

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE CRAIOVA

DOMENIUL: MEDICINĂ

TEZĂ DE DOCTORAT - REZUMAT

**STUDIU PRIVIND APORTUL TERAPIEI
FIZICAL-BALNEARE
LA PACIENTUL CU PATOLOGIE INTRICATĂ
CEREBROVASCULARĂ ȘI REUMATISMALĂ DEGENERATIVĂ**

COORDONATOR ȘTIINȚIFIC:

PROF. DR. POPESCU ROXANA

DOCTORAND:

IODACHE LIVIU CONSTANTIN

București

2012

CUPRINS

Introducere	1
Sechele Accident Vascular Cerebral	2
Boala Artrozica	4
Scopul Studiului	8
Material și Metodă	9
Concluzii	14
Propuneri	18

INTRODUCERE

Pacientul cu polipatologie asociată: reumatismală degenerativă și neurologică complexă, de tipul sechelar vascular cerebral, reprezintă nu numai o problemă de sănătate publică, ci și una cu caracter personal și familial, prin prisma afectării marcate a funcționalității și calității vieții.

Osteoartrita, cu diversele ei localizări, se numără printre cele mai dizabilitante condiții de sănătate, impactul acesteia putând fi devastator, ținând cont de vârsta înaintată a persoanelor afectate, de cele mai multe ori nefiind singulară, cu importante repercusiuni socio-economice.

Deși este considerată un proces „normal” al îmbătrânirii, în contextul evoluției generale a vieții, osteoartrita are o creștere îngrijorătoare a frecvenței, afectând vârste din ce în ce mai tinere, cu efecte devastatoare în timp, accentuate de patologia asociată din sfera cardio-vasculară.

Sechelele accidentului vascular cerebral, principala cauză de invaliditate în lume, au un impact deosebit asupra funcționalității individului, calității vieții acestuia, dar și cu afectarea marcată a componentei sociale.

O abordare complexă a pacientului cu polipatologie asociată, reumatismală degenerativă și sechelară neurologică (hemipareză post accident vascular cerebral), este imperios necesară, din punct de vedere diagnostic, al evaluării și adoptării conduitei terapeutice

corespunzătoare și esențială pentru monitorizarea diferitelor forme de tratament.

O recuperare de succes înseamnă mai mult decât să ajuți indivizii să își atingă maximul capacității fizice, presupune și realizarea îmbunătățirii calității vieții.

Lucrarea de față, încearcă să sublinieze aspectele mai sus menționate, la o populație cu caracteristici speciale, cum este cea din sudul României, iar abordarea diagnostică și terapeutică complexă, să permită obținerea unor concluzii pertinente, cu aplicabilitate practică imediată.

SECHELE ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Accidentele vasculare cerebrale reprezintă în România a III-a cauză de mortalitate după cancere și afecțiunile cardiovasculare.

Incidența AVC variază în diferite țări europene, fiind estimată la 100-200 de noi AVC/100.000 locuitori/an.

Aceasta reprezintă o imensă povară din punct de vedere economic și social.

Termenul de *boală cerebrovasculară*, exprimă tulburări cu caracter tranzitoriu sau permanent, existente într-o arie din creier, produse printr-o ischemie și/sau hemoragie, în care unul sau mai multe vase cerebrale sunt afectate primar de procesul patologic.

Survenite pe un teren polipatologic asociat preexistent, accidentele vasculare cerebrale îmbracă forme diferite, sechelele multiple afectând, uneori

ireversibil, nu numai individul și calitatea vieții acestuia, dar având și importante repercusiuni socio-economice.

Calitatea vieții este o colecție complexă, dinamică, de dimensiuni obiective și subiective, sociale și individuale, pozitive și negative ce interacționează continuu.

O recuperare de succes a pacienților cu sechele AVC, înseamnă mai mult decât să ajuți indivizii să își atingă maximul capacității fizice, presupune și realizarea îmbunătățirii calității vieții, una dintre cele mai importante componente individuale și terapeutice complexe.

Percepția individuală a calității vieții este printre cele mai importante determinante ale cererii de servicii, complianța pentru urmarea unui tratament, satisfacția cu tratamentul urmat și serviciile furnizate.

Modul în care unii indivizi evaluează impactul stării lor asupra calității vieții este determinat de modul în care percep controlul asupra circumstanțelor vieții.

O cunoaștere adecvată a condiției și tratamentului, împreună cu o participare activă în luarea deciziilor în vederea managementului terapeutic poate face ca pacienții cu o boală cronică, dizabilantă să ia decizii ce le vor permite îmbunătățirea calității vieții în termenii de nevoi, scopuri și circumstanțe.

Tratamentul pacientului cu sechele AVC, va fi deci individualizat și adaptat statusului clinico-funcțional.

Trebuie asigurată complianța pacientului prin discuții în care se explică faptul că este vorba de o boală sechelară, de lungă durată, a cărei evoluție poate fi frânată printr-un tratament perseverent adecvat, iar

instituirea rapidă a acestuia sunt factori de importanță majoră pentru succesul terapeutic.

Evaluarea complexă a pacienților cu sechele AVC este esențială pentru monitorizarea diferitelor forme de tratament, în acest scop elaborându-se un număr mare de variabile capabile să măsoare diferite aspecte ale bolii.

BOALA ARTROZICĂ

Artroza este o artropatie degenerativă, multifactorială și heterogenă, caracterizată prin degradarea progresivă a cartilajului articular, însoțită de o reacție hipertrofică a osului subcondral ce are drept consecințe neoformare de os și cartilaj și variate reacții ale celorlalte structuri articulare (sinovială, capsulă, menisc). Clinic, afecțiunea se caracterizează prin dureri, deformări și limitarea mișcărilor articulațiilor afectate. În literatura anglo-saxonă, artrozele sunt descrise sub denumirea de osteoartrite sau artrite deformante.

Artroza este de departe cea mai frecventă suferință articulară și a doua cauză de invaliditate la persoanele de peste 50 de ani, după boala ischemică coronariană, ceea ce atrage după sine un impact economic enorm și o transformă într-o adevărată problemă de sănătate publică.

Artrozele cele mai frecvente sunt cele ale articulațiilor care au de suportat sarcini mari: articulațiile membrelor inferioare (genunchi, șolduri) și articulațiile coloanei lombare. Artrozele afectează de obicei o singură articulație și boala poate rămâne cantonată multă vreme numai la acest nivel.

În general sunt afectați indivizii de peste 40-50 de ani; uneori, artrozele pot apărea și sub această vârstă în cazul în care există unii factori patogenici: traumatisme, malformații congenitale, artrită, menopauză precoce.

Boala artrozică este asimptomatică mult timp. Debutul este lent, insidios, iar bolnavul nu poate preciza momentul apariției primelor simptome. De cele mai multe ori, atunci când se prezintă la medic, tabloul clinic este deja constituit, iar multe dintre modificări sunt ireversibile. Bolnavul artrozic are o stare generală bună și este adesea obez. Nu sunt prezente simptome generale (astenie, anorexie).

Durerea articulară este de departe cel mai important simptom al bolii. Aceasta prezintă următoarele caracteristici: este principala cauză de durere cronică la vârstnici, este mai evidentă la femei, are intensitate variabilă în funcție de pragul individual, dar și de localizare (șoldurile dor mai tare, mâinile mai puțin), este meteorodependentă (frigul și umezeala o accentuează). Clasic, apare și se intensifică la efort și se ameliorează în repaus, dar 30% dintre bolnavi prezintă, de asemenea, dureri nocturne și de repaus. Nu există o corelație între intensitatea durerii și severitatea modificărilor radiologice.

Durerile, de obicei de intensitate moderată, sunt mai vii în artrozele activate. Durerea ce apare la mișcare ține mai mult de entezopatii și de factorii mecanici; durerea de repaus este corelată cu prezența unei inflamații, iar durerea nocturnă (cu prognostic mai sever) este produsă de hipertensiunea intraosoasă. În raport cu

evoluția bolii, Wagenhäuser a descris două triade de dureri artrozice:

- 1.) triada precoce: durere la începutul mișcării (durere de start), durere de oboseală și durere de solicitare;
- 2.) triada tardivă: durere durabilă, durere nocturnă și durere musculară (locală).

Cartilajul articular, principala structură afectată de procesul artrozic, nu este inervat, dar la apariția durerii din artroză contribuie mai mulți factori:

- a.) factorii mecanici: afectarea formei articulațiilor, prezența osteofitelor, distrucțiile articulare determină apariția unor forțe anormale care, aplicate asupra unor structuri de vecinătate (capsulă, ligamente), bogat inervate, determină durere.
- b.) factorii osoși: microfracturile din osul subcondral apărute ca urmare a scăderii rezistenței și a creșterii presiunii de la acest nivel provoacă durere. La aceasta se adaugă obstrucția fluxului venos, mecanism incriminat în apariția durerilor nocturne.
- c.) factorii sinoviali: ușoară inflamație sinovială, la care se adaugă bursita, entezita contribuie la durere.
- d.) factorii musculari: contractura musculară reflexă, într-o primă etapă, și atrofiile musculare, în etapa tardivă, contribuie și ele la durere.
- e.) factorii neurologici: compresia exercitată de afectarea discului intervertebral generează dureri importante.

Redoarea articulară, dificultatea resimțită la începutul mișcărilor sau procesul de „încălzire” a articulațiilor după un repaus prelungit este apanajul suferințelor articulare de tip inflamator. Aceasta poate să apară și în artroză, dar spre deosebire de artropatiile

inflamatorii, este de scurtă durată (nu depășește 5-30 minute).

Reducerea mobilității este la început antalgică, bolnavul încercând involuntar să nu își solicite articulațiile, pentru a nu-și provoca durere, mai ales la unele mișcări care determină tracționarea capsulei, tendoanelor, ligamentelor. Ulterior se asociază și alte cauze: prezența osteofitelor, distrugerea cartilajului și a osului subcondral, îngroșarea capsulei, deformările articulare, atrofiile musculare și în ultimă instanță, anchilozele. *Impotența funcțională*, de diferite grade, este și ea rezultatul modificărilor mai sus menționate.

Examenul clinic al unui bolnav artrozic poate pune în evidență sensibilitate la palparea marginilor osoase și a interliniului articular, mărirea de volum a articulațiilor (prin modificări proliferative ale osului subcondral), tumefacția discretă a părților moi, crepitații fine, iar mai târziu cracmente determinate de mobilizarea activă sau pasivă a articulației interesate. Cracmentele se datorează neregularităților suprafețelor articulare care vin în contact și calității necorespunzătoare a cartilajului, ce nu asigură alunecarea suprafețelor articulare.

Deformarea și mărirea de volum a articulației sunt determinate de proliferările osteocartilaginoase exuberante și de asocierea unei hidartroze datorită iritației sinoviale. Artroza prezintă frecvent pusee congestive. Ele sunt declanșate de „șoarecii articulari”, fragmentele de cartilaj detașate și migrate în cavitatea articulară sau de precipitarea cristalelor de hidroxiapatită sau pirofosfat de calciu. Această situație se exprimă clinic prin recrudescența durerii, creșterea temperaturii

locale, eventual reacție exudativă cu creșterea cantității de lichid sinovial.

SCOPUL STUDIULUI

Scopul tezei de doctorat este acela de a evalua atât în mod global cât și comparativ rezultatele terapiei fizical-balneară, parte a tratamentului susținut de recuperare medicală în cazul pacienților cu patologie complexă, hemipareză reziduală și boală artrozică ipsi- sau/și contralaterală asociată, de tipul gonartrozei, coxartrozei, artrozei mâinilor, stenozei degenerative de canal rahidian cervical sau lombar, sau a spondiloartrozei cervicale, toracale sau lombare, terapie desfășurată în două stațiuni balneoclimatică de profil, Călimănești –Căciulata și Săcelu, ambele cu indicații atât în patologia neurologică de tip central cât și în patologia reumatismală degenerativă, însă una de interes național iar cealaltă de interes local.

În atingerea scopului propus studiul s-a axat pe aplicarea concomitentă a Fișei de evaluare a hemiplegicului, a Scalei Analogice Vizuale și a Scalei FES -I, mijloace de monitorizare a pacienților dar și de adaptare permanentă a programului terapeutic la necesitățile individuale, având în vedere deficitul de funcționalitate existente la un moment dat.

MATERIAL ȘI METODĂ

Au acceptat includerea și au parcurs până la final studiul prospectiv un număr de 548 de pacienți diagnosticați cu hemipareză reziduală și boală artrozică asociată și care au urmat tratament de recuperare medicală într-o stațiune balneoclimatică de profil.

În cursul studiului un număr de 13 pacienți au abandonat din varii motive non-medicale.

Pacienții au suferit un accident vascular cerebral în antecedente și sunt cunoscuți cu boală artrozică ipsi- sau/și contralaterală (gonartroză, coxartroză, artroza mâinilor, stenoze degenerative de canal rahidian cervical sau lombar, spondiloartroză cervicală, toracală sau lombară). Studiul s-a desfășurat în perioada martie 2005-martie 2012.

Lotul de studiu a cuprins un număr de 284 de pacienți de sex masculin și 251 pacienți de sex feminin, date ilustrate în tabelul 8 și figura 17.

Am evaluat un număr total de 535 de pacienți cu hemipareză reziduală post-accident vascular cerebral și boală artrozică asociată ipsi- sau contralaterală.

Toți cei 535 de pacienți au fost evaluați inițial (evaluarea 1) prin internare într-o secție sau clinică de specialitate dintre care 179 de pacienți în cadrul Spitalului Clinic Județean Ilfov, 153 de pacienți în cadrul Spitalul Județean de Urgență Vâlcea, 117 pacienți în cadrul Spitalului Județean de Urgență Târgu-Jiu și 47 pacienți în cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență Craiova. Numărul cel mai mic de pacienți, respectiv 39,

au urmat internare în cadrul Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara.

Pacienții au urmat două cure balneare; la șase luni și la doisprezece luni de la evaluarea inițială, fiind reevaluați final la cel puțin șase luni de la ultima cură balneară (evaluarea 2, efectuată la 6 luni de la internarea în secția sau clinica de specialitate precum și evaluarea 3, efectuată la 12 luni după prima prima evaluare și la 6 luni după a doua, s-au efectuat de către medicul de recuperare din stațiunea balneară, în timp ce evaluarea 4, la 6 luni după a doua cură balneară, de către medicul de specialitate din secția sau clinica unde a fost evaluat inițial).

Distribuția pacienților în funcție de afectarea artrozică a evidențiat faptul că 126 de pacienți prezentau coxartroză uni- sau bilaterală și 119 pacienți prezentau gonartroză uni- sau bilaterală. Stadiul coxartrozei, respective al gonartrozei a fost incipient sau mediu, nepunându-se problema unei intervenții chirurgicale de endoprotezare.

131 de pacienți au prezentat spondilodiscartroză cu multiple localizări (cervicală, dorsală sau lombară). 159 de pacienți au avut diagnosticul de boală poliartrozică, respectiv afectări artrozice poliarticulare la nivelul coloanei vertebrale, a șoldului, genunchiului sau a mâinilor.

În funcție de mediul de proveniență lotul de studiu a cuprins un număr de 294 pacienți din mediul urban și 241 de pacienți din mediul rural.

Pacienții incluși în studiu au avut vârsta cuprinsă în intervalul 40-59 de ani cu o medie de 51,04 și o deviație standard de 5,211.

Toți subiecții evaluați au primit informații detaliate privind metodologia de desfășurare a studiului. Pacienții au semnat un consimțământ informat privind înrolarea în cadrul studiului. Pacienții au fost împărțiți în două loturi de studiu.

Lotul 1 a fost format din 215 pacienți care au urmat tratament de recuperare într-o unitate specializată de tip internare în regim spitalicesc și în stațiunea balneoclimatică Săcelu. Această din urmă terapie recuperatorie s-a desfășurat sub forma a două cure anuale, respectiv sub forma a 14 ședințe zilnice la un interval de 6 luni.

Lotul 2 a cuprins un număr de 320 pacienți care au urmat tratament de recuperare într-o unitate specializată de tip internare în regim spitalicesc și în stațiunea balneoclimatică Călimănești. Terapia recuperatorie din stațiune s-a desfășurat sub forma a două cure anuale, respectiv sub forma a 14 ședințe zilnice la un interval de 6 luni.

Toți pacienții celor două loturi au urmat patru evaluări succesive, respectiv la începutul studiului, după 6 luni, după un an și la finalul studiului, după 18 luni. Ei au fost evaluați prin intermediul scalei VAS (scala analogică vizuală) pentru durere și a chestionarului (Fișa de evaluare a pacientului hemiplegic și Scala Falls Efficacy). Fișele de evaluare au fost folosite în funcție de etapa de recuperare (așa cum sunt prezentate în anexe).

Scala FEH (61) este o scală cu mai mulți parametri prin care se monitorizează și evaluează statusul funcțional al bolnavului hemiplegic.

Scala VAS (160), una dintre scalele de evaluare pe baza comunicării verbale, este un instrument de

măsurare unidimensională a intensității durerii, fiind apreciată cu valori cuprinse între 1 și 10.

Scala FES (156) este un instrument care măsoară teama persoanei de a cădea, instrument bazat pe definiția operațională a acestei temeri, percepută ca fiind autoeficacitatea scăzută de a evita căderea în timpul efectuării activităților esențiale, nepericuloase, de zi cu zi.

Pacienții au beneficiat de :

1. Tratament igieno-dietetic corespunzător afecțiunii de bază și comorbidităților existente.
2. Tratament medicamentos: antialgic, antiinflamator, decontracturant, condroprotector, antihipertensiv, tonicardiac, diuretic, hipocolesterolemiant, hipoglucidic, trofic cerebral, conform indicațiilor medicale.
3. Tratament de recuperare

CONCLUZII

1. Studiul prospectiv realizat în cadrul tezei de doctorat a cuprins un număr de 535 de pacienți diagnosticați cu hemipareză reziduală și boală artrozică asociată, pacienți care au urmat tratament de recuperare medicală într-o stațiune balneoclimatică de profil. Pacienții au suferit un accident vascular cerebral în antecedente și sunt cunoscuți cu boală artrozică ipsi- sau/și contralaterală (gonartroză, coxartroză, artroza mâinilor, stenoze degenerative de canal rahidian cervical sau lombar, spondiloartroză cervicală, toracală sau lombară). Studiul s-a desfășurat în perioada martie 2005-martie 2012.

2. Pacienții au fost împărțiți în două loturi de studiu. Lotul 1 a fost format din 215 pacienți care au urmat tratament de recuperare într-o unitate specializată de tip internare în regim spitalicesc (1 cură per an) și în stațiunea balneoclimatică Săcelu. Această din urmă terapia recuperatorie s-a desfășurat sub forma a două cure anuale, respectiv sub forma a 18 ședințe zilnice la un interval de 6 luni. Lotul 2 a cuprins un număr de 320 pacienți care au urmat tratament de recuperare într-o unitate specializată de tip internare în regim spitalicesc (1 cură per an) și în stațiunea balneoclimatică Călimănești. Terapia recuperatorie din stațiune s-a desfășurat sub forma a două cure anuale, respectiv sub forma a 18 ședințe zilnice la un interval de 6 luni.

3. Toți pacienții celor două loturi au urmat patru evaluări succesive, respectiv la începutul studiului, după 6 luni, după un an și la finalul studiului, după 18 luni. Ei au fost evaluați prin intermediul scalei VAS (scala analogică vizuală) pentru durere, a chestionarului FEH (scorul de

evaluare a pacientului hemiplegic) și a chestionarului FES-I.

4. Lotul 1 a cuprins un număr de 112 bărbați și 103 femei. Pacienții au fost împărțiți în trei grupe de vârstă: grupa 40-44 ani (29 pacienți), grupa 44-49 ani (54 pacienți) și grupa de peste 50 ani (132 pacienți).

La niciuna din evaluările inițială, intermediare (la 6 luni și la 12 luni) și finală nu s-au observat diferențe semnificative statistic între sexe pentru scorul VAS, pentru scorul trunchi și ridicare, pentru scorul membre inferioare poziția stând, pentru scorul membre superioare-prehensiunea, pentru scorul redresare-echilibrul, pentru scorul mers pe teren plat, pentru scorul adaptare la obstacole și pentru scorul membrul superior ($p < 0,05$). De asemenea, la niciuna dintre cele patru evaluări nu au existat diferențe semnificative din punct de vedere statistic între grupele de vârstă din cadrul lotului 1 pentru scorul VAS și pentru scorul FEH ($p > 0,05$).

5. Lotul 2 a fost format din 172 bărbați și 148 femei. Pacienții au fost împărțiți în trei grupe de vârstă: grupa 40-44 ani (47 pacienți), grupa 44-49 ani (80 pacienți) și grupa de peste 50 ani (193 pacienți).

La niciuna din evaluările inițială, intermediare (la 6 luni și la 12 luni) și finală nu s-au observat diferențe semnificative statistic între sexe pentru scorul VAS, pentru scorul trunchi și ridicare, pentru scorul membre inferioare poziția stând, pentru scorul membre superioare-prehensiunea, pentru scorul redresare-echilibrul, pentru scorul mers pe teren plat, pentru scorul adaptare la obstacole și pentru scorul membrul superior ($p < 0,05$). De asemenea, la niciuna dintre cele

patru evaluări nu au existat diferențe semnificative din punct de vedere statistic între grupele de vârstă din cadrul lotului 2 pentru scorul VAS și pentru scorul FEH ($p > 0,05$).

6. S-a efectuat o analiză mixtă a varianței între loturi și între evaluările seriate pentru stabilirea impactului pe care îl au cele două tipuri de terapii asupra valorii medii a scorului măsurat în etapa I, măsurat în cele patru evaluări seriate. Se poate observa o interacțiune semnificativă statistic între tipul de terapie și timp (Wilks $\lambda = 0,983$; $F(3,531)=3,03$; $p < 0,001$), pentru ambele loturile observându-se o creștere semnificativă a scorului etapei I. Comparația celor două tipuri de intervenții arată că între terapii diferențele nu sunt semnificative statistic. Pentru ambele loturi, valorile medii ale scorului etapei I cresc semnificativ statistic între evaluări ($p < 0,001$).

7. În urma analizei mixte a varianței între loturi și între evaluările seriate pentru stabilirea impactului pe care îl au cele două tipuri de terapii asupra valorii medii a scorului măsurat în etapa II măsurat în cele patru evaluări seriate, se poate observa o interacțiune semnificativă statistic între tipul de terapie și timp (Wilks $\lambda = 0,976$; $F(3,531)=4,41$; $p < 0,001$). Ambele loturi au înregistrat o creștere semnificativă a scorului etapei II. Comparația celor două tipuri de intervenții arată că între terapii diferențele nu sunt semnificative statistic. Pentru cele două loturi de studiu, valorile medii ale scorului etapei II cresc semnificativ statistic între evaluări ($p < 0,001$).

8. În urma analizei mixte a varianței între loturi și între evaluările seriate pentru stabilirea impactului pe care îl

au cele două tipuri de terapii asupra valorii medii a scorului măsurat în etapa III măsurat în cele patru evaluări seriate, s-a observat o interacțiune semnificativă statistic între tipul de terapie și timp (Wilks $\lambda = 0,976$; $F(3,531)=4,36$; $p<0,001$), pentru amândouă loturile înregistrându-se o creștere semnificativă a scorului etapei III. Compararea celor două tipuri de intervenții arată că între terapii diferențele nu sunt semnificative statistic. Pentru ambele loturi, valorile medii ale scorului etapei III cresc semnificativ statistic între evaluări ($p<0,001$).

9. S-a efectuat o analiză mixtă a varianței între loturi și între evaluările seriate pentru stabilirea impactului pe care îl au cele două tipuri de terapii asupra valorii medii a scorului măsurat în etapa IV, măsurat în cele patru evaluări seriate. S-a observat o interacțiune semnificativă statistic între duratele de timp (Wilks $\lambda = 0,014$; $F(3,531)=12786,94$; $p<0,001$), dar interacțiunea în funcție de terapie și timp nu este semnificativă statistic ($p<0,05$). Compararea celor două tipuri de intervenții arată că între terapii diferențele sunt semnificative statistic, lotul 2 având scorul VAS semnificativ mai redus decât lotul 1, dar diferențele de efect dintre ele este foarte mică. Pentru ambele loturi, valorile medii ale scorului VAS scad semnificativ statistic între evaluări ($p<0,001$).

10. Datorită modalităților sale extrem de variate de tipul electroterapiei, masajului, kinetoterapiei, hidrokinetoterapiei și peloidoterapiei, terapia recuperatorie reprezintă un instrument terapeutic important în abordarea pacientului cu o patologie neurologică și reumatismală degenerativă asociată.

Terapia fizical-kinetică urmată la 6 luni într-un centru de recuperare specializat și-a dovedit eficiența în reducerea durerii și în ameliorarea stării generale la pacientul cu hemipareză reziduală și boală artrozică.

11. Pe toată durata studiului nu au existat pacienți care să abandoneze tratamentul complex de recuperare ca urmare a unor evenimente de natură cardiovasculară.

12. Analiza datelor obținute permite concluzionarea existenței unei similitudini aproape de echivalență între beneficiile terapeutice oferite de stațiunile Săcelu și Călimănești.

13. Prezentul studiu este primul de acest gen efectuat până în acest moment. Complexitatea temei abordate, multitudinea datelor obținute și integrate în enunțuri finale, riguroase și concise îndreptățesc speranța noastră ca studiul să constituie material de referință pentru abordarea unor lucrări de specialitate viitoare.

PROPUNERI

1. Propun ca pacienții cu hemipareză reziduală, cu vârstă de peste 40 de ani, cu afectare artrozică asociată să urmeze un complex program de recuperare medicală de lungă durată care să asocieze internarea într-o clinică sau secție de specialitate cu terapia dintr-o stațiune balneoclimatică de profil (cură balneară), bianuală.

2. Propun ca în evaluarea pacientului cu hemipareză reziduală și boală artrozică asociată inclus într-un program de recuperare să se utilizeze Fișa de evaluare a hemiplegicului, Scala VAS și chestionarul FES-I ca instrumente de urmărire a evoluției pacientului precum și de modificare în dinamică a schemei terapeutice în funcție de activitățile funcționale cele mai afectate, fie că acestea implică membrele superioare, membrele inferioare, trunchiul sau activitățile globale.

3. Fișa de evaluare a hemiplegicului, cu părțile ei componente, propun să fie folosită ca și program de kinetoterapie la domiciliu, după ce aceasta a fost învățată corect și exersată în prezența unui kinetoterapeut specializat. Complexitatea și gradul scăzut de dificultate al acestei scale îmi permit să o recomand ca parte integrată a programului adaptat de kinetoterapie la domiciliu, nu numai ca metodă complexă de evaluare funcțională a pacientului cu sechele vasculare cerebrale.

4. Pornind de la toate informațiile cuprinse în studiul prezentat, pe baza analizei datelor obținute propunem ca

stațiunea Săcelu să fie abordată cu deosebit interes de autoritățile locale și centrale prin includerea în programele de dezvoltare a infrastructurii și a domeniilor conexe stațiunii precum și înființarea unui centru (punct) de monitorizare cardiovasculară, ținta finală fiind transformarea statutului ei de stațiune de interes local și cu caracter sezonier într-una de interes național și cu caracter permanent.

5. România este o țară membră a Uniunii Europene motiv pentru care în prezent este posibilă atragerea de fonduri europene care ar permite investiții, cu precădere în arealele balneo-climatice, Săcelu fiind una dintre ele. Prin atragerea de fonduri europene ar crește nivelul calității vieții pacientului vârstnic beneficiar al tratamentului de recuperare.