1.Τι είναι αποκατάσταση;

«Η χρήση όλων των μέσων που στοχεύουν στη μείωση των συνεπειών εξ’ αιτίας καταστάσεων που προκαλούν ανικανότητα και αναπηρία και που καθιστούν ικανά τα άτομα με αναπηρίες να επιτύχουν τη βέλτιστη κοινωνική ένταξη».

2.Τι είναι έλλειμμα, ανικανότητα, αναπηρία, δραστηριότητα, συμμετοχή;

Έλλειμμα: Οποιαδήποτε απώλεια ψυχολογικής, φυσιολογικής ή ανατομικής δομής ή λειτουργίας του σώματος (π.χ. απώλεια άκρου, διαταραχή αισθητικότητας).

Ανικανότητα: Οποιοσδήποτε περιορισμός που προκαλείται από κάποιο έλλειμμα και διαταράσσει την ικανότητα του ασθενούς να πραγματοποιήσει μια δραστηριότητα μέσα στα πλαίσια που θεωρούνται φυσιολογικά (π.χ αδυναμία να ντυθεί, να οδηγήσει).

Αναπηρία: Μειονέκτημα για ένα συγκεκριμένο άτομο που προκαλείται από ένα έλλειμμα ή ανικανότητα που περιορίζει ή εμποδίζει την ολοκλήρωση του φυσιολογικού ρόλου του συγκεκριμένου ατόμου.

Δραστηριότητα: Η φύση και η έκταση της λειτουργικότητας στο επίπεδο του ατόμου (η μείωση μπορεί να είναι στη διάρκεια, στη φύση και στην ποιότητα).

Συμμετοχή: Η φύση και η έκταση της εμπλοκής ενός ατόμου σε καταστάσεις της ζωής, σε σχέση με τα ελλείμματα, τις δραστηριότητες, την κατάσταση υγείας και συναφείς παράγοντες (παράγοντες που αποκλείουν τη συμμετοχή μπορεί να είναι είτε προσωπικοί είτε περιβαλλοντικοί).

3.Ποιοι είναι οι στόχοι της ΦΙΑπ;

Η ΦΙΑπ είναι αποτελεσματική με 5 τρόπους:

1. Θεραπεύοντας την υποκείμενη παθολογία
2. Μειώνοντας τα ελλείμματα και/ή την αναπηρία
3. Προλαμβάνοντας και θεραπεύοντας τις επιπλοκές
4. Βελτιώνοντας τη λειτουργικότητα και τη δραστηριότητα
5. Ενισχύοντας τη συμμετοχή

Βελτίωση της κοινωνικής συμμετοχής και της ποιότητας ζωής

Καλή κατάσταση υγείας

4.Τι είναι η διεπιστημονική ομάδα αποκατάστασης;

5.Ποια είναι τα αποτελέσματα έλλειψης αποκατάστασης;

* Ακινησία → μυϊκή αδυναμία, καρδιοαναπνευστική διαταραχή, μυϊκές ατροφίες, έλκη κατακλίσεως, σπαστικότητα, συγκάμψεις, οστεοπόρωση
* Πόνος
* Διατροφικά προβλήματα
* Προβλήματα κατάποσης
* Προβλήματα κύστεως και εντέρου → δυσκοιλιότητα, ακράτεια
* Προβλήματα επικοινωνίας
* Γνωσιακά προβλήματα
* Προβλήματα διάθεσης και συμπεριφοράς
* Κακή κατάσταση υγείας και συστηματική νόσος από πολλές αιτίες
* Επιπλοκές υποκείμενων καταστάσεων
* Το άτομο εγκαταλείπεται σε μια πτωχότερη λειτουργική ικανότητα και ποιότητα ζωής, Σπατάλη πόρων

6.Τι είναι η Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση;

* Ανεξάρτητη ιατρική ειδικότητα που αφορά την προαγωγή της φυσικής και γνωσιακής λειτουργικότητας, των δραστηριοτήτων (συμπεριλαμβανομένης της συμπεριφοράς), της συμμετοχής (συμπεριλαμβανομένης της ποιότητας ζωής) και την τροποποίηση των ατομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.
* Υπεύθυνη για την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη διαχείριση της αποκατάστασης ατόμων, όλων των ηλικιών, με παθολογικές καταστάσεις που προκαλούν αναπηρία και συν-νοσηρότητα.

7.Ποιες παθήσεις και ποια προβλήματα αντιμετωπίζουν συχνά οι Φυσίατροι;

Παθήσεις:

* Τραυματισμός → ΚΕΚ, ΚΝΜ, κατάγματα, πολυτραυματισμός, τραυματισμοί βραχιονίου πλέγματος και περιφερικών νεύρων, αθλητικές κακώσεις κ.α.
* Νευρολογικές παθήσεις → ΑΕΕ, MS, Ν.Parkinson, μετα-πολιο-μυελιτιδικό σύνδρομο, λοιμώξεις και αποστήματα του ΚΝΣ, όγκοι ΚΝΣ, νωτιαία παράλυση, περιφερικές νευροπάθειες (νόσος Guillain-Barre, παγιδευτικά σύνδρομα), Ν.Alzheimer, συγγενείς παθήσεις (εγκεφαλική παράλυση, δισχιδής ράχη), κ.α.
* Παθήσεις με οξύ και χρόνιο πόνο → ακρωτηριασμός, μετεγχειρητικές καταστάσεις, αντιμετώπιση ασθενών σε ΜΕΘ.
* Μυοσκελετικές παθήσεις → οξεία και χρόνια οσφυαλγία, παθήσεις ΑΜΣΣ και ΘΜΣΣ, εκφυλιστικές και φλεγμονώδεις παθήσεις των αρθρώσεων, ρευματολογικές παθήσεις των μαλακών μορίων (ινομυαλγία), παθήσεις άκρας χειρός και άκρου ποδός, οστεοπόρωση, χρόνια μυοσκελετικά επώδυνα σύνδρομα.
* Καρδιαγγειακές παθήσεις → ΣΝ, ΚΑ, βαλβιδοπάθειες, κ.α
* Αναπνευστικές παθήσεις → άσθμα, ΧΑΠ, πνευμονική ίνωση κ.α
* Παχυσαρκία και μεταβολικά νοσήματα → ΣΔ, μεταβολικά σύνδρομα
* Καρκίνος και επιπλοκές του
* Παθήσεις σχετιζόμενες με την ηλικία → παιδιατρικές παθήσεις (συγγενείς ανωμαλίες, ιδιοπαθής σκολίωση, νόσος Perthes), προβλήματα σχετιζόμενα με το γήρας
* Παθήσεις ουροποιητικού συστήματος → ΧΝΑ, ακράτεια

Προβλήματα:

* Παρατεταμένη κατάκλιση και ακινητοποίηση → απώλεια σωματικής και ψυχολογικής λειτουργικότητας
* Κινητικά ελλείμματα → αδυναμία και απώλεια λειτουργικότητας
* Σπαστικότητα → ρικνώσεις τενόντων, παραμόρφωση άκρων
* Διαταραχες κύστεως και εντέρου
* Έλκη κατάκλισης
* Ετερότοπες οστεοποιήσεις
* Οστεοπόρωση
* Δυσφαγία → κίνδυνος πνευμονίας από εισρόφηση και υποσιτισμού
* Επώδυνα σύνδρομα
* Δυσκολίες επικοινωνίας
* Σεξουαλική δυσλειτουργία
* Αλλαγές διάθεσης, συμπεριφοράς και προσωπικότητας

8.Ποια είναι η Φυσιατρική προσέγγιση του ασθενούς;

* Κυρίως πρόβλημα – λίστα προβλημάτων
* Ακριβής διάγνωση → εφαρμογή προγράμματος αποκατάστασης προσανατολισμένου προς το πρόβλημα
* Λειτουργικό ιστορικό (θέματα λειτουργικότητας και συμμετοχής)
* Ανάλυση προβλημάτων σύμφωνα με όλες τις διαστάσεις της ICF
* Εργαστηριακές εξετάσεις, απεικονιστικές εξετάσεις κλπ
* Κλινική αξιολόγηση και μέτρηση λειτουργικών περιορισμών και δυνατοτήτων → μυϊκή ισχύς, αισθητικότητα, εύρος κίνησης, κυκλοφορική και αναπνευστική λειτουργία
* Τυποποιημένες μετρήσεις απόδοσης → ανάλυση βάδισης, ισοκινητική δοκιμασία μυών
* Εξειδικευμένες διαγνωστικές μετρήσεις → αξιολόγηση κατάποσης σε ασθενείς με ΑΕΕ, ουροδυναμικές μετρήσεις σε ασθενείς με ΚΝΜ
* Εκτίμηση (ποιοτική ή ποσοτική) τυποποιημένων δραστηριοτήτων → βάδιση, σύλληψη και χειρισμός αντικειμένων
* Εκτίμηση δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής → πλύσιμο, τουαλέτα, ντύσιμο κ.α
* Εκτίμηση συμμετοχής → τυποποιημένα ερωτηματολόγια
* Κλίμακες αξιολόγησης της γενικής και ειδικής λειτουργικής ικανότητας και της πορείας αποκατάστασης → Μέτρηση Λειτουργικής Ανεξαρτησίας (FIM), δείκτης Barthel

9.Τι είναι το πρόγραμμα Αποκατάστασης και τι πρέπει να περιλαμβάνει;

* Εξατομικευμένο για κάθε ασθενή → κατευθύνει την αποκατάσταση που προσανατολίζεται στο πρόβλημα
* Ενεργής συμμετοχή του ασθενή στην ανάπτυξή του
* Αναθεωρείται και ανανεώνεται τακτικά από την ομάδα αποκατάστασης
* Αποτελεί τη βάση τακτικής επικοινωνίας των μελών της ομάδας όσον αφορά την πρόοδο των ασθενών
* Φυσίατρος → υπεύθυνος για το σχεδιασμό και την ανάπτυξή του και για το χρονικό πλαίσιο μέσα στο οποίο θα εφαρμοστεί

Πληροφορίες που πρέπει να περιλαμβάνει:

* Διάγνωση
* Υπάρχοντα προβλήματα και περιορισμένες λειτουργίες (σύμφωνα με το πλαίσιο της ICF)
* Στόχοι του ασθενή
* Στόχοι της οικογένειας/φροντιστών
* Στόχοι των μελών της ομάδας αποκατάστασης
* Δράσεις που πρέπει να γίνουν

10.Περιγράψτε ένα πρόβλημα που να απαιτεί ένα σχέδιο αποκατάστασης

* Πρόβλημα → Επικοινωνία
* Στόχοι → Βελτίωση επικοινωνίας, ομιλίας και αντίληψης
* Πιθανές παρεμβάσεις → Λογοθεραπευτική παρέμβαση για βελτίωση της ομιλίας και της άρθρωσης

11.Ποιες είναι οι παρεμβάσεις της ΦΙΑπ;

* Ιατρικές παρεμβάσεις → φαρμακευτική θεραπεία (πόνος, σπαστικότητα, κατάθλιψη), εγχύσεις, εκτίμηση και ανασκόπηση των παρεμβάσεων, πρόγνωση
* Φυσικοθεραπεία → κινησιοθεραπεία, ηλεκτροθεραπεία, φυσικά μέσα, χρήση προηγμένου τεχνολογικά εξοπλισμού αποκατάστασης
* Εργοθεραπεία → ανάλυση δραστηριοτήτων, κατασκευή ναρθήκων, διδασκαλία του ασθενή για αυτοεξυπηρέτηση στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής, λειτουργική επανεκπαίδευση πληγικού άνω άκρου, επανεκπαίδευση επί παρουσίας λειτουργικών και γνωσιακών ελλειμμάτων, παροχή κινήτρων
* Λογοθεραπεία → αντιμετώπιση προβλημάτων λόγου και επικοινωνίας
* Αντιμετώπιση της δυσφαγίας

12.Ποια είναι η πρώτη αιτία αναπηρίας;

Το ΑΕΕ

13.Τι προβλήματα προκαλούνται μετά από ένα ΑΕΕ;

Κινητικός έλεγχος και δύναμη, Κινητικός συντονισμός και ισορροπία, Σπαστικότητα, Αισθητικότητα, Διαταραχές όρασης, Διαταραχές λόγου και επικοινωνίας, Απραξίες, Σωματοαγνωσία, Δυσφαγία, Ανεξέλεγκτη ούρηση και αφόδευση, Συναισθηματική αστάθεια

14.Ποιες είναι οι συνήθεις συνυπάρχουσες παθήσεις και επιπλοκές μετά από ΑΕΕ;

Θρομβοεμβολική νόσος Πτώσεις και τραυματισμοί

Πνευμονία Επαναλαμβανόμενο ΑΕΕ

Αναπνευστική ανεπάρκεια Ουρολοίμωξη

Υπέρταση Δυσλειτουργία κύστης

Ορθοστατική υπόταση Δυσλειτουργία εντέρου

Στηθάγχη Κατακλίσεις

Καρδιακή ανεπάρκεια Αφυδάτωση

Καρδιακές αρρυθμίες Υποθρεψία

Σαχαρώδης διαβήτης Δυσλειτουργία ώμου

CRPS Κατάχρηση φαρμάκων

Ελαττωμένη αντοχή Σεξουαλική δυσλειτουργία

Σπασμοί Κόπωση

Αϋπνία

15.Τι είναι η νευροπλαστικότητα;

* H ικανότητα του νευρικού συστήματος να απαντά σε εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα με αναδιοργάνωση της δομής, της λειτουργίας και των συνάψεών του.

16.Πως επιδρά η χρήση, η επανάληψη και η στόχευση στη νευροπλαστικότητα;

Χρήση ή απώλεια (use it or lose it):

* Αποτυχία καθοδήγησης συγκεκριμένων εγκεφαλικών λειτουργιών → λειτουργική υποβάθμιση!
* Νευρικά κυκλώματα που δε συνδέονται ενεργά με εκτέλεση στόχων για παρατεταμένο χρονικό διάστημα → προοδευτικά εκφυλίζονται.
* Απώλεια μιας αίσθησης → κατάληψη (τουλάχιστον μερική) της αντιπροσωπευτικής φλοιϊκής περιοχής από μια άλλη αίσθηση.

Χρήση και βελτίωση (use it and improve it):

* Εκπαίδευση που καθοδηγεί μια συγκεκριμένη εγκεφαλική λειτουργία → την ενισχύει!
* Παρατεταμένη εκπαίδευση → επαγωγή της πλαστικότητας σε συγκεκριμένες εγκεφαλικές περιοχές.

Επανάληψη:

* Επαγωγή της πλαστικότητας χρειάζεται επαρκείς επαναλήψεις!
* Μερικές μορφές πλαστικότητας απαιτούν όχι μόνο την απόκτηση της ικανότητας → αλλά την επαναλαμβανόμενη εκτέλεση της ικανότητας αυτής στο χρόνο.
* Η πλαστικότητα που επιδρά μέσω της επανάληψης → συγκεκριμενοποίηση της ικανότητας μέσω νευρικού κυκλώματος → αποκτηθείσα συμπεριφορά ανθεκτική στην φθορά σε απουσία εκπαίδευσης.

Στόχευση:

* Η εμπειρία της εκπαίδευσης → αρκετά στοχευμένη για να επάγει την πλαστικότητα (κίνητρο-προσοχή-ανταμοιβή)!

17.Πως επιδρά η αεροβική άσκηση στη νευροπλαστικότητα;

* Προάγει τη νευροπλαστικότητα και βελτιώνει τη λειτουργία του ΚΝΣ σε αρκετές περιπτώσεις (φυσιολογική γήρανση,άνοια).
* Αυξημένη νευρογένεση,αγγειογένεση και παραγωγή νευροτροφικών μορίων και αυξητικών παραγόντων → νευροπροστασία , κυτταρική επιβίωση , ανάπτυξη των νευριτών και συναπτική πλαστικότητα.
* Βελτίωση γνωσιακών λειτουργιών.

18.Πως προσδιορίζεται η βαρύτητα μιας ΚΕΚ;

Κλίμακα Γλασκώβης (Glaskow Coma Scale)

* Ελαφριά ΚΕΚ → άμεση μετατραυματική περίοδος με αλλαγή ή απώλεια συνείδησης και GCS score: 13-15
* Μέσης βαρύτητας ΚΕΚ → άμεση μετατραυματική περίοδος με αλλαγή ή απώλεια συνείδησης για > 30’ και GCS score: 9-12, 6 ώρες μετά την κάκωση
* Βαρειά ΚΕΚ → άμεση μετατραυματική περίοδος με απώλεια συνείδησης για > 6 ώρες (GCS score: 3-8)

19.Ποιες είναι δευτερογενείς επιπλοκές στη ΜΕΘ σε ασθενή με ΚΕΚ;

* Αυξημένα επίπεδα γλυκόζης → αύξηση παραγωγής γαλακτικού οξέος, ισχαιμία, διαταραχή μεταβολισμού του P → αυξημένη θνητότητα
* Ανισορροπία Na → σπασμοί, επιδείνωση επιπέδου συνείδησης
* Λοιμώξεις → πρόληψη και επιθετική αντιμετώπιση
* Υπερθερμία → επιτάχυνση δευτερογενών προσβολών στο εγκεφαλικό παρέγχυμα, αύξηση ισχαιμίας
* Υποθρεψία → αύξηση μεταβολικού ρυθμού κατά 40%

20.Ποια είναι η διαφορά του κώματος από τη φυτική κατάσταση και από την κατάσταση ελάχιστης συνείδησης;

* Κώμα → κατάσταση παθολογικής αναισθησίας, μάτια παραμένουν κλειστά, όχι ενδείξεις εκούσιας κινητικής λειτουργίας
* Φυτική κατάσταση → άνοιγμα ματιών, χωρίς απάντηση στο περιβάλλον
* Κατάσταση ελάχιστης συνείδησης (MCS) → βαρειά διαταραχή συνείδησης, σαφείς ενδείξεις κατανόσης του εαυτού και του περιβάλλοντος

21.Ποιες επιπλοκές θα πρέπει να προλαμβάνονται από το Φυσίατρο σε ασθενή μετά από ΚΕΚ;

* Συγκάμψεις (ρικώσεις-ετερότοπες οστεοποιήσεις) → διατήρηση φυσιολογικού παθητικού εύρους κίνησης των αρθρώσεων,
* Κατακλίσεις – φροντίδα του δέρματος
* Κακή θρέψη
* Σπαστικότητα
* Πόνος
* Ακράτεια ούρων
* Διαχείριση εντέρου
* Γνωσιακά και συμπεριφορικά προβλήματα

22.Πότε πρέπει να ξεκινούν οι παρεμβάσεις Αποκατάστασης σε ασθενή με βαρειά ΚΕΚ;

* 1η αξιολόγηση → στις πρώτες 24 ώρες
* Έναρξη κατάλληλων θεραπειών αποκατάστασης (φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, λογοθεραπεία) όταν εκτιμηθεί ότι ο ασθενής μπορεί να ανταπεξέλθει σε αυτές τις δραστηριότητες
* Κατάλληλη τοποθέτηση στο κρεβάτι και έναρξη προγράμματος διατήρησης εύρους κίνησης των αρθρώσεων → άμεσα
* Περισσότερο λειτουργικοί στόχοι → αναμονή έως ότου οι ενδοκρανιακές πίεσεις επανέλθουν στο φυσιολογικό και ολοκληρωθούν οι επείγουσες νευροχειρουργικές παρεμβάσεις

23.Τι είναι η ετερότοπη οστεοποίηση και πότε υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος να δημιουργηθεί;

* Μεγαλύτερος κίνδυνος → βαρύτερη ΚΕΚ, ακινησία, σπαστικότητα, κατάγματα, δυσαυτονομία

24.Πως γίνεται η διάγνωση της ετερότοπης οστεοποίησης;

* Αλκαλική φωσφατάση (ΑLP) και οστεοκαλσίνη → μη ειδικές εξετάσεις
* Ακτινογραφία → ανάδειξη σε πιο προχωρημένο στάδιο
* Σπινθηρογράφημα οστών → πιο ευαίσθητο για διάγνωση σε πρώϊμο στάδιο

25.Ποια προβλήματα παρουσιάζονται σε σχέση με την κατάποση και τη διατροφη σε ασθενείς με ΚΕΚ;

26.Πως γίνεται η αξιολόγηση κατάποσης;

* Aξιολόγηση κατάποσης:Κλινική, υπό βιντεοακτινοσκόπηση, fees (με εύκαμπτο ενδοσκόπιο)

27.Πως γίνεται η διαχείριση του αεραγωγού και του αναπνευστικού σε ασθενή με ΚΕΚ;

* Επιπλοκές από το αναπνευστικό → πνευμοθώρακας, αιμοθώρακας, κατάγματα πλευρών, πνευμονία, αναπνευστική ανεπάρκεια, πνευμονικό οίδημα
* Αναπνευστική ανεπάρκεια, τραχειοστομία → βαρύτερη πρόγνωση, ανάγκη μακρύτερης νοσηλείας
* Αναπνευστική φυσικοθεραπεία, αναρροφήσεις
* Αφαίρεση της τραχειοστομίας → όταν δεν απαιτείται τεχνητός αερισμός, ο ασθενής μπορεί να διαχειριστεί τις εκκρίσεις του, χαμηλός κίνδυνος εισρόφησης

28.Τι είναι η περιτονία και ποιος είναι ο ρόλος της στο σώμα;

* Η περιτονία είναι ένας ανθεκτικός συνδετικός ιστός που σχηματίζει ένα τρισδιάστατο δίκτυο εκτεινόμενο από την κορυφή έως τα δάκτυλα.
* Συνδέει τους ιστούς και τα όργανα μεταξύ τους και δίνει στο σώμα συνοχή και την έννοια του συνόλου.
* Περιβάλλει κάθε μυ, οστό, νεύρο, αγγείο ή όργανο του σώματος παρέχοντας στήριξη (δομικό στοιχείο), προστασία (παραγωγή αντισωμάτων), θρέψη (Meyers 2001).

29.Τι είναι το σύνδρομο μυοπεριτονιακού πόνου;

* Το **ΣΜΠ** είναι μια κατάσταση μυαλγίας που εντοπίζεται σε μικρή ομάδα μυών και χαρακτηρίζεται από τοπικό και αντανακλαστικό (αναφερόμενο από τον ασθενή) πόνο σε άλλη περιοχή που προέρχεται από ένα **Μυοπεριτονιακό Σημείο Πυροδότησης ΜΣΠ** (Myofascial Trigger Point-MTP).

30.Τι είναι το σημείο πυροδότησης (trigger point) και που εντοπίζεται;

* ζώνη έντονου πόνου εντός μιας τεταμένης μυϊκής δεσμίδας από την οποία, όταν ασκείται επάνω της πίεση, αντανακλάται πόνος σε άλλη περιοχή.
* Τα **ΣΠ** εντοπίζονται κατά μήκος μιας **τεταμένης μυϊκής δεσμίδας** (taut band) στη γαστέρα του πάσχοντος μυός, κοντά στην περιοχή της νευρομυϊκής σύναψης

31.Ποια είναι τα βασικά κλινικά χαρακτηριστικά του μυοπεριτονιακού πόνου;

* Μυοπεριτονιακό Σημείο Πυροδότησης-ΜΣΠ (Myofascial Trigger Point-MTP)
* Τεταμένη μυϊκή δεσμίδα (Taut band)
* Τοπική ακούσια μυϊκή σύσπαση - δεσμίδωση (local twitch response)

32.Ποια είναι τα αίτια εμφάνισης σημείων πυροδότησης;

* Έντονο άμεσο τραύμα
* Μικρά επαναλαμβανόμενα τραύματα της ίδιας περιοχής (πχ αθλητές, αγρότες, εργάτες)
* Καταπόνηση του μυός από καθημερινές δραστηριότητες (υπέρμετρη & ασυνήθιστη άσκηση, λάθος στάση σώματος, έκθεση σε κρύο ή υγρασία ή ψυχρό αέρα, χρήση συγκεκριμένων μυών για μεγάλο χρονικό διάστημα, ανώμαλα κινητικά πρότυπα)
* Σύνδρομα υπέρχρησης ή καταπόνησης
* Παγιδευτικά σύνδρομα νεύρων
* Εκφυλιστικές παθήσεις οστών (οστεοαρθρίτιδες), εκφυλιστική νόσος ΣΣ (σπονδυλαρθρίτιδα, δισκοπάθεια)
* Ηλικία (σταδιακή εκφύλιση μυών & συστημάτων διαχείρισης του πόνου → πρεσβυαλγία, Vecchiet 2002)
* Ιατρογενή (πχ από χειρισμούς ανάταξης καταγμάτων, ακινητοποίηση μιας περιοχής με νάρθηκα για μεγάλο χρονικό διάστημα)
* Σπλαγχνική διαταραχή ή νόσος (σπλαγχνοσωματικά αντανακλαστικά)
* Συστηματική βιοχημική ή μεταβολική διαταραχή (χαμηλή Βιτ. Β12 & Βιτ. D, ΣΔ, χαμηλός Fe ή φερριτίνη ή φυλλικό οξύ, υποθυρεοειδισμός), χρόνιες λοιμώξεις (ν. Lyme, καντιντίαση)

34.Πως ταξινομούνται τα σημεία πυροδότησης;

Ανάλογα με τη συμπτωματολογία:Ενεργά, λανθάνοντα

Ανάλογα με την ανατομική θέση:Κύρια, δευτερεύοντα, δορυφορικά

35.Ποια είναι τα βασικά διαγνωστικά κριτήρια των σημείων πυροδότησης;

* Ψηλαφητή τεταμένη δεσμίδα (αν ο μυς ψηλαφάται από την επιφάνεια)
* Εξαιρετικά εντοπισμένη ευαισθησία ενός οζιδίου σε μια τεταμένη δεσμίδα
* Αναγνώριση από τον ασθενή του πόνου του όταν πιέζουμε το ευαίσθητο οζίδιο (αναγνωρίζει ένα ενεργό ΣΠ)

36.Ποιες είναι οι θεραπευτικές επιλογές αντιμετώπισης των σημείων πυροδότησης;

* Ίσχαιμη συμπίεση ΣΠ
* Χειρωνακτική διάταση της περιοχής του σημείου πυροδότησης με ή χωρίς ψυκτικό spray
* Μυοπεριτονιακή απελευθέρωση
* Διάταση συνδετικού ιστού και περιτονίας-παίξιμο μυός (muscle play)
* Θεραπευτική διάταση
* Διατάσεις στο σπίτι
* Ξηρός βελονισμός (ενδομυϊκός ερεθισμός των ΣΠ)
* Εγχύσεις (προκαΐνη, ξυλοκαΐνη, βιτ. Β12, βοτουλινική τοξίνη)
* Shockwave therapy
* Laser
* Ασκήσεις ενδυνάμωσης

37.Τι είναι η σπαστικότητα;

...‘‘η σπαστικότητα είναι μια κινητική διαταραχή με κύριο χαρακτηριστικό την **ταχυτητοεξαρτώμενη αύξηση των τονικών μυοτατικών αντανακλαστικών** (μυϊκός τόνος) με αύξηση των τενόντιων αντανακλαστικών, ως αποτέλεσμα υπερδραστηριότητας του μυοτατικού αντανακλαστικού, σαν ένα συστατικό του συνδρόμου του ανώτερου κινητικού νευρώνα’’...

38.Ποια είναι τα θετικά συμπτώματα του συνδρόμου του ανώτερου κινητικού νευρώνα;

Σπαστικότητα, μυϊκή υπερδραστηριότητα, αύξηση τενόντιων αντ/κών, κλόνος, σπαστική δυστονία, δερματικά αντ/κά (Babinski)

39.Ποια είναι τα αρνητικά συμπτώματα του συνδρόμου του ανώτερου κινητικού νευρώνα;

Πάρεση, απώλεια επιδεξιότητας και λεπτού κινητικού ελέγχου, κόπωση, αρχική υποτονία

40.Ποιες είναι οι αιτίες σπαστικότητας;

* Καταστάσεις διάχυτης ή εντοπισμένης παθολογίας του εγκεφάλου ή του νωτιαίου μυελού
* Ανοξικές, τοξικές ή μεταβολικές εγκεφαλοπάθειες → διάχυτες εγκεφαλικές ανωμαλίες
* Εντοπισμένη εγκεφαλική βλάβη → όγκος, απόστημα, κύστη, αγγειακή δυσπλασία, έμφρακτο, αιμορραγία, τραύμα
* Βλάβες νωτιαίου μυελού → τραύμα, φλεγμονή, απομυελινωτικές νόσοι, εκφυλιστικές και οικογενείς διαταραχές, συμπίεση από μάζα (νεόπλασμα, λοίμωξη, κύστη)

41.Ποιες εμβιομηχανικές αλλαγές παρατηρούνται στους σπαστικούς μύες;

* Ακαμψία
* Σύγκαμψη
* Ίνωση
* Ατροφία

42.Περιγράψτε την τροποιημένη κλίμακα Ashworth

* **0** : Καμία αύξηση του μυϊκού τόνου.
* **1** : Ελαφρά αύξηση του μυϊκού τόνου που εκδηλώνεται με αίσθηση σύλληψης και χαλάρωσης ή με ελάχιστη αντίσταση στο τέλος του εύρους κίνησης όταν το προσβεβλημένο μέλος κινείται σε κάμψη ή έκταση.
* **1+** : Ελαφρά αύξηση στο μυϊκό τόνο που εκδηλώνεται με αίσθημα σύλληψης, που ακολουθείται από ελάχιστη αντίσταση σε περισσότερο από το μισό εύρος κίνησης.
* **2** : Περισσότερο εμφανής αύξηση του μυϊκού τόνου , αλλά το προσβεβλημένο μέλος κινείται με ευκολία.
* **3** : Σημαντική αύξηση του μυϊκού τόνου.Η παθητική κίνηση ολοκληρώνεται με δυσκολία.
* **4** : Το προσβεβλημένο μέλος είναι άκαμπτο σε κάμψη ή σε έκταση.

43.Ποιες είναι οι συνηθισμένες επιπτώσεις της σπαστικότητας;

* **Κινητικότητα** : Βάδιση, μεταφορές (από κρεβάτι στο αμαξίδιο, τουαλέτα, αυτοκίνητο).
* **Επιδεξιότητα** : Κινητικότητα στο κρεβάτι, λήψη τροφής, γράψιμο και προσωπική φροντίδα.
* **Διαχείριση κύστης** : Δυσκολία διατήρησης θέσης, δυσχέρεια στους χειρισμούς του αυτοκαθετηριασμού.
* **Προμηκική λειτουργία** : Κατάποση και αναπνοή, ικανότητα επικοινωνίας.
* **Ψυχολογική επιβάρυνση.**
* **Έντονος και βασανιστικός πόνος.**

44.Ποιοι είναι οι στόχοι του συνολικού πλάνου διαχείρισης ασθενούς με σπαστικότητα;

* Βελτίωση της λειτουργικότητας.
* Βελτίωση της κατάστασης υγείας.
* Ανακούφιση από τον πόνο.
* Αποφυγή συγκάμψεων.
* Αποφυγή ελκών πίεσης.
* Βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης.

45.Ποιοι παράγοντες μπορούν να προκαλέσουν επιδείνωση της σπαστικότητας;

* Ουρολοιμώξεις ή άλλες επιπλοκές από το ουροποιητικό.
* Δυσκοιλιότητα και σχηματισμός κοπρολίθων.
* Ερεθισμός του δέρματος και έλκη πίεσης.
* Παρωνυχίες, είσφρυση όνυχος και μολύνσεις του δέρματος, κυτταρίτιδα.
* Αύξηση των επιβλαβών αισθητικών ερεθισμάτων (σφικτά ρούχα ή εσώρουχα, κάλτσες, υποδήματα ή ορθωτικές συσκευές.
* Εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση.
* Κάταγμα μακρών οστών.

46.Ποιες είναι οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της σπαστικότητας;

* Κρυοθεραπεία
* Θερμοθεραπεία
* Υπέρηχα
* Διαθερμία μικροκυμάτων
* Χαμηλής έντασης Laser
* Διαθερμία βραχέων κυμάτων
* Βελονισμός
* Ηλεκτρικός ερεθισμός (TENS , EMS , FES)
* Μάλαξη
* Παθητική και ενεργητική κινησιοθεραπεία.
* Διατάσεις.
* Τοποθέτηση των μελών στις κατάλληλες θέσεις στο κρεβάτι ή στο αμαξίδιο.
* Εφαρμογή ναρθήκων ηρεμίας και ορθώσεων.

47.Τι είναι η μπακλοφένη, ποια είναι η δράση και ποιες οι παρενέργειές της;

Συνθετικός αγωνιστής των GABA-B υποδοχέων.

Δράση: στην προσυναπτική και μετασυναπτική μεμβράνη.Αναστέλλει τη δραστηριότητα των γ-κινητικών νευρώνων και ελαττώνει την ευαισθησία της μυϊκής ατράκτου → αναστολή μονοσυναπτικών και πολυσυναπτικών νωτιαίων αντανακλαστικών.

Κεντρική καταστολή: Χαλάρωση, υπνηλία, εύκολη κόπωση.

Διαταραχή προσοχής και μνήμης: Σύγχυση, ναυτία, ζάλη και αυξημένος κίνδυνος πτώσεως.

Υποτονία ή μυϊκή αδυναμία → αποδίδεται σε ανεξάρτητο περιφερικό μηχανισμό.

Αναπνευστικό: Καταστολή αναπνευστικής λειτουργίας, βρογχόσπασμος, αναστολή αντανακλαστικού του βήχα.

Αταξία, παραισθήσεις.

Eνίσχυση αποτελεσμάτων αντιυπερτασικών παραγόντων

48.Τι είναι η νατριούχος δανδρολένη, ποια η δράση της και ποιες οι παρενέργειές της;

* Παράγωγο της υδαντοϊνης.
* Μεταβολίζεται κυρίως στο ήπαρ και αποβάλλεται από τα ούρα και τη χολή.
* Χρόνος ημίσειας ζωής από 4-15 ώρες.
* Δράση πρωταρχικά στη μυϊκή ίνα (ελάττωση του μυϊκού δυναμικού δράσης που προκαλείται με την απελευθέρωση ασβεστίου από το σαρκοπλασματικό δίκτυο των μυών).
* Έτσι αποσυνδέει τη διέγερση του κινητικού νεύρου από τη σύσπαση του σκελετικού μυός.
* Κατευναστική δράση: Λήθαργος, υπνηλία, αδιαθεσία,ναυτία, έμετος, κολλώδης ομιλία, ζάλη, διάρροια και παραισθήσεις (πιο σπάνια από την μπακλοφένη και τη διαζεπάμη).
* Μυϊκή αδυναμία: Διαταραχές στάσης, αστάθεια κορμού.
* Ηπατοτοξικότητα: Ηπατικός έλεγχος πριν την έναρξη της θεραπείας και τακτικός έλεγχος των ηπατικών ενζύμων (κάθε 15 μέρες).

49.Τι είναι η τιναζιδίνη, ποια η δράση της και ποιες οι παρενέργειές της;

* Παράγωγο της ιμιδαζολίνης → συναγωνιστική δράση στους κεντρικούς Α2-αδρενεργικούς υποδοχείς σε νωτιαίο και υπερνωτιαίο επίπεδο.
* Παρεμποδίζει την ελευθέρωση των διεγερτικών αμινοξέων (γλουταμίνης και ασπαρτάτης) από τις προσυναπτικές απολήξεις των νωτιαίων ενδιάμεσων νευρώνων.
* Διευκολύνει τη δράση της γλυκίνης (ανασταλτική νευρομεταβιβαστική ουσία).
* Χαλάρωση (καταστολή) και υπνηλία (50%).
* Ξηρότητα του στόματος (11%).
* Μυϊκή αδυναμία λιγότερο ενοχλητική από της μπακλοφένης σε ασθενεις με πολαπλή σκλήρυνση.
* Συμπτωματική υπόταση (αποφυγή ταυτόχρονης χορήγησης με αντιυπερτασικά φάρμακα – κυρίως κλονιδίνη.)
* Σε συγχορήγησή της με iv σιπροφλοξασίνη ελαττώνεται ο μεταβολισμός της από το ήπαρ και αυξάνεται η συγκέντρωσή της στο πλάσμα.
* Οπτικές παραισθήσεις (3%).
* Διαταραχή ηπατικής λειτουργίας (5%) → τακτικός έλεγχος ηπατικών δεικτών.

50.Ποια είναι η δράση της βουτυλινικής αλλαντοτοξίνης τύπου Α και πόσο διαρκεί;

* Κύριο αποτέλεσμα στη νευρομυϊκή σύναψη → αναστολή της ελευθέρωσης ακετυλοχολίνης → μυϊκή χαλάρωση (χημική νευρόλυση).
* 3 Βήματα: Δέσμευση, ενσωμάτωση και αναστολή ελευθέρωσης του μεταβιβαστή.
* Έκθεση στην τοξίνη προκαλεί ατροφία απονεύρωσης χωρίς ίνωση.
* Δοσοεξαρτώμενο αποτέλεσμα.
* Δράση για 3-4 μήνες.

51.Τι είναι η αντλία ενδορραχιαίας έγχυσης μπακλοφένης, ποια τα πλεονεκτήματα και ποια τα μειονεκτήματά της;

* Η ενδορραχιαία οδός χορήγησης της μπακλοφένης έχει 100 φορές μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε σχέση με την per os χορήγηση του φαρμάκου.
* Η συνεχής έγχυση του φαρμάκου μέσω της αντλίας επιτυγχάνει παρατεταμένη και σταθερή επίδραση στη σπαστικότητα.
* Αναστέλλεται η σπαστικότητα σε μεγαλύτερο βαθμό με λιγότερες παρενέργειες
* Σχετιζόμενες με τη χειρουργική επέμβαση: Οίδημα γύρω από την αντλία, διάβρωση του δέρματος, επιφανειακές ή βαθύτερες χειρουργικές λοιμώξεις (ποσοστό έως 20%), αποσύνδεση ή γωνίωση του καθετήρα, μετακίνηση του κεντρικού καθετήρα, εκροή ΕΝΥ.
* Σχετιζόμενες με το φάρμακο: Υπνηλία,ζάλη,θολή όραση, βραδύτητα στην ομιλία.Υπερδοσολογία του φαρμάκου μπορεί να προκαλέσει κώμα, αναπνευστική καταστολή και γενικευμένη μυϊκή αδυναμία.Αιφνίδια διακοπή του φαρμάκου μετά από παρατεταμένη χορήγηση μπορεί να προκαλέσει ψύχωση, ψευδαισθήσεις, σύγχυση, σπαστικότητα και υπερθερμία.
* Σχετιζόμενες με δυσλειτουργία της συσκευής.

52.Γιατί χρειάζεται πρόγραμμα Αποκατάστασης μετά από εμφύτευση αντλίας μπακλοφένης;

* Σημαντικό μετά την εφαρμογή της αντλίας ο ασθενής να ακολουθήσει ενδονοσοκομειακό πρόγραμμα αποκατάστασης βραχείας διάρκειας για προσαρμογή στο νέο, μειωμένο μυϊκό τόνο.
* Λειτουργικές επιπτώσεις της αντλίας :
* Κινητική κατάσταση και βάδιση,
* δραστηριότητες καθημερινής ζωής,
* λειτουργία νευρογενούς κύστης και
* εντέρου, διαταραχές αυτόνομου
* νευρικού συστήματος, σεξουαλική
* λειτουργία.

53.Τι είναι η φυσιατρική

Ιατρική ειδικότητα που αναπτύχθηκε μετά το πέρας του 2ου παγκοσμίου πολέμου για να μπορέσει να αντιμετωπίσει τους τραυματίες πολέμου και τους ακρωτηριασμένους και να επαναενταχθούν στην κοινωνία.

54. Πόσα χρόνια ειδικότητα είναι και ποιες υποειδικότητες έχει

Είναι 5 χρόνια. Περιλαμβάνει 6 μήνες παθολογία, 6 μήνες νευρολογία, 6 μήνες ορθοπαίδική και 3,5 χρόνια ΦΙΑπ.

55. Με ποιους ασθενείς ασχολείται η φυσιατρική

Ασθενείς που έχουν χάσει σημαντικό κομμάτι της ανεξαρτησίας τους και της λειτουργικότητάς τους. Τους εκπαιδεύει για να κερδίσουν την ανεξαρτησία τους πάλι.

56. Που στηρίζει την λειτουργία της μία κλινική φυσικής και ιατρικής αποκατάστασης

Βασικό εργαλείο της ΦΙΑπ είναι η διεπιστημονική ομάδα που αποτελείται από όλες τις ειδικότητες που ασχολούνται με τον ασθενή. Φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές νοσηλεύτριες, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, εφαρμοστές ορθοτικών ή προσθετικών μελών. Οι συναντήσεις της ομάδας είναι σημαντικές για τον συντονισμό της αποκατάστασης.

57. Αρχική εκτίμηση ασθενούς από ιατρό και από φυσίατρο Ποια είναι η διαφορά στην εκτίμηση?

* Ιατρός: επισκόπηση, ακρόαση, επίκρουση και εκτίμηση απεικονιστικών και εργαστηριακών εξετάσεων.
* Φυσίατρος Κατάστρωση λίστας προβλημάτων οργάνωση του προγράμματος και επανεκτίμηση του αποτελέσματος

58. Πρώτα βήματα αντιμετώπισης ασθενούς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Εκτίμηση της διατροφής, πρόληψη κατακλίσεων, παθητική κινητοποίηση για διατήρηση εύρους κίνησης των αρθρώσεων, εκτίμηση για ετερότοπες οστεοποιήσεις. Εκπαίδευση καθιστής θέσης.

59. Θέση στο κρεβάτι Είναι σημαντική για τους ασθενείς με ΑΕΕ και γιατί .

Η σωστή τοποθέτηση στο κρεβάτι του ασθενούς με ΑΕΕ προλαμβάνει την εμφάνιση των κατακλίσεων, και την πυροδότηση της σπαστικότητας, Υπάρχουν συγκεκριμένες θέσεις ανάλογα με την εντόπιση του εγκεφαλικού και ανάλογα με την θέση που θέλουμε να γυρίσουμε τον ασθενή .