

*Maria Perez Benitez
Jordi Fores Colomer*

Centro di medicina omeopatica e
biologica, Capo dipartimento
Fores-Perez
Manresa (Barcellona)

LA TECARTERAPIA NELLA PATOLOGIA DEL GINOCCHIO E DELLA COLONNA VERTEBRALE

RIASSUNTO

I risultati positivi ottenuti con l'apparecchiatura HCR 900 nelle diverse patologie possono essere attribuiti a una serie di effetti biologici prodotti dalla tecnica del Trasferimento Energetico Capacitivo e Resistivo. In particolare, si possono relazionare con l'aumento della temperatura interna e la contemporanea microvasodilatazione, responsabile del miglioramento del biochimismo cellulare; con l'aumento del flusso emolinfatico che incrementa l'apporto nutrizionale e ossigenativo, ottimizzando la respirazione endocellulare e l'eliminazione dei cataboliti tossici. Sulla base di queste conoscenze è stato possibile sperimentare le azioni cliniche dell'HCR 900 presso il centro di Medicina Omeopatica e Biologica di Barcellona.

PAROLE CHIAVE

Artrosi del ginocchio, sciatica, rachide cervicale, colpo di frusta, ernia del disco.

Oggigiorno le infermità reumatiche causano un gran numero di invalidità. L'artrosi del ginocchio è la patologia più diffusa nei paesi industrializzati. Uno dei fattori determinanti è l'età. La seguono, per frequenza, i traumi, l'usura da fattori meccanici e/o dall'obesità. Poiché un eccessivo o maldistribuito carico sulle articolazioni determina a lungo termine una lesione del tessuto cartilagineo e dell'osso subcondrale.

ARTROSI DEL GINOCCHIO

Nel nostro centro abbiamo realizzato uno studio su 35 pazienti con artrosi del ginocchio, come denominazione comune. In tutti il sintomo comune era il dolore e la limitazione al movimento del ginocchio. Di questi 35 pazienti, 24 erano donne e 11 erano uomini. L'età media era di 58 anni. Il riferimento anamnestico della sintomatologia (dolore+limitazione funzionale) datava per 5 pazienti ai 12 mesi precedenti l'osservazione, mentre per gli altri 30 era relativa a parecchi anni.

Tutti i pazienti, avevano precedentemente effettuato diversi trattamenti con metodi terapeutici, senza però ottenere risultati soddisfacenti. 12 pazienti di questo gruppo erano stati operati ma hanno continuato a manifestare sintomatologia analoga. Il dolore era il motivo principale per il quale si erano rivolti a noi. Le donne presentavano in maggior numero una sintomatologia dolorosa di grado moderato/severo che peggiorava al movimento con rigidità mattutina.

All'esame obiettivo dell'articolazione abbiamo constatato dolorabilità alla palpazione e edema tissutale con crepitazione ossea in fase di movimento. In qualche caso più grave si sono rivelate deformazioni importanti, ipertrofia ossea e perdita considerevole di mobilità articolare.

A livello radiologico, in tutti i pazienti, la riduzione dello spazio articolare era presente in maggior o minor grado.

Il protocollo terapeutico iniziale era identico per tutti i pazienti. Si sono effettuate due sedute settimanali durante le prime tre settimane, 10 minuti di Trasferimento Energetico Resistivo e 5 minuti di Trasferimento Energetico Capacitivo nella parte anteriore del ginocchio e 5 minuti di entrambe le metodiche nella parte posteriore dello stesso. Dalla quarta settimana si è passati a una seduta settimanale. Durante il trattamento, a tutti i pazienti è stata somministrata una cura omeopatica diversa, in base alla sintomatologia soggettiva.

RISULTATI

I risultati di questo studio sono stati i seguenti:

- in 3 pazienti si è avuta una eccellente riduzione del dolore con miglioramento della deambulazione alla terza settimana di trattamento. Per questo si è passati alla terapia di mantenimento con una seduta ogni 15 giorni per 3 mesi, periodo al termine del quale sono stati dimessi.
- 21 pazienti hanno ottenuto un'elevata diminuzione della sintomatologia dolorosa con ripresa della deambulazione tra la 6^a e la 12^a settimana di trattamento. A questi pazienti è stata poi somministrata come terapia di mantenimento una seduta ogni 15 giorni per 3 mesi, periodo al termine del quale sono stati dimessi.
- 5 pazienti sono stati trattati per 12 settimane e al termine hanno mostrato un miglioramento accettabile della sintomatologia dolorosa come pure della deambulazione, ma hanno continuato ancora a percepire dolore quando si alzavano alla mattina o dopo un periodo di inattività.

Si è programmato il mantenimento di una seduta ogni 15 giorni, ma i sintomi sono riapparsi. Si è ripreso il piano terapeutico di due sedute settimanali per tre settimane. Uno dei pazienti ha abbandonato il trattamento. I quattro che lo hanno continuato, dopo tre settimane hanno

constatato un miglioramento, ma passando un'altra volta al piano di mantenimento hanno di nuovo riscontrato i sintomi iniziali, anche se il dolore era meno intenso.

- 6 pazienti sono stati trattati per 6 settimane senza significativi risultati e per questo è stato cambiato il trattamento.

Dei 12 pazienti operati, 5 non hanno avuto alcun beneficio significativo, 3 hanno registrato una riduzione del dolore e un miglioramento della deambulazione significativi e 4 notevoli. I tre pazienti che sono migliorati nelle prime tre settimane, appartenevano al gruppo dei pazienti i cui sintomi non superavano i 12 mesi di manifestazione.

RACHIDE CERVICALE

Un'altra patologia dolorosa di frequente osservazione, è quella che si manifesta a livello del rachide cervicale: aumenta con l'età (nell'83% delle persone tra i 60-70 anni è la patologia più frequente) e si localizza con alterazioni deformanti all'altezza della V, VI e VII vertebra cervicale, dove il sovraccarico meccanico-funzionale è maggiore.

La postura cifotica del rachide cervicale inferiore (dalla V alla VII vertebra cervicale) è spesso la causa dell'osteochondrite. Il dolore generato in questa zona si percepisce nel collo e nella parte posteriore della testa e di solito si irradia a spalla, braccio, avambraccio e mano; il dolore si produce e aumenta per determinati movimenti o posture del collo, accompagnato da ipersensibilità e limitazione dei movimenti.

Per questo studio abbiamo scelto 24 pazienti, 18 donne e 6 uomini, con un'età media di 51 anni che avevano dolori cervicali con irradiazione alle spalle. In questo gruppo il dolore variava da lieve/moderato a intenso, secondo l'attività professionale e i ritmi stagionali.

Si somministrava una seduta settimanale di Trasferimento Energetico Resistivo di 15 minuti, seguita da una seduta di Trasferimento Energetico Capacitivo di 10 minuti. Solo quando il dolore era intenso, la seduta diventava giornaliera.

RISULTATI

I risultati di questo studio sono stati i seguenti:

- 20 pazienti dopo due mesi di trattamento, con una seduta settimanale, hanno mostrato miglioramenti con scomparsa del dolore. Di questi 20 pazienti, 9 presentavano ancora dolori moderati, isolati, correlati al lavoro che svolgevano.

Con l'applicazione di ulteriori 3-4 sedute a cadenza giornaliera, sono divenuti asintomatici.

- 4 pazienti, dopo due mesi di trattamento, presentavano ancora sintomatologia dolorosa lieve/moderata.

Questi pazienti svolgevano un'attività lavorativa faticosa dalla quale non si potevano astenere durante il trattamento; pensiamo sia questo il motivo del mancato miglioramento.

CONTUSIONE VERTEBRALE DA 'COLPO DI FRUSTA'

Altra causa frequente del dolore al rachide cervicale è il trauma ai legamenti e ai muscoli dopo un incidente in cui il collo presenta una estensione forzata. Per esempio nella contusione vertebrale da 'colpo di frusta' l'estensione forzata del collo è accompagnata a volte da frammentazione di un disco intravertebrale che causa un dolore persistente aggravato dall'ipertensione e dalla rotazione con una riduzione dei movimenti di flessione laterale del capo.

Abbiamo realizzato uno studio su 4 pazienti con dolore cervicale, in seguito a un incidente.

Presentavano un forte dolore alla iperestensione

e alla rotazione del collo.

Provenivano da diversi centri sanitari con la diagnosi di sindrome dolorosa cervicale post-traumatica (contusione vertebrale da "colpo di frusta"). Come trattamento erano stati prescritti analgesici, antinfiammatori e collare cervicale.

Si è effettuata una seduta giornaliera, tralasciando le domeniche.

La seduta era di 10 minuti di Trasferimento Energetico Resistivo e 20 minuti di Trasferimento Energetico Capacitivo. Sono state eliminate le cure analgesiche e antinfiammatorie, sostituite con cure omeopatiche. Dovevano ancora usare il collare cervicale.

RISULTATI

I risultati sono stati decisamente positivi.

- 3 dei 4 pazienti denunciavano poco dolore alla rotazione e alla iperestensione del collo, dopo la 4ª seduta consecutiva. Poi si è passati a sedute alternate e alla 6ª seduta erano asintomatici.

- L'altro paziente ha mostrato un significativo miglioramento dopo la 6ª seduta consecutiva. È poi passato a sedute alternate e dopo la 10ª seduta non presentava più dolore.

SCIATICA

Altro motivo frequente di visita medica è il dolore dovuto a irritazione della IV e V radice nervosa lombare e della I sacrale punto in cui si diparte il nervo sciatico; tale patologia è detta comunemente sciatica. Il dolore è sordo, intenso, circoscritto all'area di innervazione, cioè si estende principalmente verso la parte posteriore della coscia e verso le zone posteriori e laterali della gamba; questa irritazione talora si estende sino alla cavaglia ed è accompagnata da parestesia o intorpidimento che può irradiarsi nel piede, accompagnato da sensibilità dolorosa

cutanea. Durante l'esame obiettivo si nota una perdita di riflessi, debolezza e a volte, edema da stasi, imputabili alla irritazione infiammatoria o alla compressione della radice midollare a livello del forame intervertebrale, quando si colpiscono le fibre motorie della radice anteriore.

Nel nostro centro medico abbiamo effettuato uno studio su un gruppo di 43 pazienti, di cui 34 donne e 9 uomini. L'età media del gruppo era di 41 anni. Il denominatore comune era un intenso dolore a livello lombare con affezione del nervo sciatico che creava un dolore sordo nella parte posteriore della coscia e della gamba. Tutti i pazienti si erano rivolti direttamente al nostro centro, senza aver effettuato nessun trattamento precedente.

Dei 43 pazienti, a 30 di essi si è applicato un trattamento con HCR 900 alla mattina e al pomeriggio. Agli altri 13 è stato effettuato un solo trattamento giornaliero. Per tutti fatta eccezione per la domenica.

Le sedute erano di 15 minuti di Trasferimento Energetico Resistivo seguita da 10 minuti di Trasferimento Energetico Capacitivo.

RISULTATI

I risultati del primo gruppo, formato da 30 pazienti trattati con sedute mattutine e pomeridiane, sono stati:

- 20 pazienti erano totalmente asintomatici dopo la 5^a seduta consecutiva.
- 7 pazienti erano asintomatici dopo l'8^a seduta consecutiva.
- 2 pazienti, all'8^a seduta, avvertivano un leggero dolore, inferiore rispetto all'inizio del trattamento. Questi pazienti hanno continuato il trattamento con sedute bisettimanali per una durata di 2 settimane; alla fine del trattamento erano asintomatici.
- 1 paziente ha abbandonato il trattamento alla

2^a seduta perché non presentava alcun miglioramento significativo.

16 pazienti di questo primo gruppo, mostravano una considerevole diminuzione del dolore già al secondo giorno di trattamento e hanno proseguito il trattamento conducendo una vita normale. Dei 30 pazienti, 6 hanno avuto una ricaduta con gli stessi sintomi nei seguenti due mesi. Si è ripetuto lo stesso piano terapeutico con buoni risultati.

I risultati del secondo gruppo, trattati in un'unica seduta giornaliera, sono stati:

- 10 pazienti erano asintomatici dopo la 7^a seduta consecutiva.
- 3 pazienti erano asintomatici dopo la 10^a seduta consecutiva.

Di questi 13 pazienti, in 8 il dolore è diminuito notevolmente a partire dalla 3^a seduta e la loro vita è continuata normalmente. Solo 1 paziente ha avuto una ricaduta dopo la quarta settimana. Si è ripetuto il trattamento, ma con due sedute giornaliere. Il terzo giorno il paziente era asintomatico.

Al gruppo di 43 pazienti sono state somministrate giornalmente cure omeopatiche.

ERNIA DEI DISCHI INTRAVERTEBRALI LOMBARI

La causa principale del dolore intenso, cronico o recidivo, nella parte inferiore della schiena e della gamba, è l'ernia dei dischi intravertebrali lombari, con maggior frequenza tra la V lombare e la I sacrale.

La causa più frequente è la degenerazione dell'anello fibroso del disco intervertebrale e l'alterazione dei legamenti longitudinali posteriori legata all'invecchiamento. A volte la causa determinante può essere un trauma, ma la maggior parte dei pazienti ha sofferto di dolori lievi o moderati nella zona lombare, prima che fosse diagnosti-

cata un'ernia al disco. Alcuni pazienti con questa patologia, presentavano dolore alla gamba, con scarsi sintomi alla schiena a livello lombare, e altri avevano solo dolori lombari.

Questo dolore lombare si aggravava con il movimento e con altri gesti, anche con un semplice starnuto. Ci siamo occupati di un gruppo di 15 pazienti, 10 uomini e 5 donne, di età media 46 anni, tutti con ernia al disco. Nessuno di loro aveva subito intervento chirurgico prima del trattamento.

Il piano terapeutico consisteva in due sedute settimanali per un mese. Poi si è passati a una seduta settimanale per altri due mesi.

Nella zona vertebrale lombosacrale e nella zona glutea, si sono applicati il Trasferimento Energetico Resistivo per 20 minuti e poi, il Trasferimento Energetico Capacitivo per 15 minuti. Come trattamento parallelo sono stati usati prodotti omeopatici a livello locale.

RISULTATI

I risultati sono stati:

- 6 pazienti erano asintomatici dopo tre mesi di trattamento, con un significativo miglioramento a partire dalla 12^a seduta. Poi si è effettuata una seduta di mantenimento ogni 15 giorni per altri 3 mesi. Attualmente sono asintomatici.

- 4 pazienti sono notevolmente migliorati dopo tre mesi. Poi, la terapia è continuata con una seduta settimanale, ma avvertivano ancora dolore al movimento.

I 4 pazienti hanno abbandonato il trattamento dopo il 4^o-5^o mese, poichè si era ripresentata la sintomatologia dolorosa. Nessuno di loro aveva però potuto abbandonare lavori pesanti, che erano controindicati nella loro patologia.

- 5 pazienti non hanno mostrato miglioramento significativo dopo la 12^a seduta, ragione per cui hanno interrotto il trattamento.

CONCLUSIONI

Sulla base dei risultati si può affermare che la tecnica di Trasferimento Energetico Capacitivo e Resistivo è uno strumento molto utile nella maggior parte delle patologie osteoarticolari; la sua validità aumenta se combinata ad altre terapie. La sua facilità d'applicazione, la mancanza di effetti secondari, dimostrano l'eccezionalità di questo strumento elettromedicale.

BIBLIOGRAFIA

1. COLO AJ, EAGLESTONE MA: The benefits of deep heat. *Ultrasound and Electromagnetic Diatermy. Physic Sportsmedicine* 1994;22:77-88
2. GRIBAUDO C.G., ASTEGIANO P, CANALA GL, GANZIT GP: Trattamento con ipertermia a trasferimento energetico resistivo e capacitivo di lesioni muscolo scheletriche acute e croniche: risultati preliminari in "Radiazioni in medicina: qualità e sicurezza." *Atti del Congresso - Fisica Sanitaria - n. 1/97 gennaio/marzo*; 379-381
3. MCMEEKEN J: *Electrotherapy in: Zuluaga et al Eds Sportphysiotherapy. Applied Science & practice. Melbourne: Churchill Livingstone* 1995, 233-244
4. LEY A, CLADELLAS JM, DE LAS HERAS P ET AL: *Trasferencia Electrica capacitiva (TEC). Tecnica no invasiva de Hypertermia profunda en el tratamiento del los gliomas cerebrales. Resultados preliminares. Neurochirurgia* 1992; 3ç:118-123.