



Supliment

MEDICAL Market

REUMATOLOGIE ȘI RECUPERARE MEDICALĂ

2011 - 2012



Editura



METOTREXAT EBEWE 10 mg/ml soluție injectabilă, în seringă preumplută

Tratament remisiv de primă intenție în poliartrita reumatoidă¹



0 seringă preumplută a 0,75 ml conține metotrexat 7,5 mg.



0 seringă preumplută a 1 ml conține metotrexat 10 mg.



0 seringă preumplută a 1,5 ml conține metotrexat 15 mg.



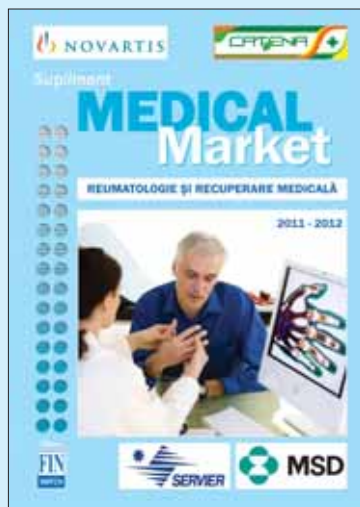
0 seringă preumplută a 2 ml conține metotrexat 20 mg.

Informații actualizate de prescriere Metotrexat EbeWE 10 mg/ml soluție injectabilă în seringă preumplută

Prezentare: seringă preumplută cu o 0,75 ml soluție injectabilă/ 1 ml soluție injectabilă/ 1,5 ml soluție injectabilă/ 2 ml soluție injectabilă. **Indicații/Poziologie:** Poliartrita reumatoidă activă (PRA) la pacienții adulți la care este indicat tratamentul cu medicamente antireumatoide modificate active boli (AMM). Doza inițială recomandată este de 2,5 mg metotrexat o dată pe săptămână, administrată fie subcutanat, fie intramuscular sau intravenos. În funcție de modul individual de manifestare a bolii și de toleranța manifestată de către pacient, doza inițială poate fi crescută treptat cu 2,5 mg pe săptămână. Nu trebuie depășită doza de 25 mg pe săptămână. **Evoluția poliartritei active la pacienții cu boala reumatoidă activă (ARA), severă, când răspunsul la medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene (AINS) a fost inadecvat.** Doza recomandată este de 10-15 mg/șă săptămână și săptămână. În cazul tratamentului cu acest medicament, doza săptămânală poate crește până la 20 mg/șă săptămână. Cu toate acestea, în cazul creșterii dozei este indicată o creștere a frecvenței monitorizării tratamentului. Dacă din datele limitate privind administrarea intravenoasă la copii și adolescenți, administrarea parenterală este limitată la injecțiile pe cale subcutanată sau intramusculară. **Evitați utilizarea de alcool.** În special procazina în pastă, care nu poate fi tratată eficient cu terapie convențională cum ar fi folicianol, PABA și reductori și grăbiți peptidici serici. Se recomandă administrarea parenterală a unei doze de tratament de 5-10 mg, cu o săptămână înainte de terapie, pentru a evita reacțiile adverse idiosincrazice. Doza inițială recomandată este de 7,5 mg metotrexat o dată pe săptămână, administrată fie subcutanat, fie intramuscular sau intravenos. Doza trebuie crescută treptat după cum este necesar, dar nu trebuie să depășească doza maximă săptămânală de 30 mg metotrexat. **Contraindicații:** Hipersensibilitate la metotrexat sau la oricare dintre excipienți. • Insuficiență hepatică. • Abuz de alcool etilic. • Insuficiență renală (clearanță a creatininei mai mică de 20 ml/min). • Diaceză sanguină pre-existentă cum ar fi hipocitroză, neutropenie, leucopenie, trombocitopenie sau anemie semnificativă. • Infecții grave, acute sau cronice cum ar fi tuberculoză și HIV, urogenital și cavități bucale și bolii urogenitale gastro-intestinale activă diagnosticată. • Sărindă, altitudine. • Vaccinarea concomitentă cu vaccinul vi. **Precauții/Avertisor:** • Pacienții trebuie să fie informați în mod clar că Metotrexat EbeWE trebuie administrat o dată pe săptămână, nu în fiecare zi. • Se avertizează că metotrexatul determină la om efecte teratice (fertilizări, oligopemie, distorsiuni mențurale și amenoree, în cursul tratamentului și pentru o scurtă perioadă după întreruperea acestuia). În plus, metotrexatul determină eritrocitopenia, avort și deficiențe fetale la om. • În timpul terapiei (cel puțin o dată pe lună în primele 6 luni și în continuare o dată la 3 luni). Examinarea cavității bucale și a faringelui; Hemoleucograma completă cu formula leucocitarii și cu determinarea plachetelor sanguine; Teste funcționale hepatice; Teste funcționale renale și analize ale urinei; Evaluarea aparatului respirator; Poate să afecteze răspunsul la vaccinări și poate influența rezultatele testelor imunologice. Producții speciale este, de asemenea, necesară în prezenta infecțiilor rezale (de exemplu herpes zoster, tuberculoză, hepatită B sau C), datorită posibilității activării și a efectelor. La pacienții cărora li s-a administrat doza mică de metotrexat pot să apară leziuni maligne, caz în care tratamentul trebuie întrerupt. Dacă nu apar semne de remisie spontană a leziunii este necesară instituirea tratamentului citotoxic. Existațiile pleurale și ascita trebuie tratate extensiv înainte de înțelegerea tratamentului cu metotrexat. Diaceza și stomatita ulceroasă pot fi semne de efedie toxică și necesită întreruperea terapiei, astfel pot să apară enterite hemoragice și deosebit prin perforație intestinală. • Utilizarea la copii și vârstnici sub 3 ani nu este recomandată având în vedere că sunt disponibile date insuficiente privind eficacitatea și siguranța la acest grup de populație. • Denumirea produsului și amplaselor solare pot să apară în cursul tratamentului cu metotrexat (reacții de reacționare). • Utilizarea prelungită se pot exacerba în cazul infecțiilor cu UV și administrarea simultană de metotrexat, interferonul. • În studiul clinic, în care AINS și alcool salicilic au fost administrați pacienților cu poliartrita reumatoidă concomitent cu medicatia, nu s-a necesat creșterea reacțiilor adverse. Tratamentul poliartritei reumatoidă cu astfel de medicamente poate fi continuat în timpul terapiei cu metotrexat, dar numai sub o atenție supraveghere medicală. • Consumul periodic de alcool etilic și administrarea suplimentară de medicamente hepatotoxice (de exemplu fentanilul, azotopina, sulfasalazina și retinoid) crește probabilitatea efectelor hepatotoxice ale metotrexatului. Trebuie evitate în vederea interacțiunilor farmacologice între metotrexat, medicamentele anticonvulsivante (scad concentrația metotrexatului în sânge) și 5-fluorouracil (crește toxicitatea 5-fluorouracilului). Salicilații, fenilbutazona, fenitoina, barbituricele, contraceptivele orale, nitroimidazole, derivații de amidopirină, sulfonamidele și acizii p-aminobenzoiți depășesc metotrexatul de pe locurile de legare de pe albumina serică și cresc astfel biodisponibilitatea acestuia (creșterea indirectă a dozei). Probenecidul și acizii organici slabi pot, de asemenea, să reducă secreția tubulară de metotrexat și astfel să determine o creștere indirectă a dozei. Antibioticele, cum sunt penicilinele, glicopeptidele, sulfonamidele, ciprofloxacina și cefalosporina pot în cazul izolării, să scadă clearance-ul renal al metotrexatului și astfel pot produce creșterea concentrației serice de metotrexat cu toxicitate simultană hematologică și gastro-intestinală. Antibioticele cu administrare pe cale orală, cum sunt tetraciclinele, cloramfenicolul și antibioticele neabsorbibile cu spectru larg pot reduce absorbția intestinală de metotrexat sau să interfereze cu circulația enterohепatică prin inhibarea fluxului intestinal sau supresia metabolismului bacterilor. Sub (pre-)tratament cu substanțe care pot avea reacții adverse care afectează măduva osoasă (de exemplu sulfonamide, trimetoprim/sulfametoxazol, domperidon, pirimetamina), trebuie luat în considerare riscul major de tuberculoză hematologică. Administrarea concomitentă de medicamente care determină deficit de foliați (de exemplu sulfonamide, trimetoprim/sulfametoxazol) poate duce la creșterea toxicității metotrexatului. Pe de altă parte, administrarea concomitentă de medicamente conținând acid folic sau preparate cu vitamine care conțin acid folic sau derivat, pot afecta eficacitatea metotrexatului. În cazul administrării concomitente de Metotrexat EbeWE și tratament de bază (de exemplu conștii cu acid penicilinic, hidroxiclorochină, sulfasalazină, azatioprină, ciclosporină), în general nu este de așteptat creșterea efectelor toxice ale metotrexatului. Administrarea concomitentă de inhibitori ai pompei protonice ca omeprazol sau pantoprazol poate duce la interacțiuni. În cazul asocierii cu sulfasalazina poate să crească eficacitatea metotrexatului prin inhibarea sintezei acidului folic de către sulfasalazina și astfel se poate ajunge la creșterea riscului de reacții adverse. Consumul excesiv de băuturi care conțin cafeină sau teofilină (cafea, băuturi conținând cafeină, ouă negre) trebuie evitat pe durata tratamentului cu metotrexat. Utilizarea asociată de metotrexat și folicianolul poate crește riscul de pancitopenie. În cazul asocierii metotrexatului cu alte medicamente citotoxice trebuie luat în considerare diminuarea clearance-ului metotrexatului. • În timpul tratamentului pot să apară simptome la nivel nervos central, cum ar fi fatigabilitate și amețeli. Metotrexat EbeWE are o influență minoră sau moderată asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilități. Reacții adverse • Agravarea și severizarea reacțiilor adverse depinde de mărimea dozei și frecvenței administrării de Metotrexat EbeWE. Totuși, având în vedere că apar reacții adverse severe chiar și la doze mai mici, este absolut necesar ca medicul să monitorizeze reacții cu regularitate, la intervale scurte. • Reacții adverse foarte frecvente: Pierdere apetitului alimentar, greață, vărsături, dureri abdominale, inflamații și ulcerații ale mucoasei bucale și faringiene (mai ales în cazul primelor 24-48 ore după administrarea de Metotrexat EbeWE), stomită, dispnee; Creșterea valorilor enzimelor hepatice (ALAT, ASAT, fosfataza alcalină și bilirubină); După administrarea intramusculară și metotrexatului, pot să apară reacții la locul injecției (reacții adverse (reacții de arsuri) sau leziuni (formare de abcese sterile, necroză [tulburări adânci]). **Data primei autorizării sau a reînnoirii autorizației: august 2008. Pentru prescriere, vă rugăm să consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului Metotrexat EbeWE versiunea aprilie 2011. Text revizuit la data de 19 aprilie 2011. Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală P-R-F-R. Pentru informații suplimentare vă rugăm să contactați Novartis Pharma Services România S.R.L., la adresa de e-mail: inform@medica.novartis.com. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul medical.**

CUPRINS

| | |
|--|----|
| ■ Interviu cu Profesor Dr. Mihai Berteanu, Președintele Societății Române de Medicină Fizică și Recuperare Medicală | 4 |
| ■ 10 mituri despre poliartrita reumatoidă | 8 |
| ■ Când și cui indicăm balneoclimatoterapia și fizioterapia? | 10 |
| ■ Recuperarea în hernia de disc lombară | 12 |
| ■ Spondilartropatiile seronegative | 14 |
| ■ Terapia Bioptron în afecțiunile reumatice | 16 |
| ■ Diatermia de contact Capacitiv – Rezistiv | 18 |
| ■ Efectele analgezice ale Omega-3 | 19 |
| ■ Alege să mergi sănătos! | 20 |
| ■ Ateroscleroza: un dușman învins | 22 |
| ■ Tratament recuperator în Artrita Idiopatică Juvenilă | 24 |
| ■ Colonul iritabil se poate combate și prin sport | 26 |
| ■ Tehnici moderne kinetice bazate pe antrenament funcțional activ ale principalelor tulburări sau modificări staturo-posturale | 27 |
| ■ Diagnosticarea în medicina tradițională chineză | 28 |
| ■ Inflamația articulară posttraumatică | 29 |
| ■ Durerea lombară | 30 |



EDITOR



Aleea Negru Vodă nr.6, bl. C3,
sc. 3, parter, 030775, sector 3,
București
Tel: 021.321.61.23
Fax: 021.321.61.30
redactie@finwatch.ro
P.O. Box 4-124, 030775

Tipar:
Tipografia Real

Interviu cu Profesor Dr. Mihai Berteanu, Președintele Societății Române de Medicină Fizică și Recuperare Medicală

■ Domnule Profesor Mihai Berteanu, care sunt cele mai actuale probleme cu care se confrunta medicina fizică și de recuperare medicală?

Problemele cu care ne confruntăm sunt complexe, ca în toate specialitățile medicale, iar în specialitatea noastră care este mai deosebită prin faptul că se ocupă de persoană în ansamblul ei, ca funcționare, ca performanță; facem o ameliorare a performanței, deci o reabilitare.

De aceea noi preferăm termenul de reabilitare decât de recuperare medicală, pentru că specialitatea noastră duce la ameliorarea unor dizabilități prin diferite moduri. Problemele sunt mai speciale, și noi încercăm să facem forurile de decizie politică să înțeleagă care este această particularitate a specialității noastre, dar nu mă refer numai la România, ci și la nivel european.

■ Suntem aliniați standardelor europene din punct de vedere tehnologic la cele mai noi terapii în domeniu? Care este contribuția inteligenței românești în acest sens?

Din punct de vedere al alinierii cu nivelul european și internațional, suntem aliniați; de exemplu Clinica de Recuperare Medicală din Spitalul Elias este certificată ca Centru de Training European pentru rezidenți, mai mulți medici de aici au certificare de board european. Din punct de vedere al dotărilor, mai avem de așteptat până să ajungem la nivel european, dar nu stăm prea rău; problema majoră este



însă cu tehnologia de vârf care este extrem de scumpă și care are un loc bine stabilit în reabilitarea medicală, îndeosebi a pacienților cu boli neurologice (unde se folosesc frecvent dispozitive robotizate)

În spitalele de stat, de la buget, este mai dificil de achiziționat aceste aparate costisitoare, dar se pare că există două clinici în care există, sau se vor aduce în curând câte un LOKOMAT.

Din punct de vedere al alinierii teoretice, sunt probleme în ceea ce privește adoptarea curiculei europene.

Din punct de vedere al realizărilor românești, situația se prezintă destul de bine. Multe Clinici din Centre Universitare mari participă activ ca parteneri în granturi naționale și internaționale care fac o cer-

cetare de vârf în domeniul realizării medicale, a studierii funcționării individului. Funcționarea individului este un termen folosit și definit de Organizația Mondială a Sănătății, printr-o clasificare internațională a funcționării dizabilității și sănătății; această clasificare făcând o împărțire, o ierarhizare a performanțelor fiecărui individ, a activităților pe care le poate face și a participării în societate. Este singura specialitate care privește omul ca un întreg, ca funcționare, ca performanță, deoarece curricula de formare a specialiștilor în acest domeniu se desfășoară în acest fel.

■ Terapiile complementare prezintă o opțiune personală a bolnavilor, sau sunt recomandate, încurajate și de medicii de familie? Există o preocupare pentru utilizarea anumitor tehnici cum ar fi de exemplu terapia cu lumină polarizată - Bioptronul?

Și noi avem în Clinică un Bioptron, ca de altfel și alte Clinici de Recuperare Medicală. El folosește lumina polarizată care este un agent fizic, de unde și denumirea de medicină fizică, adică medicina care folosește un agent fizic în scop terapeutic. Bioptronul dă rezultate bune în anumite afecțiuni.

■ Medicina alternativă și cea complementară fac parte din obiectul de activitate al medicinei fizice și de recuperare medicală?

Medicina alternativă și complementară nu face parte din obiectul de activitate al specialității de recuperare medicală și medicina fizică. Există la nivel european și internațional un interes din partea specialiștilor din domeniul nostru pentru aceste terapii, fără a fi cuprinse în curricula de specialitate, nici europeană, nici internațională, și probabil, că acest interes vine din faptul că și medicina complementară și cea alternativă tratează omul din punct de vedere

holistic, în integralitate. Dacă există această mică suprapunere, nu înseamnă că medicina complementară și alternativă face parte din curricula specialității noastre. Acupunctura și homeopatia sunt specialități complementare, agreate de Ministerul Sănătății.

■ La pacienții cu afecțiuni mai vechi și mai grave, se poate vorbi de o recuperare totală?

Proporția recuperării este variabilă în funcție de fiecare caz; poate să fie 100% sau poate să fie mai puțin. Când nu se poate obține clinic o recuperare prin nici una dintre metode: medicamentoase, intervenții minim invazive, fizioterapie, se folosesc dispozitive de asistare, care sunt tehnologii mai mult sau mai puțin avansate, mai simple pentru a compensa o dizabilitate, pentru a compensa o funcție care nu mai poate fi recuperată. Gradul de recuperare se stabilește la nivel individual și, tocmai asta este foarte special în concepția specialității de medicină fizică și de recuperare medicală.

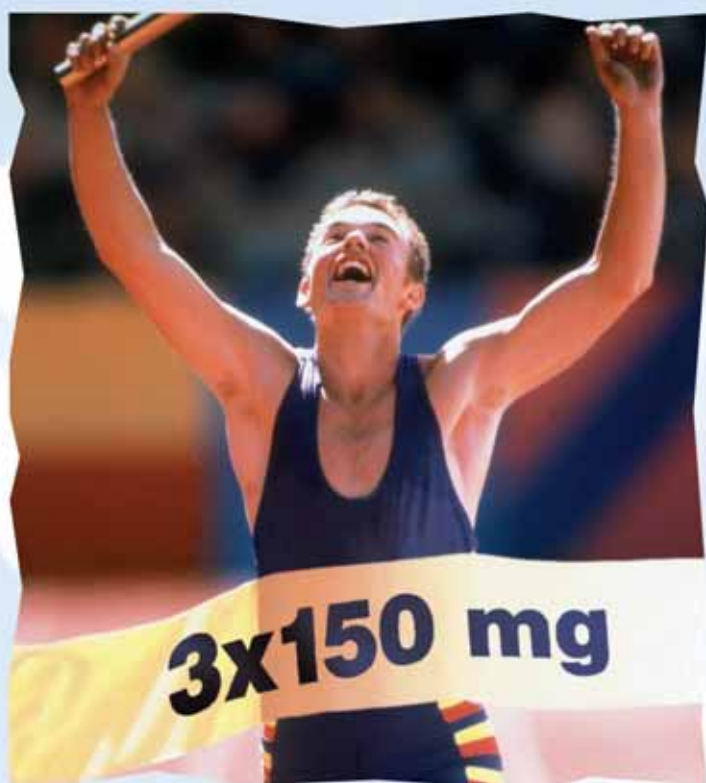
■ Care sunt preocupările și obiectivele Societății Române de Medicină Fizică și Recuperare? Ce programe naționale derulează S.R.M.F.R. ?

Noi, la Societate căutam să ne aliniem tendințele internaționale. Societatea participă în mod activ la toate manifestările internaționale prin membrii ei. Ea este membră a celor mai importante Asociații de Specialitate din Europa și internaționale. Comunicarea noastră cu lumea medicală europeană și internațională este una normală; facem parte din toate programele. Specialiștii noștri participă la toate manifestările științifice europene și internaționale; suntem foarte bine integrați din acest punct de vedere.

Mioara Vasiliu

MIDOCALM[®]
tolperison

**MIȘCARE LIBERĂ
FĂRĂ DURERE**



Singurul miorelaxant cu acțiune centrală
FĂRĂ EFECT SEDATIV



GEDEON RICHTER

10 mituri despre poliartrita reumatoidă



Prof dr. Horațiu D. Boloșiu

Președintele Societății
Române de Reumatologie

Tel: 0722.70.49.44

Email: hbolosiu@yahoo.com

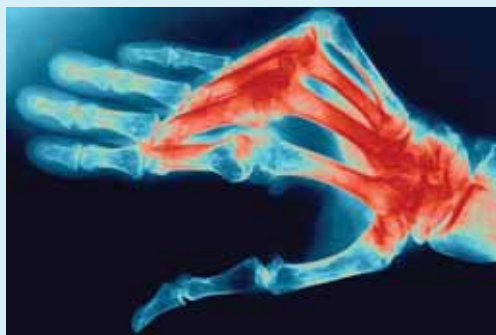
► **Mit:** Poliartrita reumatoidă este cea mai obișnuită boală articulară.

► **Realitate:** Incorrect, cea mai frecventă boală a articulațiilor este artroza, dar cu siguranță poliartrita reumatoidă este cea mai „celebră” și mai bine studiată. În vreme ce artroza este o boală de uzură, în care articulația suferă deteriorări mecanice ca urmare a suprasolicitării, poliartrita este una inflamatoare, în care o cauză încă necunoscută (probabil infecție) schimbă structura unor componente ale articulațiilor, care nu mai sunt recunoscute ca proprii, devenind ținta sistemului imunitar. Este ceea ce se numește autoimunitate. Peste tot în lume, frecvența poliartritei reumatoide este de aproximativ 1%, în vreme ce artroza atinge proporția de peste 30% la persoanele în vârstă de peste 40 de ani. Față de ambele boli, cele mai vulnerabile sunt femeile.

► **Mit:** Numai persoanele în vârstă suferă de poliartrită.

► **Realitate:** Poliartrita reumatoidă afectează cu predilecție grupul populațional cu vârste între 30 și 50 de ani, dar cazuri mai puțin numeroase pot să apară la adolescenți, ca și la bătrâni, și chiar la copii. Cel puțin una dintre formele infantile, cunoscută sub denumirea generală de poliartrită idiopatică juvenilă, seamănă mult cu boala adultului. Se înțelege că, dacă boala apare mai devreme în cursul vieții, vor exista riscuri mai mari să se agraveze odată cu trecerea anilor. Prin urmare, precocitatea apariției este un fapt îngrijorător.

Poliartrita reumatoidă este cea mai cunoscută și bine studiată boală inflamatoare a articulațiilor și nu numai a acestora. Cunoștințele acumulate prin cercetările asupra sa au contribuit în mare măsură la progresul reumatologiei, atât sub aspectul înțelegerii a numeroase alte boli, cât și al dezvoltării mijloacelor de tratament. Cu toate acestea, în rândul bolnavilor și persoanelor apropiate de aceștia persistă numeroase erori în legătură cu înțelegerea bolii, care sunt în măsură să compromită îngrijirea celor suferinzi. Iată câteva dintre "miturile" legate de poliartrita reumatoidă.



► **Mit:** Odată apărută, poliartrita reumatoidă evoluează inexorabil spre invaliditate.

► **Realitate:** Boala este una cronică și progresivă. Cu toate acestea, au fost descrise puține cazuri (sub 3%) care, aparent, s-au vindecat, dacă nu cumva au fost identificate greșit, ca suferind de alte boli, mai ușor de tratat, ceea ce este posibil în fazele foarte incipiente. Altfel, poliartrita reumatoidă într-adevăr progresează și se agravează, ceea ce i-a făcut pe mai vechii medici să folosească în legătură cu aceasta termenul de „poliartrită cronică evolutivă”. Se admite că nu toate cazurile evoluează la fel și că,

printre acestea, se pot recunoaște forme în care evoluția este rapid sau lent progresivă și chiar unele zise „staționare”.

► **Mit:** *Este vorba despre o boală ușor de tratat.*

► **Realitate:** Indiferent cât de ușoară pare boala la început, odată identificată, aceasta trebuie tratată cu cea mai mare seriozitate, pentru că devenirea acestor cazuri nu poate fi prevăzută cu certitudine. Este motivul pentru care, recent, s-a insistat pentru recunoașterea a ceea ce se numește poliartrită precoce, cu durată de sub un an, pentru care există deja recomandări terapeutice precise și de succes. Trebuie precizat faptul că unele dintre formele identificate devreme după apariția primelor manifestări nu sunt poliartrite reumatoide, ci se vor dovedi, în timp, a fi alte forme de reumatism, care, desigur, vor primi alte tratamente.

► **Mit:** *Boala este invalidantă, dar nu amenință viața.*

► **Realitate:** Incorect! Agresivitatea bolii se manifestă sub două aspecte: compromiterea funcției motorii, dar și creșterea riscului de deces. Speranța de viață a acestor bolnavi este mai redusă decât a persoanelor normale, pentru că nu avem de face cu o suferință limitată la articulații, ci cu una care poate afecta și organele interne: inima, vasele de sânge, rinichii și altele. Mai mult, unele tratamente pot da astfel de complicații, ridicând gradul de gravitate.

► **Mit:** *Majoritatea poliartriticilor nu pot lucra.*

► **Realitate:** Majoritatea poliartriticilor își conservă timp îndelungat capacitatea de muncă și sunt apți a se întreține singuri, cu condiția să fi fost corect și la timp tratați și să li se creeze condiții corespunzătoare de activitate. Acestea fac parte dintre cele care nu solicită prea mult articulațiile.

► **Mit:** *Bolnavii cu poliartrită reumatoidă fac cancer.*

► **Realitate:** Există într-adevăr un risc oncologic, dar acesta este redus și se referă mai ales la lim-

foame. Studiile populaționale au arătat că din 2000 de bolnavi, 11 au dezvoltat limfoame în 8 ani de suptare, dar că și până la 8 din 2000 de persoane normale au făcut același lucru în mod spontan și în același interval de timp. Riscul de neoplazii la poliartriticici este dat de starea de inflamație cronică și de unele medicamente utilizate.

► **Mit:** *Medicamentele antireumatice sunt baza tratamentului în poliartrita reumatoidă.*

► **Realitate:** Denumirea de antireumatice este folosită mai ales pentru medicamentele antiinflamatoare, care se dau pentru a combate nu numai inflamația, ci și durerea. Pentru poliartrita reumatoidă utilitatea lor este redusă, pentru că nu pot fi aplicate timp îndelungat, sunt toxice și nu atacă fondul suferinței. Baza tratamentului pentru această boală sunt medicamentele denumite remisive: metotrexatul, leflunomidul, sărurile de aur, imuranul ciclofosfamida și multe altele. Acestea acționează asupra fondului bolii, fără să manifeste un efect net și imediat asupra durerii și inflamației.

► **Mit:** *Metotrexatul este un medicament toxic.*

► **Realitate:** Metotrexatul este tratamentul de primă indicație în cazul poliartritei reumatoide. Majoritatea bolnavilor informați se tem să-l folosească, pentru că știu că acesta face parte dintre medicamentele utilizate în unele forme de cancer. Este adevărat, dar dozele aplicate poliartriticilor sunt cu mult inferioare celor din oncologie, iar riscurile de acest fel sunt practic neglijabile.

► **Mit:** *Toți bolnavii trebuie să fie tratați cu medicamente biologice.*

► **Realitate:** Aceasta este o clasă nouă de medicamente, pentru multe forme de boli în care inflamația este indusă prin mecanisme imunologice. Efectul lor asupra bolii este foarte bun, dar, din păcate, costurile sunt prea mari pentru a putea fi recomandate la toți bolnavii. În toate țările din lume, acest tip de tratament este rezervat unor cazuri selecționate și numai după ce celelalte mijloace de tratament au fost încercate fără succes.

Când și cui indicăm balneoclimatoterapia și fizioterapia?



Dr. Georgiana Ozana Tache,
Medic primar fizioterapie,
recuperare medicală,
Doctor în Științe medicale
Medic coordonator
Centrul de Recuperare
Medicală „Medical Care”
0723.626.289

Răspunsul nostru va lua în considerare principiile fundamentale ale medicinei conform cărora un tratament aplicat trebuie să îmbunătățească starea clinică și datele paraclinice ale pacientului, trebuie să se adreseze unei anumite afecțiuni, dar să considere organismul uman ca pe un întreg, ca pe o entitate în ansamblul său anatomo-funcțional și să țină cont de individualitatea răspunsului unei persoane față de tratament, răspuns care trebuie cuantificat prin modificarea parametrilor stării de boală către instalarea stării de sănătate sau prevenirea apariției unor îmbolnăviri sau complicații ale afecțiunii de bază.

Fizioterapia, ca disciplină terapeutică complexă, cuprinde tradițional mai multe modalități de tratament, precum hidroterapia, electroterapia, kinetoterapia, termoterapia, fototerapia, masajul. Balneo și climatoterapia vin să întregesc arsenalul terapeutic prin utilizarea factorilor naturali de cură, întâlniți în mod particular în stațiunile balneare din țara noastră, dintre care amintim doar câteva: Herculane, Sovata, Băile Felix, Ocna Sibiului, Pucioasa, Amara, Lacul Sărat, Mangalia, Techirghiol, Călimănești-Căciulata, Olănești.

Apa reprezintă un factor terapeutic important, efectele sale fiind observate și evidențiate în evoluția favorabilă a unor boli, încă din antichitate. Calităților curative și igienice ale apei li se adaugă proprietățile terapeutice ale nămolurilor, algelor, esențelor vegetale, pietrelor vulcanice și sărurilor marine, caracteristice climatului prin gradul de aeroionizare, umiditatea și temperatura mediului ambiant, presiunea atmosferică.

Vom aminti și efectele benefice incontestabile ale mersului pe jos sau ale curei de teren efectuate într-o stațiune balneară de profil, practicarea unei activități sportive sau a unui program de gimnastică medicală

ori kinetoterapie, inclusiv hidrokinetoterapie în bazinele cu ape terapeutice. Nu vom uita nici băile cu nămol sau băile termale, proceduri atât de utile în afecțiunile cronice degenerative, în sindroamele algice și disfuncționale ale aparatului locomotor, dar și în afecțiunile respiratorii, cardiovasculare. Aici amintim și cura la salină sau la mofete, dar nu vom omite nici cura internă sau crenoterapia cu apele minerale ale izvoarelor de pe Valea Oitului, cu eficacitate terapeutică demonstrată, prin studiile clinic-biologice efectuate de specialiști de-a lungul timpului, în contextul bolilor de nutriție și metabolism, în afecțiunile tubului digestiv și ale glandelor sau anexă sau cura de diureză atât de utilă în afecțiunile renourinare.

Procedurile medicinei fizice sau ale fizioterapiei, alături de factorii terapeutici balneoclimatici, pot fi recomandate și în scop de relaxare, în așa-numita cură antistres, care se poate efectua atât în secțiile de recuperare cât și în stațiunea balneară, atunci când se asociază și masajul terapeutic și de relaxare. Acestora li se adaugă terapiile contrastante atât de utile prin capacitatea lor de a crește rezistența organismului la agresiunile virale și microbiene sau la schimbarea bruscă a vremii ori a contextului climatic. Printre factorii de cură vom enumera câțiva: talasoterapia, sauna urmată de imersia în bazin cu apă rece, hammamul, dușurile alternante sau cele subacvale, aplicații de parafină sau parafango, aplicațiile de nămol.

În afară de România, există și alte țări în Europa, precum Germania, Cehia, Ungaria, care beneficiază de factori naturali de cură utilizați în scop profilactic și terapeutic în stațiunile balneare sau centre de întreținere și recuperare medicală, alături de procedurile clasice ale medicinei fizice. Ele s-au îmbunătățit cu proceduri de electrostimulare, limfodrenaj, împachetări, vacuum-terapie, termocuverta, tunelul cu raze infraroșii, solar etc., menite să îmbine utilul cu plăcutul și să asigure un flux continuu de persoane.

Balneoclimatoterapia și procedurile medicinei fizice beneficiază de o istorie de peste o jumătate de secol. Indicațiile se referă la un număr mare de afecțiuni, printre care cele ale aparatului locomotor, afecțiuni cardiovasculare, respiratorii, afecțiuni metabolice și nutriționale, inclusiv diabet zaharat, afecțiuni endocrino-metabolice, afecțiuni digestive, afecțiuni genitale și renourinare etc.

Nu vom uita însă faptul că evaluarea medicală și alegerea unui tratament adecvat începe cu examinarea fizică și istoricul medical al pacientului, ținând cont și de rezultatele de laborator sau cele obținute în urma unor teste de imagistică medicală. După stabilirea unui diagnostic corect, specialistul în recuperare medicală stabilește un plan de tratament, care poate să conțină mai multe proceduri de fizioterapie, dar și recomandarea de a merge într-o stațiune balneoclimatică de profil.

Sindolor gel

Triplu atac asupra durerii!



- analgezic
- antiinflamator
- anestezic local

● Indicații

Sindolor gel este eficient în tratamentul afecțiunilor inflamatorii sau posttraumatice ale articulațiilor și țesuturilor moi:

- contracturi musculare (ex: torticolis)
- entorse
- întinderi musculare
- luxații
- dureri articulare
- contuzii


FITERMAN
PHARMA

www.fitermanpharma.ro

Recuperarea în hernia de disc lombară

4 din 5 oameni vor avea în timpul vieții o durere lombară. Din fericire, peste 90% dintre aceștia beneficiază de tratament conservator (terapie balneară, fizical kinetică, medicamentoasă) și doar 5-10% necesită intervenție chirurgicală. Durerea de spate, lombară este cea mai frecventă cauză de dizabilitate pentru persoanele active, cu vârste peste 40 de ani, din SUA.



Hernia de disc lombară este implicată într-un procentaj mic dintre toate durerile de spate. Ea este importantă când produce durere și disfuncție, prin afectare neurologică. Foarte importante pentru diagnosticul HDL sunt caracteristicile clinice ale durerii și, mai ales, distribuția acesteia. Clasic, distribuția durerii este radiculară, adică pe traseul unei rădăcini nervoase sau a unui nerv, cel mai cunoscut fiind nervul sciatic. Totuși, doar 9% dintre cei care se consultă pentru prima oară cu sciatică au hernie de disc lombară. Alte simptome, în afară de durere, sunt slăbiciunea musculară și modificările de sensibilitate (amoțeală, furnicături, lipsa totală a sensibilității). Examenul clinic se completează cu examinarea imagistică, de bază fiind radiografia. Examinarea MRI se indică în cazul unei decizii terapeutice chirurgicale, pentru a evidenția sediul exact al leziunii.

Procentajul mare de pacienți precizați la începutul articolului beneficiază cu succes de tratament de recuperare. Acesta se stabilește de medicul de specialitate, după o evaluare completă ortopedică și neurologică, și este apoi realizat de kinetoterapeut și asistentul de fizioterapie.

Dacă, după o perioadă de timp cuprinsă între 6 săptămâni și 3-4 luni, tratamentul conservator apli-

cat nu determină îmbunătățirea simptomelor pacientului, acesta trebuie direcționat către neurochirurgie. Tratamentul chirurgical rezolvă imediat pacienții cu sciatică, dar, pe termen lung, nu există diferență între cei tratați chirurgical și cei tratați non-chirurgical. Managementul pacienților anterior operației este și el important și are mai multe vize din punct de vedere fizical kinetic: antiinflamator și analgetic, reeducare respiratorie și cardiovasculară, creșterea tonusului muscular.

De ce este importantă recuperarea după operația pentru hernie de disc lombară? Deoarece este nevoie de refacerea structurilor lezate după actul chirurgical, cum ar fi: mușchi, ligamente, nervi și uneori os, fără a mai lua în calcul perioada anterioară operației, marcată de durere și deci de limitare a mișcărilor. Indiferent de tipul intervenției chirurgicale, se realizează un plan individualizat de recuperare ce cuprinde medicație, program de terapie fizicală, kinetică, instrucțiuni referitoare la modul de realizare a activităților de zi cu zi (condus, mers, stat pe scaun, cărat greutăți, sport, alergat etc.).

Postchirurgical, recuperarea începe imediat, având obiective și metode individualizate în funcție de statusul clinic al pacientului și de perioada scurtă de la operație, evidențiindu-se următoarele perioade: în primele 2 săptămâni, în intervalele 2-6 săptămâni, 6-12 săptămâni și 12-18 săptămâni postoperator. Dacă elemente de kinetoterapie și recuperare cardiovasculară și respiratorie se introduc imediat postoperator, procedurile fizicale sunt indicate după 6 săptămâni. Toate procedurile sunt realizate de un kinetoterapeut, iar pacientul este reevaluat constant de medicul de specialitate, fișa de tratament modificându-se în consecință.

■ **Dr. Tugui Raluca Dana**

Medic specialist recuperare,
Medicină fizică și balneologie
competență ecografie musculo-scheletală


Beneficiază de noua **(R)EVOLUTIE**
în terapia durerii asociate cu inflamația !



"Redefinirea stării de bine"

Compoziția: un comprimat filmat conține aceclofenac 100 mg. **Indicații terapeutice:** tratamentul simptomatic al inflamațiilor și al durerii din artrita reumatoidă, spondilita anchilozantă (boala Bechterew), artroza și din alte afecțiuni ale aparatului locomotor (periartrita scapulo-humerală, reumatismul extra-articular). **Doze și mod de administrare:** Adulti: doza maximă recomandată este de 100 mg aceclofenac administrată de 2 ori pe zi (dimineața și seara). Vârștrici: în general, nu este necesară reducerea dozei, oricum, se impun precauții în administrare. Copii: nu există experiență referitoare la uzul pediatric al aceclofenacului. **Insuficiență hepatică:** Se recomandă reducerea dozei de aceclofenac la pacienții cu insuficiență hepatică ușoară până la moderată. Doza inițială recomandată este de 100 mg aceclofenac pe zi. **Insuficiență renală:** Deși nu sunt dovezi că pacienții cu insuficiență renală ușoară ar necesita modificarea dozei, se recomandă precauție în administrarea aceclofenacului în cazul acestora. **Contraindicații:** hipersensibilitate la aceclofenac, la excipienți sau la alte AINS, antecedente de astm bronșic, urticarie sau rinită acută în urma tratamentului cu acid salicilic sau alte AINS, ulcer gastroduodenal activ sau antecedente de ulcer recidivant, hemoragie digestivă, sarcină și alăptare, insuficiență cardiacă, renală, hepatică severă. **Reacții adverse:** Pot apărea o serie de efecte adverse în special de natură gastrointestinală (dispepsie, dureri abdominale, greață, diaree). Ocazional pot apărea slăbiciune, oboseală, reacții cutanate, etc. **Grupa farmacoterapeutică:** medicamente antiinflamatoare nesteroidiene, codul ATC: M01AB16. **Perioada de valabilitate 3 ani. DEȚINĂTORUL APP** Gedeon Richter România S.A., Str. Cizra-Vodă, nr. 99-105, 540306 Târgu Mureș, România; **Nr APP** 5882/2005/01-02; **DATA PRIMEI AUTORIZĂRI** Autorizare - Noiembrie, 2005. **Acest medicament se eliberează numai cu prescripție medicală (PRF).** Înainte de prescriere vă rugăm consultați rezumatul caracteristicilor produsului, disponibil la cerere.

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

 2 tablete a 100 mg / zi



GEDEON RICHTER

Un nou nivel de siguranță în terapia cu AINS!

Spondilartropatiile seronegative

■ **Spondilartropatiile seronegative reprezintă un grup eterogen de boli care au în comun caracteristici clinice, radiografice/imagistice, genetice, etiopatogenice, precum sacroiliita și inflamația spinală, artrita periferică și entezita, asocierea HLA B27, dar și elemente distinctive, proprii. În acest grup sunt incluse artrita reactivă, artrita psoriazică, artropatiile asociate bolilor inflamatorii intestinale, spondilartropatia seronegativă nediferențiată, 'prototipul' fiind însă spondiliita anchilozantă.**

Descrisă în secolul 19, spondilita anchilozantă este o afecțiune inflamatoare cronică, caracterizată prin afectarea coloanei vertebrale (cu lezare precoce a articulațiilor sacroiliace) și a articulațiilor periferice și entezelor.

Până relativ recent, pentru diagnosticul de certitudine al spondilitei anchilozante erau utilizate criteriile de diagnostic New York modificate - 1984, care însă au impus actualizare datorită sensibilității lor scăzute în contextul noului concept al spondilartropatiilor și necesității unui diagnostic și tratament precoce. Criteriile New York modificate permiteau un diagnostic definit tardiv, fiind bazate pe elemente clinice (reducere a mobilității coloanei vertebrale și a expansiunii cutiei toracice) și radiologice (sacroiliita), care necesitau ani de evoluție a bolii pentru a fi prezente.

Astfel, în condițiile evoluției imagisticii, din dorința de a asigura o abordare unitară, de a facilita un diagnostic precoce și a aprecia evoluția sub tratament, au fost elaborate noi seturi de criterii de clasificare.

Criteriile AMOR acordă punctaje pentru prezența a diferite elemente - durere dorsală/lombară cu caracter inflamator, artrită asimetrică, durere fesieră alternantă, dactilită, entezita, uretrita sau cervicita nongonococică, diaree acută, prezente sau în antecedentele recente, psoriazis, balanita, boli inflama-

toare intestinale (boala Crohn/colita ulcerativă) prezente sau în antecedente, sacroiliita evidențiată radiologic, HLAB27 prezent sau antecedente heredocolaterale de spondilită anchilozantă, boli inflamatoare intestinale, uveita, sindrom Reiter, balanita, răspuns favorabil la antiinflamatoare nesteroidiene în 48 de ore sau recădere după întreruperea acestora, un punctaj de cel puțin 6 asigurând un diagnostic definit.

Criteriile ESSG (European Spondyloarthritis Study Group) pornesc de la prezența durerii vertebrale inflamatoare sau a sinovitei - asimetrică sau predominant la nivelul membrelor pelvine - care, pentru spondilartropatie certă, ar trebui să se asocieze cu cel puțin un element din antecedente heredocolaterale sugestive, psoriazis, boli inflamatoare intestinale, cervicită/uretrită/diaree acută înainte de debutul articular, durere fesieră alternantă, entezopatie, sacroiliita descrisă radiografic.

Criteriile ASAS (Assessment in Spondyloarthritis International Society) pentru spondilartropatia axială aplicabile pacienților cu vârsta sub 45 de ani și durere cronică lombară cuprind sacroiliita evidențiată IRM sau radiografic asociată cu unul sau mai multe din: durere vertebrală cu caracter inflamator, artrită, entezită (călcâi), uveită, dactilită, psoriazis, b. Crohn/colită ulcerativă, răspuns bun la AINS, antecedente familiale, HLA B27, CRP crescută sau HLA B27 asociată cu două sau mai multe dintre elementele enumerate. Criteriile pentru spondilartropatia periferică pleacă de la prezența artritei, dactilitei sau entezitei, asociate cu unul sau mai multe criterii de spondilartropatie: uveită, psoriazis, b. Crohn/colită ulcerativă, antecedente recente de infecție, HLA B27, sacroiliită (imagistică), artrită, entezită, dactilită, durere vertebrală inflamatoare (prezent/trecut), antecedente familiale.

De remarcă este faptul că elementele clinice sunt piatra de temelie a seturilor de criterii de clasificare pentru spondilartropatii, decelarea corectă a acestora și îndrumarea rapidă a pacientului către medicul specialist asigurând un diagnostic precoce și posibilitatea inițierii unui tratament de fond adecvat.

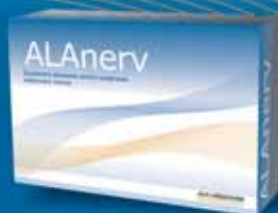
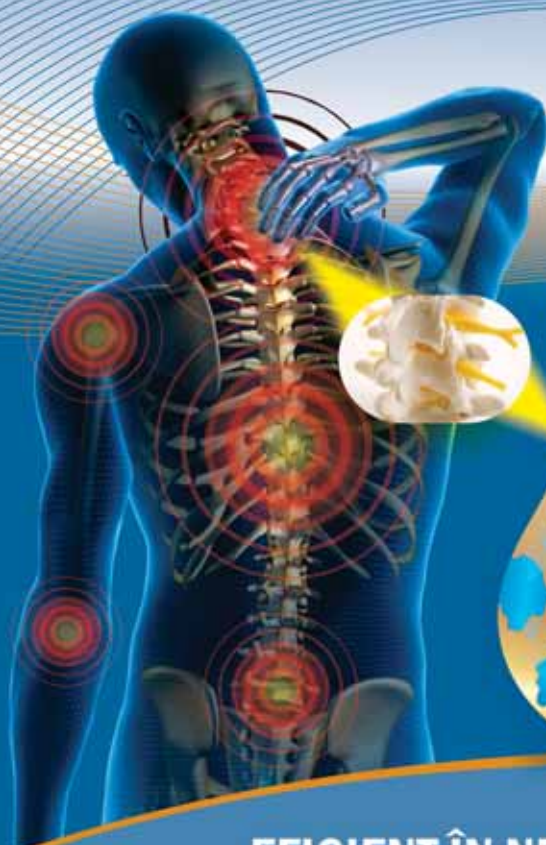
■ *Dr. Ada Cornateanu*
Medic specialist reumatologie
MedLife Grivita

ALAnerv[®]

PUTERNIC ANTIOXIDANT ȘI TROFIC NEURONAL¹⁻³

Alanerv este o combinație unică de:

- ✓ **ACID ALFA-LIPOIC 300 mg**
- ✓ **Acizi grași polinesaturați 180 mg**
(acid linoleic, acid gamma-linolenic)
- ✓ **SELENIU 25 µg**
- ✓ **VITAMINA E 7.5 mg**
- ✓ **VITAMINE B**
 - B1 - 1.05 mg
 - B2 - 1.2 mg
 - B5 - 4.5 mg
 - B6 - 1.5 mg



1-2 capsule zilnic,
în timpul meselor



EFICIENT ÎN NEUROPATIA PERIFERICĂ¹⁻³

*Datorită proprietăților puternic antioxidante și neurotrofice ale componentelor sale, Alanerv este recomandat ca tratament cauzal al neuropatiilor periferice indiferent de etiologia acestora - ex. brahialgie cervicală, nevralgie lumbosacrală, sindrom de canal (carpian, tarsian, ulnar), neuropatie metabolică, alcoolică etc.*¹⁻³



ALFA FARMACEUTICI S.R.L.
Strada 100 nr. 4, 30.000, București
Tel: +40 21 300 34 36 / +40 37 500 36 37
Fax: +40 21 300 36 38
e-mail: info@alfafarmaceutici.ro

1. A. Vetro, Minerva Ortop Traumatol 2006; 57-57-63. 2. Ranieri M. Int J Immunopathol Pharmacol. 2009; 22 (3 Suppl):45-50.
3. G. Di Geronimo. European Review for Medical and Pharmacological Sciences. 2009; 13:133-139.

Terapia Bioptron în afecțiunile reumatice

Prima sursă de lumină folosită în tratamentele medicale a fost lumina solară. Folosirea luminii solare în tratamentele medicale este cunoscută ca helioterapie. Primele dovezi atestă că helioterapie a fost folosită în jurul anului 1400 îen. În 1893, medicul danez Niels Finsen a dezvoltat unul dintre primele aparate capabile să producă lumină similară luminii solare. În 1903, a primit Premiul Nobel în medicină pentru cercetările în domeniul terapiei cu lumină și rezultate terapeutice excepționale în tratamentul a peste 950 pacienți care sufereau de lupus vulgaris.



Lumina este o formă de energie care are proprietăți asemănătoare undelor: diferența dintre diversele culori ale luminii este determinată de lungimea lor de undă. În prezent, oamenii de știință cunosc mai bine care dintre componentele luminii naturale sunt eficiente în stimularea vindecării. Acest lucru a dus la dezvoltarea unor aparate pentru a produce diverse tipuri de lumină "medical utilă", precum Sistemul de terapie cu Lumină Bioptron, produs de BIOPTRON AG Elveția, parte a grupului Zepter International.

Sistemul cu lumină Bioptron este un aparat medical de terapie cu lumină, cu o unitate optică specifică de emisie a luminii similară cu o parte a spectrului electromagnetic produs natural de soare, dar fără radiații UV.

Produs în Elveția, aparatul medical Bioptron are o eficacitate clinică demonstrată în ultimii 20 de ani la nivel mondial, atât în tratarea plăgilor și a durerii, cât și în tratarea anumitor afecțiuni cutanate (tratamente dermatologice). În România, peste 5000 de medici folosesc și recomandă aparatul Bioptron.

Lumina Bioptron combină lungimi de undă ale luminii infraroșii și vizibile considerate a fi benefice în tratarea diferitelor tipuri de afecțiuni. S-a demonstrat că atât lumina vizibilă cât și cea infraroșie produc schimbări pozitive la nivel celular.

Lumina Bioptron are efecte biostimulatoare. Când este aplicată pe piele, stimulează structurile intracelulare fotosensibile și biomoleculele, acționând la nivel celular. Lumina generează reacții celulare în lanț și răspunsuri secundare, care nu se limitează doar la suprafața de piele tratată, ci cuprind întregul organism.

Efectele biostimulatoare ale Luminii Bioptron sunt rezultatul unei sinergii între diferite mecanisme de acțiune:

- Îmbunătățește microcirculația, armonizează procesele metabolice





- Întărește sistemul de apărare al organismului
- Stimulează procesele regeneratoare și reparatorii ale întregului organism
- Accelerează vindecarea plăgilor
- Calmează durerea sau îi reduce din intensitate

Lumina Biopton este polarizată și policromatică, ceea ce înseamnă

că nu conține numai o lungime de undă (precum lumina laser), ci un spectru mai larg, care include lumina vizibilă și o parte a spectrului infraroșu. Prezența infraroșului apropiat în spectrul luminii are un efect de încălzire la nivelul pielii, cu maximum 1-3°C, producând vasodilatația locală și stimularea microcirculației și a aportului de oxigen și nutrienți în țesuturi. Densitatea de energie joasă a Luminii Biopton are efecte de biostimulare, lumina fiind blândă. Lumina Biopton nu conține raze UV și este absolut sigură. Dintre avantajele sistemului de terapie cu lumină, putem aminti: aparatul este mobil, simplu de folosit și fără costuri de întreținere. Tratamentul este nedureros, are o durată redusă de timp (4-10 min/2 ori pe zi) și este noninvasiv.

Lumina polarizată are posibilitatea să pătrundă prin piele și țesuturi, având efecte terapeutice sigure până la o adâncime de 2,5 cm. Caracteristicile unice ale luminii Biopton, ce îi conferă efectele de biostimulare, sunt responsabile de o paletă largă de afecțiuni în care terapia cu lumină Biopton și-a dovedit prin studii clinice eficiența, precum:

- vindecarea plăgilor (plăgi posttraumatice, arsuri, plăgi postoperatorii, ulceratții ale gambei, decubitus)
- tratamentul durerii în afecțiuni reumatismale, fizioterapie, medicină sportivă
- afecțiuni dermatologice (acneea, eczemele, psoriazisul, infecții cutanate, afecțiuni bucale)
- afecțiuni pediatrice și ale nou-născuților
- sindromul depresiv sezonier

Terapia cu lumină Biopton poate fi folosită atât ca tratament complementar, pentru a susține metodele medicale convenționale, cât și ca monoterapie pentru anumite afecțiuni. Gama Biopton include 3 modele de aparate medicale: **Biopton Compact III**, **Biopton Pro 1** și **Biopton 2**, aparate care emit lumină cu aceleași caracteristici fizice, ceea ce le diferențiază fiind diametrul filtrului, varianta constructivă și designul. În funcție de afecțiunea specifică de tratat și de frecvența utilizării, aparatele Biopton sunt folosite la domiciliu, direct de pacient, fără a fi necesară o pregătire medicală - Biopton Compact și/sau Biopton Pro1 - și în instituții medicale (policlinici/spitale) Biopton Pro 1 și/sau Biopton 2 pentru uz profesional.

www.bioptron.ro
infobioptron@zepter.ro
 Zepter Call Center 0213020499

BIOPTRON® 
 LIGHT THERAPY SYSTEM By Zepter Group

O nouă etapă în fizioterapie!

Diatermia de contact Capacitiv – Rezistiv (TECAR)

Diatermia de contact Capacitiv-Rezistiv (TECAR) se bazează pe o tehnologie de vârf care, datorită abilității sale de a reactiva și stimula mecanismele de autovindecare ale organismului, a schimbat metodele de tratament și viitorul fizioterapiei, oferind polyvalență, versatilitate, eficiență și beneficii terapeutice care nu pot fi realizate cu echipamente convenționale.

Spre deosebire de alte forme de electroterapie, beneficiile Diatermiei de contact Capacitiv–Rezistiv (TECAR) derivă din faptul că curentul nu este transmis prin contact direct, ci prin mișcarea de atracție sau respingere a sarcinilor electrice. Această acțiune creează o intensă stimulare la nivel celular, având ca efect procesul natural de vindecare a organismului. Biostimularea țesuturilor generează vasodilatația cu o creștere a fluxului sanguin, reducerea durerii, reducerea contractțiilor musculare și drenajul edemelor.



DIATERMIA, O MODALITATE TERAPEUTICĂ INOVATOARE, SALUTARĂ ÎN PATOLOGIA MIO-ARTRO-KINETICĂ

Distrușgerea majoră în cazul contuziei musculare privește fibrele cele mai profunde adiacente oaselor ca o undă de presiune ce traversează tot mușchiul, pentru a se opri brusc în zona osului. Hematomul care se formează este profund, iar diagnoza, dificil de făcut, toate acestea conducând la o subestimare a leziunii înseși.

Diatermia de contact Capacitiv – Rezistiv (TECAR) este o cale de transfer al energiei în straturile profunde ale țesuturilor, rezultând un tratament efektiv și eficient. Creșterea temperaturii este generată spre

țesuturi datorită acțiunii curenților de înaltă frecvență, care sunt mișcați dinspre zonele periferice spre zonele-țintă de aplicare.

Curentul nu este transmis prin contact direct, ci prin mișcarea de atracție și respingere a sarcinilor electrice ionizate. Rezultatul la nivelurile profunde sunt obținute fără penetrarea energiei directe de la suprafața pielii.

Principiul de funcționare este transferul de energie în sistemul biologic al corpului uman și poate fi făcut prin două modalități: CAPACITIV, REZISTIV.

Prin tratamentul cu Diatermie de Contact Capacitiv-Rezistiv durata de recuperare a pacientului se scurtează considerabil.

***Dr. Specialist Recuperare
Augustin Dima***

*Cabinetul care oferă tratament
cu Diatermie de Contact:*



*Distribuitor Diatermie
de Contact Capacitiv - Rezistiv:
BPC Com International
Intrarea Sutașului 7-9, Sector 1
012173 Bucharest, ROMANIA
Tel: +4021 224 0322
Fax: +4021 224 4285
E-mail: sales@bpc.ro*



Efectele analgezice ale Omega-3



<http://www.velatol.com>

Între 40% și 60% dintre americani utilizează medicina complementară și alternativă pentru a gestiona unele afecțiuni medicale, prevenirea bolilor și promovarea sănătății și a unei stări de bine.

De remarcat, că peste 50% dintre români suferă de cel puțin o formă de reumatism, că sunt peste 200 de boli reumatice care afectează peste 100 de milioane de persoane în Europa, conform OMS, "reumatismul" fiind o gravă problemă de sănătate.

33% dintre cei care folosesc medicina complementară au ca motiv principal durerea, iar dieta lor cuprinde suplimente cu potențial terapeutic și agenți pentru tratamentul durerii care includ soia, omega-3 acizi grași polinesaturați, zaharoză, anticiani din cireșe și alte fructe și legume colorate etc. Cu o singură excepție, nu există dovezi empirice pentru a susține în condiții de siguranță utilizarea eficientă a suplimentelor alimentare pentru gestionarea durerii.

Excepția este Omega-3, acizii grași polinesaturați, care, în studii controlate, și-au demonstrat eficacitatea în reducerea durerii articulare asociate cu condiții inflamatorii, inclusiv artrita reumatoidă, boli inflamatorii intestinale și dismenoree.

O metaanaliză a 17 studii controlate a evaluat efectele Omega-3 în ameliorarea durerii la pacienții cu poliartrită reumatoidă sau cu dureri articulare secundare, boli inflamatorii intestinale și dismenoree, cu un total de 823 pacienți.

S-au urmărit următorii indici:

1. Durere evaluată de pacient
2. Durere evaluată de medic
3. Durata rigidității matinale
4. Numărul de articulații dureroase
5. Indicele articular Ritchie
6. Consumul de medicamente antiinflamatoare nesteroidiene neselective

S-au obținut efecte semnificative la indicii 1, 3, 4, 6, care sugerează că acizii grași polinesaturați

Omega-3 sunt un bun tratament adjuvant pentru durerile articulare asociate cu artrita reumatoidă, boli inflamatorii intestinale și dismenoree. Efecte mici au fost la indicii 2 și 5.

Îngrijorarea cu privire la sângerările gastrointestinale și infarct miocardic, asociate cu medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene neselective, a determinat căutarea altor tratamente pentru durerile inflamatoare cronice. Dieta cu suplimentarea cu acizi grași polinesaturați, eicosapentaenoic acid (EPA) și docosahexaenoic acid (DHA) poate fi un adjuvant eficient.

Creșterea sintezei prostaglandinelor datorită acizilor grași Omega-3 are efecte antiinflamatoare, fără reacții adverse, ca în cazul aspirinei sau al ibuprofenului, fiind astfel adjuvante prețioase în afecțiunile reumatismale și alte inflamații cronice.

Dieta tipică din America de Nord are un conținut foarte scăzut în EPA și DHA, iar conversia acidului alfa-linolenic, care se găsește în uleiurile din semințe, este limitată la EPA și DHA, formele dovedite active de acizi grași Omega-3.

Uleiul de pește este o sursă bogată de Omega-3, conținând de obicei 18% EPA și DHA 12%, derivate din pește marin. La om, suplimentarea cu capsule cu ulei de pește sau lichid mărește încorporarea de Omega-3 în fosfolipide, care le conferă efectele antiinflamatoare.

În studiile de administrare s-a observat că efectele terapeutice ale acizilor grași polinesaturați Omega-3 sunt evidente de obicei după aproximativ 3 luni.

În general, acizii grași Omega-3 au un rol important în sinteza prostaglandinelor, reglatoare a numeroase procese biochimice. Prostaglandinele au un rol important în funcționarea tractului gastro-intestinal, a aparatului cardiovascular, reduc nivelul colesterolului și al trigliceridelor, împiedică agregarea trombocitară și scad riscul de ateroscleroză, hipertensiune arterială, infarct miocardic, măresc rezistența la infecții și imunitatea organismului. Prin reducerea vâscozității sângelui, contribuie la îmbunătățirea circulației sanguine și măresc astfel aportul de oxigen la nivelul țesuturilor.

De reținut, că formele naturale de Omega-3 sub formă de esterii al trigliceridelor au o rată de absorbție dublă față de Omega-3 sub formă prelucrată de esterii etilici. De aceea, este important un aport de Omega-3 de calitate incontestabilă.

Uleiul de pește islandez se remarcă prin puritate, cantități generoase și eficiență.

www.sagasanatate.ro
Tel: 0722.810.692

Alege să mergi sănătos!

În societatea contemporană, marcată de evoluția civilizației umane, ne confruntăm tot mai mult cu afecțiuni și dureri provocate de ritmul cotidian și stilul de viață al fiecăruia dintre noi. Influența acestor caracteristici ale civilizației moderne se resimt în sănătatea picioarelor noastre. Nu trebuie să ne surprindă astfel atrofierea treptată a musculaturii și suprasolicitarea articulațiilor și de aici lista poate continua.



**Prof. Dr. ATTILA SZÉPLAKI,
M.D.,**

*Șef de secție,
Clinica de Recuperare
Cluj-Napoca,
Secția Ortopedie
și Traumatologie*

Semnalul de alarmă asupra sănătății corpului nostru ar trebui să îl tragem fiecare dintre noi analizându-ne stilul de viață personal. Lipsa activității fizice, perioadele prelungite de stat în fața calculatoarelor, încălțăminte incomodă provoacă numeroase dureri musculare și ale spatelui. Din păcate, de prea puține ori ne dăm seama că aceste afecțiuni, care ne îngreunează activitatea de zi cu zi, sunt cauzate și de lipsa unui mers corespunzător.

Cauze ale afecțiunilor aparatului locomotor

Sistemul musculoscheletal a fost dezvoltat în condiții naturale spre deosebire de cele actuale. Mersul desculț pe soluri moi, naturale, inegale acționează grupe de mușchi fundamentale pentru sănătatea aparatului locomotor. Stabilitatea artificială creată de pantofii convenționali și solul urban care este neted nu oferă stimulii necesari pentru activarea optimă a musculaturii. Rezultatul este o atrofiere treptată și supra-solicitare precoce a oaselor și articulațiilor.

Despre mijloacele de prevenire și tratament care nu funcționează pe termen lung

Afecțiunile sistemului locomotor (cauzate de lipsa unui tonus muscular adecvat) sunt determinate cel mai adesea de modalitatea necorespunzătoare de a merge, având în vedere atât contextul urban artificial cât și modul în care pășim. De aceea este importantă identificarea corectă a metodei de contracarare și eliminare a acestor dureri. Tratamentul medicamentos, intervențiile chirurgicale și fizioterapice, precum și alte soluții auxiliare au fost utilizate în scopul atenuării simptomelor. Cu alte cuvinte, până în prezent, răspunsul medicinei în fața afecțiunilor ortopedice a fost unul pasiv, de urmărire a simptomelor și a evoluției durerii.

De exemplu, în cazul piciorului plat și al altor dureri în zona tălpii s-a recomandat purtarea susținătorilor plantari. Aceasta, în primă perioadă, ajută la formarea stăcii labei piciorului, dar în continuare duce și ea la atrofierea mușchilor. Spre deosebire de acestea, unul din mijloacele de prevenire și ameliorare testate și recomandate în toată lumea este reprezentat de utilizarea tipului de încălțăminte fiziologică MBT ale cărei caracteristici de construcție unice asigură rezultate cu totul diferite. Datorită tonifierii grupelor musculare flasce acționăm chiar la nivelul originii problemelor.

De ce MBT funcționează

MBT este construit pe baza principiului simplu și firesc al mersului natural. Cercetătorii elvețieni au construit o talpă specială bazată pe nucleul „Masai Sensor”, în scopul de a recrea condițiile de mers natural pe soluri moi și denivelate. Păstrând mișcarea naturală de rolare, MBT creează o instabilitate sub picioare ce trebuie compensată prin activitate musculară sporită, permițând astfel corpului să umble în mod natural și să beneficieze de efectele stimulative asupra aparatului locomotor și a întregului organism. Practic, chiar și pe solul dur și neted al trotuarelor în drumul nostru spre birou, în MBT noi vom activa mușchii și controla articulațiile picioarelor noastre în mod similar unei plimbări desculți prin nisip la mare. Utilizarea acestui tip de încălțăminte are un efect benefic asupra întregului corp prin activarea mușchilor, îmbunătățirea posturii, reducerea încărcării pe articulațiile de șold și genunchi și arderea de calorii. Prin utilizarea lor vor fi lucrați cu aproape 40% mai mulți mușchi în urma echilibrării permanente, iar impactul cu solul va scădea cu 47%. Aceste energii sunt absorbite în musculatură, pe care o fortifică în acest fel. În plus, ameliorează circulația sanguină și metabolismul țesuturilor. Trebuie subliniat faptul că, prin activarea grupelor de mușchi profunzi, îmbunătățim funcționarea sistemului musculoscheletal, corectând astfel postura corpului și eliminând durerile de spate.

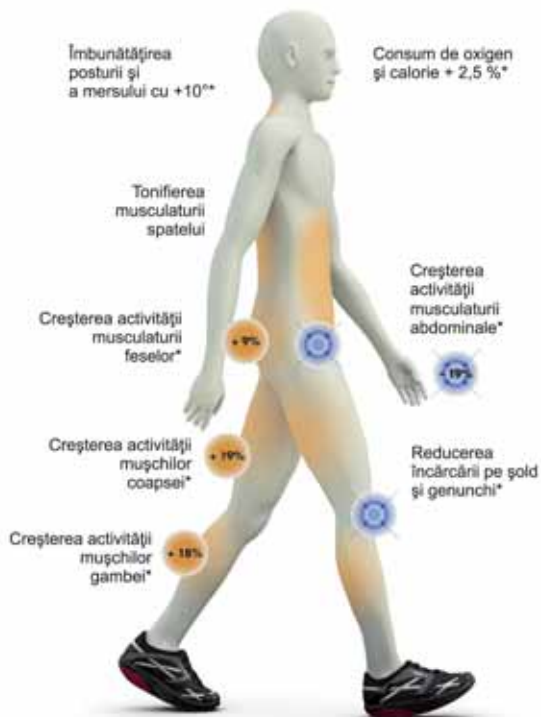
În concluzie, trebuie să reținem că atât sănătatea cât și condiția fizică ne sunt în mod semnificativ influențate de felul în care mergem.



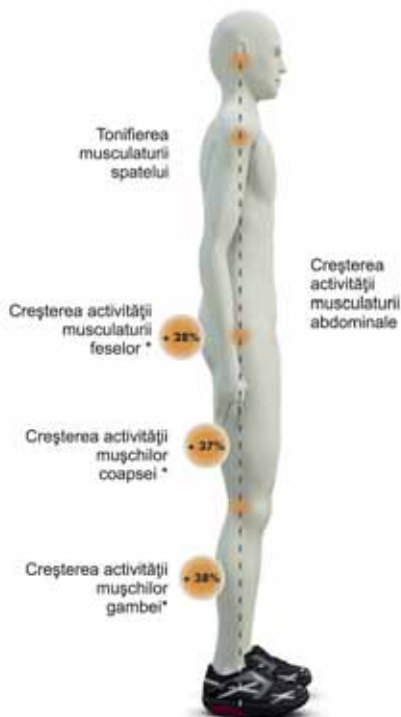
The anti-shoe.

Încearcă și trăiește diferența dintre un MBT și încălțăminte convențională!

Activitate musculară crescută la mers:



Activitate musculară crescută la stat în picioare:



*Conform studiilor University of Calgary, CAN; Sheffield Hallam University, UK; Rennbahnklinik Basel, comparație cu pantofii obișnuiți.

MBT ORADEA

Oradea Plaza
P-ța Cetății, nr. 1. et. 1
410520, Oradea, jud. Bihor
Tel.: 0259-425255
E-mail: oradea@simplestep.ro
Orar: L - D: 10 - 20

MBT TÂRGU-MUREȘ

Str. Revoluției, nr. 1
540043, Târgu-Mureș, jud. Mureș
Tel.: 0265-217217
E-mail: mures@simplestep.ro
Orar: L - V: 10 - 20,
S: 10 - 13

MBT BUCUREȘTI

AFI Palace, Cotroceni Park
B-dul. Vasile Milea, nr. 4. et. 1
061344, București, Sector 6
E-mail: bucuresti@simplestep.ro
Orar: L - D: 10 - 22,
V - S: 10 - 23.30

www.mbt.ro

Ateroscleroza: un dușman învins



Dr. Ionel Bratu
Medic specialist cardiolog
Centrul de Sănătate Podiș
ionel.bratu@yahoo.com

„Cunoașterea este putere”, spune un proverb englez. Înopotopul de informații și studii medicale care ne asaltează în fiecare zi sunt și adevărate perle de cunoaștere, care ne pot oferi puterea de a face o schimbare în bine în viața noastră și a pacienților noștri. În această categorie consider că intră studiul “The Lifestyle Heart Trial” (LHT), realizat de dr. Dean Ornish și colegii.² Acest studiu prospectiv, randomizat, controlat, s-a derulat pe parcursul unui an. Au fost înrolați 48 de pacienți coronarieni, anginoși, cu stenoze coronariene semnificative; 28 au fost repartizați în grupul experimental și 20 în grupul de control. Tuturor pacienților li s-au făcut coronarografii cantitative, atât la intrarea în studiu, cât și la un an.

Studiul a fost centrat pe efectele schimbării stilului de viață asupra aterosclerozei coronariene. Grupului experimental i s-a recomandat un regim mult diferit de cel uzual: în loc de 200-250 mg colesterol pe zi, li s-a permis doar 5 mg, iar în loc de 25-26% grăsimi în totalul caloriilor, doar 10%. Numărul de calorii consumate într-o zi nu a fost limitat. În principiu, dieta a fost vegetariană (fructe, legume, cereale și mici cantități de oleaginoase) – singurele alimente de origine animală permise fiind albușul de ou și maxim o cană de lapte sau iaurt degresat pe zi (acestea conțin aprox. 5 mg colesterol). În plus, pacienții au urmat un program regulat de exerciții fizice și, acolo unde a fost cazul, au renunțat la fumat și la consumul de cafea; s-au aplicat tehnici de control al stresului, s-a oferit suport social și afectiv.

Grupul de control a primit îngrijire obișnuită din toate punctele de vedere (dieta uzuală, medicație, etc.).

lata care au fost rezultatele. În primul rând, scăderea nivelului seric al colesterolului a fost importantă – pentru colesterolul total 24%, iar pentru LDL 37%. Am fost obișnuiți cu ideea că nu poți reduce colesterolul cu mai mult de 10% prin dietă. Fals: în LHT s-a obținut o scădere similară celei pe care o obținem prin administrarea statinelor.

Dar ceea ce a stârnit uimirea multor medici este rezultatul coronarografiilor. Analiza computerizată a datelor a arătat că 82% dintre pacienți au înregistrat regresia stenozelor, 14% nu au avut nicio modificare, în timp ce numai 4% au prezentat o agravare a leziunilor. Este primul studiu în care s-a obținut o regresie a aterosclerozei doar prin modificări de stil de viață (fără medicație hipolipemiantă) și aceasta s-a întâmplat la 82% dintre pacienți în doar 12 luni. Mai mult, decât atât, regresia a fost importantă: la nivelul tuturor stenozelor creșterea medie în diametru a fost de 2,2% – de la 40.0 (SD 16.9)% to 37.8 (16.5)%, cu o mărire consecutivă cu 9% a fluxului de sânge prin aceste artere. (Este cunoscut faptul că o regresie mică a stenozei duce la o creștere mare a fluxului, acesta fiind proporțional cu puterea a patra a diametrului vasului de sânge³). Stenozele semnificative, de peste 50%, au avut o regresie de 5,3% în diametru – de la 61.1 (8.8)% la 55.8 (11.0)%, adică o creștere a fluxului de sânge de 23%.

Frecvența crizelor de angină în grupul experimental (vegetarian) a scăzut cu 91%, la mai puțin de o criză dureroasă pe săptămână. Surprinzător, ameliorarea clinică a apărut din primele 3 săptămâni, cu mult înainte să fi putut apărea vreo regresie a stenozelor de pe arterele coronare. Pacienții au fost subiectul unui nou studiu, după 5 ani de aplicare a programului. Regresia stenozelor a continuat.⁴

Grupul de control a avut evoluția obișnuită, cu care deja ne-am resemnat: boala a avansat; într-un an crizele s-au îndesit cu 165%, iar stenozele au progresat de la 42.7 (15.5)% la 46.1 (18.5)%. LHT oferă însă o speranță: avem la dispoziție o armă redutabilă împotriva aterosclerozei – stilul de viață sănătos. Nu trec cu vederea dificultățile aplicării acestui program. Schimbarea obiceiurilor are un „cost”, însă și „recompensa” pare să fie pe măsură.

1. Nedley N. *Proof Positive – How to reliably combat disease and achieve optimal health through nutrition and lifestyle*

2. Ornish D, Brown SE, et al. *Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. Lancet 1990 Jul 21;336(8708):129-133.*

3. Ornish D. *Can you prevent—and reverse—CAD? Patient Care. 1991 Oct 15;25:25-41.*

4. Gould KL, Ornish D, et al. *Changes in myocardial perfusion abnormalities by positron emission tomography after long-term, intense risk factor modification. JAMA 1995 Sep 20;274(11):894-901.*

"Ca să trăiești mai mult, mai bine, mai frumos"



CENTRUL DE SĂNĂTATE PODIȘ



Servicii medicale de excepție care se adresează:

Celor afectați de:

- ateroscleroză • hipertensiune arterială • boală cardiacă ischemică • diabet zaharat
- stres • astm bronșic • reumatism articular cronic • obezitate
- dependență de fumat

Celor care au nevoie de recuperare cardiovasculară (în centrul nostru puteți beneficia de serviciile unui sistem german de recuperare cardiovasculara-premieră în România)

Celor care au nevoie de recuperare neuro-motorie

Celor care doresc un loc de odihnă într-un cadru natural desebit de atractiv și reconfortant

Celor interesați să învețe un stil de viață prin care să prevină bolile cronice degenerative

Dieta la Centrul de Sănătate Podiș este "zero colesterol".

Fundatia Umanitară Dr. Luca - Centrul de Sănătate Podiș
Podiș, cod 607319, Jud. Bacău

Telefon fix: 0040-372 76 42 18; Fax: 0040-234 51 53 98

Mobil: 0040-735 18 00 01 / 0040-744 19 90 59

E-mail: office@podis.ro; www.podis.ro

Tratament recuperator în Artrita Idiopatică Juvenilă

În Artrita Idiopatică Juvenilă (AIJ), tratamentul recuperator (kinetoterapie, posturare - ortezare, electroterapie) se diferențiază după forma clinică și stadiul bolii, luând totdeauna în considerație substratul fiziopatologic la nivel de sinovie, cartilaj, os, mușchi.

Inflamația sinovială autoimună, responsabilă de eroziunea și distrucția cartilajelor și oaselor articulațiilor atinse, este prezentă în toate formele clinice.

Tratamentul fizical se adresează DURERII ȘI IMPOTENȚEI FUNCȚIONALE printr-o posturare diferită, în funcție de articulația dureroasă, inițind în prima fază **contractia izometrică**, deoarece nu mobilizează segmentele (eliminând durerea) și previne amiotrofia rapidă.

În perioada regresiei, care lasă un tablou de sinovită cronică (peste care pot reapărea noi pusee inflamatorii), posibilitățile de **mobilizări** kinetice cresc.

Cum leziunile cartilajinoase, apoi osoase, pot apărea chiar la sfârșitul evoluției episodului acut, **ortezele** au menirea să prezeve articulației funcția intactă împreună cu gradele de amplitudine articulară adecvate funcției.

Chirurgia este mult mai puțin utilizată față de acum 10-15 ani, când primeam în serviciul nostru copii cu AIJ pentru recuperarea genunchiului operat (la scoaterea gipsului descopeream cu pediatrul DRAMA articulației).

Doar în cazurile invalidante se admite capsulotomie posterioară într-un flexum de genunchi redutabil.

Artroplastile sunt indicate în situații corect prezente.

De când **kinetoterapia** a devenit parte integrantă și **INDISPENSABILĂ** a protocolului terapeutic, starea articulară se stabilizează cu deformații reziduale prea puțin importante, pe care, în economia gestuală, copilul este învățat să le ascundă.

Ca să poată fi preventive (pentru deformațiile articulare), posturarea în orteze/kinetoterapia/electroterapie antialgică și antiedematoasă, adică metodele de recuperare-reabilitare au ca obiective:

I. ÎMBLÂNZIREA FENOMENULUI INFLAMATOR prin:

1. REPAUS coerent gândit ca să prevenim posturile vicioase
2. Confecționarea ortezelor PERSONALIZATE, fixe și mobile (ajutătoare ale funcției în faza sub-acută);
3. Crioterapia - aplicarea de geluri congelate, gheață, pentru 10-20 minute, de 1-2 ori pe zi în faza acută;
4. Minima educație gestuală, care să economizeze articulația (ca durere și, ulterior, distrucție) printr-o inducere a contractiei musculare în segmentele care trebuie să rămână imobile o cât mai mică perioadă, pentru a nu genera durerea (izometria mușchilor mâinii, cotului, umărului sau la nivelul membrelor inferioare).

II. PĂSTRAREA SAU RESTAURAREA AMPLITUDINILOR FUNCȚIONALE

1. Așa cum arătam în **faza acută**, mobilizarea spontană pentru autoservire poate produce durere - se impune ajutor pentru menținerea ADL prin limitarea la minim a activităților și INTREȚINEREA musculo-articulară cu ajutorul IZOMETRIEI.
2. **Faza cronică** permite mobilizări pasive cu prize ferme, simultane și tracțiuni lejere ale segmentelor articulare.
3. **Faza de remisie** permite POSTURI MANUALE, ORTEZE DE CORECȚIE .

În toate aceste faze se poate adăuga sau nu, în funcție de personalitatea copilului, fizioterapie (magnetodiaflux, deep oscilation etc.), masaj la distanță de articulația dureroasă și masaj de apel în membrul controlateral, menite să inducă starea de relaxare musculară.

III. REFACEREA CONTROLULUI MUSCULAR

1. În **faza inflamatoare**, exerciții statice de stabilizări ritmate cu mobilizări minime pasive, mai ales la copiii mici.

2. În **faza subacută**, mobilizări blânde active și după încercarea terapeutului de a stimula proprioceptorii locale (din mușchi, tendoane etc.), mobilizări active cu rezistență minimă.

Ergoterapia îi poate pune la îndemână copilului jocuri funcționale adecvate.

3. În **faza de remisie** se continuă ceea ce s-a produs anterior "tacit": corecția defectelor reziduale și exercițiile dinamice active se fac fără durere, reușindu-se chiar mobilizări active cu rezistență maximă.

IV. PREVENIREA CONSECINTELOR LA DISTANȚĂ

1. Articulația artritică creează limitări funcționale în lanțul cinematic al membrului, care, în această perioadă de "liniște" inflamatoare pot fi tratate (ex.: un genunchi bolnav influențează șoldul, gleznele, care ulterior sunt mobilizate corect pentru înlăturarea limitărilor funcționale care nu trebuie să coexiste, să se fixeze).

Nu trebuie neglijată, în tratamentul de reabilitare articulară în AIJ, noțiunea de **PRUDENȚĂ** - de aceea, echipa multidisciplinară necesită profesionalism și pentru a stârni interesul copilului în programul kinetic atent condus.

Sfaturile noastre se armonizează cu cele ale pediatriilor reumatologice integrând părinții în echipa terapeutică pentru a ști că:

- o baie caldă prelungită (la începutul și sfârșitul zilei) are menirea să relaxeze mușchii, să diminueze durerea.
- se evită suprasolicitarea articulațiilor atinse care vor fi folosite cu anumite precauții: să stea pe scaune înalte, să prefere bicicleta în locul mersului îndelungat pe jos, iar timpul de studiu să-l petreacă "pe burta" pentru a evita poziția în șezând.
- odihna servește repausului articular și chiar dacă activitățile cotidiene sunt plăcute copilului, aceasta trebuie înfăptuită.
- orice activitate trebuie făcută MODERAT, conștientizând modalitatea de economie gestuală (mână/pumn/ cot/umăr; șold/genunchi/picior) care previne durerea, distrucția articulară.

■ **Conf. univ . dr. LILIANA PĂDURE**

Centrul de Recuperare Neuropsihomotorie pentru Copii "Dr. N. Robănescu" UMF "Carol Davila" București

Centrul Medical Clinic de Recuperare Neuropsihomotorie pentru Copii „Dr. N. Robănescu“

Str. Dumitru Mincă nr. 44
sector 4, București



STRUCTURA:

Spitalizare continuă
Spitalizare de zi
Asistență medicală pediatrică
Ambulatoriu
Ortezare, Protezare, Încălțăminte ortopedică

SERVICII:

Recuperare neuropsihomotorie
Neurologie pediatrică, EEG, EMG
Psihiatrie pediatrică
Pediatrie
Ortopedie – traumatologie
Ecografie de părți moi
Kinetoterapie
Analiza mersului
Psihologie, Logopedie,
Psihomotricitate
Electroterapie, Fizioterapie,
Termoterapie
Ergoterapie

Tel./Fax: 021.460.00.68
www.recuperarecopii.ro

Colonul iritabil se poate combate și prin sport

Diagnosticul de colon iritabil se întâlnește din ce în ce mai frecvent. Se caracterizează prin tulburări de tranzit, pornind de la constipație la diaree, însoțite sau nu de eliminări de mucus.



Constipația se însoțește de dureri abdominale, meteorism și, pentru a o combate, bolnavii sunt mari consumatori de laxative, deci abonați la efectele lor secundare.

Diareea poate să se însoțească de dureri abdominale, cel mai des apărând la prima oră a dimineții. Ingestia de lapte sau fructe pare cauza principală. Mai apare și falsa diaree, atunci când constipația este de lungă durată.

Este o boală care poate debuta începând de la vârsta preșcolară, iar persoanele vizate (70% dintre pacienți) sunt cele care au un psihic mai labil, bolnavi cu episoade nevrotice sau depresive, sexul cel mai frecvent afectat fiind cel feminin.

Durerile abdominale sunt constante, pot fi situate cel mai frecvent pe traiectul colonului descendent, dar pot și să migreze în tot abdomenul. Acestea pot apărea sub formă de senzație de arsură, presiune, greutate, colică. După defecație sau după eliminarea de gaze, ele dispar. Pot fi însoțite, de asemenea, de greață, inapetență, vărsături, pirozis, flatulență. Dar și semne generale, cum ar fi stări depresive, anxietate sau dureri care imită pancreatita acută, colică renală, până la dureri precordiale, pot însoți simptomatologia de colon iritabil.

De remarcat, un aspect foarte important pentru diagnostic, și anume că starea generală rămâne bună, în ciuda suferinței pe care bolnavul o acuză.

Tratamentul este simptomatic și de lungă durată. Se poate folosi atât tratament alopatic cât și homeopat.

Medicul curant, după ce face diagnosticul diferențial și exclude alte cauze de boli digestive, renale, cardiace, ale coloanei vertebrale, va folosi mult tact în a explica bolnavului că această boala nu are cauză organică și că va urma un tratament igienodietetic susținut, de lungă durată.

În primul rând se va alcătui un regim alimentar în funcție de pacient. Se vor evita alimentele care produc disconfort alimentar, care produc constipație sau diaree. Se vor folosi alimente bogate în fibre,

fructe și legume, se va mări cantitatea de apă plată ingerată în cursul unei zile. De asemenea, se va construi unui program alimentar în care să fie respectate orele de masă, iar numărul meselor va fi mărit, astfel încât să fie evitată umplerea stomacului.

Nu trebuie luate în exces laxative sau antidiareice deoarece, în timp, efectele lor secundare vor dăuna sănătății. Sunt medici care la acest diagnostic recomandă antidepressive, dar nici ele nu rezolvă singure cauzele bolii.

O altă modalitate de a îmbunătăți situația este sportul, fiind știut faptul că acesta contribuie în mare măsură la relaxarea organismului atât din punct de vedere fizic cât și psihic. Se va alcătui un plan kinetic, în care pacientul va executa serii de exerciții, care să-l facă să se simtă bine. Fiind niște pacienți excesiv de atenți cu propria persoană, va trebui să li se explice fiecare exercițiu în parte și să afle că gimnastica reglează tranzitul intestinal și peristaltica intestinală, aduce starea de bine și de liniște atât de necesară. Nu trebuie uitat mersul pe jos, acesta fiind un sport complex, fiziologic, un fel de antrenament al fizicului, dar și al psihicului.

Și, nu în ultimul rând, în special pacienții diagnosticați cu colon iritabil vor trebui să renunțe definitiv la alimentația nesănătoasă, la sucurile artificiale și să le consume pe cele cât mai naturale. Să înțeleagă că viața ordonată, sănătoasă din punct de vedere alimentar și sportul îi vor face să le fie mult mai bine.

■ **Dr. Carmen Mihalache**

Director medical

Clinica medicală Sport Med Center

Bd. Ion Ionescu de la Brad nr. 5, demisol,
sector 1, București (zona Băneasa)

Telefon: 031.805.99.70

office@sportmedcenter.ro

www.sportmedcenter.ro

Tehnici moderne kinetice bazate pe antrenament funcțional activ ale principalelor tulburări sau modificări staturo-posturale



Andrea Vescan
Kinetoterapeut
Centrul Medical
Academica



Momentul apariției deformării curburii vertebrale nu poate fi prevenit, însă, depistată precoce, orice mică disfuncție cu privire la tendința de deviere a curburii vertebrale când modificările sunt minore sau depistarea asimetrilor de umeri, omoplați, șold, prin inițierea programului profilactic kinetic corectiv, aduce rezultate pozitive cu privire la tendința spre evoluție a acestor tulburări de statică vertebrală sau modificări de postură.

Rezultatele pozitive rezultă din cooperarea strânsă dintre familie și kinetoterapeut, respectiv medic-pacient și la caz ortezist mai-tru și kinetoterapeut, uneori e necesară implicarea psihologului, care consiliază familia și, mai ales, pacientul în ceea ce privește recunoașterea patologiei, conștientizarea și responsabilizarea copilului în ceea ce privește obligativitatea purtării ortezelor corective la caz sau urmarea și continuitatea programului recuperator activ până la obținerea rezultatelor celor mai favorabile vizând stoparea și conservarea bolii sau chiar recuperarea integrală în cazuri excepționale și prevenția ulterioară prin auto-însușirea unui stil de viață sănătos alimentar și obligatoriu activ fizic.

Deformarea coloanei vertebrale presupune implementarea unui program kinetic bazat pe obiective specifice individualizate. În cazul devierilor de grade ridicate, nedepistate la timp, fără a se fi urmat un program kinetic sau vreo formă de mișcare, presupune un program corectiv pe durată nedeterminată. În general, aceste programe se întind pe mai multe luni până la câțiva ani, în unele cazuri cu mici întreruperi, timp în care se recomandă practicarea altor forme facilitatoare de mișcare sau mijloace alternative de scurtă durată, precum înot, echitație, masaj, dans. Toate aceste obiective se modifică în funcție de evoluție, de stadiul în care se află pacientul, nivelul de cooperare și dorința acestuia de a se recupera. Uneori este necesară obligativitatea purtării corsetului corectiv. Din cauza timpului îndelungat al programului kinetic, uneori avem nevoie de ședințe psihoterapeutice și muncă de lămurire atât

cu familia cât și cu pacientul, care, de cele mai multe ori, devine sceptic și are tendințe de abandon, mai ales motivând cu faptul că scolioza nu doare, deci nu înțelege de ce este nevoie de aceste ședințe epuizabile și îndelungate.

Rezultatele excepționale demonstrate pe statistici evidențiază rezultatele pozitive ale metodei încă de la primele ședințe, întocmite astfel: 1-2 ședințe săptămânal asistate de terapeut și, zilnic, acasă, la birou, în pauze, desfășurate individual conștient și corect, a câte 30-45 de minute, de la o săptămână la alta; astfel, se pot obține grade de deviere a curburii vertebrale din ce în ce mai reduse.

Metoda Schrott a fost fondată, în anii 1900, de Katarina Schrott, care a inițiat-o cu propriile eforturi, deoarece ea însăși suferea de scolioză idiopatică. A început cu exerciții de respirație 3D combinate cu stretching activ și tonifiere musculară de tip isometric, prindându-se în oglindă în timp ce desfășura aceste tehnici. Astfel a apărut terapia Schrott, care, în zilele noastre, reprezintă una dintre cele mai bune metode în tratarea scoliozelor și a altor devieri patologice ale coloanei vertebrale, datorită faptului că diferențele de postură vertebrală se observă de la o ședință la alta.

Obiectivele terapiei Schrott:

Se bazează pe stretching maxim combinat cu respirație 3D, prin realinierea toracelui și răsucirea coastelor în poziție centrală sau cât de cât fiziologică, adoptarea unor posturi corective din care se execută exerciții de tonifiere paravertebrală de tip isometric funcțional. Toate aceste exerciții sunt coordonate de un kinetoterapeut specializat în această metodă de lucru, utilizând tehnici ajutătoare pentru respirație și diverși stimuli senzoriali și proprioceptivi, tehnici manuale corective cu explicații clare vizând conștientizarea pacientului și responsabilizarea acestuia în ceea ce privește deprinderea corectă și importantă a continuității programului kinetic adaptat nevoilor sale, atât la domiciliu cât și în cabinet, atât timp cât este necesar.

Obiectivul primordial este scăderea gradelor de curbură și deviere vertebrală, prin obținerea trecerii dintr-un stadiu evoluat într-un stadiu inferior conservativ.

Modul de urmărire privind desfășurarea terapiei Schrott 3D reprezintă ordinea priorităților, conștientizarea și controlul permanent al ținutei pe tot parcursul desfășurării exercițiilor, cooperarea strânsă cu terapeutul, iar cheia succesului constă în depistarea precoce, la vârsta de 4-5 ani, a principalelor posibilelor disfuncții, ținerea sub observație a acestora de-a lungul timpului, evaluări constante bi-aniuale prin examen fizic și bilanț muscular și începerea vreunei forme de mișcare cât mai precoce pentru dezvoltarea unui corp armonios.

Diagnosticarea în medicina tradițională chineză

Diagnosticarea în medicina tradițională chineză este o muncă dificilă, dar frumoasă, pentru că fiecare pacient este unicat. De aceea, doctorul se apleacă cu răbdare asupra pulsului (în medicina tradițională chineză se cunosc 24 de tipuri), feței, limbii, privind pacientul ca un tot unitar.

În cazul bolilor reumatice doctorul recomandă asocierea acupuncturii cu masajul tuina, kinetoterapie, apifitoterapie, qigong și tai ji quan (gimnastica chinezească de viață lungă). Oasele țin de rinichi ce constituie rădăcina energiei ancestrale moștenite de la părinți, asigurând suflul energiei vitale.

Această relație fiziologică ne permite să înțelegem rolul rinichilor în bolile localizate la nivelul oaselor, măduvei, creierului și auzului.

După naștere, energia rinichiului începe să scadă pentru că /rinichii nu cunosc sindromul de plenitudine. De aceea, pe lângă acupunctură și masaj, care folosesc energia pacientului și a medicului, este absolut necesar să se folosească alte tehnici și produse, precum gimnastica chinezească și produse apicole, ca lăptișorul de matcă, polenul, mierea, rețete de plante chinezești ținute pe deficitul de yang sau yin al pacientului.

Deficitul de yang în rinichi se traduce prin față palidă, membre reci, dureri articulare, regiunea lombară slabă, senzație de astenie fizică și chiar impotență sau sterilitate. În această situație se „încălzește” organismul prin tonifierea yang a rinichiului

cu acupunctură, moxa sau ventuze, masaj cu api-reen, kinetoterapie ținută pe zona cu probleme.

În cazul în care pacientul are un yang al rinichiului mai slab, el este predispus la boli reumatice, mai ales dacă locuiește sau lucrează într-un mediu umed și rece. Tratamentul în acest caz va urmări circulația sângelui în meridiane, încălzirea meridianelor și dispersia frigului. De cele mai multe ori pacienții cu probleme osoase au tendința să consume exagerat produse sărate pentru că acest gust este cerut de rinichi. Medicul va trebui să consilieze pacientul cu o dietă corespunzătoare, uneori fiind nevoie ca acesta să scadă în greutate pentru a nu supra-solicita articulațiile.

În cazul osteoporozei se stimulează absorbția calciului prin alimentație (iaurt de capră cu miere, susan negru, tofu-brânză de soia), sport (înot, qi gong, tai ji quan), acupunctură.

Cabinetul medical PIQ CLINIC având medici bine pregătiți, cu specializare în Medicina Tradițională Chineză la Universitatea de Medicină și Farmacie Tradițională Chineză Nanjing, China vă așteaptă pentru a vă consilia în terapia durerii și a avea o viață mai frumoasă, liniștită și echilibrată.

Dr. Luminita Pichiu
dr.pichiu@gmail.com
www.piaclinic.ro

Inflamația articulară posttraumatică

În urma unui traumatism mai puternic la nivelul unei articulații apare inflamația articulară. Inflamația reprezintă un mecanism nespecific de răspuns-apărare al organismului la o agresiune. Inflamația apare imediat după traumatism. În mod specific, în urma unui traumatism la nivelul unei articulații poate să apară hidrartroza (acumulare de lichid al nivel articular) sau hemartroza (acumulare de sânge). Inflamația articulară posttraumatică poate masca o subluxație, o luxație sau chiar o fractură a osului din vecinătatea articulației. În tratarea inflamației articulare posttraumatice se urmărește combaterea inflamației și a durerii și totodată redobândirea mobilității articulare.

Inflamația acută se caracterizează prin trei modificări majore:

1. Creșterea permeabilității vasculare, în urma variației calibrului vascular (vasodilatație), a creșterii consecutive a debitului sangvin și a modificărilor structurale la nivelul pereților capilarelor, care vor permite extravazarea proteinelor.

2. Migrarea leucocitelor (globulele albe) din sânge în focarul inflamator, unde realizează procesul de fagocitoză (digerarea particulelor străine, a celulelor moarte și eventual a bacteriilor).

3. Producerea de mediatori chimici (substanțe cu rol în inflamație).

Simptomatologia inflamației articulare

Indiferent de mecanismul de producere a inflamației acute, aceasta se manifestă prin semnele celsiene:

- durere
- tumefiere
- roșeață
- căldură locală
- impotența funcțională

Evoluția inflamației articulare

Atunci când leziunea este limitată, când cantitatea de țesut distrusă este mică, când țesutul lezat are capacitate de regenerare și dacă agentul traumatizant nu mai persistă, evoluția este către vindecare completă histologică și funcțională. Acest lucru implică neutralizarea mediatorilor chimici, cu refacerea permeabilității vasculare și oprirea migrării leucocitelor.

Tratamentul inflamației articulare

Pentru combaterea inflamației articulare se iau următoarele măsuri:

● **Repausul** este prima măsură adoptată în cazul unei articulații inflamate. În acest sens se adoptă o postură corectă, cea mai relaxantă, care sedeează

durerea. Aceasta este postura care creează cele mai mici presiuni intraarticulare. De obicei, postura este de ușoară flexie, menținută cu ajutorul unor perne sau dispozitive speciale.

● **Medicația antiinflamatoare** are rolul de a reduce inflamația și de a calma durerea. Se folosesc antiinflamatoarele nesteroidiene (Fenilbutazona, Indometacin, Diclofenac etc.). Este recomandat ca aceste medicamente să fie administrate împreună cu un protector gastric (de exemplu, Omeran) deoarece au efect iritativ asupra mucoasei gastrice. Se mai pot face și infiltrații intraarticulare cu antiinflamatoare steroidiene combinate cu xilină (anestezic local), dar este preferabil să se evite punționarea articulației inflamate în urma unui traumatism.

● **Aplicațiile locale reci** (gheață, batistă umezită cu apă rece) au rol analgezic.

● **Fizioterapie** - dintre formele sale, curentul galvanic este util în tratarea inflamației. Are acțiune hiperemizantă (stimulează circulația locală), ajutând la vindecare. Se pot folosi și ionogalvanizări, prin care se pot introduce prin tegument substanțe cu efect antiinflamator: hidrocortizon, fenilbutazonă etc. Laserterapia este de asemenea utilă.

Pentru combaterea durerii sunt utile:

● **Medicația antialgică** - se administrează mai ales când durerile articulare sunt de intensitate mare. Se folosesc antialgice obișnuite (Algocalmin), dar și antiinflamatoarele nesteroidiene (care se folosesc pentru reducerea inflamației) au efect analgezic.

● **Căldura locală** (împachetări cu parafină, radiații infraroșii) contribuie la sedarea durerii.



- **Masajul** are efect antialgic și pregătește segmentul afectat pentru programul kinetoterapeutic.

- **Fizioterapia** - pentru calmarea durerii se folosește electroterapia.

- **Curenți diadinamici**, în aplicare transversală cuprinzând articulația între cei doi poli.

- **Curenți Trabert**.

- **Curent galvanic simplu sau ionogalvanizări cu novocaină**, cu efect analgezic

- **Curenți interferențiali**

Ultima etapă a tratamentului o reprezintă recuperarea mobilității articulare. Din cauza traumatismului, a inflamației ulterioare sau a repausului prelungit într-o poziție nefuncțională a articulației, aceasta își pierde mobilitatea normală, se instalează retracții musculare, apare redoarea (înțepenirea) articulară și chiar durerea. Toate aceste efecte trebuie combătute printr-un program de kinetoterapie. Exercițiile efectuate sunt de tip mobilizări pasive, pasiv-actve și active.

Se începe cu mobilizările pasive, care sunt efectuate de kinetoterapeut. Practic, bolnavul nu depune niciun efort. Acestea sunt reprezentate de tracțiuni, care au efect asupra structurilor musculotendinoase contracturate sau retracturate și au rolul de a corecta pozițiile vicioase și de a scădea presiunea intraarticulară, cu efect în calmarea durerii. Mobilizările pasive se execută de kinetoterapeut prin mobilizare amplă, în toate sensurile articulației.

zarea pasivă se execută de kinetoterapeut prin mobilizare amplă, în toate sensurile articulației.

Mobilizarea pasiv-activă combină cele două tipuri de mobilizări. Se utilizează atunci când pacientul are o forță musculară insuficientă pentru a mobiliza segmentul antigravitațional.

Mobilizările active sunt efectuate de pacient, prin propria sa forță și reprezintă baza recuperării prin kinetoterapie a sechelelor articulare. Aceste mobilizări au rolul de a crește treptat amplitudinea mișcărilor articulare în toate sensurile, de a combate edemul, de a stimula circulația locală și a grăbi vindecarea și de a crește tonusul muscular. Bolnavul va efectua o serie de exerciții, la recomandarea și sub stricta supraveghere a kinetoterapeutului. În funcție de articulația afectată și de exercițiile necesare, mobilizările active se pot realiza sub diverse forme: hidrokinetoterapie (kinetoterapie în bazin), exerciții la spalier, cu ajutorul bastoanelor, mingilor medicinale, scripetoterapie (de exemplu, ridicarea greutăților, pentru creșterea forței musculare), mecanoterapie (utilizează dispozitive de tip pârgă), terapie ocupațională, ergoterapie (diverse activități atractive efectuate de pacient).

■ **Loredana Măgurean**
Kinetoterapeut

Durerea lombară

Durerile lombare sunt fie acute, fie cronice; cele cronice, la rândul lor, pot trece prin faze de acutizare.

Cele acute sunt cauzate de staze de circulație a sângelui, provocate de o poziție vicioasă sau de un atac de vânt rece și/sau umed - cazul cel mai elocvent este cel în care o persoană adoarme, se încălzește și transpiră, apoi se dezvelește sau stă cu spațele expus la un curent de aer mai rece, iar apoi se trezește cu o durere lombară puternică, ce poate fi chiar imobilizantă.

Lombalgiile cronice sunt însoțite de modificări ale arhitecturii anatomice locale, cele mai frecvente fiind discopatiile, și sunt determinate de o epuizare a Suflului Vital Qi, sub aspect Yin sau Yang, de la nivelul Rinichiului energetic. Pentru a trata lombalgia, dorindu-se fie ameliorarea, fie vindecarea acesteia,

după stabilirea cauzei determinante se alege tratamentul.

În cazul atacurilor de vânt rece, metoda folosită va urmări eliminarea agentului patogen din meridiene, cel mai des folosită fiind metoda stimulării circulației sangvine și a energiei cu ajutorul ventuzelor. Puncte utilizate: VU 23, DM 3, VU 40. Dacă durerea este foarte puternică, va fi folosit punctul DM 26. Chiar și un masaj pentru câteva minute al punctelor sus-menționate poate ajuta.

Lombalgia determinată de deficit de energie al rinichiului se tratează cel mai bine prin moxa aplicată la nivelul punctelor VU 23, VU 52, DM 4, R 3.

■ **Dr. Radu Pichiu**
dr.pichiu@gmail.com
www.piqclinic.ro



NOVA VITA
CENTRU MEDICAL



Centrul de recuperare medicală și sportivă

Centrul de recuperare Nova Vita este unul din cele mai bine echipate centre din țară, oferind pacienților următoarele programe:

Recuperare neuromotorie

- ❑ accident vascular cerebral
- ❑ sechele după intervenții chirurgicale de cură a unei tumori
- ❑ boli degenerative neurologice cu deficit motor sau atrofie musculară
- ❑ boli ale măduvei spinării
- ❑ boli demielinizante
- ❑ leziunile nervilor periferici
- ❑ miopatii și boli neuromusculare
- ❑ polineuropatii
- ❑ boli neuroortopedice
- ❑ boli cu afectarea gangliilor bazali



Recuperarea sechelelor posttraumatice

Specialiștii noștri au o experiență îndelungată în:

- ❑ recuperarea în algodistrofiile posttraumatice
- ❑ recuperarea umărului, cotului și mâinii posttraumatice
- ❑ recuperarea șoldului, genunchiului, piciorului

Recuperare sportivă

În centrul nostru s-au recuperat Campioni Olimpici din țară și din străinătate, Campioni Europeni, Jucători din selecționatele naționale, numeroși sportivi de la cluburile de fotbal, handbal, baschet, tenis de masă și de câmp, polo, hochei, rugby, judo, canotaj, atletism.

Centrul Medical Nova Vita

Str. Liviu Rebreanu 29/A, Tîrgu-Mureș, România

Tel.: +40 265-260.460, +40 365-882.244

receptie@nova-vita.ro,

www.nova-vita.ro

Nou! Arcoxia 30 mg

PUTERNIC ÎN DUREREA CRONICĂ!^{1,2,4}

INFORMAȚII SELECTATE PRIVIND SIGURANȚA ADMINISTRĂRII ARCOXIA*

Decizia de a prescrie un inhibitor selectiv de COX-2 trebuie să se bazeze pe evaluarea tuturor factorilor de risc ai pacientului.

Contraindicații: ARCOXIA este contraindicat pacienților cu hipersensibilitate la oricare dintre excipienții acestui produs și la pacienții care suferă de următoarele afecțiuni:

- Insuficiență cardiacă congestivă (Asociația inimii New York II-IV) - Boală cardiacă ischemică, boala arterială periferică și/sau boală cerebrovasculară chirurgicală de bypass aortocoronarian sau o angioplastie)

Precauții: Inhibitorii selectivi de COX-2 pot fi asociați cu un risc crescut de evenimente trombotice (în special infarct miocardic și accident vascular cerebral). Desăreze micșorile cardiovasculare ale inhibitorilor selectivi de COX-2 pot crește odată cu doza și durata de expunere, se recomandă utilizarea celei mai mici doze zilnice eficiente pe o durată cât mai mică posibil. Retenția de apă, edemul și hipertensiunea au fost observate la unii pacienți cărora li s-a administrat ARCOXIA. ARCOXIA poate fi asociat cu hipertensiune mai frecventă și mai severă decât alte AIG și inhibitorii selectivi de COX-2, în special la doze mari. - La utilizarea ARCOXIA la pacienți în vârstă cu insuficiență renală, hepatică sau cardiacă, se va asigura supravegherea medicală corespunzătoare. La pacienții care au primit ARCOXIA s-au raportat reacții grave de hipersensibilitate (jocul anafilactic și edemul angioneurotic). În rândul pacienților tratați cu ARCOXIA s-au înregistrat complicații ale ulcerului gastrointestinal. Independent de tratament, se știe că pacienții cu antecedente de perforații gastrointestinale, ulcere și hemoragii (PUH) și pacienții cu vârstă de peste 65 ani prezintă un risc crescut de PUH.

Reacții adverse: Următoarele reacții adverse asociate medicajului au fost raportate în studiile clinice realizate pe pacienți care suferau de artrită, artrită reumatoidă sau durere cronică de spate, ce au primit tratament pe o perioadă de până la 12 săptămâni. Reacțiile s-au manifestat la ≥1% dintre pacienții tratați cu ARCOXIA, cu o incidență superioară față de cea înregistrată de placebo: anemie/obozonal, amețeli, edem al gâmbelor, hipertensiune, diaree, iritație, greață, cefalee, valori TGP și TGO crescute.



Merck Sharp & Dohme Romania SRL*

Sos. București-Ploiești nr.1A, corp C1, etaj 3, sector 1, București, ROMÂNIA Tel.: 021 529 29 00; Fax: 021 318 52 37

Drepturi de autor © 2010 Merck Sharp & Dohme Corp., filială a Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.

Toate drepturile rezervate. ACX-2011-RUM-IA

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Arcoxia este disponibil pe bază de prescripție medicală de tip P-R.

Înainte de a prescrie Arcoxia, vă rugăm să citiți cu atenție

Rezumatul Caracteristicilor Produsului disponibil la cerere.

1. Arcoxia: rezumatul caracteristicilor produsului (ianuarie 2009). 2. Wiesenbatter CW, Boice JA, Ko A, et al. Evaluation of the comparative efficacy of etoricoxib and ibuprofen for treatment of patients with osteoarthritis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Mayo Clin Proc.* 2005;80(4):470-479. 4. Bingham CO, Sebba AI, Rubin BR, et al. Efficacy and safety of etoricoxib 30 mg and celecoxib 200 mg in the treatment of osteoarthritis in two identically designed, randomized, placebo-controlled, non-inferiority studies. *Rheumatology.* 2007;46(3):496-507.

ARCOXIA®

(etoricoxib, MSD)