

## TEORIA ŞI PRACTICA REABILITĂRII ÎN MEDICINA CONTEMPORANĂ

dr. L. Birek, dr. Z. Rákosfalvy

Directivele C.C. al P.C.R. cu privire la îmbunătăţirea asistenţei medicale a populaţiei arată că „o atenţie deosebită trebuie acordată tratamentelor de recuperare, prin organizarea unor unităţi spitaliceşti îndeosebi pentru bolnavii cu deficienţe motorii...” şi „să se ia măsuri pentru organizarea depistării îmbolnăvirilor în faza cit mai precoce, creîndu-se posibilitatea opririi evoluţiei şi recuperării funcţionale cit mai complete a bolnavului“. Astfel, în cadrul ridicării substanţiale a calităţii deservirii medicale în ţara noastră, reabilitarea (recuperarea funcţională) medicală devine o sarcină importantă reabilizabilă în viitorul apropiat.

Secţia noastră de fizioterapie se încadrează în categoria de unităţi amintite în directive. După primul ei an de activitate a reieşit că majoritatea celor internaţi necesitau măsuri complexe terapeutice de reabilitare medicală (rm). Morbiditatea staţionarului a cuprins de altfel cca. 50% patologie disco-vertebrală, 30% alte afecţiuni locomotorii şi 20% boli ortopedice şi neurologice. Au fost create condiţii corespunzătoare pentru practicarea ştiinţifică a recuperării funcţionale, specialiştii putîndu-se ghida după normele stabilite de Centrul metodologic de reumatologie şi de Institutul de balneologie şi fizioterapie. Fiind participanţi activi ai unui recent congres mondial am avut ocazia de a cunoaşte şi nivelul mondial atins de această ramură a medicinei. Elaborarea unor consideraţii pe marginea temei propuse în titlul acestei lucrări este deci motivată.

Vom aborda în cele ce urmează unele probleme privitoare la: I. concepţia actuală asupra specialităţii de reabilitare medicală; II. grupele de bolnavi care au neapărată nevoie de ea; III. competenţa de a o practica şi, în sfîrşit IV. nivelul mondial actual al reabilitării medicale în lumina datelor unui congres internaţional.

*Ad. 1.* Este o specialitate modernă născută în secolul nostru, concepţiile asupra ei schimbîndu-se pe măsura în care şi mijloacele se multiplică necontenit. Apare în realitate ca o necesitate generată de o serie de factori ai contemporaneităţii, dintre care cităm: creşterea în ultima jumătate de secol a vârstei medii a populaţiei cu cca. 20 de ani, numărul celor peste 65 de ani dublîndu-se între 1950 şi 1980; paralel cu acest fenomen o pondere mai mare a bolilor cronice invalidizante; explozia de accidente de muncă şi de circulaţie, infirmităţi legate de războaie etc.

Medicina clasică se putea mulţumi cu spectaculozitatea efectului unei operaţiuni sau cu ajutorul prompt, salvator al medicinei interne, în bolile acute. Şi înainte s-a făcut mult pentru un reumatic, dar practic nu s-a intervenit la timpul oportun pentru prevenirea sau reducerea incapacităţii funcţionale, a atrofiilor musculare, a deformaţiilor sau a anchilozelor în poziţii vicioase. Dacă astfel, asistenţa episodică pentru anumite boli specifice a atins un nivel deosebit de înalt, lipsea însă concepţia dinamică de a vedea bolnavul dincolo de diagnosticul său, ca o persoană

integrată în societate, ca un om legat de mediul său, prin problemele sale emoționale, profesionale, sociale. Era necesară — în lumea veșnic schimbătoare a medicinei — separarea unei ramuri, specialități, care să se ocupe cu mijloacele sale proprii și multilateral de cel invalidizat prin boală.

S-a încercat o primă definiție în 1950, arătându-se că rm corespunde ansamblului de măsuri care permit oricărei persoane handicapate în urma unui accident sau unei maladii de a-și recăpăta pînă la maximum posibil capacitățile sale fizice, psihice, sociale și economice. Se antrenează în acest scop capacitățile reziduale existente cu potențial de dezvoltare după vindecarea biologică a bolii de bază, ținându-se cont mai puțin de cele pierdute. Realizarea unor astfel de sarcini înseamnă totodată și descreșterea gradului de dependență a celui deficient de anturajul său. Reaciționându-și pînă la maximum abilitățile pierdute el se va putea reintegra în această microsocietate fără a simți că reprezintă un balast pentru ea.

În felul acesta rm este menită să rezolve, pentru bolnavul cronic, problemele lăsate nerezolvate de celelalte specialități, după ce acestea au făcut tot posibilul în stadiul acut sau subacut al bolii respective. Responsabilitatea față de bolnavul cronic, pentru mai departe, o poartă medicii care se ocupă cu rm. Noul în concepție ar fi următorul: a salva viața bolnavului este doar scopul primar al medicinei, datoria medicului ia sfîrșit însă abia atunci cînd infirmul — cel invalidizat de boală — conștient de valoarea sa umană, cu tot handicapul său se reintegrează și-și reocupă locul în societate.

Vorbind despre reumatism I. Stoia arată că, după stabilizarea procesului, bolnavul iese din spital „ameliorat“, fără dureri dar cu anchiloze. În absența unui „sistem de recuperare“, readaptare (toate sarcini incluse în noțiunea de rm-nota autorilor) ... nu am făcut totul pentru un reumatic“.

Fallet vorbește de trei etape în rm: reeducare, recuperare, readaptare. Fără a intra în discuții de nomenclatură, noi adoptăm și folosim termenul de rm, care e cel mai cuprinzător, înglobînd sau cel puțin dominînd celelalte noțiuni cu inițiale de R.

Din însăși definiția enunțată reiese că sarcinile noii specialități vor fi multiple și de naturi diferite: medicale, tehnice, profesionale și sociale. Primatul și rolul conducător al medicinei în rezolvarea lor le va deține medicul specialist care singurul va fi în stare să evalueze just incapacitatea bolnavului, să-i prescrie planul de tratament și să-l supravegheze în continuare în toate împrejurările.

Ad. II. Este întemeiată afirmația lui Tedder că viața nu constă numai în a trăi, căci omul care trăiește trebuie să se simtă în același timp și bine. Aceasta se referă nu numai la bătrîni, ci îndeosebi, la o serie de bolnavi care necesită în primul rînd rm. Enumerăm principalele grupe de bolnavi care necesită rm, după cum urmează:

a) Hemiplegicii cu accidente vasculare cerebrale. Fără rm 54% din ei rămîny dependenți, prin mijloace de rm se relatează reușite pînă la 95%. În ceea ce privește reaciționarea capacității de a umbla.

b) Reumaticii. O serie de preartroze, în parte juvenile, apoi artrozele constituite, spondiloză și coxartrozele îndeosebi, beneficiază cel mai mult de acest tratament prin reaciționarea capacității de muncă în producție. În PCE este necesară o rm precoce împotriva tendinței de anchiloze și deformări. Pentru bolnavul spondilitic gimnastica medicală (parte din rm) reprezintă mijlocul cel mai eficient de amfnare a rigidității.

c) Cardio-vascularii și bolnavii cu afecțiuni respiratorii. Reabilitarea după infarct duce la rezultate foarte promițătoare ca și măsurile complexe luate pentru prevenirea și combaterea insuficiențelor respiratorii în operații pe plămîn.

d) Accidentații la locul de muncă și mutilații accidentelor rutiere. Rezultate strălucite se relatează la cei amputați pentru traumatisme.

e) Bolnavii cu fracturi complicate lichidate cu sechele, cu tulburări de statică și dinamică, sau circulație deficitară.

f) Victimele unor imobilizări prelungite, cei tratați incompetent în aceste perioade când neînvalizi pot deveni infirmi, aspect nu prea rar de iatrogenie.

g) Bolnavii cu afecțiuni neurologice, cu leziuni medulare, sau ale nervilor periferici, cu sechele postoperatorii care de multe ori necesită metode speciale de rm. În sensul larg al noțiunii de rm intră și cei retardați mintal, orbii și surzii

h) Cei suferinzi de unele neuroze. Neuroza reactivă din bolile cronice, așa-zisul „reumatism psihogen” intră în această categorie. Algiile spatelui fără o cauză organică — de exemplu reumatismul psihogen — afecțiune atât de răspândită, beneficiază neapărat de rm.

i) Numeroși bolnavi care în urma afecțiunilor de mai sus sau a altor boli au nevoie de prescrierea și folosirea unei proteze, aparate de mers, de comunicare etc.

*Ad. III.* Deși rm reprezintă încă o specialitate în plină dezvoltare — abia trecută de perioada copilăriei — și cu granițe imperfect delimitate, „la răspîntia tuturor specialităților medicale” după cum afirmă *Fallet*, s-a precizat deja destul de exact răspunderea personală a celor care sînt chemați și competenți să o pună în aplicare, să o practice.

„Lățimea” sa după expresia lui *Sandler*, sau spectrul său larg de acțiune, a dus la început la o lozincă greșită conform căreia rm ar fi fost sarcina fiecărui medic. Afirmatia rămîne justă doar în înțelesul că rm apare la un moment dat în raza de activitate a numeroaselor specialități ca o completare a activității lor medicale specifice. Dar pregătirea, aptitudinile și experiența necesară pentru a o practica nu o poate avea fiecare medic. Nu e admis să se confunde segmentul circumscris al activității parțiale de reabilitare al unui medic oarecare cu rm luată în concepția modernă, cuprinzătoare. Medicul practician sau de altă specialitate va trebui să-și dea seama de limitele posibilităților sale de rm, adică de ceea ce poate rezolva el singur și cînd devine necesară îndrumarea sau transferarea bolnavului la centrul special de rm.

Rm se realizează printr-o muncă de echipă. Fiind o specialitate multidisciplinară se practică prin efortul conjugat al mai multor experți. Fiecare membru al acestui colectiv va examina bolnavul, stabilind un diagnostic exact și apoi printr-o hotărîre comună vor prescrie un plan de perspectivă privind măsurile complexe de rm, ținînd seama în primul rînd de abilitățile rămase, cu perspective de dezvoltare prin exersare, ale bolnavului. Această terapie nu se poate șabloniza, este o terapie strict individualizată. Se subliniază în mod repetat că membrii echipei medicale trebuie să fie bine pregătiți în specialitatea lor, în materie de rm nu e loc pentru începători.

Din echipă fac parte fizioterapeutul, reumatologul, specialistul de boli profesionale, ajutați la nevoie de internist, ortoped, neurochirurg și neuropsihiatru și de specialistul în chirurgie reparatoare. În decursul întregii activități are loc o „fertilizare reciprocă” foarte rodnică a specialităților reprezentate. Echipei de experți i se atașează tehnicieni „paramedicali”, fizioterapeuți, ergoterapeuți, de CFM, psihologi-defectologi, îndrumători profesionali și activiști sociali. Centrul *Lethebridge* din Montreal, pe care l-am vizitat, asigură asistența medicală ambulatorie, pe baza acestor principii, pentru 300 de bolnavi zilnic.

În cadrul unui spital modern, rm devine o disciplină și secție independentă, deosebită de simpla fizioterapie aplicată intra- sau posttratament și aplicabilă în majoritatea celorlalte secții.

Se mai poate discuta despre persoana indicată de a coordona întreaga acțiune de rm Majoritatea părerilor converg spre medicul fizioterapeut. Alții ca *Stolz* luînd cazul particular al deficienților motori reumatici, singurii tratați de altfel

În modernă instituție de recuperare de la București, susțin că, reabilitarea acestora nu poate să fie rezolvată decît sub îndrumarea directă a reumatologului. Poate că ar fi potrivit ca centrul de rm să fie o clinică cu profil simultan de reumatologie și medicină fizică, cum este clinica prof. *Böni* din Zürich sau majoritatea departamentelor de medicină fizică și reabilitare din Marea Britanie. Desigur, uneori nu este exclusă necesitatea înființării unor centre de subspecialitate în materie de rm, cum ar fi centrele pentru paraplegici sau spastici sau pentru cei cu sechele de poliomielită. În aceste centre, conducerea o poate avea neurologul, respectîndu-se totuși principiile enunțate, pe care anglo-saxonii le numesc simplu și cuprinzător „team-approach”. De altfel, centrele de rm existente la noi în țară, cum e cel de la Sibiu, lucrează după aceste principii.

Realizarea sarcinilor de rm cere un mare volum de muncă. În SUA 10% din bolnavi au nevoie de o rm complexă, dar efortul depus deși există încă un mare deficit de specialiști este mult mai mare de 10% din întregul volum de muncă al asistenței sanitare. După *Killen* în SUA activează doar o treime din fizioterapeuții care ar fi necesari. Statistici din Europa arată că, 5% din bolnavii unui spital necesită rm adevărată și 50% fizioterapie simplă. În Olanda 40.000 de persoane ar avea nevoie anual de o rm extensivă pentru care ar fi necesari 470 de medici fizioterapeuți (în 1967 existau doar 49) și 2400 cadre medii (existente 2300). În U.R.S.S. 60% din bolnavii internați în spital și 25% din cei de la policlinică beneficiază de fizioterapie simplă. La noi, în ultimii zece ani s-a realizat un salt calitativ în materie de rm, prin înființarea de noi secții de fizioterapie, prin modernizarea aparatului și mai ales prin numeroasele lucrări originale realizate la nivelul centrelor metodologice de vîrf amintite mai sus.

În 1964 a avut loc primul simpozion internațional de rm al țărilor socialiste. În 1968 s-a înființat Asociația internațională de reabilitare medicală (IRMA) cu scopul de a răspîndi problemele de concepție și de practică ale acestei specialități, cu largi implicații nu numai medicale, ci și sociale. De acord cu *Shields* după care „o îngrijire medicală completă include rm” întrezărim în esența acestei specialități note profunde umanitariste, concordante de altfel cu scopurile eterne ale profesiunii medicale. Medicina socialismului face uz din plin de ea creînd din ce în ce mai mult condițiile ca rm să ajungă la îndemîna fiecărui cetățean care o necesită.

Ad. IV. Cel de al V-lea Congres internațional de medicină fizică, 25—31 august 1968 Montreal, a reprezentat prin însăși tema sa principală: legătura indisolubilă dintre medicină și inginerie, medicină și electronică, o trecere în revistă a celor mai moderne probleme de rm. Cele șapte subsecții au reflectat de asemenea această orientare, ocupîndu-se de biomecanica protezelor, anatomia funcțională a spatelui și membrilor, aparate de mers, electronică biomedicală mijloace de comunicări electronice pentru invalizi, studii de patologie nervoasă a spasticității. Acest aspect aparent de o „varia” cu dimensiuni gigantice a demonstrat excelent caracterul multidisciplinar al rm.

Aproape jumătate din cele 170 de lucrări prezentate în subsecții s-au ocupat direct de probleme de rm în dorso-lumbalgiei cronice, în stări postoperatorii la discopați, de rm după infarct miocardic, în boli respiratorii, scleroza în plăci, polinevrite, leziuni medulare și tumori maligne.

Mijloacele de investigație modernă prezentate (electromiografie, electromiografie combinată cu cinematografie, telemetrie, accelerometria musculară, măsurători vitale ale presiunii intradiscală, de conductibilitate nervoasă, baterii de test-pentru decelarea insuficienței respiratorii, compararea diagnosticelor obținute de medic și computer etc., etc.) reprezintă de asemenea părți constitutive din activitatea depusă în cadrul rm.

O ședință plenară s-a ocupat de învățămîntul medical și formarea specialistului. În Anglia, un fizioterapeut trecînd întîi prin clinica de medicină internă ajunge să-și obțină diploma de specialist în fizioterapie în 7—11 ani de la începerea stagiului. Un nou termen propus a fost acela de fiziater (medic-iatros care practică medicina fizică). S-a discutat mult și despre formarea personalului paramedical, deosebit de important, în care materie noi avem tradiții atît de adînci, moștenite din școala lui Marius Sturza.

Deși considerată ca activitate paramedicală s-au prezentat lucrări în legătură cu manipulațiunile vertebrale, subliniindu-se raționalul și admisibilul în această ramură terapeutică mult controversată.

Nivelul ridicat al congresului a fost asigurat și de prezența activă a unor persoane medicale marcante ca Frank H. Krusen, Sidney Licht din S.U.A., A. Grostord, R. Maigne din Franța, V. R. Ott și E. Schliephake din R.F.G. și încă mulți alții. O participare numeroasă și de înaltă ținută din partea gazdelor canadiene, cu reprezentanți ca G. Gingras, B. Talbot, Mongeau a adus de asemenea un aport substanțial lucrărilor congresului. Aproape toate țările socialiste din Europa au fost reprezentate cu delegații, ce e drept puțin numeroase dar active și mult apreciate.

Din multiplele date, care ne-au reținut atenția în cele 5 zile ale congresului, am spicui citeva din cele care ni s-au părut a fi deosebit de interesante.

În materie de reumatologie: S-a insistat asupra necesității ameliorării circulației în reumatism, autorii polonezi demonstrînd efectul unui medicament antireumatic în compoziția căruia intră un vasodilatator. Elongația vertebrală intermitentă s-a dovedit a fi mai utilă decît cea continuă. Eficacitatea măsurilor de rm în osteonecroza capului femoral în a cărei etiologie se conturează două aspecte noi, acelea legate de factorul cauzal al corticoterapiei generale și al alcoolismului cronic. Sinovectomia precoce a devenit astăzi un tratament standard în PCE, vizînd oprirea evolutivității acestei boli.

Multe lucrări s-au ocupat de reabilitarea bolnavului cu infarct miocardic. Kanaar a lansat o „chemare monumentală” pentru prevenirea acestei boli, printr-un plan complex elaborat de el pentru depistarea susceptibililor la infarct, pentru menținerea condiției fizice prin C.F.M. în stările de postinfarct. Comunicatorul din R.F.G. a afirmat, după o amplă expunere, că problema rm după infarct este departe de a fi încă rezolvată în țara sa.

În materie de bronho-pneumologie: Se accentuează marea importanță și eficiență a gimnasticii respiratorii simple, cu rezultate bune la 53% dintre lobectomizați, 69% dintre decorticați și 16% dintre emfizematoși. Reeducarea respiratorie posibilă în astmul bronșic. Reducerea hipoxiei în mai multe categorii de boli, prin amenajarea de săli cu aer condiționat și cu un conținut constant ridicat de oxigen.

Prof. Schliephake a demonstrat acțiunea undelor ultrascurte asupra sistemului endocrin. Prin efectele obținute după 30 de ani de experiență, a prezentat cîteva cazuri de tumori maligne inoperabile, purtătorii cărora au fost ținuți în viață prin tratamente de 6—12 luni pe un interval de 8—15 ani.

Foarte interesante au fost cele două expoziții (științifică și tehnică) prezentate în incinta marelui hotel *Queen Elizabeth*, sediul întregului congres. Cele 40 de firme care alături de guvernul federal canadian și guvernele provinciilor și de cele opt organizații de sănătate mondiale au contribuit la organizarea congresului, majoritatea au prezentat exponate la un înalt nivel tehnic. Dintre acestea amintim:

- proteze de diferite tipuri, cu un lichid compressibil, de forme variate și 18 modele de mână artificială;
- aparate ingenioase și simple de tracțiune vertebrală, îndeosebi pentru coloana cervicală;
- cărucioare pentru invalizi și paralizați de diferite tipuri;
- un pat experimental special pentru prevenirea escarelor;
- stimulatori electrici implantabili în vezica urinară;
- aparate portabile de oxigen și diferiți aerosoli pentru hipoxici;
- compresori pentru tratamentul limfedemelor;
- un sistem de computeri care imaginează toate datele unui spital modern;
- un aparat Sonodynator-Siemens care combină curenții diadinamici cu ultrasunetul etc., etc., pentru a arăta doar câteva aspecte tehnice moderne de rm.

În concluzie, reproducem cuvinte auzite la acest congres: „Specialitatea noastră recunoaște că ființa umană nu poate fi divizată în mai multe părți, care ar putea fi tratate independent unele de altele. Noi ne interesăm de individ în totalitatea lui din punct de vedere mintal, emoțional și fizic. Sintem angajați într-un aspect foarte vast al medicinei și credem că programul nostru științific va releva acest fapt, în care caz ne-am atins scopul“.

*Sosit la redacție: 17 iunie 1969.*

#### *Bibliografie*

1. Al V-lea Congres Internațional de Medicină Fizică 25—31 august 1968, Montreal, Canada;
2. KRUSEN-KOTTKE-ELLWOOD: Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation W. B. Saunders, Philadelphia—London, 1965;
3. STOIA I., STROESCU I., ROVINESCU I., NEGOESCU M., CIVICĂ D.: Reabilitarea bolnavilor reumatici cu deficiențe motorii, Ed. Med. București, 1966.