

25. Vigotti MA, Muggeo VMR, Cusimano R The effect of birthplace on heat tolerance and mortality in Milan, Italy, 1980–1989. *Int J Biometeorol.* 2006;50:335–341.
26. WHO Improving public health responses to extreme weather/heat-waves –EuroHEAT Technical summary. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. 2009;60.

Acknowledgements. The research described in this publication was made possible in part by Award No. MOB-2928-CS-08 of the U.S. Civilian Research & Development Foundation for the Independent States of the Former Soviet Union (CRDF). Any opinions, findings and/or conclusions or recommendations expressed in this material are those of the authors and do not necessary reflect those of the CRDF.

**Nicolai Opopol, M.D., Ph.D., Professor**  
Chairman of the Department of Hygiene and Epidemiology  
Nicolae Testemitsanu State Medical and Pharmaceutical University  
67a, Gh. Asachi str., Chisinau  
Republic of Moldova  
Tel.: 37322 574580  
E-mail: rcorobov@sanepid.md

Manuscript received December 12, 2009; revised February 5, 2010

## Tratamentul ortopedo-medical în afecțiuni displazice lombosacrate la copii

N. Șavga

Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”  
Catedra Chirurgie Pediatrică, Laboratorul Infecției Chirurgicale la Copii, USMF „Nicolae Testemițanu”

### The Methods of Conservative Treatment in Children with Dysontogenetic Process at the Lumbosacral Region of the Spine

A modern understanding of degenerate-dystrophic changes in the backbone, as a dysontogenetic process phase, views them as a disease of the whole body. Consequently, for treatment and preventive maintenance of a clinical manifestation of pathological processes in the spine, a complex approach is required. The mechanism of vertebrogenous and neuroreflex infringements should be considered as one pathological process. The possibility of such therapy, in our opinion, presents the combined prescription of manual therapy, antihomotoxic facilities and “Detenzor” therapies. Use complex antihomotoxic preparations as a basis of medication provides unique organ-tissue component treatment. On a medical basis, the treatment “Detenzor” provides effective physiological influences on a spine, improves its kinematics and corrects its functional position.

**Key words:** dysplastic affections, lumbosacral region, children, conservative treatment, recurrence.

### Консервативное лечение детей с диспластическим процессом пояснично-крестцового отдела позвоночника

Современный взгляд на дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночнике, как фаза диспластического процесса, позволяет рассматривать их как заболевание всего организма. Следовательно, к лечению и профилактике рецидивов клинических проявлений патологических процессов в позвоночнике требуется комплексный подход, при котором учитывался бы механизм вертеброгенных и нейрорефлекторных нарушений, а также состояние организма в целом. Лечение этой патологии, по нашему мнению, предусматривает сочетание назначения мануальной терапии, антигомтоксических средств и «detensor»-терапии. Использование комплексных антигомтоксических препаратов в качестве основы медикаментозной коррекции обеспечивает единый, органно-тканевой компонент лечения, реализуемый на уровне костно-мышечных и хрящевых структур позвоночника. Доказано, что терапия на лечебном мате «detensor» эффективна для мягкого физиологического тракционного воздействия на позвоночник, разгрузки его кинематической системы и придания ему оптимального функционального положения.

**Ключевые слова:** диспластические заболевания, пояснично-крестцовая область, дети, консервативное лечение, рецидив.

### Actualitatea temei

Abordarea contemporană a schimbărilor degenerativ-distrofice, distinse drept o etapă a procesului displazic al coloanei vertebrale, permite a le considera drept o maladie a întregului organism. Respectiv, pentru tratamentul și prevenirea recidivelor manifestărilor clinice ale proceselor patologice ale coloanei vertebrale, este necesară abordarea complexă, care va lua în considerație mecanismul dereglărilor vertebrogene și neuroreflectorii, precum și starea organismului în ansamblu.

Posibilitatea aplicării unei astfel de terapii, la părerea noastră, permite combinarea indicării terapiei manuale, a preparatelor antihomotoxice și terapia cu Detensor. Utilizarea preparatelor antihomotoxice complexe, în calitate de modulatori medicamentoși de bază, asigură obținerea unei componente organo-tisulare terapeutice unice, realizate la nivelul structurilor osoase, musculare și cartilajinoase ale coloanei vertebrale. Eficacitatea terapeutică a saltei Detensor este determinată de acțiunea sa lejer tracțională asupra coloanei vertebrale,

a descărcării ei cinematice și obținerea unei poziții optim funcționale. Până în prezent, cercetări consacrate studierii efectelor aplicării combinate a terapiei manuale, Detensor terapiei și preparatelor antihomotoxice, n-am găsit în literatura de specialitate. Dar, există cercetări, în care s-a studiat separat atât eficacitatea preparatelor antihomotoxice, cât și a saltelei Detensor, aceste cercetări subliniind valoarea lor în diverse programe de reabilitare [6,13,14].

**Terapia antihomotoxică.** Preparatele AHT au fost selectate în tratamentul proceselor displazice ale coloanei vertebrale datorită acțiunii lor terapeutice asupra întregului spectru de dereglări (degenerative, trofice) caracteristice procesului displazic. Aceste preparate nu provoacă reacții alergice, efecte adverse, nu au contraindicații și limite de vârstă pentru administrare, permit obținerea unui efect clinic rapid, sunt compatibile cu medicamentele tradiționale.

În scopul stopării sindromului algic și al corijării mecanismelor microcirculatorii, cauzate de procesele degenerative, declanșate pe fundal displazic al coloanei vertebrale (regiunea lombosacrată), am utilizat preparate antihomotoxice (firma Heel: Zeel (injecții), Discus compositum (injecții), Traumel S (injecții). Preparatele s-au administrat paravertebral, în zonele maxim durabile. La copiii cu sindrom algic acut s-a utilizat următoarea schemă:

1. Traumel S – 2,2 ml, zilnic, nr. 10.
2. Zeel – 2,2 ml, nr. 5.
3. Discus compositum – 2,2 ml, o dată în zi, peste o zi (alternat cu Zeel), nr. 5.

În cazul unui sindrom algic moderat (cronic), am utilizat alte scheme:

**Varianta I:** Zeel - 2,2 ml., o dată în zi, peste o zi, nr. 5; Traumel S – 2,2 ml, o dată în zi, zilnic, nr. 10.

**Varianta II:** Discus compositum – 2,2 ml, o dată în zi, peste o zi, nr. 5; Traumel S – 2,2 ml, o dată în zi, zilnic, nr.10.

**Varianta III:** Zeel – 2,2 ml, o dată în zi, peste o zi, nr. 5; Discus compositum – 2,2 ml, o dată în zi, peste o zi (alternant cu Zeel) , nr. 5.

În condiții de ambulator se indică preparatul Zeel în tablete, câte o pastilă de 3 ori pe zi, timp de o lună.

Preparatele menționate au fost selectate datorită efectelor dovedite în utilizarea lor: antiinflamator, antidematos, analgezic, hondroprotector și hondrostimulant.

**Detensor terapia.** Detensor-ul este un sistem cinematic original, care permite distracția în segmentele coloanei vertebrale, sub influența propriei greutate a corpului pacientului (fig.1). Este demonstrat că efectul Detensorului este determinat de reducerea presiunii intervertebrale cu 18-25%. Aceasta permite rehidratarea discului prin ameliorarea funcției sale de „hidropompă”, ceea ce ameliorează procesele metabolice ale structurilor segmentului vertebral, micșorează rigiditatea curburilor coloanei vertebrale [K. Kienlein, I. Ștraus, I. Moiseev]. Eficacitatea aplicării metodei date se manifestă prin diminuarea sau dispariția sindromului algic, ameliorarea sau recuperarea funcțiilor fiziologice ale coloanei vertebrale.

Metoda detensorie constă în utilizarea unei tehnici speciale de culcare și coborâre a pacientului pe/de pe saltea

Detensor. Durata unei ședințe – 45 min, sunt recomandabile două ședințe pe zi. Seria de tratament – 10 zile.



Fig. 1. Detensor-terapia.

**Terapia manuală.** În pofida opiniei cunoscute de toți, considerăm că prezența displaziilor (anomaliilor) nu poate constitui o contraindicație pentru terapia manuală. Mierau D. et al. au comparat eficiența terapiei manuale la pacienții cu și fără displazii, și nu au găsit diferențe esențiale în eficacitatea metodei sau unele complicații mai specifice [1, 3, 8, 11].

Terapia manuală s-a efectuat conform următoarelor indicații:

- în cazul unor complicații fixaționale după stereotipul de mișcare, precum și în unele sindroame miotonice și neurodistrofice extravertebrale;
- în cazul unor procese disfixaționale se scot doar blocurile articulare;
- în cazul prezenței factorului de compresie (se folosesc diferite metode decompressive).

Tehnica terapiei manuale pentru coloana vertebrală este constituită din trei grupuri de manipulări de bază:

În relaxarea musculară (etapa de relaxare), se folosesc tehnici ușoare, menajante. Pentru segmentul lombar al coloanei vertebrale, la copiii cu procese displastice, noi am folosit următoarele metode de terapie manuală:

1. Mobilizarea în poziție neutră, decubit lateral (după I.V. Ciucurov) (fig.2).

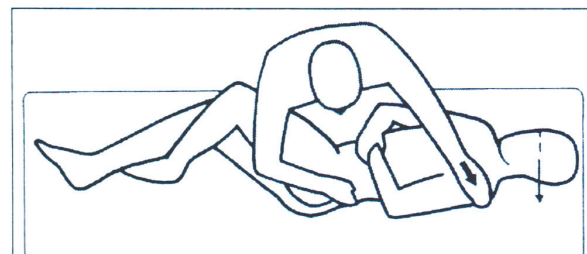


Fig. 2. Mobilizarea în poziție neutră, decubit lateral.

2. Mobilizarea cu deplasarea dorsală S<sub>1</sub>, L<sub>5</sub>, L<sub>2</sub>, decubit lateral (după I.V. Ciucurov) (fig.3).

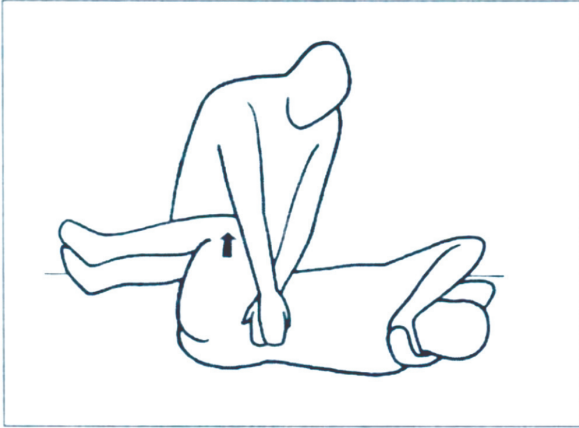


Fig.3. Mobilizarea cu deplasarea dorsală S<sub>1</sub>, L<sub>5</sub>, L<sub>2</sub>, decubit lateral

3. Compresia ischemică. Medicul exercită o presiune asupra punctului „trigger” cu pernuțele degetelor până când pacientul simte o durere pronunțată timp de 40/60 secunde, cu scurtarea izometrică și cu urmarea unei relaxări postizometrice. Repetând de câteva ori, pe fonul relaxării musculare și durerii, de asemenea, se mărește treptat forța de compresie.

4. Release-efect. Metoda constă în întinderea pielii, a formațiunilor subcutanate, inclusiv structura musculo-fascială deasupra zonei trigger, în părți, până la atingerea barierei în decurs de 1-2 minute.

**Tehnica relaxării postizometrice a mușchilor.** Esența metodei constă în relaxarea musculară, obținută după extinderea pasivă ca urmare a lucrului efectuat de ea în regim izometric, timp de 7-12 secunde. Încărcarea statică și extinderea pasivă a mușchilor se repetă de 3-5 ori, până la instalarea unui efect analgezic și a unei relaxări a mușchiului corespunzător. Are loc o întindere musculară maximală.

Metodele de acțiune unimomentane asupra articulațiilor cu efect de pârghie - manipulații asupra coloanei vertebrale.

La prima etapă s-au folosit exerciții orientate spre relaxarea musculară a acelor mușchi, situați circular în jurul segmentului blocat, în combinație cu relaxarea postizometrică musculară, ceea ce duce la diminuarea sindromului dolo. În regiunea lombosacrată s-au executat exerciții ușoare, simetrice, de încălzire a mușchilor paravertebrali, masându-i, extinzând mușchii regiunii lombare cu amândouă mâinile, dispuse în formă de evantai. Aceste manevre se asociază cu încordarea mușchiului iliac: bolnavul culcat pe spate flectează piciorul și se străduie să țină strâns genunchiul lipit la piept, iar medicul care îndeplinește manopera îi opune rezistență. Apoi medicul încet întinde mușchiul, realizând extensia piciorului.

La etapa a doua a terapiei manuale, se execută exerciții, care mobilizează coloana vertebrală. În cursul manevrelor asupra coloanei vertebrale, fiecare exercițiu se efectuează de câteva ori, durata procedurii poate ajunge până la 45 minute.

Semnele clinice ale lichidării blocajului funcțional – dispariția limitării mișcărilor, senzații de căldură, dispariția senzației dureroase în locul palpării proceselor transversale.

La etapa de acutizare a bolii, pentru înlăturarea simptomelor de durere s-a indicat: „Detensor” terapia, tehnicile menajante de terapie manuală. O stabilizare pasivă s-a obținut

prin urmarea regimului ortopedic, în decurs de 2-3 zile și cu utilizarea unor fixatoare – orteză semidură.

După jugularea sindromului algic, în stadiul de regresie, s-au aplicat manevre ale terapiei manuale, mijloace pentru crearea unei miofixări musculare locale, active, pacientul a practicat exerciții de autotraining postizometric, iar pe partea lombară i s-a aplicat parafină.

Metoda de gimnastică izometrică este similară cu metoda mai sus menționată, diferențiindu-se doar prin faptul, că nu se folosește faza de întindere a mușchiului.

Complexul de exerciții fizice terapeutice, conform metodei PIR (expusă de K. Levit) se indică diferențiat: în blocuri funcționale, în regiunea lombară cu lordoză atenuată, în blocuri funcționale în regiunea lombară cu scolioză antalgică, în patologii discogene ale segmentului lombar cu sindrom bulbar. În instabilitatea segmentului lombar al coloanei vertebrale, s-a utilizat tehnica PIR, elaborată în cadrul Institutului de Patologie a Coloanei Vertebrale „M. I. Sitenko” din Harkov, cu modificările noastre.

Aplicarea mijloacelor pentru imobilizare în terapia manuală este contraindicată persoanelor cu sindrom dureros foarte pronunțat, când nu sunt posibile numai unele schimbări în segmentul lombar, precum și la prezența unor deformații structurale (scolioză displazică de orice grad, cifoză fixată, spondilolisteză etc). O imobilizare exagerată, în acest caz, poate duce la o decompensare a procesului patologic de bază și la progresarea deformației. Metoda de relaxare postizometrică nu are contraindicații.

### Bibliografie

1. Bogduk N. Modern manual therapy of the vertebral column / Ed. GP Grieve. Edinburg, 1986;396-404.
2. Dvorak J, Dvorak V. Stuttgart. *Manuelle Medizin (Therapie)*. 1986;1:62-81.
3. Levin KH, Covington EC, Deveraux MW, et al. Neck and Back Pain. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2000;19106:204.
4. Crieve CP. Modern manual therapy. Churchill Livingstone. 1995;856.
5. Frish H, Roex J. *Terapia manuala*. Warszawa, 2001;192.
6. Șavga NG, Șavga NN. Terapie antihomotoxică în sindromul algic extravisceral. În: Simpoziul științific internațional „Terapie antihomotoxică: realizări și perspective”. Chișinău, 2001;43-45.
7. Șavga NG, Șavga NN. Utilizarea sistemului „DETENSOR” în sindromul algic extravertebral. *Buletin de Perinatologie*. 2001;1:142.
8. Веселовский ВП. Медицинские стандарты вертеброгенных заболеваний нервной системы. *Неврологический журнал*. 1997;2:27-30.
9. Иваничев А. Нейрофизиологические механизмы вертебровисцеральной боли. *Мануальная медицина*. 1993;5:26-29.
10. Корж АА, Хвисюк НН, Продан АН. Мануальная терапия остеохондроза позвоночника. *Ортопедическая травматология*. 1990;10:69-76.
11. Красноярова НА. Мануальная терапия как патогенетический метод лечения вертеброгенных и миофасциальных болевых синдромов. Клинические и теоретические аспекты боли. Москва, 2001;145-146.
12. Лиев АА. Мануальная терапия миофасциальных болевых синдромов. Днепропетровск, 1993;141.
13. Штраус И, Кинляйн К, Балакирева О, и др. *Клин. Вестн*. 1996;1:64-65.

**Nicolae Șavga, dr., conferențiar**  
Catedra de Chirurgie Pediatrică  
USMF „Nicolae Testemițanu”  
Laboratorul „Infecții chirurgicale la copii”  
Chișinău, str. Burebista, 93  
Tel.: 559653  
E-mail: niknik20086@rambler.ru

Recepționat 6.11.2009