



Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Ε Ι Σ

Προφορικών Ανακοινώσεων

001

ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΠΑΡΑΛΥΣΗ ΣΤΗΝ ΗΠΕΙΡΟ

Τζούφη Μερόπη, Δρίμτζια Αικατερίνη, Ανδρεάδης Ιωάννης,
Πλικαδίτου Χριστίνα, Ζιάβρου Αικατερίνη,
Σιαμοπούλου - Μαυρίδου Αντιγόνη

Πανεπιστημιακή Παιδιατρική Κλινική, Παν. Ιωαννίνων,
ΕΛΕΠΑΠ Ιωαννίνων

Σκοπός: η εκτίμηση της συμμόρφωσης και της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων αποκατάστασης, σε παιδιά με εγκεφαλική παράλυση (Ε.Π), στην Ήπειρο.

Υλικό και μέθοδοι: Μελετήθηκαν 152 παιδιά (86Α-66Κ), 72 πρόωρα-80 τελειόμνηνα. Συγκεκριμένα μελετήθηκαν: η κλινική εικόνα του ασθενούς και οι συνοδές διαταραχές, σε συνάρτηση με την ηλικία κύησης (πρόωρα/τελειόμνηνα), η ηλικία έναρξης παρακολούθησης προγραμμάτων στήριξης (φυσιοθεραπεία, λογοθεραπεία, εργοθεραπεία), η συμμόρφωση σε αυτά, η αποτελεσματικότητά τους, καθώς και οι οικογενειακές συνθήκες (επάγγελμα πατέρα, απόσταση από τις υποδομές στήριξης).

Αποτελέσματα: Τα 2/3 των παιδιών με Ε.Π. (78% των προώρων & 55% των τελειομίνων), παρακολούθησαν διάφορα προγράμματα στήριξης (κυρίως μέσω ΕΛΕΠΑΠ), συνήθως (72%) τα παιδιά με την σπαστική τετραπληγία. Στο 74% η έναρξη των προγραμμάτων έγινε > 12 μηνών, ιδιαίτερα στα τελειόμνηνα νεογνά (60%). Υπήρχε συνολικά ικανοποιητική συμμόρφωση στα προγράμματα, αφού το 67.5% τα παρακολούθησε για 2-5 έτη ($p=0.0005$), με τα πρόωρα να τα παρακολουθούν πολύ πιο συχνά από ότι τα τελειόμνηνα παιδιά ($p=0.0016$). Το 1/3 των παιδιών που παρακολούθησε <2 έτη, προέρχονταν κυρίως από οικογένειες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, αλλά το 12% ανέφερε & λόγους απόστασης, και τους ίδιους λόγους είχε και το 1/3 συνολικά των ασθενών, που δεν παρακολούθησαν κανένα πρόγραμμα. Οι παρεμβάσεις βοήθησαν ουσιαστικά αφού το 90% των παιδιών που παρακολούθησαν προγράμματα λογοθεραπείας - εργοθεραπείας σημείωσαν σαφή πρόοδο (κυρίως στο 2ο έτος) και σχεδόν όλα τα παιδιά (95.6%) που παρακολούθησαν προγράμματα φυσιοθεραπείας βελτιώθηκαν σαφώς, με τα 2/3 αυτών να περνούν από την μέτρια στην ελαφρά διαταραχή της κινητικότητας.

Συμπεράσματα: Η κατάλληλη και έγκαιρη έναρξη παρέμβασης και η μακρόχρονη συμμόρφωση σε προγράμματα αποκατάστασης, φάνηκε να εξαρτώνται από την ενημέρωση των οικογενειών (πιο ευαισθητοποιημένοι όταν έχουν πρόωρα νεογνά), από την μακρινή απόσταση από τις υποδομές στήριξης και από το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των οικογενειών. Το γεγονός αυτό επιβάλλει την ειδική ενασχόληση και στήριξη στις οικογένειες αυτές, μέσω της ανάπτυξης αποκεντρωμένων δομών ανίχνευσης και θεραπευτικής παρέμβασης.

002

ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΟΥ ΕΝΤΑΧΘΗΚΑΝ ΣΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΛΕΠΑΠ ΧΑΝΙΩΝ & ΑΠΕΦΟΙΤΗΣΑΝ ΑΠΟ ΑΥΤΑ Κατά ΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 1980-2002.

Καλογεράκη Χρυσή-Μητσοπούλου Μάνια
Καραδάκη Μαρία – Κανκαλά Αθηνά

ΕΛΕΠΑΑΠ ΧΑΝΙΩΝ

Η ηλικία που δέχεται παιδιά με ειδικές ανάγκες η ΕΛΕΠΑΑΠ είναι 0 έως 16 ετών.

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να διερευνηθεί η ιατρική και κοινωνική κατάσταση των παιδιών που έχουν ενταχθεί και αποφοιτήσει από τα θεραπευτικά προγράμματα κατά το διάστημα 1980 –2002.

Η εργασία γίνεται βάσει ερωτηματολογίου –επανεξέτασης κατά τον Αύγουστο – Σεπτέμβριο 2003. Ο αριθμός των παιδιών που επιλέχθηκαν και εντάχθηκαν στο πρόγραμμα επανεξέτασης είναι 96

Το ερωτηματολόγιο-επανεξέταση αφορά:

Διάγνωση – είδος αναπηρίας – συνοδά προβλήματα – Ιατρική Παρακολούθηση μετά την ΕΛΕΠΑΑΠ – Θεραπευτικά προγράμματα μετά την ΕΛΕΠΑΑΠ – Λειτουργικότητα – τρόποι μεταφοράς – μορφωτικό επίπεδο - απασχόληση – οικογενειακή κατάσταση.

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ ΓΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΝΑΠΗΡΩΝ ΟΔΗΓΩΝ

Ε.Α. Μαραγκουδάκη, Φυσίατρος, Επιμ. Β' ΕΣΥ, Κέντρο «ΗΝΙΟΧΟΣ»: Ικανότητα Οδήγησης και Διασκευές Οχημάτων για ΑμεΑ.
Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης Αναπήρων - Ε.Ι.Α.Α., Αθήνα
Μ. Χ. Πάνου, Ηλ/κος Μηχ/κος Μ.Σc., Διερωπαϊκή Ομάδα Συμβούλων Θεσ/κης (TRUTH S.A.)

Σήμερα παρατηρείται παντελής έλλειψη τυποποίησης στις μεθόδους και εργαλεία αξιολόγησης της ικανότητας οδήγησης των ηλικιωμένων και αναπήρων. Η ίδρυση ενός πανευρωπαϊκού Θεματικού Δικτύου μπορεί να δημιουργήσει την απαιτούμενη κρίσιμη μάζα εμπειρίας, ώστε να υπερκεραστούν οι τοπικές πρακτικές και διαδικασίες αξιολόγησης και να υπάρξει σύγκλιση σε κοινές πρακτικές και εργαλεία πανευρωπαϊκής εφαρμογής. Το έργο CONSENSUS, το οποίο συγχρηματοδοτείται από την ΕΕ, ανέπτυξε ένα τέτοιο Δίκτυο Αριστείας που αποσκοπεί:

- στη συστηματική ανταλλαγή πληροφοριών σε θέματα αξιολόγησης ικανότητας οδήγησης αναπήρων,
- στην προώθηση της ανταλλαγής τεχνογνωσίας εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης,
- στη δυνατότητα πρόσβασης και χρήσης της εμπειρίας και των υποδομών εξειδικευμένων κέντρων από τις αρμόδιες αρχές Ευρωπαϊκών κρατών, χρησιμοποιώντας υφιστάμενα εργαλεία και διαδικασίες τηλεματικής και νέα εργαλεία πληροφόρησης (βάση δεδομένων και έμπειρο σύστημα).

Στο έργο συμμετέχουν συνολικά 16 εταιρείες από 14 Ευρωπαϊκές χώρες, και αναμένεται να ολοκληρωθεί τον Αύγουστο του 2004.

Η ομάδα-στόχος του έργου αποτελείται από άτομα με τις παρακάτω αναπηρίες:

- **Βλάβες Νωτιαίου Μυελού:** παραπληγία, τετραπληγία, εκφυλιστικές νόσοι (σκλήρυνση κατά πλάκας κλπ.)
- **Βλάβες Περιφερικού Νευρικού Συστήματος:** (παράλυση άνω, κάτω ή άνω και κάτω άκρων) αισθητική και κινητική δυσλειτουργία.
- **Μυοπάθειες** (μυϊκή δυστροφία κλπ.).
- **Άλλες παθήσεις κινητικού συστήματος:** (ακρωτηριασμοί, ρευματοπάθειες κλπ.)

Στην παρούσα εργασία αναπτύσσεται κοινή πανευρωπαϊκή κατηγοριοποίηση και κωδικοποίηση των ικανοτήτων των ΑμεΑ, βάσει συνδυασμού των κωδικών ICD9 και ICF του Διεθνούς Οργανισμού Υγείας (WHO). Έχουν ήδη επιλεγεί οι απαιτούμενοι κωδικοί ICD που σχετίζονται με την οδήγηση, καθώς και κωδικοί ICF, σχετικά με «λειτουργίες του σώματος», «ανατομικές δομές» και «δραστηριότητες και συμμετοχή». Μία τέτοια κωδικοποίηση καθώς και η συνακόλουθη ανάπτυξη κοινών εργαλείων και διαδικασιών αξιολόγησης θα οδηγήσει στην καλύτερη αλλά και ομοιόμορφη λειτουργική αξιολόγηση της ικανότητας οδήγησης οδηγών με αναπηρίες, που θα βασίζεται σε αντικειμενικά κριτήρια και όχι σε γενικής μορφής ιατρικά δεδομένα και αυθαίρετες ομαδοποιήσεις εξαστομικευμένων ικανοτήτων.

ΣΥΣΚΕΥΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Απόστολος Δόλλας, Κυπριανός Παπαδημητρίου,
Σταμάτης Σωτηρόπουλος, Ευριπίδης Σωτηριάδης

Πολυτεχνείο Κρήτης, Τμήμα ΗΜΜΥ

Στην εργασία αυτή έχει αναπτυχθεί μια συσκευή για άτομα με κινητικές ανάγκες που έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιείται ως είσοδος σε ηλεκτρονικά/ηλεκτρικά ελεγχόμενες εξωτερικές συσκευές όπως είναι τα φώτα, η τηλεόραση, το κλιματιστικό αλλά και πιο πολύπλοκες όπως είναι το κινητό τηλέφωνο και ο υπολογιστής.

Άνθρωποι με κινητικές δυσκολίες συχνά χαρακτηρίζονται από έλλειψη δυνατότητας να χρησιμοποιούν συνήθη εξοπλισμό για να επικοινωνήσουν με το περιβάλλον. Μέχρι σήμερα έχουν κατασκευαστεί συσκευές όπως ράβδοι στόματος, υπερμεγέθη και ειδικά πληκτρολόγια (π.χ. πληκτρολόγιο γλώσσας) και οθόνες, αλλά αυτά είναι υπερβολικά περιοριστικά στον χρήστη διότι απαιτούν κινήσεις σε συγκεκριμένο χώρο (αυτόν του πληκτρολογίου). Επιπλέον, είναι επιθυμητό να υπάρχει μια συσκευή εισόδου που να χρησιμοποιείται από άτομα με ειδικές ανάγκες για να ελέγξουν πολλά διαφορετικά συστήματα. Για παράδειγμα, μια συσκευή εισόδου προσαρμοσμένη σε αναπηρικό καροτσάκι μπορεί να χρησιμοποιηθεί για είσοδο σε προσωπικό υπολογιστή, για έλεγχο τηλεόρασης καθώς και για έλεγχο του ίδιου του καροτσιού. Κάθε περίπτωση από τις παραπάνω απαιτεί αναγνώριση διαφορετικών χαρακτηριστικών, επομένως χρειάζεται διαφορετικούς αλγορίθμους.

Η λειτουργία της νέας συσκευής βασίζεται σε αισθητήρια (επιταχυνσιόμετρα) τα οποία προσαρμόζονται πάνω στο χέρι ώστε να ανιχνεύουν την κίνηση του χεριού. Κάθε κίνηση έχει τα δικά της χαρακτηριστικά και αναγνωρίζεται με ειδικούς αλγορίθμους που έχουν αναπτυχθεί ειδικά για το σύστημα αυτό. Η αναγνώριση μιας κίνησης ενεργοποιεί μια αντίστοιχη εντολή. Με αυτόν τον τρόπο έχει οριστεί ένα προκαθορισμένο λεξιλόγιο κινήσεων του χεριού το οποίο αντιστοιχεί σε ένα σύνολο εντολών. Επιπλέον, η συσκευή χαρακτηρίζεται από τη δυνατότητα προσαρμογής στον κάθε χρήστη. Ένας ασθενής εκτελεί μια κίνηση με διαφορετικό τρόπο από κάποιον

άλλον. Με ένα σύνολο βημάτων το σύστημα μπορεί να εκπαιδευτεί ώστε το λεξιλόγιο των κινήσεων να προσαρμόζεται στον εκάστοτε χρήστη.

Τα πειράματα που πραγματοποιήθηκαν απέδειξαν μεγάλο ποσοστό επιτυχίας του συστήματος σε άτομα με/χωρίς κινητικές ανάγκες. Η ορθή αναγνώριση της κίνησης του εκάστοτε χρήστη απέδειξε την ευστοχία των αλγορίθμων αναγνώρισης και προσαρμοστικότητας του συστήματος. Περαιτέρω κλινική αξιολόγηση βρίσκεται σε εξέλιξη. Δύο σημαντικά καινοτομικά στοιχεία της παρούσας συσκευής είναι: α) η δυνατότητα προσαρμογής του ίδιου συστήματος στις κατά περίπτωση ανάγκες του χρήστη και β) η εξάλειψη της ανάγκης χρήσης προσωπικού υπολογιστή με όλους τους περιορισμούς του όπως κόστος, μέγεθος, βάρος, κατανάλωση ενέργειας κλπ. Το αποτέλεσμα είναι ένα αυτόνομο σύστημα, ελαφρύ και χαμηλού κόστους που έχει τη δυνατότητα να επικοινωνήσει με κάθε ηλεκτρονικά/ηλεκτρικά ελεγχόμενη συσκευή.

005

ΔΥΣΦΑΓΙΑ: ΑΙΤΙΑ, ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ

Πατρίτσια Γιαννίκα, Κυριακή ΣΤΑΘΗ, Ξανθή Μιχαήλ

Τμήμα Φ.Ι.Απ. - Θεραπευτήριο Υγεία - Αθήνα

Η δυσφαγία είναι η διαταραχή της κατάποσης σε ένα ή και περισσότερα στάδια της (στοματική προετοιμασία, στοματικό, φαρυγγικό και οισοφαγικό στάδιο). Η δυσφαγία μπορεί να παρατηρηθεί σε όλες τις ηλικίες. Η κύρια αιτία δυσφαγίας είναι οι νευρολογικές παθήσεις, ιδιαίτερα δε το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (42%, Gordon, Hewer & Wade, 1987), και η κρανιοεγκεφαλική κάκωση (1/4 των ασθενών, Cherney & Halper, 1989).

Η δυσφαγία μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές τόσο υποσιτισμού όσο και του αναπνευστικού συστήματος.

Κατά την εξέταση της δυσφαγίας διαπιστώνεται η ανταπόκριση του ασθενή στην κατάποση ρευστών, στερεών και ημίρρευστων τροφών. Πρέπει να επισημανθεί ότι η μη ύπαρξη βήχα δεν σημαίνει απόλυτα ότι δεν έγινε εισρόφηση, μια και το 30% των ασθενών με δυσφαγία (Schwartz, 1995) πάσχουν από σιωπηλή εισρόφηση. Όταν υπάρχουν υπόνοιες δυσκολίας στο φαρυγγικό στάδιο, θα πρέπει να γίνεται ακτινολογική εξέταση, κατά προτίμηση με βιντεοφθοροσκόπηση. Οι στόχοι της αντιμετώπισης της δυσφαγίας ποικίλουν: από την επιστροφή σε πλήρη σίτιση από το στόμα, μέχρι την περιορισμένη στοματική σίτιση με βοηθητικές τεχνικές και κάποια παρεντερικά συμπληρώματα.

006

Η ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΦΑΓΙΑΣ / ΔΥΣΚΑΤΑΠΟΣΙΑΣ ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κυριακή Στάθη, Πατρίτσια Γιαννίκα, Ξανθή Μιχαήλ

Τμήμα Φ.Ι.Απ. - Θεραπευτήριο Υγεία - Αθήνα

Οι διαταραχές της κατάποσης συνοδεύονται από σοβαρές επιπλοκές (αναπνευστικά προβλήματα και υποσιτισμό). Σκοπός της έρευνας είναι η καταγραφή των απόψεων των επαγγελματιών υγείας ως προς την αναγνώριση και την αντιμετώπιση της δυσφαγίας / δυσκαταποσίας.

Μελετήθηκαν οι θέσεις 168 (φοιτητών, νοσηλευτών και γιατρών) επαγγελματιών, με τη χρήση ερωτηματολογίου (16 ερωτήσεων). Οι απαντήσεις αναλύθηκαν στατιστικά με Pearson Chi-Square Test.

Οι διαταραχές κατάποσης αναγνωρίζονται (87,5%) από όλες τις ομάδες του δείγματος ως σημαντικό πρόβλημα. Η γενική τάση τις αποδίδει σε νευρολογικά αίτια (74,4%). Σημειώνεται η παντελής απουσία του λογοθεραπευτή στην αξιολόγηση και αντιμετώπιση των διαταραχών κατάποσης. Η αντιμετώπιση τους γίνεται κυρίως από νοσηλευτές (45,8%) με εμπειρικές γνώσεις. Διαπιστώνονται σημαντικές ελλείψεις όσον αφορά τη γνώση, την παρακολούθηση, την αντιμετώπιση και τις επιπτώσεις των διαταραχών κατάποσης σε όλους τους επαγγελματίες υγείας.

007

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΞΙΟΣΗΜΕΙΩΤΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΜΕ L-DOPA ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΒΛΑΒΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΡΗΞΗ ΑΝΕΥΡΥΣΜΑΤΩΝ**

Δημήτριος Πατατούκας¹, Α. Αθανασάκη², Γ. Κακαράντζα¹,
Ξ. Πετρούνια¹, Α. Αγγελοπούλου¹, Ι. Σιούτης¹, Ν. Ρούσσος¹,
Ν. Λαγογιάννης¹

1. Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης ΓΝ «Ασκληπείου», Βούλα
2. Νευρολογικό Τμήμα ΓΝ «Ασκληπείου», Βούλα

Η χρήση της L-Dopa στις διάχυτες αξονικές βλάβες μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση έχει τεκμηριωθεί στην διεθνή βιβλιογραφία. Με την παρούσα εργασία παρουσιάζεται ένα περιστατικό ενός 19 χρονου κοριτσιού με σπαστικοδυσκαμπτική τετραπάρεση και με δυστονικές κρίσεις, ευρισκόμενη σε κωματώδη κατάσταση μετά από ρήξη δύο ανευρυσμάτων, στο στέλεχος αρ και στο δεξιό ημισφαίριο. Η χρήση της L-Dopa (Madopar) 2.5 έτη μετά την αρχική βλάβη έγινε με την λογική της ανεπάρκειας των νευρομεταβιβαστών τόσο από την διάχυτη βλάβη όσο και από την μακροχρόνια διάρκεια του κώματος. Η L-dopa απομάκρυνε την δυσκαμπία και έκανε έκδηλη την κινητική βελτίωση με αποτέλεσμα να μπορεί να επικοινωνεί με το περιβάλλον της και να κινεί την αρ. πλευρά. Η πιθανότητα να οφείλεται η νευρολογική ανάληψη στο φάρμακο και όχι στη αυτόματη ανάληψη ενισχύεται από το γεγονός της μακροχρόνιας παραμονής της ασθενούς σε κωματώδη κατάσταση. Σταδιακά αποκαταστάθηκε η αντίληψη του λόγου, η κατανόηση του περιβάλλοντός της, βελτιώθηκε η εκπομπή του λόγου, η κίνηση στην αρ πλευρά και τέλος ελαφρότερα η κίνηση στην δεξιά πλευρά. Παρουσιάστηκε παρενέργεια από την ντοπαμίνη με την μορφή έντονης υπερκινησίας η οποία αντιμετωπίστηκε με μείωση της δοσολογίας του σκευάσματος ντοπαμίνης που δίνανε και συγχορήγηση του Comtan που είναι αναστολέας της κατεχολα-ο-μεθυλτρανσφεράσης έτσι ώστε να αποφεύγεται η κατά ώσεις διέγερση των απονευρωμένων ντοπαμινεργικών υποδοχέων που ευθύνεται για την εμφάνιση των υπερκινησιών. Συμπεραίνουμε ότι η χρήση των νευρομεταβιβαστών σε βαρείες αγγειακές βλάβες μπορεί να χρήζουν μεγαλύτερης έρευνας και προσοχής και πιστεύουμε ότι η χρήση τους στο μέλλον θα αποδειχθεί περισσότερο αναγκαία.

008

**ΝΕΕΣ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΑΔΙΣΗΣ:
ELECTROMECHANICAL GAIT TRAINER GT1**

Hesse S¹, Κοτρώνη Αικ.², Μιχαήλ Ξ.³

¹Klinik Berlin, Dpt Neurological Rehabilitation, Free University Berlin, Germany, ²Ιατρείο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Αθήνα, ³Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Θεραπευτήριο «Υγεία», Αθήνα

Η ηλεκτρομηχανική συσκευή Gait trainer GT1 δίνει στον ασθενή με αδυναμία βάδισης (ΑΕΕ, ΚΕΚ, MS, Parkinson, ΚΝΜ, Εγκ. Παράλυση, πολυτραυματίες, αρθροπλαστικές) την δυνατότητα με ασφάλεια, προοδευτική φόρτιση, καλό έλεγχο κορμού, μεγάλη επαναληπτικότητα και με τρόπο που προσομοιάζει σε μεγάλο βαθμό με τη φυσιολογική βάδιση. Το μήκος βήματος, η ταχύτητα, το ύψος είναι ρυθμιζόμενα. Προαιρετικά μπορεί να χρησιμοποιηθεί FES για σταθεροποίηση του παρετικού γόνατος κατά τη φάση στάσης.

Δύο μελέτες έγιναν από την ομάδα μας: Η πρώτη βασική σε 14 ημιπληγικούς ασθενείς που ασκήθηκαν 4 εβδομάδες με GT1. Η δεύτερη τυχαία διασταυρούμενη σε 30 ασθενείς (2 ομάδες) που για 6 εβδομάδες ασκήθηκαν σε 2 διαφορετικούς συνδυασμούς με GT1 και διάδρομο βάδισης υπό ανάρτηση βάρους σώματος.

Σε ασθενείς που ασκήθηκαν με GT1 βελτιώθηκε η ικανότητα βάδισης και μάλιστα σημαντικά η ανεξαρτητοποίηση, η αντοχή βάδισης και η απόσταση ήταν μεγαλύτερη, χρειαζόταν μόνο ένας φυσιοθεραπευτής αντί για δύο, η ανάλυση βάδισης έδειξε αποτελέσματα πλησιέστερα προς τη φυσιολογική βάδιση και διατηρήθηκαν τα αποτελέσματα σε follow up 6 μηνών.

Ήδη βρίσκεται σε εξέλιξη πολυκεντρική μελέτη 5 κέντρων της Γερμανίας με 150 οξέως ημιπληγικούς ασθενείς και θα έχει ολοκληρωθεί έως το Νοέμβριο 2003, ενώ ακολουθούν μελέτες εφαρμογής του GT1 σε ΚΝΜ, ΚΕΚ, Εγκ. Παράλυση, αρθροπλαστικές με θετικά μέχρι στιγμής στοιχεία.

009

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΚΟ-ΕΥΘΥΓΡΑΜΜΙΣΗΣ ΕΠΙΓΟΝΑΤΙΔΑΣ (RATTELLA MAL-ALIGNMENT SYNDROME)

Αλέξανδρος Γ. Παπαδέας, Ιωσήφ Δ. Γαϊτάνης, Ευθύμιος Κουλούλας, Σπυρίδων Σπύρου

«Ειρήπαιγ» Μονάδα Ιατρικής Αποκατάστασης, Αθήνα

Σκοπός:

Ανάδρομη μελέτη για την διερεύνηση της σημασίας της θεραπευτικής άσκησης σαν αναπόσπαστο τμήμα του προγράμματος αποκατάστασης ασθενών που πάσχουν από «Σύνδρομο Κακο-ευθυγράμμισης Επιγονατίδας» (ratella mal-alignment syndrome)

Μέθοδος:

Μελετήσαμε τις εγγραφές 28 ασθενών (10 άρρενες, 18 θήλειες), που προσήλθαν συνεχόμενα σ' εμάς πάσχοντες από σύνδρομο κακο-ευθυγράμμισης επιγονατίδας. Είκοσι-δύο απ' αυτούς υποβλήθηκαν πρώτα σε πρόγραμμα φυσικοθεραπείας. Από τους 28 ασθενείς οι 20 ακολούθησαν ατομικά σχεδιασμένο πρόγραμμα θεραπευτικής άσκησης ενώ 8 σταμάτησαν μετά το πρόγραμμα φυσικοθεραπείας. Η περίοδος παρακολούθησης ήταν 21,11 μήνες (S.D.= 5,34). Για να περιγράψουμε την απόδοση του προγράμματος αποκατάστασης και να συγκρίνουμε τους ασθενείς που ακολούθησαν πρόγραμμα θεραπευτικής άσκησης με αυτούς που δεν ακολούθησαν χρησιμοποιήσαμε την ακόλουθη κλίμακα: (1) Ίσως, (2) Σημαντική Βελτίωση, (3) Βελτίωση, (4) Σχετική Βελτίωση, and (5) Πτωχή Απόδοση.

Αποτελέσματα:

Ομάδα Θεραπευτικής Άσκησης (20 ασθενείς)

Απόδοση	Νο Ασθενών	Αριθμός Υποτροπών
Ίσως	4	1
Σημαντική Βελτίωση	12	3
Βελτίωση	4	3
Σχετική Βελτίωση	0	0
Πτωχή Απόδοση	0	0

Η υποτροπές εμφανίσθηκαν σε μέσο χρόνο 5,7 μήνες (S.D. 2,3).

Ομάδα χωρίς άσκηση (8 ασθενείς)

Απόδοση	Νο Ασθενών	Σταμάτησαν το πρόγραμμα	Αριθμός Υποτροπών
Ίσως	1	0	0
Σημαντική Βελτίωση	4	0	2
Βελτίωση	2	1	1
Σχετική Βελτίωση	1	1	Δεν υπάρχουν στοιχεία
Πτωχή Απόδοση	0	0	

Η υποτροπές εμφανίσθηκαν σε μέσο χρόνο 8,6 μήνες (S.D. 3,0).

Συμπεράσματα:

Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι, αν και η θεραπευτική άσκηση παρέχει καλύτερο αποτέλεσμα και μικρότερη εμφάνιση υποτροπών, δεν είναι επαρκές μέσο για να λύσει τα προβλήματα των ασθενών που πάσχουν από σύνδρομο κακο-ευθυγράμμισης επιγονατίδας.

Ο10

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΡΙΖΙΠΙΔΑΣ ΟΣΦΥΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

Αλέξανδρος Γ. Παπαδέας, Ιωσήφ Δ. Γαϊτάνης,
Σπυρίδων Σπίρου, Ευθύμιος Κουλούλας

«Epirhany» Μονάδα Ιατρικής Αποκατάστασης, Αθήνα

Σκοπός:

Ανάδρομη μελέτη για την διερεύνηση της σημασίας της θεραπευτικής άσκησης σαν αναπόσπαστο τμήμα του προγράμματος αποκατάστασης ασθενών που πάσχουν από οσφυοϊσχιαλγία συνεπεία ριζίτιδας της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.

Μέθοδος:

Μελετήσαμε τις εγγραφές 42 ασθενών (23 άρρενες, 19 θήλειες), που προσήλθαν συνεχόμενα σ' εμάς πάσχοντες από οσφυοϊσχιαλγία συνεπεία ριζίτιδας της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, επιβεβαιωμένης με κλινική εξέταση, MRI ΟΜΣΣ και ΗΜΓραφική μελέτη. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν πρώτα σε πρόγραμμα φυσικοθεραπείας. Από τους 42 ασθενείς οι 21 ακολούθησαν ατομικά σχεδιασμένο πρόγραμμα θεραπευτικής άσκησης ενώ 21 σταμάτησαν μετά το πρόγραμμα φυσικοθεραπείας. Η περίοδος παρακολούθησης ήταν 25,1 μήνες (S.D.= 6,29). Για να περιγράψουμε την απόδοση του προγράμματος αποκατάστασης και να συγκρίνουμε τους ασθενείς που ακολούθησαν πρόγραμμα θεραπευτικής άσκησης με αυτούς που δεν ακολούθησαν χρησιμοποιήσαμε την ακόλουθη κλίμακα: (1) Ίαση, (2) Σημαντική Βελτίωση, (3) Βελτίωση, (4) Σχετική Βελτίωση, and (5) Πτωχή Απόδοση

Αποτελέσματα:

Ομάδα Θεραπευτικής Άσκησης (21 ασθενείς)

Απόδοση	Νο Ασθενών	Αριθμός Υποτροπών
Ίαση	6	0
Σημαντική Βελτίωση	14	6
Βελτίωση	0	0
Σχετική Βελτίωση	0	0
Πτωχή Απόδοση	1	0

Η υποτροπές εμφανίσθηκαν σε μέσο χρόνο 11,66 μήνες (S.D. 5,4).

Ομάδα χωρίς άσκηση (21 ασθενείς)

Απόδοση	Νο Ασθενών	Σταμάτησαν το πρόγραμμα	Αριθμός Υποτροπών
Ίαση	1	0	0
Σημαντική Βελτίωση	10	2	7
Βελτίωση	7	2	
		δεν περιλαμβάνονται στην παρακολούθηση	4 από τους 5
Σχετική Βελτίωση	2	0	0
Πτωχή Απόδοση	1	1	Δεν υπάρχουν στοιχεία

Η υποτροπές εμφανίσθηκαν σε μέσο χρόνο 6,18 μήνες (S.D. 3,57).

Συμπεράσματα:

Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι η θεραπευτική άσκηση είναι απαραίτητο μέσο του προγράμματος αποκατάστασης στην αντιμετώπιση ασθενών που πάσχουν από οσφυοϊσχιαλγία συνεπεία ριζίτιδας της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.

O11

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΤΕΝΟΝΤΙΔΙΑΣ ΣΤΡΟΦΕΩΝ ΜΥΩΝ ΩΜΟΥ

Αλέξανδρος Γ. Παπαδέας, Ιωσήφ Δ. Γαϊτάνης, Σπυρίδων Σπύρου, Ευθύμιος Κουλούλας

«Eriphanu» Μονάδα Ιατρικής Αποκατάστασης, Αθήνα

Σκοπός:

Ανάδρομη μελέτη για την διερεύνηση της σημασίας της θεραπευτικής άσκησης σαν αναπόσπαστο τμήμα του προγράμματος αποκατάστασης ασθενών που πάσχουν από χρόνια τενοντίτιδα του τενοντίου πετάλου των στροφέων μυών του ώμου.

Μέθοδος:

Μελετήσαμε τις εγγραφές 38 ασθενών (12 άρρενες, 26 θήλειες), που προσήλθαν συνεχόμενα σ' εμάς πάσχοντες από χρόνια τενοντίτιδα του τενοντίου πετάλου των στροφέων μυών του ώμου. Τριάντα-πέντε (35) απ' αυτούς υποβλήθηκαν πρώτα σε πρόγραμμα φυσικοθεραπείας. Από τους 38 ασθενείς οι 25 ακολούθησαν ατομικά σχεδιασμένο πρόγραμμα θεραπευτικής άσκησης ενώ 13 σταμάτησαν μετά το πρόγραμμα φυσικοθεραπείας. Η περίοδος παρακολούθησης ήταν 19,69 μήνες (S.D.= 5,7). Για να περιγράψουμε την απόδοση του προγράμματος αποκατάστασης και να συγκρίνουμε τους ασθενείς που ακολούθησαν πρόγραμμα θεραπευτικής άσκησης με αυτούς που δεν ακολούθησαν χρησιμοποιήσαμε την ακόλουθη κλίμακα: (1) Ίαση, (2) Σημαντική Βελτίωση, (3) Βελτίωση, (4) Σχετική Βελτίωση, and (5) Πτωχή Απόδοση

Αποτελέσματα:

Ομάδα Θεραπευτικής Άσκησης (25 ασθενείς)

Απόδοση	Νο Ασθενών	Αριθμός Υποτροπών
Ίαση	8	3
Σημαντική Βελτίωση	12	7
Βελτίωση	1	1
Σχετική Βελτίωση	3	2
Πτωχή Απόδοση	0	0
Διακοπή Θεραπείας	1	Δεν υπάρχουν στοιχεία

Η υποτροπές εμφανίσθηκαν σε μέσο χρόνο 9,5 μήνες (S.D. 4,4).

Ομάδα χωρίς άσκηση (13 ασθενείς)

Απόδοση	Νο Ασθενών	Αριθμός Υποτροπών
Ίαση	0	0
Σημαντική Βελτίωση	11	10
Βελτίωση	0	0
Σχετική Βελτίωση	0	0
Πτωχή Απόδοση	0	0
Διακοπή Θεραπείας	2	Δεν υπάρχουν στοιχεία

Η υποτροπές εμφανίσθηκαν σε μέσο χρόνο 11,5 μήνες (S.D. 2,8).

Συμπεράσματα:

Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι, η θεραπευτική άσκηση είναι χρήσιμο μέσο στη διαδικασία αποκατάστασης ασθενών που πάσχουν από χρόνια τενοντίτιδα του τενοντίου πετάλου των στροφέων μυών του ώμου. Παρέχει καλύτερο αποτέλεσμα και σημαντικά μικρότερη εμφάνιση υποτροπών συγκριτικά με ασθενείς που δεν ακολουθούν πρόγραμμα θεραπευτικής άσκησης.

Ο12

ΑΠΡΑΞΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΦΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΔΥΣΧΕΡΑΙΝΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΒΑΡΕΙΑ ΚΡΑΝΙΟΓΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ (ΚΕΚ)

Χατζηδάκης Εμμανουήλ, Τριανταφύλλου Τριαντάφυλλος,
Δρούζια Παναγιώτα, Λυπηρίδης Σάββας, Παλαιολόγος Θεόφιλος,
Παπαγεωργίου Νικόλαος, Χριστοδουλίδης Αντώνιος,
Κάσδαγλης Κων/νος.

Νευροχειρουργική Κλινική Γεν. Νοσοκομείου Νίκαιας-Πειραιώς.

Απραξικές διαταραχές θεωρούνται η αδυναμία ανάκλησης και εκτέλεσης κινήσεων και πράξεων ήδη μαθημένων, που δεν οφείλεται σε νευρολογική βλάβη του τύπου της παρέσεως ή αισθητηριακή.

Επίσης, αφασικές θεωρούνται οι διαταραχές του λόγου, εκφραστικές και αισθητηριακές, που αντιστοιχούν κατά βάση σε αγνωσίες συμβόλων του λόγου.

Τέτοιου είδους διαταραχές έχουν παρατηρηθεί σε ασθενείς μετά από παρατεταμένο κόμα (άνω των 4 εβδομάδων) που οφειλόταν σε ΚΕΚ. Παρουσιάζουμε την περίπτωση ενός 17χρονου που υπέστη βαρεία ΚΕΚ (GCS<6) που κλινικοαπεικονιστικά αποδόθηκε σε διάχυτη αξονική βλάβη. Ο ασθενής παρέμεινε διασωληνωμένος σε καταστολή άνω των 4 εβδομάδων.

Ο ασθενής αυτός κατά τον πρώτο μήνα μετά τη διακοπή της καταστολής θεωρήθηκε ότι ευρίσκετο σε μόνιμη φυτική κατάσταση. Παρέμεινε στη ΜΕΘ για ένα 4μηνιο περίπου επειδή παρουσίαζε επίμονο τραχειοβρογχικό συρίγγιο που απέτυχε να συγκλεισθεί χειρουργικά. Όμως αργότερα έγινε αντιληπτή βαρεία απραξική διαταραχή, πλήρης αφασία, αγραψία και ανικανότητα χρήσης των μελών του.

Η επίμονος και συνεχής προσπάθεια των ειδικών και των οικείων του επέφεραν πολύ καλά αποτελέσματα, ώστε μετά τρίμηνο να δύναται να γράφει και να συνεννοείται πλήρως.

Η ορθή νευροψυχολογική εκτίμηση των ασθενών με ΚΕΚ σε όλα τα στάδια της αποκατάστασης μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη έκβασή τους.

Ο13

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΡΑΝΙΟΓΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ (ΚΕΚ)

Ιωάννης Ε. Διονυσιώτης¹, Κων/νος Γ. Αθανασόπουλος¹,
Λαμπρινή Φ. Λιλή¹, Ευαγγελία Α. Μαραγκουδάκη¹,
Λίδα Μ. Μπερμπατιώτου¹, Διονυσία Α. Μενεγάτου²,
Ελένη Μ. Νικολοπούλου - Ντέρου² και Κων/να Β. Πετροπούλου¹

¹Β'Κλινική Αποκατάστασης, Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης Αναπήρων
²Τμήμα Βιοπαθολογίας, Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης Αναπήρων

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη της σημασίας της διατροφικής υποστήριξης ασθενών με ΚΕΚ από την έναρξη του προγράμματος Αποκατάστασης.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Απο το σύνολο 91 ασθενών με ΚΕΚ που νοσηλεύτηκαν κατά το διάστημα τεσσάρων ετών (1999 - 2003) στην κλινική μας. Μ.Ο ηλικίας: 44 ετών. Επιλέξαμε 76 ασθενείς (66 άνδρες και 10 γυναίκες) με κριτήριο την έναρξη πρώιμης Αποκατάστασης (1-3 μήνες μετά τον τραυματισμό). Ταξινομήθηκαν κατά την είσοδο τους σε τρεις ομάδες: Α Ομάδα: 23 ασθενείς με συνήθη διατροφή, Β Ομάδα: 32 ασθενείς με ειδική διατροφική υποστήριξη p.os, Γ Ομάδα: 21 ασθενείς με ειδική εντερική διατροφή. Η παρακολούθηση των ασθενών μας ήταν 4-18 μήνες μετά την εισαγωγή τους.

Η αξιολόγηση βασίστηκε σε πρωτόκολλο που εφαρμόζεται στην κλινική μας και ελέγχει και περιλαμβάνει:

- Κλινική εκτίμηση
- Απώλεια σωματικού βάρους (76 ασθενείς)
- Τρόπος πρόσληψης τροφής
- Γλυκόζη ορού ≤ 90 mg/dl (34 ασθενείς).
- Απώλεια πρωτεΐνης ≤ 6 mg/dl (17 ασθενείς).
- Αριθμός λεμφοκυττάρων $\leq 30\%$ (34 ασθενείς).
- Ουρία ≤ 20 mg/dl (20 ασθενείς).
- Αλβουμίνη ορού ≤ 4 mg/dl (32 ασθενείς).
- Έλκη κατάκλισης (31 ασθενείς).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Ασθενείς με ειδική διατροφή No: 53	Γασ/μία	Νησ/μία	Levin	p.os
Εισαγωγή	13	2	6	32
4-6 μήνες μετά	1	1	1	50

Παρατηρήθηκε διόρθωση των παραμέτρων ελέγχου μετά 4-6 μήνες ειδικής διατροφής. Παρέμειναν σε τέσσερις ασθενείς έλκη κατάκλισης υπό βελτίωση. Δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στην προοδευτική ομαλή μετάβαση από την εντερική διατροφή στην κανονική p.os σίτιση και ακολουθήσαμε συγκεκριμένη μεθοδολογία με βάση την βιβλιογραφία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με ΚΕΚ πρέπει να ελέγχονται σχολαστικά όσον αφορά τις διατροφικές τους ανάγκες και να υποβάλλονται σε διατροφή με ειδικά συμπληρώματα ανεξάρτητα με τον τρόπο παροχής. Η μετάβαση στην συνήθη διατροφή επιτελείται αρκετούς μήνες μετά τον τραυματισμό και ακολουθεί συγκεκριμένη μέθοδος.

Ο14**Η ΕΚΤΟΠΗ ΟΣΤΕΟΠΟΙΗΣΗ (Ε.Ο.) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΡΑΝΙΟΓΕΚΦΑΛΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ (Κ.Ε.Κ.) ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

*Άννα Ν. Αρτέμη, *Ευαγγελία Α. Μαραγκουδάκη,
*Χριστίνα-Αναστασία Γ. Ραπίδη, *Μαρία Χ. Μίχα,
*Λίδα Μ. Μπερμπατίου, **Παρασκευή Ι. Παπαδάκη,
***Χρήστος Σ. Μπαλτάς και *Κων/να Β. Πετροπούλου.

*Β' Κλινική Αποκατάστασης-Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης Αναπήρων (ΕΙΑΑ)
**Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα-Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης Αναπήρων (ΕΙΑΑ)-Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Να αποδείξουμε τη σημασία της πρώιμης διάγνωσης και θεραπείας της Ε.Ο. σε ασθενείς με Κ.Ε.Κ. Διερευνάται η επίπτωση της Ε.Ο. στις λειτουργικές δυνατότητες του ασθενούς.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη φακέλων ασθενών με ΚΕΚ τη χρονική περίοδο 2002-2003, που νοσηλεύτηκαν στη κλινική μας. Από το σύνολο των 42 ασθενών με ΚΕΚ, ευρέθησαν 24 (57,1%) ασθενείς με ΕΟ με μονήρη ή πολλαπλή εντόπιση. 21(87,5%) άντρες και 3(12,5%) γυναίκες, με μέσο όρο (μ.ο.) ηλικίας 37,29 έτη. Διερευνήθηκε: ο χρόνος εισαγωγής στην κλινική μετά την έναρξη της νόσου: μ.ο. 4,54 μήνες, η παραμονή στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) με μ.ο. τους 2 μήνες, η ύπαρξη αναπνευστικής δυσχέρειας 91,6%, η συνύπαρξη σπαστικότητας 70,8%, καθώς και ο χρόνος ακινητοποίησης με μ.ο. τους 4,91 μήνες.

Παρατίθεται πίνακας με την εντόπιση των Ε.Ο.

ΙΣΧΙΟ	ΙΣΧΙΟ	ΓΟΝΑΤΟ	ΓΟΝΑΤΟ	ΩΜΟΣ	ΩΜΟΣ	ΑΓΚΩΝΑΣ	ΑΓΚΩΝΑΣ
ΑΡ	ΔΕ	ΑΡ	ΔΕ	ΑΡ	ΔΕ	ΑΡ	ΔΕ
20	19	10	9	6	8	10	6

Από το σύνολο των ασθενών με Ε.Ο., στο 83% υπήρξε πολλαπλή εντόπιση & στο 16,6% μονήρης.

Πρώιμη διάγνωση της έκτοπης με scanning πραγματοποιήθηκε στο 25%. Οι ασθενείς υποβάλλονταν σε αγωγή με διφωσφονικά και ινδομεθακίνη όταν πληρούσαν ειδικά κριτήρια.

Από τους 24 ασθενείς με ΕΟ έλαβαν θεραπεία με διφωσφονικά 17 ασθενείς (70,8%).

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ: Ο χρόνος νοσηλείας στη κλινική μας ήταν 6,45 μήνες για τους ασθενείς με ΚΕΚ και ΕΟ, ενώ για τους ασθενείς με ΚΕΚ χωρίς ΕΟ ήταν 6,44 μήνες.

	Κ.Ε.Κ. με Ε.Ο.	Κ.Ε.Κ. χωρίς Ε.Ο.
Λειτουργική βλάβιση	25%	22,2%
Θεραπευτική βλάβιση	16,6%	27,7%
Ασθενείς αναπ. Αμαξιδίου	58,3%	50%
Δραστηριότητες καθημερινής ζωής	33,3%	44,4%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τα πρώτα αποτελέσματα δεν παρατηρείται διαφοροποίηση στον χρόνο νοσηλείας και στη λειτουργική έκβαση μεταξύ των ασθενών με ΚΕΚ και των ασθενών με ΚΕΚ και ΕΟ. Προκύπτει η ανάγκη ποιοτικής ανάλυσης της βλάβισης και των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής.

Ο15

ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΥΝΟΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΤΕΡΟΤΟΠΗΣ ΟΣΤΕΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΡΑΝΙΟΓΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ - Αναδρομική μελέτη

Γρέντζελος Θ., Μόσχου Δ., Καραμπέτσος Δ., Σακελαρίδης Ν., Μπάκας Ε.

Κλινική Φυσικής Ιατρικής & Αποκατάστασης, Νοσοκομείο ΚΑΤ, Ελλάς
Νευροχειρουργική κλινική του Νοσοκομείου ΚΑΤ, Αθήνα

Σκοπός: Η μελέτη προδιαθεσικών παραγόντων για την ανάπτυξη ετερότοπης οστεοποίησης σε ασθενείς με βαριά ΚΕΚ.

Υλικό και μέθοδος: Περιγράφονται 100 ασθενείς με ΚΕΚ που αντιμετωπίστηκαν στο νοσοκομείο μας και νοσηλεύτηκαν στην ΜΕΘ, στην Νευροχειρουργική κλινική, και στην κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, και παρακολούθησαν τουλάχιστον για 4 μήνες. Από αυτούς περιγράφονται μόνο 30 που ανέπτυξαν ετερότοπη οστεοποίηση. Συγκρίνονται οι δύο ομάδες σε σχέση με την ηλικία, το φύλλο, την κατάσταση εισαγωγής τους (κλίμακα Γλασκώβης), την χρονική διάρκεια του κώματος, την χρονική διάρκεια μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής, την ανάπτυξη υποξαιμίας, shock, αναιμίας, την ύπαρξη συνοδών κακώσεων, και επιπλοκών όπως ARDS ή σύνδρομο ανεπάρκειας πολλαπλών οργάνων, καθώς και την ύπαρξη ιστορικού συστηματικών νόσων όπως η αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα. Εργαστηριακά μελετήθηκε η τιμή της αλκαλικής φωσφατάσης. Επίσης ελέγχονται οι θέσεις ανάπτυξης ετερότοπης οστεοποίησης σε σχέση με τις περιοχές των κακώσεων κατά το ατύχημα. Τέλος ελέγχονται το πρόγραμμα φυσικής αποκατάστασης όσο αφορά την κινητοποίηση, τα χορηγούμενα φάρμακα, οι χειρουργικές επεμβάσεις που έγιναν, καθώς και η έκβαση των ασθενών γενικά αλλά και όσο αφορά την έκτοπη οστεοποίηση.

Αποτελέσματα: Με βάση τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων δεν διαπιστώθηκε καμία απολύτως στατιστική σημαντικότητα (με μέτρο $p=0,05$) σε όλες τις παραμέτρους που εξετάστηκαν, εκτός από τις τιμές της αλκαλικής φωσφατάσης ($p<0,001$).

Συμπεράσματα: Καμία από τις παραπάνω παραμέτρους, δεν μπορεί να θεωρηθεί ως σταθερός προδιαθεσικός παράγοντας για την ανάπτυξη ετερότοπης οστεοποίησης σε ασθενείς με κρανιοεγκεφαλική κάκωση.

Ο16

ΠΟΙΟΙ ΜΕΙΖΟΝΕΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΕΕ ΚΑΙ ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΤΕΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΗΜΙΠΛΗΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ι. Σιούτης, Α. Αγγελοπούλου, Ν. Ρούσσος, Δ. Πατατούκας, Ν. Πατεργιανάκης, Ι. Μανωλέας, Γ. Βασιλειάδης, Ν. Λαγογιάννης

Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης ΓΝ «Ασκληπείο», Βούλα

ΣΚΟΠΟΣ: Να μελετήσει την επίδραση εκάστου των Μειζόνων Παραγόντων Κινδύνου για Α.Ε.Ε. στην πορεία αποκατάστασης των ημιπληγικών ασθενών.
ΥΛΙΚΟ: 353 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης του ΓΝ Ασκληπείου Βούλας την τελευταία δεκαετία (1993-2002).

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη αυτή είναι αναδρομική. Η μέτρηση της λειτουργικότητας κατά την είσοδο και την έξοδο έγινε με την 100βάθμια κλίμακα BARTHEL. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τις δικιμασία t-test. Οι μείζονες παράγοντες κινδύνου (Μ.Π.Κ.) που ερευνήθηκαν ήταν: η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η καρδιοπάθεια (κολπική μαρμαρυγή, στεφανιαία νόσος, βαλβιδοπάθεια, καρδιακή ανεπάρκεια), το προηγούμενο παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο (ΠΙΕ), το προηγούμενο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ), η λήψη αντιπηκτικών και το χειρουργείο εγκεφάλου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι έχοντες υπέρταση εξήλθαν με δείκτη Barthel 51.6±23, ενώ οι μη έχοντες με 53±27 (p=0.6). Οι έχοντες σακχαρώδη διαβήτη με 48.9±28, ενώ οι μη έχοντες με 53±24.4 (p=0.2). Οι έχοντες ΠΙΕ με 54.1±22, οι μη έχοντες με 51.5±26 (p=0.4). Οι έχοντες ΑΕΕ με 54±25, οι μη έχοντες με 51.6±25 (p=0.5). Οι έχοντες καρδιοπάθεια με 47.9±25, οι μη έχοντες με 54±25.3 (p=0.01). Οι λαμβάνοντες αντιπηκτικά με 61.1±14.3, οι μη λαμβάνοντες με 51.6±25.7 (p=0.1). Αυτοί που χειρουργήθηκαν στον εγκέφαλο με 42±24, και αυτοί που δεν χειρουργήθηκαν με 52.7±25.3 (p=0.05). Οι έχοντες σακχαρώδη διαβήτη βελτίωσαν τον δείκτη Barthel κατά 20.5±18, ενώ οι μη έχοντες κατά 27.5±18 (p=0.003).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ημιπληγικοί λόγω Α.Ε.Ε που είχαν κάποια καρδιοπάθεια και αυτοί που χειρουργήθηκαν στον εγκέφαλο εξήλθαν από το κέντρο αποκατάστασης με μικρότερη λειτουργικότητα. Η ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη επηρεάζει αρνητικά την πορεία αποκατάστασης των ημιπληγικών πιθανώς λόγω της συνοδευτικής διαβητικής νευροπάθειας.

Ο17

ΜΕΤΡΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΗΜΙΠΛΗΓΙΚΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΓΧΥΣΗ ΤΟΞΙΝΗΣ ΤΗΣ ΑΛΛΑΝΤΙΑΣΗΣ (ΒΤΧΑ) ΣΤΟ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟ

Δημήτριος Πατατούκας¹, Ν. Ρούσσος¹, Σ. Φωτάκη², Δ. Εργελετζής¹, Ι. Μανωλέας¹, Γ. Βασιλειάδης¹, Ν. Πατεργιανάκης¹, Ι. Σιούτης¹, Ν. Λαγογιάννης¹

1. Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης ΓΝ «Ασκληπείο», Βούλα
2. Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης ΓΝ «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: να ερευνηθεί την επίδραση της τοξίνης της αλλαντίσης τύπου Α (ΒΟΤΟΧ) στην σπαστικότητα του ποδιού σε πελματιαία κάμψη καθώς και την επίδρασή του στην λειτουργικότητα του ασθενούς.

ΥΛΙΚΟ: 6 ασθενείς (5 άνδρες και 1 γυναίκα) με σπαστικό drop foot λόγω ημιπληγίας μετά από ΑΕΕ.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Από 50 U της ουσίας εγχύθηκαν στον έσω και έξω γαστροκνήμιο αντίστοιχα και 200 U στον οπίσθιο κνημιαίο. Η αποτελεσματικότητα μετρήθηκε με τους βαθμούς συχνότητας κλόνου, με την εκατονταβάθμια κλίμακα πόνου, με την τροποποιημένη κλίμακα Ashworth, την κλίμακα Oswestry. Η λειτουργικότητα μετρήθηκε με τον αριθμό βημάτων, την ταχύτητα βάδισης και το εύρος δρασκελισμού 10 μέτρων. Οι ασθενείς επανεξετάζονταν κάθε μήνα επί τρεις μήνες συνέχεια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς παρουσίασαν κατά μέσο όρο μείωση της σπαστικότητας 32.4% (p=0.0005) στον 1ο μήνα μετά την έγχυση, 32.4% (p=0.0005) στον 2ο μήνα και 37.6% (p=0.04) στον 3ο μήνα. Η μείωση του κλόνου του ποδιού ήταν 12.7% (p=0.1) στον 1ο μήνα μετά την έγχυση, 20.2% (p=0.2) στον 2ο μήνα και 25% (p=0.04) στον 3ο μήνα. Η αύξηση της ταχύτητας βάδισης ήταν κατά μέσο όρο 15.6% (p=0.19) στον 1ο μήνα μετά την έγχυση, 25.5% (p=0.04) στον 2ο μήνα και 39% (p=0.008) στον 3ο μήνα. Ο αριθμός των βημάτων μειώθηκε κατά 5.2% στον 1ο μήνα (p=0.4), κατά 4.2% στον 2ο μήνα (p=0.6) και κατά 13.8% στον 3ο μήνα (p=0.03). Η απόσταση μεταξύ των πτερών αυξήθηκε κατά 28.2% κατά τον 1ο μήνα (p=0.3), μειώθηκε κατά 5.9% κατά τον 2ο μήνα (p=0.07) και μειώθηκε κατά 2% στον 3ο μήνα (p=0.6).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η έγχυση του Botulinum Toxin στον γαστροκνήμιο, και τον οπίσθιο κνημιαίο σε σπαστικές ημιπληγίες λόγω ΚΕΚ, βοηθάει στην μείωση της σπαστικότητας και στην αύξηση της ταχύτητας βάδισης, αλλά με αύξηση ή ελάχιστη μη σημαντική μείωση της επιφάνειας στήριξης των ποδιών. Επηρεάζει τον κλόνο μετά τον τρίτο μήνα από την έγχυση.

Ο 18

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΒΟΥΤΥΛΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΞΙΝΗΣ ΣΤΗ ΣΠΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΜΕΤΑ ΒΛΑΒΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ

Λήδα Μ. Μπερμπατιώτου, Αναστασία-Χριστίνα Ραπίδη, Ιωάννης Ε. Διονυσιώτης, Αγγελική Χ. Γαλάτα, Άννα Ν. Αρτέμυ και Κων/να Πετροπούλου

Β' Κλινική Αποκατάστασης, Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης Αναπήρων

ΣΚΟΠΟΣ: Να διερευνηθεί η επίδραση της ενδομυϊκής έγχυσης βουτυλλινικής τοξίνης στους μύς των κάτω άκρων σε ασθενείς με βλάβη ή τραυματισμό νωτιαίου μυελού με έντονη σπαστικότητα κάτω άκρων.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 31 ασθενείς της κλινικής μας (εσωτερικοί και εξωτερικοί) σε διάστημα δύο ετών, που υπεβλήθησαν σε ενδομυϊκή έγχυση με βουτυλλινική τοξίνη στους μύς των κάτω άκρων (προσαγωγοί, οπίσθιοι κνημιαίοι, γαστροκνήμιοι). Εξ αυτών 16 ήταν γυναίκες και 15 άνδρες.

Τα κριτήρια συμμετοχής στο πρωτόκολλο ήταν κλινικά και λειτουργικά

Κλινικά κριτήρια εισαγωγής:

- σπαστικότητα ≥ 2
- ηλικία ≥ 14 ετών
- έλλειψη συγκάμψεων

Λειτουργικά κριτήρια εισαγωγής:

- * δυσκολία στις δραστηριότητες της στην κλίμακα Ashworth καθημερινής ζωής (A.D.L.)
- * δυσκολία εφαρμογής ορθώσεων
- * λάθος τοποθέτηση στο αμαξίδιο
- * ύπαρξη πόνου

ΒΛΑΒΗ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ (ασθενείς 31)				
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ			ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ	
Αγγειακή βλάβη	Μυελίτις	Σκλήρυνση κατά πλάκας	τετραπληγία	παραπληγία
2	2	14	7	6

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ορίσαμε ικανοποιητικό αποτέλεσμα τη μείωση του Ashworth score κατά δύο μονάδες. Από τους ασθενείς που υπεβλήθησαν σε έγχυση, μείωση σπαστικότητας παρουσίασαν: 1) στους προσαγωγούς οι 12 σε σύνολο 20 (ποσοστό 60%), 2) στους οπίσθιους κνημιαίους 17 σε σύνολο 25 (68%) και 3) στους γαστροκνήμιους 17 σε σύνολο 22 (77%)

	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ			ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ		Σύνολο ασθενών με αναλογική βελτίωση κλίμακας Ashworth>2
	Αγγειακή βλάβη νωπιαίου μυελού	Σκλήρυνση κατά πλάκας	Μυελίτις	Τετραπληγία	Παραπληγία	
Προσαγωγοί	*	5	1	2	3	11
Οπίσθιοι κνημιαίοι	2	8	*	3	4	17
Γαστρ/μιοι	2	6	2	2	4	16

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επιλεκτική έγχυση βουτυλλινικής τοξίνης στους μυς των κάτω άκρων σε ασθενείς με βλάβη νωπιαίου μυελού μείωσε την κλίμακα Ashworth κατά 2 μονάδες σε ποσοστό $\geq 60\%$. Η ρύθμιση του μυϊκού τόνου αυξάνει τις θεραπευτικές δυνατότητες του προγράμματος Αποκατάστασης.

ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΗΣ ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΤΙΔΟΣ ΜΕΤΑΞΥ ΕΛΛΗΝΩΝ ΚΑΙ ΒΡΕΤΑΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ε. Ρούσου, S. Brophy *, Ν. Βαχαβιόλος, Α. Καραθανάσης, Α. Νασούφη,** Δ. Ιντζές

Νοσοκομείο Β' ΙΚΑ Θεσσαλονίκης (Παναγία)

*Royal National Hospital for Rheumatic Diseases, Bath UK

**Ιατρικό διαβαλκανικό Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Να διερευνηθούν πιθανές ομοιότητες και διαφορές στην έκφραση της Αγκυλοποιητικής Σπονδυλίτιδος (ΑΣ) ανάμεσα σε ασθενείς από 2 Ευρωπαϊκές χώρες με διαφορετικές κλιματολογικές, διατροφικές και κοινωνικές συνθήκες, όπως και διαφορετικά συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Μέθοδοι: Πενήντα ασθενείς (άνδρες / γυναίκες 34/ 16) με ΑΣ που εξετάστηκαν κλινικά, αξιολογήθηκαν εργαστηριακά (ακτινολογικά και αιματολογικά) και συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο που περιείχαν τους δείκτες BASDAI, BASFI συγκρίθηκαν με 50 ασθενείς με τα ίδια δημογραφικά δεδομένα που είχαν εκτιμηθεί και αξιολογηθεί από το Βασιλικό Εθνικό νοσοκομείο για ρευματικές παθήσεις Royal National Hospital for Rheumatic Diseases RNHRD Bath UK. Οι δύο ομάδες είχαν εκτός από ίδια ηλικία (μέσος όρος 44 έτη) παρόμοιο φύλο (34 άνδρες και 16 γυναίκες) ίδιο χρονικό διάστημα διάρκειας νόσου 13 έτη.

Αποτελέσματα: Η ηλικία έναρξης της νόσου για την συγκεκριμένη ομάδα των Ελλήνων ασθενών ήταν 31 χρόνια σε σχέση με 29.3 χρόνια για την αντίστοιχη ομάδα των Βρετανών. Αργοπορία για την διάγνωση ήταν 4.9 χρόνια για τους Έλληνες ασθενείς σε σχέση με 5.9 χρόνια για τους Βρετανούς. Όσον αφορά τους συσχετισμούς, ιριδοκυκλίτιδα έχει προσβάλει 14% των Ελλήνων σε σχέση με 18% των Βρετανών, ψωρίαση είχαν 20% των Ελλήνων σε σχέση με 10% των Βρετανών και φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου (ΦΠΕ) 4% των Ελλήνων και 2% των Βρετανών. Αναφορικά με χειρουργική ορθοπαιδική αντιμετώπιση της ΑΣ, 14% των Ελλήνων ασθενών είχαν ορθοπαιδική παρέμβαση σε σχέση με 10% των Βρετανών.

Ο δείκτης BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) ο οποίος αξιολογεί ενεργότητα νόσου με 6 παραμέτρους που εκτιμούν καταβολή, πόνο, δυσκαμψία βρέθηκε 4.5 (ελάχιστο 0, μέγιστο 10) και για τις 2 ομάδες. Ο δείκτης αξιολογεί ενεργότητα νόσου την στιγμή της αξιολόγησης.

Ο δείκτης BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Function Index) ο οποίος

αξιολογεί ικανότητα για επίτευξη δραστηριοτήτων ήταν 3.7 για τους Έλληνες και 4.2 για τους Βρετανούς (0 ευκολία για επίτευξη δραστηριοτήτων, 10 αδυναμία πράξης).

Ο γενικός δείκτης BAS-G (Bath Ankylosing Spondylitis Global) ο οποίος υποδηλώνει τη γενική κατάσταση του ασθενούς όπως την θεωρεί ο ίδιος ο ασθενής ήταν 5.1 για τους Έλληνες και 5.5 για τους Βρετανούς (0 καμία επίπτωση 10 μέγιστη επίπτωση).

Αναφορικά με το κάπνισμα 78% των Ελλήνων ασθενών είναι πρώην ή νυν καπνιστές σε σχέση με 39% των Βρετανών, ενώ 61% των Βρετανών ασθενών ποτέ δεν έχει καπνίσει σε σχέση με 22% των Ελλήνων.

Συμπέρασμα: Ανάμεσα στις 2 ομάδες ασθενών που συγκρίθηκαν βρέθηκε ότι η έναρξη της νόσου είναι περίπου 2 χρόνια αργότερα για τους Έλληνες ασθενείς και η διάγνωση 1 χρόνο νωρίτερα. Η λειτουργική ικανότητα των Ελλήνων είναι καλύτερη, όπως και η συνολική επίπτωση της νόσου στην ποιότητα ζωής τους αν και καπνίζουν περισσότερο.

Ο20

DOUBLE CRASH SYNDROME - ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Ζηκόπουλος Κ., Τασιόπουλος Ν., Σιβετίδου Σ.

«ΑΝΑΠΛΑΣΗ», Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Ημερήσιας Νοσηλείας, Αθήνα.

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με την κλινική εικόνα του συνδρόμου διπλής συμπίεσης (Double Crash Syndrome). Η ασθενής, ηλικίας 53 ετών, πριν από 3 χρόνια εμφάνισε επεισόδιο έντονης κεφαλαλγίας, αυκεναλγίας και αίσθηση αιμωδιών, πόνου και αδυναμίας στην περιοχή του (ΔΕ) άνω άκρου. Μετά από ακτινολογικό έλεγχο και εργαστηριακή διερεύνηση διεπιστώθη ότι πάσχει από οξεία νευρογενή βλάβη της Α6 ρίζας ΔΕ συνεπεία κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου κατά το διάστημα Α5/Α6, και υπεβλήθη σε χειρουργική αφαίρεση της κήλης, με την τεχνική της μικροσκοπικής δισκεκτομής, μετά την οποία άρχισε άμεσα ένα μετεγχειρητικό πρόγραμμα αποκατάστασης. Μετά από 25 θεραπευτικές συνεδρίες η ασθενής βελτιώθηκε σημαντικά, τα συμπτώματα της υφέθησαν πλήρως και δεν εμφάνιζε πλέον κλινικά ευρήματα.

Ένα έτος μετά στις 27/5/2002 η ασθενής επανήλθε με διαφορετική κλινική εικόνα, αιτιώμενη πόνο στο (ΔΕ) άνω άκρο και αιμωδίες κατανομής Α8/Θ1 ρίζας και έχοντας μια χαρακτηριστική εικόνα «πεσμένου ώμου». Ο απλός ακτινολογικός έλεγχος και η Μαγνητική τομογραφία της ΑΜΣΣ δεν έδειξε παθολογικά ευρήματα, ενώ το ΗΜΓράφημα αποκάλυψε την ύπαρξη νευρογενούς βλάβης Α8 και Θ1 ριζών και καθυστέρηση της ταχύτητας αγωγής του μέσου και ωλενίου νεύρου μετά από ερεθισμό στο σημείο Erb και έτσι θεωρήσαμε ότι πρόκειται για ένα «λειτουργικό» σύνδρομο θωρακικής εξόδου (Neurogenic Thoracic Outlet Syndrome), όπου εξ' αιτίας της μυικής αδυναμίας των αυκενικών μυών και μυών της ωμοπλαταιάς χώρας - «λειτουργικό» σύνδρομο θωρακικής εξόδου και επί απουσίας ανατομικών ανωμαλιών στην περιοχή του τραχήλου (MRI τραχήλου) ασκείται «λειτουργική» πίεση επί του κατώτερου στελέχους του βραχιονίου πλέγματος.

Η θεραπευτική προσέγγιση ήταν συντηρητική και είχε ως στόχο την ενδυνάμωση των μυών της ωμικής ζώνης και της ωμοπλάτης, με σκοπό την ανύψωση του ώμου κι έτσι έμμεσα την επίτευξη «λειτουργικής αποσυμπίεσης του βραχιονίου πλέγματος». Μετά από 25 συνεδρίες προ-

γράμματος αποκατάστασης με κινησιοθεραπεία, με ασκήσεις διατήρησης εύρους κίνησης, με ασκήσεις ενδυνάμωσης εντός και εκτός θεραπευτικής πιάσας, η κλινική βελτίωση ήταν σημαντική.

Δέκα τρεις μήνες αργότερα, η ασθενής υποτροπίασε ξανά. Επανήλθε εκ νέου, με τα ίδια συμπτώματα εκ του βραχιονίου πλέγματος, αν και σε πιο ήπια μορφή, καθώς και με συμπτώματα από το ωλένιο νεύρο, που συνίσταντο σε αισθητικές κυρίως διαταραχές (αιμωδίες και πόνο), στο σύστοιχο άνω άκρο και ιδιαίτερα στην περιοχή του οπισθέναρος, μικρού και παράμεσου δακτύλου καθώς και αδυναμία στην απαγωγή του μικρού δακτύλου.

Στο νευροφυσιολογικό έλεγχο κατεγράφησαν μόνο μια καθυστέρηση της κινητικής ταχύτητας αγωγής του ωλενίου νεύρου (ΔΕ) δια του αγκώνος (11/6/2003) και μειωμένο διάγραμμα μέγιστης εκούσιας σύσπασης στον απαγωγό του μικρού δακτύλου.

Ετσι, η κατάσταση αυτή χαρακτηρίστηκε ως σύνδρομο διπλής συμπίεσης 1. από συμπίεση του νευρικού στελέχους (έσω δευτερεύον στέλεχος του βραχιονίου πλέγματος) στην περιοχή της θωρακικής εξόδου, σε αποδρομή, και 2. από συμπίεση του ωλενίου νεύρου στην ωλένια αύλακα που οδήγησε στην εμφάνιση ωλένιας νευρίτιδας.

Μετά από 10 ημέρες η ασθενής υπεβλήθη σε αποσυμπίεση του ωλενίου νεύρου, με νευρομεταφορά. Αμέσως μετά η ασθενής ακολούθησε πρόγραμμα αποκατάστασης, το οποίο είχε ως στόχο την εκ νέου ενδυνάμωση των μυών της ωμικής ζώνης και των άνω άκρων.

Μετά από 1 μήνα, η ασθενής εμφάνισε πλήρη βελτίωση και απαλαγή από τα συμπτώματά της και σχεδόν πλήρη εξάλειψη των ΗΜΓ διαταραχών (βελτίωση της ΚΤΑ και του διαγράμματος μέγιστης εκούσιας σύσπασης)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η λειτουργική διαταραχή που εμφανίζεται με την μορφή του συνδρόμου θωρακικής εξόδου σε περιπτώσεις με αυχενική ριζίτιδα δεν είναι ιδιαίτερα συχνή κλινική οντότητα. Ο συνδιασμός της δε με την ωλένια νευρίτιδα είναι ακόμη πιο σπάνιος.

Όμως, ο κλινικός ιατρός που έρχεται σε επαφή με την αποκατάσταση των ασθενών αυτών, θα πρέπει να είναι ενήμερος για την πιθανή αυτή επιπλοκή, διότι είναι εύκολα αντιμετωπίσιμη με συντηρητικές μεθόδους, αρκεί να τεθεί η σωστή διάγνωση.

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΜΕΣΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΟΡΘΟΣΤΑΤΗΣΗΣ / ΒΑΔΙΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΓΚΥΛΩΣΗ ΙΣΧΙΩΝ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΕΚΤΟΠΩΝ ΟΣΤΕΟΠΟΙΗΣΕΩΝ (Παρουσίαση περιστατικού)

Γκρούμας Ν., Τραγουλιάς Β., Ανδρεάδη Α., Παπής Δ., Τασιόδου Σ.

Α΄ Κλινική ΦΙΑπ, ΕΙΑΑ, Αθήνα

Αφορά πολυτραυματία ηλικίας 42 ετών πάσχοντα από κάκωση ισχίου ΔΕ, κατάγματα πλευρών, ρήξη λεπτού εντέρου τραυματικής αιτιολογίας (τροχαίο ατύχημα) και λόγω ενδοκοιλιακών αποστημάτων-πνευμονικού οιδήματος παραμονή στην ΜΕΘ επί 2μήνου. Στη συνέχεια εισήχθη στη χειρουργική κλινική όπου παρέμεινε επί 3μήνον. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του στη χειρουργική κλινική διαγιγνώσκεται έκτοπη οστεοποίηση ισχίων άμφω και αρχόμενη ΔΕ γόνατος. Εισάγεται σε εμάς 1,5 μήνα μετά για αποκατάσταση. Κατά την εισαγωγή του διαπιστώθηκε πλήρης αγκύλωση ΔΕ ισχίου σε θέση κάμψης 15°, απαγωγής 25° και έξω στροφής 35° και το ΑΡ ισχίο σε 20° κάμψη, 40° απαγωγή και 40° έξω στροφή και περιορισμό έκτασης ΑΡ γόνατος 15°.

Παρ' ότι ο ασθενής είχε αδυναμία διατήρησης καθιστής θέσης λόγω των αγκυλώσεων, ενετάχθη σε πρόγραμμα αποκατάστασης με έναρξη ορθοστάτησης εντός διζύγου από την πρώτη μέρα παράλληλα με πρόγραμμα ενδυνάμωσης άνω άκρων- κορμού και γόνατος-ποδοκνημικής. Είναι αξιοσημείωτο, παρά την έκπτωση της μυϊκής ισχύος του ασθενή από τον πολύμηνο κλινοστατισμό, ο ασθενής την 3η μέρα ορθοστάτησε ανεξάρτητος και την 5^η μέρα βάδισε εκτός διζύγου με περιπατητήρα.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι ασθενείς που δεν έχουν νευρολογική σημειολογία χρήζουν άμεσης ορθοστάτησης και προσπάθειας βάδισης ανεξάρτητα από το βαθμό αγκύλωσης, σύγκαμψης και μυϊκής αδυναμίας.

O22

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΘΙΟΥ ΧΙΑΣΤΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΤΕΧΝΙΚΗ ENDOBUTTON

Αγιοσίλαος Αλιγιζάκης¹, Γεώργιος Κατσιφαράκης¹, Ευτύχης Αλιγιζάκης², Αικατερίνη Μανιμανάκη²

¹Ασκληπείο Κρήτης, Ηράκλειο

² Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χανίων

Σκοπός: Η θεραπεία της ρήξης του πρόσθιου χιαστού γίνεται με μια πληθώρα τεχνικών, όπως είναι η πλαστική με τένοντα επιγονατιδικού, με τους οπίσθιους καμπήρες του γόνατος και τα συνθετικά μοσχεύματα. Στόχος της εργασίας είναι η παρουσίαση της αποκατάστασης της πλαστικής πρόσθιου χιαστού με ισχνό-ημιτενοντώδη με την τεχνική Endobutton.

Υλικό-Μέθοδος: Κατά το χρονικό διάστημα 2000-2003, 50 ασθενείς άνδρες με μέσο όρο ηλικίας τα 25 έτη (19 έως 45 έτη) με ρήξη πρόσθιου χιαστού αντιμετωπίστηκαν με την τεχνική Endobutton. Οι ασθενείς ήταν: 40 ποδοσφαιριστές, 5 ασθενείς μετά από τροχαίο ατύχημα, 3 καλαθοσφαιριστές και 2 αθλητές του στίβου. Η επέμβαση έγινε αρθροσκοπικά και οι συνυπάρχουσες βλάβες ήταν ρήξη έξω μηνίσκου σε 15 ασθενείς, ρήξη έσω μηνίσκου σε 15 ασθενείς και χόνδρινες βλάβες σε 3 ασθενείς. Στις ρήξεις μηνίσκου έγινε μηνισκεκτομή και στις χόνδρινες βλάβες έγινε shaving του χόνδρου και αποφόρτιση του μέλους για 4 εβδομάδες με σταδιακή φόρτιση μετά τις 15 ημέρες. Μετεγχειρητικά οι ασθενείς περπάτησαν με βακτηρίες για 10-15 ημέρες και στη συνέχεια επιτράπηκε πλήρης φόρτιση. Το πρωτόκολλο αποκατάστασης το πρώτο δεκαπενθήμερο είναι: μαγνητικά πεδία, TENS, κρυοθεραπεία, CPM (0-90 μοίρες), ισομετρικές ασκήσεις τετρακεφάλου-οπισθίων μηριαίων, laser, (στην ουλή), ρεύματα επαναπόλωσης. Το δεύτερο δεκαπενθήμερο είναι: μαγνητικά πεδία, δινόλουτρα, κρυοθεραπεία, υπέρηχα, biofeedback, CPM (0-120 μοίρες) και κολύμπι. Στη συνέχεια ποδήλατο, PNF και σταδιακή ενδυνάμωση με βάρη. Η επιστροφή στον αθλητισμό έγινε στους 3-4 μήνες.

Αποτελέσματα: Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης των ασθενών ήταν 24 μήνες (12 έως 36 μήνες). Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων έγινε με το Lysholm scoring, το IKDC scoring και το Tegner activity scoring. Τα αποτελέσματα ήταν ικανοποιητικά σε 48 από τους 50 ασθενείς, χωρίς επιπλοκές.

Συμπεράσματα: Η πλαστική του πρόσθιου χιαστού με την τεχνική Endobutton είναι απλή τεχνικά και έχει άριστα αποτελέσματα. Η μετεγχειρητική αποκατάσταση του ασθενή είναι κεφαλαιώδους σημασίας για την επιτυχία της επέμβασης.

O23

ΑΝΑΠΗΡΙΚΑ ΑΜΑΞΙΔΙΑ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ

Γκρούμας Ν., Ανανίδης Ν., Παπής Δ., Σύλλας Δ., Τατσίδου Σ.

Α΄ Κλινική ΦΙΑη, ΕΙΑΑ, Αθήνα

Η μελέτη αυτή έχει σαν σκοπό να συγκρίνει αναπηρικά αμαξίδια ελαφρού τύπου από αλουμίνιο διαφορετικής προέλευσης κατασκευής σε σχέση με την χρήση και την περίοδο χρήσης από παραπληγικούς κυρίως ασθενείς.

Μελετήσαμε από τις αρχές του έτους μέχρι σήμερα 22 περιστατικά (η μελέτη συνεχίζεται) που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία.

Από τα 22 περιστατικά οι 14 άνδρες και οι 8 γυναίκες με χρονική διάρκεια χρήσης από 1 έως 6 έτη. Για τον σκοπό αυτό δημιουργήσαμε ένα πρωτόκολλο για ασθενείς παραπληγικούς και τετραπληγικούς με δυνατότητα αυτόνομης κίνησης, ύψους βλάβης, ηλικία, φύλο, βάρος, ώρες χρήσης του α.α, έδαφος, χρήση για ψυχαγωγία δουλειά και καταγράψαμε τα συνθέστερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς αυτοί σε σχέση με το αναπηρικό αμαξίδιο.

Εκ της μελέτης αυτής προκύπτει ότι δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ ύψους βλάβης, φύλου και χώρου χρήσης. Αντιθέτως υπάρχει σημαντική σχέση με τον τρόπο χρήσης, τις δραστηριότητες καθώς και η ηλικία του χρήστη, και σε μικρότερο βαθμό με τα χαρακτηριστικά του αμαξιδίου, την χώρα προέλευσης και το κόστος καθώς και το βάρος του χρήστη.

Τα σημαντικότερα προβλήματα που κατεγράφησαν ήταν κατά σειρά προτεραιότητας αλλοίωση και φθορά της πλάτης, των τροχών, των συνδέσεων του σκελετού και στην συνέχεια του σώματος του σκελετού.

Ειδική αναφορά έγινε για τις περιπτώσεις έλλειψης αντανακλαστικών.

O24

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ ΜΗ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΗΛΕΚΤΡΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣΔημήτριος Πατατούκας¹, Σ. Φωτάκη², Ι. Γεωργαντάκης¹, Μ. Σιναπλίδου¹, Θ. Αλτάνης¹, Ι. Σιούτης¹, Ν. Ρούσσος¹, Ν. Λαγογιάννης¹

1. Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης ΓΝ «Ασκληπείο», Βούλα
2. Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης ΓΝ «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ: Οι Ηλεκτροδιαγνωστικές εξετάσεις (ΗΔΓ) που είναι το ηλεκτρομυογράφημα και οι ταχύττες αγωγής νεύρων, προκαλούν δυσφορία σε κάποιους ασθενείς. Μερικά αποτελέσματα είναι φυσιολογικά και κάποια άλλα διαφορετικά από τις διαγνώσεις παραπομπής. Η παρούσα εργασία έχει σκοπό να βρει τους παράγοντες στους οποίους ωφείλεται αυτό το γεγονός.

ΥΛΙΚΟ: 416 τυχαίοι ασθενείς που παραπέμφθηκαν για ΗΔΓ στο τμήμα μας.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Ένας από τους ερευνητές κατάγραφε τα δημογραφικά δεδομένα και το κύριο σύμπτωμα του ασθενή χωρίς να γνωρίζει το αποτέλεσμα της εξέτασης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 116 ασθενείς με Σύνδρομο Καρπιαίου Σωλήνα (ΣΚΣ), το 83.6% είχαν αιμωδίες σαν κύριο σύμπτωμά τους, ενώ από τους 77 με αρνητικά για ΣΚΣ αποτελέσματα το 61% είχαν πόνο σαν κύριο σύμπτωμα ($p=0,0001$). Για την διαγνωσμένη αυχενική ριζίτιδα το 72% είχαν πάρεση ενώ για τους ασθενείς με αρνητικά αποτελέσματα το 59% είχαν αιμωδίες ($p=0,0001$). Για την διαγνωσμένη οσφυοειρά ριζίτιδα σε ίδια ποσοστά παρουσίασαν αιμωδίες, πάρεση και πόνο ενώ για τους ασθενείς με αρνητικά αποτελέσματα το 76.5% είχαν πόνο ($p=0,0048$). Οι ασθενείς που παραπέμφθηκαν για ΣΚΣ και για πολυνευροπάθεια και επιβεβαιώθηκαν οι διαγνώσεις, είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη ηλικία από αυτούς που τα ΗΔΓ αποτελέσματα ήταν φυσιολογικά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Βοηθάει η συμπτωματολογία, αλλά απαιτείται λεπτομερής νευρολογική εξέταση για να μειωθούν τα ποσοστά των μη επιβεβαιωμένων και φυσιολογικών εξετάσεων

O25

ΣΟΒΑΡΗ ΣΠΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 5/ΤΟΥΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΜΕ ΕΝΔΟΡΡΑΧΙΑΙΑ ΑΝΤΛΙΑ ΜΠΑΚΛΟΦΑΙΝΗΣ**Α. Σαλάχα¹, Κ. Ρίζος², Α. Σερέτης², Α. Μπάντερ¹.****1: Κλινική Φυσικής Ιατρικής & Αποκατάστασης, Γ.Ν.Ε. "ΘΡΙΑΣΙΟ"****2: Νευροχειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Ε. "ΘΡΙΑΣΙΟ".**

Αντικείμενο: Τα τελευταία 5 έτη αντιμετωπίσαμε οκτώ ασθενείς Σκλήρυνση κατά Πλάκας και έντονη σπαστικότητα με ενδορραχιαία αντλία μπακλοφαίνης συνεχούς σταθερής ροής. Πρόκειται για 5 άτομα με βαρεία σπαστική τετραπάρεση, 2 άτομα με σπαστική παραπάρεση, και 1 άτομο με σπαστική μονοπληγία.

Μέθοδος: Χρησιμοποιήσαμε την τροποποιημένη κλίμακα Asworth, την κλίμακα συχνότητας σπασμών και τμήμα της κλίμακας Barthel για την κλινική εκτίμηση της σπαστικότητας και της λειτουργιότητας των ασθενών. Η ενδορραχιαία έγχυση της μπακλοφαίνης σε όλους τους ασθενείς γίνεται με την αντλία τύπου TRICUMED "ARCHIMEDES".

Συμπεράσματα: Η βελτίωση της σπαστικότητας είναι θεαματική (>2 μονάδες της κλίμακας Asworth) σε όλους τους ασθενείς. Παρατηρήθηκε καλύτερη και άμεση μείωση της σπαστικότητας των κάτω άκρων σε όλους τους ασθενείς, ενώ στους τετραπληγικούς ασθενείς η ανταπόκριση των άνω άκρων ήταν καθυστερημένη και μικρότερη. Επίσης η απαιτούμενη δοσολογία του φαρμάκου είναι μικρότερη στους παραπληγικούς ασθενείς (75-90mg/ημέρα).

O26

Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ ΕΛΚΩΝ ΑΠΟ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΗΣ (πρόδρομη μελέτη).

Τασσιόπουλος Ν., Λιλή Λ., Διονυσιώτης Ι., Πετροπούλου Κ.

Β' Κλινική ΦΙΑπ, ΕΙΑΑ, Αθήνα

Τα έλκη εκ κατακλίσεως αποτελούν μια από τις συχνότερες επιπλοκές σε ασθενείς με κακώσεις του Νατιαίου Μυελού και παραπληγία ή τετραπληγία, σε ποσοστό που κυμαίνεται από 25-85 %. Η παρουσία τους έχει ως συνέπεια την επιδείνωση της σπαστικότητας, την εμφάνιση πόνου, την ανάπτυξη σπυμικών λοιμώξεων, μέχρι και τον θάνατο (στο 7-8 % των παρατηρουμένων θανάτων σε τέτοιους ασθενείς), ενώ απαιτούν καθημερινή φροντίδα για μεγάλο χρονικό διάστημα, με σοβαρό οικονομικό κόστος.

Για την αντιμετώπισή τους έχουν εφαρμοσθεί κατά καιρούς, πολλές φυσικές μέθοδοι, όπως για παράδειγμα υπέρυθρος ακτινοβολία, υπεριώδης ακτινοβολία, άμεση έκθεση στην πλιακή ακτινοβολία, υπέρηχοι στα χείλη της κατάκλισης για την αύξηση της αγγείωσης της πληγής (Dyson 1981, 1987), διάφορες μορφές ηλεκτρικού ρεύματος, όπως υψηλής τάσης, μονοφασικά παλμικά ρεύματα (Kloth 1988), χαμηλής έντασης συνεχί ρεύματα (Carley 1985).

Μέχρι σήμερα δεν έχει ευρεθεί μια αξιόπιστη και αντικειμενική μέθοδος για την παρακολούθηση της πορείας της επούλωσης των κατακλίσεων, ώστε να υπάρχει ακρίβεια στην ποσοτική και ποιοτική καταγραφή και μέτρηση της κατάκλισης, τόσο κατά την κλινική παρακολούθηση, όσο και κατά την εφαρμογή πειραματικών μεθόδων.

Στην παρούσα εργασία γίνεται προσπάθεια εφαρμογής μιας τεχνικής ποσοτικής καταγραφής των διαστάσεων μιας κατάκλισης, **α.** του όγκου του ιστικού ελλείμματος με την μέθοδο της ογκομέτρησης με παραφινέλαιο, και **β.** της επιφάνειας της κατάκλισης με την μέθοδο της ιχνηλάτισης, καταγραφής και μέτρησης με μιλιμετρέ χαρτί. Παράλληλα γίνεται καταγραφή και των ποιοτικών χαρακτηριστικών, όπως οίδημα, ερυθρότητα, αιμορραγία, εκκρίσεις (ορώδεις ή πυώδεις).

O27

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΑΡΧΙΚΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΤΟΥ ΝΜ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΙΜΟΤΗΤΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΤΕΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ

Ν. Ρούσσος, Μ. Σιναπλίδου, Ι. Σιούτης, Δ. Πατατούκας, Γ. Κακαράντζα, Γ. Βασιλειάδης, Α. Αγγελοπούλου, Ν. Λαγογιάννης

Τμήμα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης ΓΝ «Ασκληπείο», Βούλα

Σκοπός: Να μελετηθεί ο βαθμός στον οποίο επηρεάζεται ο χρόνος έναρξης του προγράμματος αποκατάστασης και η τελική λειτουργική έκβασή του σε ασθενείς με βλάβη Νωτιαίου Μυελού, από τον αρχικό τρόπο (συντηρητικό ή χειρουργικό) αντιμετώπισης της βλάβης.

Υλικό και μέθοδος: Μελετήθηκαν 117 συνεχόμενοι ασθενείς με ΚΝΜ που νοσηλεύθηκαν στο τμήμα ΦΙΑπ του Νοσοκομείου Ασκληπείο Βούλας από 1/7/85 έως 31/12/2000. Άνδρες ήταν 79,5% και γυναίκες 20,5%. Μέσος όρος ηλικίας ήταν 41,6 έτη για τους άνδρες και 51,2 έτη για τις γυναίκες. Χειρουργικά αντιμετωπίστηκαν 90 ασθενείς (76,9%) και συντηρητικά 27 (23,1%). Μελετήθηκαν οι ιατρικοί φάκελοι σχετικά με την καθυστέρηση έναρξης προγράμματος αποκατάστασης. Έγινε καταγραφή των μεταβολών της Barthel ανά ομάδα ασθενών. Η στατιστική ανάλυση έγινε με βάση το συντελεστή συσχέτισης.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των ασθενών που χειρουργήθηκαν, το 25% καθυστέρησε έως 1 μήνα να ξεκινήσει το πρόγραμμα αποκατάστασης, το 38% καθυστέρησε από 1 έως 3 μήνες, το 37% περισσότερο από 3 μήνες, ενώ η μεταβολή της βαθμολογίας Barthel μεταξύ εισαγωγής και εξόδου ήταν 36 μονάδες. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους ασθενείς που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά είναι 20% καθυστέρηση έως 1 μήνα, το 52% καθυστέρηση από 1 έως 3 μήνες και το 28% περισσότερο από 3 μήνες ενώ η μεταβολή του μέσου όρου της βαθμολογίας Barthel ήταν 33,65 μονάδες.

Συμπεράσματα: Η χειρουργική αντιμετώπιση παρόλο που χρησιμοποιείται σε υπερτριπλάσιο βαθμό από την συντηρητική φαίνεται να μην επηρεάζει την πρώιμη έναρξη της αποκατάστασης (εντός του πρώτου μηνός), αλλά επιτάχυνε την έναρξη μέσα στους τρεις πρώτους μήνες από την βλάβη. Είναι ωστόσο σημαντικό να αναφερθεί ότι η διαφορά στην τελική λειτουργική έκβαση υπήρξε ανεξάρτητη του τρόπου αντιμετώπισης.

O28

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΥΣΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙΑ

Μπάκας Ε, Γιουβρή Ε, Παπαδόπουλος Ι.

Επιτροπή Οδικής Ασφάλειας, του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας

Σκοπός: Η εκτίμηση της παροχής υπηρεσιών Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης αλλά και Φυσικοθεραπείας σε όλη την επικράτεια της Ελλάδας

Υλικό: Οι πληροφορίες συλλέχθηκαν από επιστολές που στάλθηκαν στα 17 ΠΕΣΥ της χώρας, για την κατάσταση που επικρατεί στα διάφορα Γενικά Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας σχετικά με τις υπηρεσίες Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης αλλά και Φυσικοθεραπείας στους χώρους τους.

Αποτελέσματα: Απάντησαν 15 από τα 17 ΠΕΣΥ, το ένα της Αττικής και 1 της Μακεδονίας, Αναφερόμαστε σε 96 Γενικά Νοσοκομεία και 5 Κέντρα Υγείας. Σε αυτά, εκτός των Κλινικών Αποκατάστασης που λειτουργούν, υπάρχουν άλλες 9 θέσεις Φυσιάτρων και 284 θέσεις Φυσιοθεραπευτών. Υπάρχουν 62 Φυσιοθεραπευτήρια εκ των οποίων μόνο 6 αναφέρουν με λεπτομέρεια των εξοπλισμό τους. Οι χώροι στους οποίους είναι αναπτυγμένα τα Φυσιοθεραπευτήρια αυτά κυμαίνονται από 10 (!) μέχρι 230 τετραγωνικά μέτρα. Όλα τα Φυσιοθεραπευτήρια που αναφέρονται από τα Περιφερικά ΠΕΣΥ, λειτουργούν χωρίς την Ιατρική κάλυψη Φυσιάτρου

Συμπεράσματα: Φαίνεται ότι το σύστημα κάλυψης υπηρεσιών Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης σε ολόκληρη την Ελληνική Επικράτεια, εκτός της Περιοχής Αττικής είναι ουσιαστικά ανύπαρκτο.

ΑΠΙΑ ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΤΟ ΠΕΡΑΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

Γκρούμας Ν., Ψυλλάκη Δ, Ανδρεάδη Α, Ντασιπούλου Χ, Νικολαΐδου Χ.

Α΄ Κλινική ΦΙΑη, ΕΙΑΑ, Αθήνα

Η εργασία αυτή αφορά 112 επανεισαγωγές ασθενών στην κλινική μας που έγιναν από το 1998 έως το 2002. Όλοι αυτοί οι ασθενείς είχαν νοσηλευθεί από το 1993 έως το 1998, δηλαδή η επανεισαγωγή έγινε 1 με 5 έτη μετά το πέρας του προγράμματος αποκατάστασης.

Εκ των ασθενών αυτών (112), οι 17 είχαν ιστορικό ΚΕΚ, οι 29 κάκωσης Νωτιαίου.Μυελού., οι 18 Α.Ε.Ε., οι 20 Μ.Σ. και οι 28 με διάφορα προβλήματα εκ του μυοσκελετικού.

Από τους 17 ασθενείς με ΚΕΚ που επανεισήχθησαν στην κλινική μας, οι 6 είχαν επιδείνωση της εικόνας εξόδου, οι 4 είχαν χειρουργηθεί μετά την έξοδό τους από την κλινική μας για έκτοπες οστεοποτίσεις, οι 5 παρουσίασαν βελτίωση του επιπέδου συνείδησης, και οι 2 επανεισήχθησαν χωρίς απόλυτη ένδειξη εισαγωγής.

Εκ των 29 ασθενών με κάκωση Ν.Μ., οι 14 επανεισήχθησαν λόγω κατακλίσεων (περίπου 50%), 4 με κατάγματα ακρών, 3 χωρίς απόλυτη ένδειξη, 2 για επιδείνωση της κλινικής τους εικόνας (αλλαγή του επιπέδου βλάβης), 2 για έλεγχο του ουροποιητικού.(Αποκλείστηκαν 4 άτομα με αντίλια που επανεισάγονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα για έλεγχο). Εκ των 18 ΑΕΕ, οι 8 χωρίς απόλυτη ένδειξη επανεισαγωγής, οι 7 λόγω νέου ΑΕΕ και 3 λόγω βελτίωσης.

Εκ των 20 ασθενών με Μ.Σ, οι 11 επανεισήχθησαν λόγω επιδείνωσης της κλινικής τους εικόνας, οι 5 χωρίς απόλυτη ένδειξη εισαγωγής και 4 λόγω προβλημάτων εκ του ουροποιητικού.

Εκ των υπολοίπων 28, οι 17 οι ποιοί έπασχαν από χρόνιες αρθροπάθειες εισήχθησαν λόγω αδυναμίας να υποβληθούν σε πρόγραμμα αποκατάστασης ως εξωτερικοί ασθενείς, 5 με υποτροπή κήλης μεσοσπονδύλιου δίσκου, 3 με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. και 3 με Guillain Barre χωρίς απόλυτη ένδειξη επανεισαγωγής.

Τα περιστατικά τα οποία επανεισήχθησαν χωρίς απόλυτη ένδειξη επανεισαγωγής αφορούσαν 46 ασθενείς (41%). Οι λόγοι εισαγωγής σε αυτούς τους ασθενείς σχετιζόταν με:

1. αδυναμία ασφαλιστικού φορέα να καλύψει έξοδα θεραπείας σαν εξωτερικό ασθενή καθώς και αδυναμία του ασθενή να προσέρχεται ως εξωτερικός για θεραπεία.
2. αδυναμία ακριβούς εκτίμησης της κατάστασης του ασθενούς λόγω της διαδικασίας εισαγωγής μέσω αλληλογραφίας (επαρχία).
3. κοινωνικοί ή άλλοι λόγοι.