

Η αποκατάσταση μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Γράφει η

Ματίνα Χρ. Καλήγερου, MD

Ιατρός Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης
Fellow of European Board of Physical
and Rehabilitation Medicine (FEBRM)
Μετεκπαιδευθείσα στον Ιατρικό Βελονισμό

Περισσότεροι από 25.000 Έλληνες προσβάλλονται ετησίως από ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (ΑΕΕ) σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Η Αποκατάσταση ασθενών με ΑΕΕ αρχίζει - ή θα έπρεπε να αρχίζει - κατά την οξεία φάση της νοσηλείας των ασθενών, στο Γενικό Νοσοκομείο, αμέσως μόλις οριστικοποιηθεί η διάγνωση του ΑΕΕ και τεθούν υπό έλεγχο όλοι οι παράγοντες που απειλούν τη ζωή των ασθενών.

Τα 4/5 των ατόμων που θα επιβιώσουν μετά από ένα ΑΕΕ χρειάζεται να υποβληθούν σε πρόγραμμα Αποκατάστασης προκειμένου να μειωθεί ο βαθμός αναπηρίας που επέρχεται. Στην χώρα μας, οι περισσότεροι ασθενείς μετά την οξεία φάση νοσηλείας τους σε ένα νοσοκομείο, θα γυρίσουν σπίτι τους χωρίς να εκτιμηθούν από τον ειδικό ιατρό Αποκατάστασης.

Τι είναι το Α.Ε.Ε.;

Το Α.Ε.Ε. είναι μία μη-τραυματική εγκεφαλική βλάβη που οφείλεται σε απόφραξη ή ρήξη εγκεφαλικού αγγείου. Προκαλεί αιφνίδιο νευρολογικό έλλειμμα που χαρακτηρίζεται από απώλεια του μυϊκού ελέγχου, διαταραχή της αισθητικότητας, γνωσιακά προβλήματα, διαταραχές της ομιλίας, διαταραχές της ισορροπίας και μπορεί να οδηγήσει σε κώμα ή ακόμα και σε θάνατο. Το 85% είναι ισχαιμικά, ενώ το 15% είναι αιμορραγικά. Το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου στο δυτικό κόσμο μετά τις καρδιοαγγειακές παθήσεις και τον καρκίνο και η δεύτερη πιο συχνή αιτία σοβαρής αναπηρίας μετά την αρθρίτιδα.

Εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες και πάνω από την ηλικία των 60 χρόνων. Εντούτοις, το 28% των Α.Ε.Ε. συμβαίνει σε άτομα ηλικίας μικρότερης των 60 ετών.

Στα παιδιά παρατηρούνται 2.7 Α.Ε.Ε. στα 100.000 παιδιά ανά έτος.



Ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου; Διακρίνονται σε αυτούς που μπορούμε να παρέμβουμε όπως:

- αρτηριακή υπέρταση,
- κάπνισμα,
- υπερλιπιδαιμία,
- σακχαρώδης διαβήτης,
- καρδιοαγγειακές παθήσεις,
- παχυσαρκία, αλκοόλ, ναρκωτικά και σε μη τροποποιήσιμους όπως:
- ηλικία, φύλο, φυλή, προηγούμενο ΑΕΕ.

Η Αποκατάσταση πρέπει να ξεκινά αμέσως μετά την είσοδο του ασθενούς στο νοσοκομείο και να συνεχίζεται μετά την έξοδο από αυτό.

Στα κέντρα Αποκατάστασης ή στην μονάδα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης ο Φυσίατρος-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.

Σε ένα πρόγραμμα Αποκατάστασης ο στόχος είναι οι ασθενείς είτε να διατηρήσουν την υπάρχουσα κινητικότητα τους, είτε να κερδίσουν πάλι κάποιες από τις χαμένες ικανότητες ώστε να διατηρηθεί ή να βελτιωθεί ο βαθμός αυτοεξυπηρέτησης των καθημερινών δραστηριοτήτων διαβίωσης όπως: η βάρδια, η ομιλία, η σωματική υγι-

εινή, το ντύσιμο, η σίτιση, η χρήση της τουαλέτας, η χρήση του τηλεφώνου και του υπολογιστή, η οδήγηση κλπ..

Το πρόγραμμα Αποκατάστασης περιλαμβάνει:

1-Κινησιοθεραπεία με:

- αναπνευστικές ασκήσεις για την απομάκρυνση των βρογχικών εκκρίσεων -σωστή θέση και στάση στο κρεβάτι για την πρόληψη εισρόφησης, αλλά και κατακλίσεων. Έμφαση δίνεται σε θέσεις του ημίπληκτου ώμου και της ποδοκνημικής της ημίπληκτης πλευράς. Σε ασθενείς που αγνοούν το πάσχον μισό του σώματός τους (neglect), όλα τα ερεθίσματα πρέπει να δίνονται από την πάσχουσα πλευρά
- ασκήσεις ισορροπίας σε καθιστή και όρθια θέση -ενδυνάμωση του υγιούς μέρους του σώματος και του κορμού,
- ασκήσεις στο ημίπληκτο μέρος
- επανεκπαίδευση του άνω άκρου
- επανεκπαίδευση βάρδιας
- βελτίωση της αεροβικής ικανότητας μέσω της χρήσης του ειδικού ποδηλάτου παθητικής κινητοποίησης

2- Αποκατάσταση Γνωσιακών Διαταραχών όπως τα ελλείμματα μνήμης, προσανατολισμού, γλώσσας, αντίληψης, σκέψης, προσοχής και εκμάθησης και **Διαταραχών Αισθητικότητας και της Ιδιοδεκτικότητας.**

3- Εργοθεραπεία κυρίως για την λειτουργική αποκατάσταση των προβλημάτων στο άνω άκρο

και στην αυτοεξυπηρέτηση.

4- Λογοθεραπεία για τις διαταραχές ομιλίας και κατάποσης.

5- Εφαρμογή ορθώσεων για την πρόληψη ρικνώσεων και την εφαρμογή ορθωτικών μηχανημάτων απαραίτητη για την ορθοστάτηση και τη βάρδια σε μερικούς ασθενείς.

6- Πρόληψη και αντιμετώπιση των ελκών κατάκλισης.

7-Διαχείριση της σπαστικότητας (αύξηση της αντίστασης, στην διάταση του μυός η οποία δυσκολεύει την ανάρρωση της λειτουργικής κίνησης) που ξεκινάει από τη σωστή τοποθέτηση των μελών, διατάσεις και αντιμετώπιση επώδυνων ερεθισμάτων όπως ουρολομώξεις ή δυσκοιλιότητα. Στη θεραπεία συμπεριλαμβάνονται ορθώσεις, αντισπασμικά φάρμακα, έγχυση βουτουλινικής τοξίνης, εμφύτευση αντλίας μπακλοφαίνης.

8-Θεραπεία του σύνθετου τοπικού αλγινού συνδρόμου συνήθως εμφανίζεται με καυσαλγίες, περιορισμό του εύρους κίνησης των αρθρώσεων κυρίως ώμου, καρπού και άκρας χείρας, οίδημα, αύξηση μυϊκού τόνου και θερμοκρασίας, υπεριδρωσία κ.λ.π.

9-Η Βιολογική επανατροφοδότηση (Biofeedback - BFB) είναι η επανεκπαίδευση αδύναμων μυών.

10- Η εγκεφαλική βλάβη μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη και άλλες ψυχικές διαταραχές. Η συχνότητα της κατάθλιψης αγγίζει το 70%. Εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή, είναι εξαιρετικά σημαντική η αλληλεπίδραση με άλλους ασθενείς και η ψυχολογική υποστήριξη και ενθάρρυνση από τους θεραπευτές και την οικογένεια.

11-Διορθωτικές και λειτουργικές επεμβάσεις ημιπληγικού άνω και κάτω άκρου με σκοπό την κινητοποίηση και την εύκολη περιποίηση των ασθενών, καθώς επίσης τη βάρδια, στις περιπτώσεις που υπάρχει αυτή η δυνατότητα.

Συνοψίζοντας, η Αποκατάσταση είναι μια επανορθωτική μαθησιακή διαδικασία, η οποία επιταχύνει και μεγιστοποιεί την ανάρρωση και η οποία δεν τελειώνει όταν ο ασθενής εξέλθει από το νοσοκομείο. Οι ασθενείς ωφελούνται από μία **συνεχισόμενη θεραπεία**. Η κατάθλιψη, η μειωμένη σεξουαλικότητα, η δυσκολία στις μεταφορές και την οδήγηση, αλλά και η σπαστικότητα καθιστούν απαραίτητη τη χρόνια παρακολούθηση του ασθενούς για τη βελτίωση της Ποιότητας Ζωής του και της οικογένειάς του, συμπεριλαμβανομένης της επαγγελματικής και κοινωνικής επανένταξής του.