαντάται περίπου στο 5 έως και 9% των ανθρώπων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών. Τα άτομα αυτά έχουν κίνδυνο να πάθουν ισχαιμικό εγκεφαλικό με συχνότητα 1-2% κάθε χρόνο. Με προσεκτική επιλογή ασθενών που έχουν στένωση πάνω από 60% του αυλού συνιστάται εγχείρηση ενδαρτηρεκτομής από έμπειρο αγγειοχειρουργό. Άλλες καρδιακές παθήσεις όπως έμφραγμα μυοκαρδίου, παθήσεις των βαλβίδων, η διατατική μυοκαρδιοπάθεια κλπ, αποτελούν επίσης σημαντικούς παράγοντες κινδύνου εγκεφαλικών. Η συμβολή του καρδιολόγου είναι απαραίτητη στην θεραπεία αυτών των παθήσεων.

Καρδιακή και αγγειακή νόσος

Ιστορικό παροδικού ισχαιμικού επεισοδίου

Παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο ονομάζεται η προσωρινή διακοπή της αιματικής ροής σε ένα σημείο του εγκεφάλου. Μπορεί έχει διάρκεια μερικών δευτερολέπτων ή μερικών ωρών, συνήθως όμως διαρκεί λιγότερο από 24 ώρες. Αποτελεί ένα σημαντικό προειδοποιητικό σημείο ενός μελλοντικού εγκεφαλικού επεισοδίου. Είναι ένδειξη ότι η αιματική ροή προς τον εγκέφαλο είναι διαταραγμένη.

Ο Διαβήτης

Η ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη αυξάνει το σχετικό κίνδυνο ισχαιμικού εγκεφαλικού μέχρι και 6 φορές. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος όταν ο διαβήτης συνυπάρχει με υπέρταση.

Ο έλεγχος της χοληστερίνης

Η αύξηση της χοληστερίνης είναι σημαντικός παράγων κινδύνου στεφανιαίας νόσου αλλά αμφισβητούμενος μέχρι πρόσφατα για την εκδήλωση γενικά εγκεφαλικών επεισοδίων. Σε ασθενείς με ισχαιμική καρδιοπάθεια που έχουν και αυξημένη χοληστερίνη, η χορήγηση αντιχοληστερινικών φαρμάκων (στατινών) μειώνει τα εγκεφαλικά κατά μέσο όρο 23%.

Η ελάττωση του καπνίσματος

Το κάπνισμα θεωρείται σημαντικός παράγων κινδύνου εκδήλωσης εγκεφαλικού, καθ' όσον διπλασιάζει τη πιθανότητα της πάθησης

Η ελάττωση της κατανάλωσης υπερβολικής ποσότητας αλκοόλ, καθώς και η **αντιμετώπιση της παχυσαρκίας** μειώνουν την πιθανότητα να συμβεί εγκεφαλικό επεισόδιο

Η καθημερινή, μέτρια σωματική άσκηση πάνω από μισή ώρα βοηθά έμμεσα στο να μειωθούν άλλοι παράγοντες που αυξάνουν τα εγκεφαλικά.

Λιγότερο σπουδαίοι παράγοντες κινδύνου εγκεφαλικών έχουν βρεθεί σε διάφορες μελέτες : οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών, όπως αμφεταμίνης, κοκαΐνης και ηρωΐνης και τα άτομα με αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης, έχουν σοβαρό κίνδυνο να πάθουν επίσης εγκεφαλικό καθώς και προθρομβωτικές καταστάσεις που οφείλονται σε επίκτητα ή γονιδιακά νοσήματα (αντικαρδιολιπινικό σύνδρομο, παράγων V Leiden, κλπ) συσχετίζεται επίσης με αύξηση του κινδύνου εγκεφαλικών.

Η χρήση θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση αυξάνει τον

κίνδυνο να πάθει μια γυναίκα εγκεφαλικό μετά από χρήση για πάνω από τρία χρόνια. Η πιθανότητα μιας γυναίκας να εκδηλώσει εγκεφαλικό επεισόδιο μετά από χρήση αντισυλληπτικών δισκίων είναι πολύ μικρή. Ο κίνδυνος όμως είναι μεγαλύτερος αν η γυναίκα καπνίζει, έχει υπέρταση ή έχει ήδη ένα θρομβωτικό επεισόδιο στο ιστορικό της

□

ΑΙΤΙΕΣ -ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ (Α.Ε.Ε.)

Τα εγκεφαλικά επεισόδια τα κατατάσσουμε σε ισχαιμικά έμφρακτα, και εγκεφαλικές αιμορραγίες. Τα ισχαιμικά εγκεφαλικά έμφρακτα είναι συχνότερα (80%) και δημιουργούνται από απόφραξη ενός αγγείου συνήθως λόγω θρόμβου. Σαν αποτέλεσμα της απόφραξης, ο εγκέφαλος που αρδεύεται από το αγγείο αυτό νεκρώνεται. Τα κύρια αίτια των ισχαιμικών εγκεφαλικών είναι η αθηρωμάτωση αρτηριών (καρωτίδες και σπονδυλικές αρτηρίες) και καρδιακές παθήσεις όπως το έμφραγμα μυοκαρδίου και κυρίως ή κοιλιακή μαρμαρυγή. Οι αιμορραγίες αποτελούν το 20% των εγκεφαλικών και οφείλονται συνήθως σε υπέρταση ή ανεύρυσμα του εγκεφάλου. Στην περίπτωση αυτή τα αγγεία σπάνε και αίμα χύνεται μέσα στο εγκέφαλο με αποτέλεσμα την καταστροφή του.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ και ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Ο θεράπων ιατρός αρχικά ξεχωρίζει αν πρόκειται για ισχαιμικό ή αιμορραγικό επεισόδιο και αποκλείει παθήσεις που η κλινική εικόνα τους μοιάζει με ΑΕΕ. Η κλινική εικόνα του ΑΕΕ περιλαμβάνει ποικιλία συμπτωμάτων. Μπορεί να υπάρχουν κινητικές διαταραχές (παραλύσεις της μιας πλευράς του σώματος, απώλεια εκούσιου ελέγχου της κίνησης, πτώση της γωνίας του στόματος ή παραμόρφωση του προσώπου), διαταραχές ανατακλαστικών και σπαστικότητα σε συγκεκριμένους μυς, διαταραχές αισθητικότητας, διαταραχές ελέγχου της ούρησης και της αφόδευσης, αδυναμία επικοινωνίας-λόγου ελλείμματα όρασης και διαταραχές μνήμης, αντίληψης και πράξης. Στη διάγνωση βοηθούν και εργαστηριακά μέσα και κυρίως η αξονική τομογραφία, η μαγνητική τομογραφία, η μαγνητική αρτηριογραφία κ.α.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΥΠΕΣΤΗ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΑΕΕ)

□

- 1) **Καρδιαγγειακά** □ (λόγω της δυνατής συσχέτισης μεταξύ των θρομβωτικών εγκεφαλικών και προϋπάρχουσας αθηροσκληρωτικής καρδιακής νόσου)
- 2) **Η γενικευμένη μείωση της λειτουργικής ικανότητας των συστημάτων εξαιτίας της νόσου και της ακινητοποίησης στο κρεβάτι** (προβλήματα για παράδειγμα από ορθοστατική υπόταση, ατελεκτασίες πνευμόνων, κατάθλιψη, μειωμένη μυϊκή ισχύ ρικνώσεις, οστεοπόρωση, αλλαγές μεταβολισμού, έλκη κατάκλισης, δυσκοιλιότητα, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, κ.α.
- 3) **Η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση** συμβαίνει στο 42% των ασθενών που δεν παίρνουν προφυλακτική φαρμακευτική αγωγή)
- 4) **Πνευμονολογικά** : πνευμονίες (30% των ασθενών) αλλά και σοβαρότερα προβλήματα όπως η πνευμονική εμβολή σπανιότερα.
- 5) **Νευρολογικά προβλήματα** (παραλυση, εμφάνιση σπαστικότητας, επώδυνους μυϊκούς σπασμούς, άγνοια για την ύπαρξη του άλλου μισού του σώματός του επιληπτικές κρίσεις, υδροκέφαλος)

- 6) **Γαστρεντερολογικά** (νευρογενές έντερο, δυσφαγία, δυσκαταποσία, κακή θρέψη)
- 7) **Προβλήματα επικοινωνίας** αδυναμία ή δυσχέρεια έναρθρου λόγου ,προβλήματα έκφρασης και κατανόησης του γραπτού και προφορικού λόγου , κ.α.(30% ασθενών)
- 8) **Γνωσιακά προβλήματα** :ελλείμματα μνήμης, προσανατολισμού, γλώσσας, αντίληψης, σκέψης, προσοχής και εκμάθησης (**15-25% των ασθενών ν**)
- 9) **Προβλήματα Ουροποιητικού** (ακράτεια ούρων 50% των ασθενών)
- 10) **Δερματολογικά** έλκη κατάκλισης (15% των ασθενών)
- 11) **Κατάθλιψη** :δυσκολία στον έλεγχο των συναισθημάτων □ παρουσιάζει το 25-79% των ασθενών
- 12) **Πόνος** λόγω της βλάβης σπάνια (2%), αλλά συχνότερα στον ημίπληκτο ώμο
- 13) **Πτώσεις** (στο 30% των ασθενών),κατά τις μεταφορές τους ή από το αναπηρικό αμαξίδιο ,οι διαταραχές ισορροπίας και νευρομυϊκού συντονισμού αποτελούν τα συχνότερα αίτια

□

ΤΙ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ Η □ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ

- ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η πρόληψη των εγκεφαλικών σήμερα **στηρίζεται στην αναγνώριση ατόμων με υψηλό κίνδυνο να πάθουν εγκεφαλικό**. Τα άτομα αυτά έχουν ένα ή περισσότερους από τους παράγοντες κινδύνου που αναφέρθηκαν και κινδυνεύουν να εκδηλώσουν εγκεφαλικό πολύ περισσότερο από τα άτομα χωρίς παράγοντες κινδύνου.

Οι ασθενείς μετά την οξεία φάση παρουσιάζουν άλλοτε άλλου βαθμού αυτόματη αποκατάσταση των ελλειμμάτων τους και βελτίωση των λειτουργικών δυνατοτήτων τους. Ο χρόνος έναρξης του προγράμματος Αποκατάστασης ποικίλει από ασθενή σε ασθενή ή σε μερικές περιπτώσεις δυστυχώς απουσιάζει. Επίσης η πορεία κάθε ασθενούς με εγκεφαλικό επεισόδιο εμφανίζει σημαντικές και απρόβλεπτες διαφορές. Ένας ασθενής μπορεί να περπατήσει σε τρεις εβδομάδες ενώ ένας άλλος να μείνει σε αναπηρικό αμαξίδιο ή και κλινήρης. Οι διαφορές αυτές οφείλονται σε διάφορους παράγοντες όπως η έκταση το σημείο της βλάβης των νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου, οι συνοδές παθήσεις, η ηλικία κ.α .

- ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ που επέζησαν μετά την νόσηση

Οι Στόχοι του προγράμματος Αποκατάστασης και ο σχεδιασμός περιλαμβάνουν τα εξής:

- κάθε ασθενής ύστερα από σωστή αξιολόγηση των λειτουργικών και νευρολογικών ελλειμμάτων πρέπει να ακολουθεί **εξατομικευμένο πρόγραμμα** που σχεδιάζεται με βάση τη σοβαρότητα των ελλειμμάτων του
 - στόχος της θεραπείας να είναι η αναβάθμιση του λειτουργικού επιπέδου του ασθενούς
 - εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας του σχετικά με την πάθηση και τις επιπλοκές
 - αξιολόγηση του ασθενούς για χορήγηση κατάλληλων βοηθημάτων για τις μετακινήσεις και τις δραστηριότητες της καθημερινότητας
 - πρόληψη νέου ΑΕΕ

- βελτίωση της φυσικής του κατάστασης
- πρόληψη και θεραπεία των συνοδών παθήσεων
- ψυχολογική υποστήριξη
- κοινωνική επανένταξη
- εκπαίδευση στην αυτοεξυπηρέτηση και ανεξαρτησία του ασθενούς

ν **Θεραπεία στην οξεία φάση και πρώιμη Αποκατάσταση**

Γίνεται αρχικά σε **Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ή και σε Νευρολογική ή Παθολογική κλινική** και περιλαμβάνει γενική υποστηρικτική αγωγή (βελτίωση οξυγόνωσης αίματος, ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, ρύθμιση επιπέδων σακχάρου αντιμετώπιση πιθανής πυρετικής κίνησης, αντιμετώπιση πιθανών επιληπτικών κρίσεων, ρύθμιση ηλεκτρολυτών) και την **κύρια φαρμακευτική αγωγή** με αντιπηκτική θεραπεία (εφόσον αποκλειστεί η εγκεφαλική αιμορραγία και δε υπάρχουν άλλες αντενδείξεις), προφύλαξη από την εν τω βάθει θρόμβωση, μέτρηση ενδοκράνιας πίεσης (σε αιμορραγίες) κ.α. εξειδικευμένες ιατρικές παρεμβάσεις. Μετά την 1η εβδομάδα, η υπέρταση θα πρέπει να θεραπεύεται σε ΑΕΕ. Το όφελος υπάρχει για όλα τα είδη των ΑΕΕ (ισχαιμικά ή αιμορραγικά). Το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα επιτυγχάνεται με φαρμακευτική αγωγή που **περιλαμβάνει συνδυασμό αναστολέα μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης και διουρητικού.**

□

Η Αποκατάσταση πρέπει να ξεκινά αμέσως με την είσοδο του ασθενούς στην εντατική. Υπό την καθοδήγηση του Φυσιάτρου-Ιατρού Αποκατάστασης ο θεραπευτής αρχίζει: 1) αναπνευστική κινησιοθεραπεία στον ασθενή, με σκοπό την απομάκρυνση των βρογχικών εγκρίσεων για αποφυγή επιπλοκών 2) σωστή θέση και στάση στο κρεβάτι για την πρόληψη εισρόφησης αλλά και κατακλίσεων (σε συνεργασία με τους νοσηλευτές), 3) εφαρμογή ναρθηκών και ειδικών μαξιλαριών που συμβάλλει στην πρόληψη ρικνώσεων, 3) πραγματοποίηση ασκήσεων εύρους κίνησης στα άνω και κάτω άκρα του ασθενούς επί κλίνης, με σκοπό την διατήρηση της τροχιάς των αρθρώσεων.

Κατά την παραμονή στη □ Νευρολογική/ Παθολογική Κλινική *συνεχίζονται* η αναπνευστική κινησιοθεραπεία και οι ασκήσεις εύρους κίνησης στα άνω και κάτω άκρα του ασθενούς επί κλίνης από τον θεραπευτή με σκοπό την διατήρηση της τροχιάς των αρθρώσεων για την πρόληψη παραμορφώσεων και κατακλίσεων. Έμφαση δίνεται σε θέσεις του άνω (περιοχή ημίπληκτου ώμου) και κάτω άκρου (ποδοκνημική ημίπληκτης πλευράς) με σκοπό την πρόληψη επιπλοκών που είναι συχνές μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο. Σε ασθενείς που αγνοούν το πάσχον μισό του σώματος τους, όλα τα ερεθίσματα πρέπει να δίνονται από την πάσχουσα πλευρά (η παραμονή συγγενών, η σίτιση, το κομοδίνο, κτλ)

ν **Στάδιο κυρίως Αποκατάστασης (υποξεία και χρόνια φάση)**

Κέντρο Αποκατάστασης/Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης/Σπίτι

Στα κέντρα Αποκατάστασης ή στην μονάδα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης ο Φυσιάτρος-Ιατρός Αποκατάστασης συνεργάζεται με τους θεραπευτές (φυσικοθεραπευτές, κινησιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές), τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους τεχνίτες ορθοπαιδικών μηχανημάτων, ψυχολόγους κ.α. με στόχο την επανένταξη του ασθενούς στη ζωή. Η Αποκατάσταση είναι μια επανορθωτική μαθησιακή διαδικασία η οποία επιταχύνει και μεγιστοποιεί την ανάρρωση.

Κινησιοθεραπεία: Δίνεται σημασία αρχικά στις αναπνευστικές ασκήσεις και στην επανεκπαίδευση της καθιστής θέσης και κατόπιν στην ενδυνάμωση του υγιούς μέρους του σώματος και του κορμού, ενώ συγχρόνως γίνονται οι ασκήσεις στο ημίπληκτο μέρος με σκοπό να σηκωθεί ο ασθενής στην καθιστή θέση και να καθίσει μόνος του χωρίς βοήθεια. Στο πρόγραμμα δίνεται έμφαση στις ασκήσεις του κάτω άκρου με σκοπό την προετοιμασία του ημίπληκτου κάτω άκρου, ώστε να δεχθεί βάρος για την επανεκπαίδευση της βάδισης. Στο άνω άκρο η επανεκπαίδευση αποσκοπεί στην ανύψωση του βραχίονα χωρίς πόνο. Ακολουθούν ασκήσεις ισορροπίας σε όρθια θέση. Στη συνέχεια ο ασθενής επανεκπαιδεύεται στη βάδιση (με τη βοήθεια του θεραπευτή και βοηθημάτων) και σταδιακά στο ανέβασμα και κατέβασμα σκάλας. Το ανέβασμα στη σκάλα γίνεται με το καλό πόδι και το κατέβασμα με το ημίπληκτο. Στην αρχή θα χρειάζεται βοήθεια άλλου προσώπου ή και βακτηριών. Η κουपाστή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για ισορροπία. Η προσέγγιση που συνήθως εφαρμόζεται στα εγκεφαλικά επεισόδια είναι βασισμένη στη μέθοδο Bobath που στηρίζεται στην αναχαίτιση των παθολογικών πρότυπων κινήσεων που έχει ο ασθενής λόγω του επεισοδίου, με σκοπό την διευκόλυνση φυσιολογικών πρότυπων κινήσεων. Σημαντική είναι και η βελτίωση της αεροβικής ικανότητας, μέσω της χρήσης του ειδικού ποδηλάτου παθητικής κινητοποίησης. Ο γιατρός και ο θεραπευτής πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους το στοιχείο της κόπωσης και να μην εξαντλούν τον ασθενή με πολύ εντατικά προγράμματα κινησιοθεραπείας.

Γνωσιακές διαταραχές: η αντιμετώπιση των γνωσιακών διαταραχών (ελλείμματα μνήμης, προσανατολισμού, γλώσσας, αντίληψης, σκέψης, προσοχής και εκμάθησης) είναι μείζονος σημασίας και πρέπει να αποτελεί στόχο του προγράμματος Αποκατάστασης.

Διαταραχή αισθητικότητας και η ιδιοδεκτικότητα:

Συνήθως υποβαθμίζεται η σημασία τους σε ΑΕΕ, επειδή περισσότερο απασχολεί γιατρούς, ασθενή και συγγενείς η επάνοδος της λειτουργικότητας, που σχετίζεται με τις κινητικές ικανότητες. Η ιδιοδεκτικότητα μας δίνει πληροφορίες για τη θέση μελών του σώματος μας κατά την κίνηση. Η σημασία τους είναι σημαντική στην Αποκατάσταση.

Εργοθεραπεία: Βοηθά στην αποκατάσταση των προβλημάτων στο άνω άκρο και επικεντρώνεται στη λειτουργική αποκατάστασή του. Η διαδικασία αφορά στη κινητική εκπαίδευση και δίνει έμφαση και στις λοιπές λειτουργίες (νοητικές, γνωστικές, αντιληπτικές, συναισθηματικές) και σε όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής (αυτουπηρέτηση, εργασία, σπίτι και οικογένεια, κοινωνικές επαφές και ελεύθερος χρόνος).

□

Λογοθεραπεία : Βοηθά στις **διαταραχές επικοινωνίας και κατάποσης** μετά από εγκεφαλικό. Η διάγνωση και η εφαρμογή προγράμματος αποκατάστασης των διαταραχών αυτών είναι βασικό συστατικό της θεραπείας και επιπλέον ελαχιστοποιεί την πιθανότητα πνευμονιών από εισρόφηση.

Η εφαρμογή νάρθηκων συμβάλλει στην πρόληψη ρικνώσεων (πχ εκτατικού τύπου νάρθηκες δακτύλων & πηχεοκαρπικής, νάρθηκες ρυθμιζόμενης γωνίας γονάτων και ποδοκνημικής) και **η εφαρμογή ορθωτικών μηχανημάτων** είναι απαραίτητη για την ορθοστάτηση και βάδιση σε μερικούς ασθενείς

Σημαντικό στοιχείο της Αποκατάστασης αποτελεί η **πρόληψη και αντιμετώπιση των ελκών κατάκλισης**, διότι καθυστερούν το πρόγραμμα, αποτελούν πύλη εισόδου μικροβίων και αυξάνουν τις ενεργειακές ανάγκες του οργανισμού.

Σπαστικότητα μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο: Η σπαστικότητα είναι μια κινητική διαταραχή.

Προκαλεί συσπάσεις μυών (καμπτήρες των άνω άκρων, εκτείνοντες των κάτω άκρων), ανωμαλίες του ελέγχου της στάσης και εμποδίζει την αρμονία των κινήσεων δυσκολεύοντας την λειτουργικότητα των μελών του σώματος. Η σπαστικότητα μπορεί να εμφανισθεί από το αρχικό στάδιο και μπορεί να είναι μικρού ή μεγάλου βαθμού. Η αντιμετώπιση της σπαστικότητας δεν είναι μονόπλευρη και επεκτείνεται σε διάφορα επίπεδα: Η φυσικοθεραπεία, η εφαρμογή φυσικών μέσων και ειδικών ναρθήκων και η κρυοθεραπεία, έχουν ρόλο επικουρικής παρέμβασης, αφού η αποτελεσματικότητά τους, όσον αφορά τη σπαστικότητα έχει πρόσκαιρο χαρακτήρα λίγων ωρών. Βασικά στοιχεία της αντιμετώπισης της σπαστικότητας αποτελούν η φαρμακευτική αγωγή από το στόμα και η χημική νευρόλυση (βουτυλλινική τοξίνη-ενδομυϊκά), ενώ σε μόνιμες παραμορφώσεις έχουν θέση οι ορθοπαιδικές επεμβάσεις. Η αντιμετώπιση της σπαστικότητας με φάρμακα και βουτυλλινική τοξίνη πρέπει να ακολουθείται από απαραίτητα προγράμματα κινησιοθεραπείας, εργοθεραπείας και επανεκπαίδευσης της κίνησης για να επιτευχθεί το μέγιστο λειτουργικό αποτέλεσμα. Η παρέμβαση στη σπαστικότητα γίνεται πάντα βάσει των αναγκών του ασθενούς και προέχει η λειτουργικότητα και αυτοεξυπηρέτησή του.

Σύνθετο τοπικό αλγινικό σύνδρομο: Πρόκειται για μια κλινική οντότητα που εμφανίζεται αρκετά συχνά (12-70%) σε άτομα που έχουν υποστεί Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο και αφορά συνήθως στο άνω άκρο. Συνήθως εμφανίζεται με καυσalgίες, περιορισμό του εύρους κίνησης των αρθρώσεων κυρίως ώμου, καρπού και άκρας χείρας, οίδημα, αύξηση μυϊκού τόνου και θερμοκρασίας, υπεριδρωσία κ.λ.π. Η έγκαιρη διάγνωση είναι το κλειδί για την πρόληψη και την θεραπεία.

□

Η Βιολογική επανατροφοδότηση (Biofeedback – BFB) αποτελεί ένα αποτελεσματικό κλινικό θεραπευτικό βοήθημα στον τομέα της επανεκπαίδευσης στην αποκατάσταση του ΑΕΕ. Στόχο αποτελεί η επανεκπαίδευση αδύναμων μυών. Η συσκευή μας δίνει σήμα ηχητικό ή και οπτικό. Με τον τρόπο αυτό ο ασθενής εκπαιδεύεται στην αίσθηση της αυξημένης μυϊκής δραστηριότητας, ενώ παρακολουθεί τις ενισχυμένες αντιδράσεις του στο μόνιτορ του biofeedback. Έτσι μπορεί να επικεντρώσει την προσοχή του στην αναγνώριση αυτής της αίσθησης και κατορθώνει καλύτερη κίνηση. Σημαντικό ρόλο για να υπάρχουν οφέλη από την τεχνική του biofeedback παίζει η *ακέραιη* ιδιοδεκτική αίσθηση που μας δίνει πληροφορίες για τη θέση μελών του σώματος μας κατά την κίνηση. Ο Φυσιάτρος-Ιατρός Αποκατάστασης είναι ο ειδικός στο να διακρίνει ποιοι ασθενείς χρειάζονται το biofeedback.

Ψυχογενείς διαταραχές: Η εγκεφαλική βλάβη μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη και άλλες ψυχικές διαταραχές. Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση μπορεί να βελτιώσει τόσο την ψυχική κατάσταση του ασθενούς, όσο και τη συνεργασία του στην αποκατάσταση. Θεραπευτικά τον πρώτο λόγο έχει η φαρμακευτική θεραπεία και κυρίως τα νεότερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Σπουδαιότητας είναι η ενθάρρυνση και επιβράβευση του ασθενούς για την προσπάθεια που κάνει, γιατί υπάρχει κίνδυνος να απογοητευθεί και να μην θέλει να συμμετέχει στην θεραπεία καθώς και η ψυχολογική υποστήριξη και των συγγενικών προσώπων.

Διορθωτικές και λειτουργικές επεμβάσεις ημιπληγικού άνω και κάτω άκρου

Σκοπός των χειρουργικών επεμβάσεων είναι να επιτευχθεί η κινητοποίηση και η εύκολη περιποίηση των ασθενών καθώς επίσης η βάδιση, στις περιπτώσεις που υπάρχει αυτή η δυνατότητα. Για παράδειγμα στα κάτω άκρα οι επεμβάσεις που μπορούν να βοηθήσουν στην λειτουργική αποκατάσταση των ασθενών είναι οι διατομές τενόντων ή μυών ή οι επιμηκύνσεις αυτών □

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Η πλειοψηφία των ασθενών με ΑΕΕ έχουν και συνοδά ιατρικά προβλήματα που χρήζουν παρακολούθησης και θεραπευτικών παρεμβάσεων (υπέρταση, καρδιακή νόσος, διαβήτης κ.α.). Η σωστή αντιμετώπιση μειώνει τον κίνδυνο νέου ΑΕΕ και αυξάνει την επιβίωση. Η Αποκατάσταση δεν τελειώνει όταν ο ασθενής εξέλθει του νοσοκομείου και οι ασθενείς ωφελούνται από τη συνεχιζόμενη θεραπεία. Η κατάθλιψη, η μειωμένη σεξουαλικότητα, η δυσκολία στις μεταφορές και την οδήγηση αλλά και η σπαστικότητα καθιστούν απαραίτητη τη χρόνια παρακολούθηση του ασθενούς .

[Share / Save](#)   