

Možnosti SKENARu pri liečbe reumartritídy

Reumartritída (RA) je najzložitejšie a najťažšie chronické zhoršujúce sa ochorenie kĺbov, ktoré má mnohotvárne klinické prejavy často poškodzujúce aj iné orgány a systémy a ktoré dosť zavčas spôsobuje výrazné zhoršenie kvality života.

Etiológia RA hodnoverne nezistená. Infekčno-alergický komponent je jednoznačne prítomný. Na vznik RA môžu mať vplyv rôzne mikroorganizmy, ktoré nešpecificky pôsobia na imunitný systém, ktorého poškodenie (za podmienky genetickej dispozície) určuje ďalší priebeh ochorenia.

Vývoj ochorenia na morfolologickej úrovni je najčastejšie následovný: svaľy – synoviálna kvapalina – chrupavka – kosť – kĺbové puzdro – ankylóza kĺbov.

Zámerom všeobecne zaužívanej liečby je predĺženie remisie a oddialenie vzniku kĺbových zmien. Podľa údajov zdravotnej literatúry sa nikto nesnaží nárokovať na reverzibilitu kĺbových zmien. Zdravotná literatúra nemá údaje o reverzibilitu kĺbových zmien v prípade RA. Postup liečby prebieha nasledovne: nesteroidové protizápalové prostriedky (NPZP), fyzioterapia, v štádiu remisie - LT, potom - kostikosteroidy (KC) dosť často pri stále sa zväčšujúcom a stále menej účinnom dávkovaní, imunosupresívna terapia a základná terapia. Pričom lieková terapia je nielen malo účinná, ale má aj veľa pobočných účinkov. Pri ankylóze sa doporučuje chirurgické riešenie. Lenže samotná chirurgická liečba je problematická, lebo je vždy riziko operačného zákroku so všetkými komplikáciami a operácia nerieši problém celého organizmu. Používajú sa nasledovné operácie: synovektómia (odstránenie synoviálneho puzdra); artrodéza – upevnenie konečnosti v najpohodlnejšom pre pacienta funkčnom stave, rezekcia kĺbu za obdobným účelom ako artrodéza; rezekcia kĺbu a následne endoprotéza.

Pod uzdravením v prípade RA sa v reumatológii obyčajne chápe stav, pri ktorom nie sú počas 5 rokov príznaky zhoršenia procesu a poškodeného lokomotorického systému.

Zlepšenie sa konštatuje pri znížení aktivity procesu a nedostatočnosti kĺbov, t.j. sa nejedná o reverzibilitu morfologických zmien kĺbov

Príklady z klinickej praxe:

48-ročná žena. Bolesti kĺbov počas 5 rokov, začiatok ochorenia akútne. Pridružené ochorenia: gastroduodenitída, otitída, metroendometrióza,

adnexitída, pyelonefritída, anémia, myokardiodystrofia.

Postup poškodenia kĺbov: vretenno-zápästné, pravý ramenný, pravý členkovo-holenný.

Výrazné zhoršenie po 3 rokoch choroby, keď pohyblivosť členkovo-holenného kĺbu bola podstatne zhoršená v dôsledku bolestí a edémov. Po komplexnom vyšetrení a liečbe v rôznych zdravotných ústavoch bola stanovená diagnóza: RA. Priebeh FW 30-25-22-18-30-25 mm/hod. Pred polrokom do oboznámenia sa so SKENARom – fyzioterapia, KS (hydrokortizón) vo forme elektroforézy.

Po použití terapie SKENAR diagnóza: reumoligoartritída s visceralgiou, reumatický faktor sa neurčoval (RF), pomaly sa zhoršoval, stredný stupeň aktivity. R-stupeň II (druhý). Funkčná nedostatočnosť (FN) I-II. Zistená RA podľa kritérií Americkej reumatologickej asociácie (ARA).

Objektívny nález: edém pravého členkovo-holenného kĺbu so zvýšenou teplotou, kĺb deformovaný, cca 1,5-krát väčší oproti ľavému s výrazným zhoršením mobility.

Po 1. kúre (15 procedúr) bolo ledva viditeľné zlepšenie vo forme ustúpenia bolestí, určitého zlepšenia mobility. Pretrvávali opuchy, deformácia kĺbu a obmedzená pohyblivosť ráno.

2. kúra (18 procedúr) sa uskutočnila o 3 mesiace, pôvodná bolesť v členkovo-holennom kĺbe ustúpila, pretrvávali opuchy a deformácia kĺbu. Ku koncu liečby sa zhoršil stav pravého vretenno-zápästného kĺbu, pravej kľúčnej kosti a pravého ramenného kĺbu, v ktorých bolesti ustúpili po ukončení liečby. Pacientka už denne mohla chodiť do práce pešo 3 km. Obmedzená pohyblivosť ráno pretrvávala.

3. kúra (12 procedúr) sa uskutočnila o 2 mesiace kvôli výrazným bolestiam a opuchom v pravom vretenno-zápästnom kĺbe. Členkovo-holenný kĺb bol deformovaný, opuch sa zmenšil, takmer nerobil ťažkosti. Počas liečby sa zosilnili bolesti v pravom ramennom kĺbe. Po ukončení kúry bolesti ustúpili. Pacientke bolo doporučené skákať so švihadlom, robila to do nasledujúcej kúry.

4. kúra (14 procedúr) sa uskutočnila o 3,5 mesiaca. pacientka mala bolesti a edém pravého vretenno-zápästného kĺbu. Po ukončení kúry výrazné zlepšenie.

V súčasnosti pacientka skáča so švihadlom, má bežný životný štýl a šťastne zvláda rodinné problémy.

27-ročná žena. Má RA už 14 rokov.

Pridružené choroby: tonzilitída, gastritída, pyelonefritída, vulvovaginitída, anémia.

Akútne ochorenie od 13 rokov sa začalo z kĺbov chrbtice a vretenno-zápästných kĺbov.

Liečba liekmi (LSO počas 3 mesiacov nemala výrazný účinok), stála remisia nebola dosiahnutá, aj keď NPZP a prednizón sa podávali až 45 mg denne. FW - 63-36 mm/hod, ustúpila bolesť a zmenšili sa opuchy kĺbov, teplota sa upravila.

O mesiac – opakovanie nemocničnej liečby so znížením dávky prednizónu z 25 na 10 mg + NPZP.

FW 30-28-22-32 mm/hod. Nebolo výrazné zlepšenie. Pretrvávali opuchy a bolesti vretenno-zápästných kĺbov.

O mesiac – opakovane akútne zhoršenie po prekonanej angíne. Pridružil sa zápal medzičlánkových kĺbov prstov. FW 53=22-35-30-48 mm/hod. Nemocničná liečba počas 2 mesiacov bez významného účinku. Bolesti a obmedzenie pohyblivosti veľkých kĺbov nôh.

O rok (jún 1988) ďalšie zhoršenie v kolenných a ramenných kĺboch. FW 55-45 mm/hod, hemoglobín 82-78 g/l. Liečba bez významného účinku v priebehu 1,5 mesiacov, v dôsledku čoho vysadila lieky. Používala bylinky. Chodila na tanečné cvičenia a trénovala stuhnuté kolenné kĺby.

8 rokov nebola hospitalizovaná. Lenže celú tú dobu kĺby napomínali o sebe. Skúšala liečbu SKENARom v roku 1995. V dôsledku zhoršenia odborník SKENARu, začiatokník, predčasne ukončil liečbu.

V roku 1996 bola hospitalizovaná, lenže bez zlepšenia.

Po pôrode v roku 1998 sa zhoršil celkový stav a o 6 mesiacov (február 1999) po prekonanej chrípke už sa nepostavila. Boli uskutočnené 2 pokusy liečby SKENARom v lete.

K okamihu liečby SKENARom (október 1999) diagnóza: reumpolyartritída s visceralgiou, FW sa neurčoval, prudké zhoršenie, štádium zhoršenia vysoké (3), R. st. IV, FN III B.

Objektívny nález: nebola schopná sa postarať o seba samostatne. Pohyby v posteli vyvolávali bolesť v rôznych kĺboch (najviac v kolenných a členkovo-holenných). Dotýkanie sa opuchnutých členkovo-holenných kĺbov so zvýšenou teplotou bolo veľmi bolestivé. Prsty rúk a kolenné, bedrové kĺby boli nehybné, trochu pohyblivejšie členkovo-holenné kĺby a vretenno-zápästné, laktové kĺby, mierne pohyblivé ramenné, čeľustné kĺby a prsty

nôh.

1. kúra (14 procedúr denne). Po prvej kúre sa začala otáčať v posteli, mohla sa posadiť a postupne dlhšiu dobu stala na barlách. Počas prestávok medzi kúrami – liečebný telocvik (LT) a kryoterapia.

2. kúra sa uskutočnila o 3 mesiace (14 procedúr denne). Ustúpila bolesť v kĺboch, kĺby už neboli také stuhnuté. Zvýšila záťaž, dlhšie stala na barlách.

3. kúra sa uskutočnila o 2 mesiace (13 procedúr), začiatok liečby na fóne nachladnutia. Začala chodiť na barlách a urobila niekoľko krokov samostatne. V priebehu zvýšenia záťaží občas boleli zaťažované kĺby.

4. kúra o 4 mesiace (15 procedúr). Počas liečby boli silnejšie bolesti v lonočných kĺboch, v dôsledku čoho sa pôvodne začali kĺbové zmeny. Začala samostatne sedieť v posteli, samostatne sa stravovať, po rozcvičke chodiť po izbe. V kludnom stave nemala ťažkosti s kĺbmi. Zväčšil sa rozsah pohybov v kĺboch. Už sa chce vrátiť na Ekonomickú akadémiu a pokračovať v štúdiu.

45-ročný muž, lekár. Doba ochorenia – od roku 1984. Začiatok akútny. Od roku 1990 výrazné zhoršenie (vretenno-zápästné, bedrové kĺby). Liečil sa v rôznych ústavoch. Stále zvýšené FW do 60 mm/hod, sepsa odolná voči antibiotikom, len KS zmenili septický stav ochorenia. Bedrový kĺb sa zmenil natoľko, že bola navrhnutá operácia umelého kĺbu, pacient obozretne odmietol sa podrobiť operácii a začal brať vnútrokĺbové injekcie KS. O polroka nastala relatívna remisia, bola navrhnutá dávka prednizónu - 2-4x denne + NPZP. Do roku 1995 niekoľko akútnych stavov s postihnutím nových kĺbov a zhoršením stavu kĺbov.

Od roku 1995 do roku 1997 dávka prednizónu – 12x denne + NPZP. Röntgenogram ukazuje ankilózu bedrových a vretenno-zápästných kĺbov.

Klinický nález: 5 m do toalety išiel 15 až 20 minút, bolo to ako hrdinstvo.

Mal mimoriadne obmedzenú pohyblivosť kĺbov.

K okamihu oboznámenia sa so SKENARom v roku 1997, na ktorý sa obrátil zo zúfalstva, keď už neveril ani SKENARu, ani ničomu vo svete (samotný pacient je lekár), diagnóza: reumpolyartritída s visceralgiou, seropozitívna, prudko zhoršujúci sa stav, vysoký stupeň zhoršenia, R st. III- IV, FN III B.

Lieky vysadil od prvého dňa liečby, pričom si pomyslel, že horšie už nebude. Zistilo sa, že bude. Zostal ležať, mal bolesti aj pri pohybe v posteli, zväčšili sa opuchy kĺbov, to všetko na fóne vysadenia všetkých liekov.

Liečba sa uskutočnila SKENARom model -35.1. Liečbu vykonala manželka, ktorá je lekárka. Ku koncu 1. kúry (20 dní) ustúpili bolesti, už sa mohol

ľahšie pohybovať v posteli.

Ďalšia kúra o 2 týždne (počas 15 dní) – už si mohol samostatne dať štamperlík vodky (doniesť do úst), až potom pochopil, že sa môže uzdraviť.

O 3 mesiace ešte jedna kúra (15 dní).

Ďalej až do dnešného dňa nepoužíval liečbu SKENARom a nebral žiadne lieky. V súčasnosti postupne, ale isto smeruje k zlepšeniu. Pracuje ako odborník terapie SKENAR s veľkým nasadením, šoféruje. Má tri detí, z ktorých jedno má rok.

Čo spoločné majú všetci pacienti – bezlieková liečba, reverzibilita kĺbových zmien, ústup bolestí a deformácií kĺbov, zlepšenie mobility a v podstate aj kvality života.

Záver:

Zmeny v prípade RA sú reverzibilné.

Liečba pri RA je dosť zložitá a zdĺhavá.

Účelom liečby SKENARom v prípade RA je odstránenie z organizmu reakcie stresu a udržanie reakcie aktivácie a tréningu.

Čo robí SKENAR v organizme v prípade RA (a nielen v prípade RA)? Ved' SKENAR nepôsobí stále.

Začína účinkovať cyklus regeneračných reakcií organizmu, odstraňuje sa stresová reakcia a organizmus začína obnovovať svoje štruktúry s morfológickými zmenami, ktoré sú ireverzibilné v bežnej medicíne.

MUDr. Alešín Sergej

Liečebno-diagnostické stredisko SKENAR