

VI. Nemzetközi Bemer Orvos Kongresszus

2017. Budapest



Orvosoknak 12 továbbképzési pont!

Egészségügyi szakdolgozóknak 18 továbbképzési pont!

AEEK által akkreditálva.

BEMER Medical Technic Ltd. | 1152 Budapest, Szentmihályi út 137.

Tel.: 0036 (1) 415-08-84 | Fax: 0036 (1) 415-08-85 | www.bemer.hu | info@bemer.hu

A mikrokeringési zavarok legújabb patofiziológiai ismereteinek összegzése, valamint a jelenleg elérhető diagnosztikai és terápiás lehetőségek és ezek határai.

Prof. Dr. med. R. Klopp / Mikrocirkulációs Intézet, Berlin / IB Főiskola, Berlin.

- A szervi vérkeringésre és periodicitásaira vonatkozó aktuális ismeretek összegzése.
- A (lokális) szabályozási zavarok stimulációjáról.
- A „fizikai érterápia” sebgyógyulási zavarokkal küzdő geriátriai pácienseknél történő alkalmazására vonatkozó tanulmány eredményei.
- Egy minőségirányítási tanulmány eredményeinek első közlése
(A mikrokeringés stimulációjára szolgáló, kereskedelmi forgalomban elérhető 21 készülék összehasonlítása).
- Kitekintés.

A krónikus betegségek kihívásai: érkezett egy új kezelési paradigma ideje?

Fred Harms

Alelnök // Europäische Stiftung für Gesundheit European Health Care Foundation EUHCF

Túl sok vagy túl kevés egészségügyi az egészségügyi szolgáltató? Hatékony az egészségügyi ellátás vagy éppen a jövőnket herdáljuk el? Még több innovációra vagy pont inkább több generikus megoldásra van szükségünk? Kell-e, hogy mindent az állam szabályozzon? Kell-e az egyénnek nagyobb – főleg pénzügyi jellegű – felelősséget vállalnia? Ilyen és hasonló kérdésekről folyik évek óta a vita és a rájuk született válaszok aligha lehetnének szerteágzóbbak.

A kiinduló pont is több mint egyértelmű – a 19. században, az emberek 80 %-a fertőző betegségben halt meg és ez a szám még 1930-ban is majdnem 50% körül járt. Ezzel szemben 1980 óta Ausztriában, Németországban és Magyarországon csak kb. 1%-a az embereknek hal meg akut betegségben.

Ennek ellenére: az emberek változatlanul meghalnak. Azonban mindössze fél évszázad leforgása alatt teljesen megváltozott a halálok: már nem háborúk, járványok és sebesülések az okai a legtöbb halálesetnek. Ehelyett az iparosodott országokban 10-ből 9 ember krónikus betegségekben hal meg.

Ausztriában, Németországban és Magyarországon az emberek 25%-a szenved krónikus betegségben. Becslések szerint 9 millió ember szenved krónikus hátfájástól, 7 millió térdizületi artrózistól, 5 millió poliartrózistól és körülbelül 2,5 millióan érintettek gyulladós reumás megbetegedésekben. 4,5 millió embernek van kezelést igénylő depressziója, 2 millióan vannak, akik demenciában és 1,5 millióan, akik Alzheimer-kórban szenvednek. Évente 400,000 embert érint a szívinfarktus és kétpercenként kap valaki stroke-ot.

Akut, illetve krónikus megbetegedések ellátása

Milyen alapvető különbség van az akut és a krónikus megbetegedések ellátása között? Jellegzetesen meghatározó, hogy mekkora befolyásuk van a betegeknek a felépülésükre vagy a terápiájuk sikerére. Akut megbetegedések esetén a betegeknek relatíve kevés befolyásuk van a felépülésükre. Ezekben az esetekben a betegnek inkább egy hatásos antibiotikum vagy egy hozzáértő sebész kell. Ezeknél a klasszikus eseteknél az orvosnak mindenekelőtt, el kell magyaráznia a betegnek, hogy pontosan mit tehet az orvostudomány a betegért? A további kommunikáció alapján véve arról szól, hogy tájékoztassák a beteget, hogy a terápiás intézkedéseken túl mit tehetnek és mit kell kerülniük – ami akut megbetegedések esetén teljesen helyénvaló és bizonyítottan hatásos. A betegre háruló szerep: annak eldöntése, hogy elfogadják-e a terápiát?

Azonban az elmúlt évtizedekben alapvetően megváltoztak az igények. Manapság a betegek zöme hátfájással, kardiovaszkuláris panaszokkal, 2-es típusú diabéteszsel, depresszióval, a dohányosok pedig COPD tüneteivel, illetve előbbieket keverékével azaz multimorbiditás jeleivel mennek el szakrendelésekre vagy a kórházba. Ez különösképp a háziorvosok esetében azt jelenti, hogy idejük 85%-ában ezen öt betegség tünet kezelésével foglalkoznak. Ennek a morbiditási képnek egy új jellemzője, hogy nem az orvosnak, hanem a betegnek magának van a legnagyobb befolyása a terápia sikerére.

A BEMER terápia hatásosságát alátámasztó tudományos bizonyítékok

A BEMER rendszer és egy az érfelmozgást stimuláló jel használatával a következő mikrokeringési változásokat sikerült bizonyítani: a korábban alacsonyszámú spontán vazomóciós hullámok erősödése, emelkedett arteriolás és venulás áramlás, megnövekedett számú érsejtet perfundáló kapillárisok és ennek köszönhetően jobb véreloszlás a mikroérrendszerben, többszörösére növekedett venulás oxigén felhasználás és a leukociták immunológiai viselkedésére gyakorolt pozitív befolyás, megnövekedett adhézio és transzmigráció. Manapság a BEMER technológia különleges kezelőrendszerekkel történő használata hatékony, célzott és kézzel fogható kezelési módszer a diszfunkcionális mikrokeringéssel jellemzett betegségek esetében.

Mivel a farmakológiai beavatkozások - különösen a kisebb, autóritmikus érfelmozgással bíró arteriolák esetében - meglehetősen korlátozottak, a BEMER[®] Fizikai Érterápia gyakorlatilag egyedülálló lehetőség a mikrokeringési rendszer kezelésére. Ha figyelembe vesszük, hogy több keringési megbetegedés hátterében állapították meg a diszfunkcionális mikrokeringést, mint okot, ami több hétköznapi betegséget (hátfájás, 2-es típusú diabétesz, szív- és érrendszeri betegségek) is hátrányosan befolyásol, akkor rögtön egyértelművé válik a komplementer terápia koncepciójának orvosi és gazdasági jelentősége. Habár a BEMER[®] Fizikai Érterápia orvosilag releváns hatásai nem teszik lehetővé az eddig alkalmazott kezelési elgondolások elvetését, mégis hatékony, terápiára optimalizált komplementer módszerként alkalmazható több különböző indikáció esetén.

Piaci utánkövetés

Az engedélyezett gyógyászati segédeszközök esetében jogszabályban előírt piaci ellenőrzés keretében 2011 áprilisa és 2013 márciusa között 658 validált betegkérdőív segítségével sikerült megállapítani, hogy három – az alvászavarok (Jensen score), a Borg-féle fájdalomintenzitás és az SF12, az testi egészségügyi állapot (életminőség) értékelésére szolgáló - tudományosan elfogadott skála esetében sikerült minden területen jelentős javulást kimutatni a klinikai/fizikai paraméterek

esetében. Az összes beteg közül, a megkérdezettek 72%-a szenvedett valamilyen izom- és vázrendszeri panasz miatt. A vizsgálatban résztvevők 48%-a - akiknek több mint fele (megközelítőleg 70%) már több mint egy éve érzett tüneteket – tapasztalt javulást az egészségügyi állapotában. A betegek további 20%-a számolt be részleges javulásról.

Ebből szempontból az összes felhasználó két-harmadának használt a BEMER® Fizikai Érterápia. Ez az eredmény jól mutatja, hogy mi mindent lehet elérni a releváns technológiákkal kezelt betegeknél feltéve, hogy elegendő motivációt kapnak egy szakképzett terápia szakembertől. Pontosan ilyen lehet az egészségügyi rendszerünk jövője. Pontosan ezen a ponton járul hozzá a BEMER Int. AG következetesen a betegellátás fejlesztéséhez.

Fizioterápiával kombinált BEMER kezelés mozgásszervi betegeken. Randomizált, kettős-vak nyomon követéses vizsgálat. A pilot study.

Bender Tamás M.D., Ph.D., D.Sc.

Gyulai Franciska, Rába Katalin, Baranyai Ildikó, Berkes Enikő

Budai Irgalmasrendi Kórház

Összefoglaló

Háttér

A BEMER® terápia fizikai paraméteriben különbözik a hagyományos pulzáló mágneses kezeléstől. Munkánk során térdarthrózisban és krónikus derékfájásban szenvedő betegek adjuváns BEMER terápiájának hatását kívántuk vizsgálni randomizált kettős vak módszerrel.

Módszer

A vizsgálatban összesen 50 krónikus derékfájdalomban és 50 térdarthrózisban szenvedő beteg vett részt, akiket 4, egyenként 25 fős csoportba osztottuk (25 kezelt, 25 placebo). A bent fekvő betegek 3 héten át standardizált fizioterápiás kezeléscsomagot kaptak, melyet BEMER terápiával illetve placebo BEMER egészítettünk ki. Kimeneti paraméterként derékfájás esetében az Ostwestry indexet a VAS-t, az SF 36-t skálát illetve a Facet fáradtsági skálát néztük, Térdarthrózis esetén a WOMAC indexet, a VAS-t, az SF 36-t skála illetve a Facet fáradtság skála volt a vizsgálati paraméter.

Eredmény

Derékfájás esetében az első és második vizit eredményeit összehasonlítva a VAS nyugalmi értéke és a fáradtság skála szignifikánsan javult, a VAS terhelési érték megközelítette a szignifikancia szintet, az OSWESTRY értékben és az életminőségben nem történt változás. Az első és harmadik mérést összehasonlítva egyik értékben sem történt szignifikáns változás. Térdarthrózisban az első és második mérés eredményei összehasonlítva egyik paraméter sem javult szignifikánsan, az első és harmadik értékeket összehasonlítva a fáradtságskála szignifikánsan javult, csakúgy, mint az életminőség skálán a vitalitás vizsgálat.

Következtetés

Vizsgálatunk alapján megállapíthatjuk, hogy a BEMER® fizikai érterápia rövidtávon csökkentette a fájdalmat és a fáradtságérzetet krónikus derékfájós betegeken, de hosszú távú hatáshoz tartós alkalmazás szükséges, míg térdarthrózis esetén a hosszú távú kezelés tűnik hasznosnak.

Kulcsszó: BEMER, fizikai érterápia, fájdalom, mágneses mező, derékfájás, arthrosis

BEMER terápia – hatékonyság, eredmények az andrológiai gyakorlatban

Dr. Erdei Edit Ph.D.

Honvédkórház – Állami Egészségügyi Központ, Urológiai Osztály

Andrológiai Központ

Európai Andrológiai Akadémia

Képző Centruma

Az andrológia a férfivel, a férfi egészséggel foglalkozó tudományterület, amely viszonylag rövid múltra tekint vissza. Dinamikus fejlődését mutatja, hogy ma már különböző szakterületeket foglal magába: a férfimeddséget, a szexuális élet zavarait, a férfiklimaxot és a férfi fogamzásgátlás.

Az andrológia, mint önálló szakterület jelentőségét az adja, hogy Magyarországon a demográfiai mutatók tartósan rossz tendenciát mutatnak (alacsony születési szám, magas halálozási szám).

2010-ben az Európai Urológusok Társasága egy nemzetközi multicentrikus vizsgálat alapján állapította meg, hogy a férfimeddség okai jelenleg hogyan oszthatóak.

Ismeretlen eredet	31,0%
Here leszállási zavar	7,8%
Gyulladások	8,0%
Szexuális zavarok, ejakulációs zavarok	5,9%
Általános, szisztémás betegségek	3,1%
Herevisszértágulat	15,6%
Hormonális okok	8,9%
Immunológiai okok	4,5%
Ondóúti elzáródások	1,7%
Egyéb eltérések	5,5%

Míg régen egyértelműen a nőket okolták a gyermekáldás elmaradásáért, ma már ismert tény, hogy a meddségi problémák 50-50%-ban érintik a férfiakat és a nőket. Ezekből körülbelül 20 %-ot tesz ki a mindkét nemet érintő ok, és 40-40%-ra tehető a csak a nőnél vagy csak a férfinál meglévő, meddséget okozó probléma. A meddő párok jelenlegi aránya körülbelül 15%.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2010-ben adta ki az 5-ös számú laboratóriumi kézikönyvét, amely jelentős segítséget nyújt az egységes spermaanalízis elvégzéséhez és értékeléséhez.

Andrológiai indikáció alapján 22 fő kezelését végeztük el 2014. október és 2017. március között. A páciensek eredményeit táblázatban rögzítettük. Az új diagnosztikai módszerek fejlődésével néhány esetben DNS fragmentációs vizsgálatot és ROS pozitivitásra vonatkozó vizsgálatokat végeztünk el. Arra is választ szeretnénk volna kapni, hogy az ondósejt fejében lévő DNS integritására milyen hatással van a BEMER terápia. A páciensek átlagosan, a javulás mértékétől függően, 2 hónapos (1-3 hónap) BEMER terápiában részesültek, amely az induló konzultáció és spermaanalízis alapján került ajánlásra. Minden esetben a terápiát megelőzően, majd havonta, végül a terápiát befejezően került sor ismételt spermaanalízisre, illetve hormonszint-meghatározásra. A vizsgált hormonok a következők: TSH, FSH, LH, Prolaktin, Ösztradiol, Progeszteron, Totál tesztoszteron, Szabad tesztoszteron és D3 vitamin.

Összefoglalás

Az elmúlt évben végzett „pilot study”-t tovább bővítettük a bevontak körével az előzőekben meghatározott protokoll alapján, amelyet további vizsgálatokkal is kiegészítettünk. Mindezek azt támasztják alá, hogy a férfimedddőség kezelésében helye van a BEMER terápiának. Annál is inkább, mivel ma már széles körben ismert, hogy az asszisztált reprodukció sikere a férfi oldal eredményes előkészítésén múlik. Ennek érdekében ajánlott alkalmazni minden olyan terápiás beavatkozást, amellyel feltehetően el lehet érni a spermatogenezis maximális javulását (az esetek többségében kombinált terápiával). A kezelés megválasztásánál figyelembe kell venni azt a tényt, hogy a spermatogenezis (ondósejttermelés) egy olyan “here-mellékhere egységben” megy végbe, amely vasculárisan és neuro-hormonálisan szigorú szabályozás alatt áll.

A BEMER terápia előnye a beteg számára, hogy fájdalommentes, kényelmes, a legjobb eredmény elérése érdekében pedig egyénre szabható. Támogatja a mikrokeringést, a szöveti működést, a hormontermelést, azok hasznosulását, a regenerációs folyamatokat, antiaging hatású és rejuvenáló. Segíti a vazomóciós értékek javulását, mivel az öregedési folyamatokban ez egyértelműen csökken. Hatására a komplex terápiában adott gyógyszer eredményesebben jut el a szövetekhez. Mivel kevesebb gyógyszert kell alkalmazni, kevesebb mellékhatással lehet számolni.

A jól klasszifikált esetekben a BEMER terápiának helye van a terápiás palettán. A terápia alkalmazásának azt a további előnyét kihasználva, hogy összehangolja a makro- és mikrokeringés működését, valamint a mikrokeringés területén az artériolás és venulás oldalon egyaránt javulást eredményez, a férfimedddőség kezelésében – különös tekintettel a varicokelés páciensekre – is jól használhatónak látszik. A jövő eredményei fogják megmutatni, hogy a diagnosztikában már bekövetkezett változásokhoz hasonlóan – lásd: UH alkalmazás az alapdiagnosztikában –, a BEMER terápia képes lesz-e megváltoztatni a terápiás sorrendet és bizonyos esetekben megelőzheti-e a műtéti beavatkozást. A pontosabb következtetések megállapításához szükség van még nagyobb esetszámmra, a páciensek pontosabb klasszifikációjára és módszeres utánkövetésére.

BEMER kezelések monitorizálása - az egyénre szabható terápia

Dr. Rozsos István Ph.D.

Érsebész

A keringési zavartól szenvedő betegeknél az alkalmazott – klasszikus, gyógyszeres, infúziós kezelések nem mindig eredményeznek megfelelő javulást. A kiegészítő kezelésekkel szemben gyakori a gyanakvás.

A BEMER kezeléssel- mely gyakorlatilag fizikai érterápia - jelentősen javíthatjuk a kezelés alatt álló betegeink állapotát-

A hatékonyság feltételei: a megfelelő diagnosztika és a jól kiválasztott kezelések alkalmazása.

Alkalmazott módszerek: A BEMER és Precise 6000 ionizált oxigén terápiás beavatkozásokat a beállított gyógyszeres kezelések mellett alkalmaztuk- 3 ütőeres keringési zavartól szenvedő betegcsoportnál.

1. **krónikus - kritikus** végtag iszkémiás betegeken,
2. kritikus végtag-iszkémiás betegeken- **trofikus zavarral**,
3. **cukorbetegség** mellett kialakult trofikus zavar esetén,
4. a vénás keringési zavar esetén csak BEMER kezelést végeztünk

Méréseinket Précise 8001 TcpO₂- nyomásmérővel végeztük nyugalmi fekvő helyzetben lábszári szintű méréssel. A vénás betegeknél- VENOScreen diagnosztikus eszközt is kipróbáltuk.

Eredmények: 1.- **klauzikáló csoportnál** a panaszfokozódás miatt kezdtük kezelésüket- a kiindulási érték átlaga 25-28 Hgmm- a BEMER kezelés után 28%-os javulást mértünk- BEMER + oxigénkezelés után 59%-os oxigén tenzio növekedést tapasztaltunk.

A 2. **klauzikáló - trofikus zavarral küzdő csoport** esetén a legalacsonyabb a kiindulási értékmező- 20-26 Hgmm- a BEMER kezelés után 32%-os javulást mértünk- BEMER + oxigen kezelés után 75%-os oxigen tenzio növekedést tapasztaltunk.

A 3. **cukorbeteg csoportnál** a kiindulási érték 47-58 Hgmm, ami BEMER kezeléssel 11%-ot növekedett - BEMER + ionizált oxigénkezelésre 25%-os javulást mutatott.

A 4. **vénás keringési zavarral** küzdő betegeknél- a jelentős billentyű zavar esetén nem látható jelentős változás a kezeléseket követően- ezekben az esetekben a műtéti megoldás volt szükséges.

Következtetések- Kritikus krónikus végtag-iszkémia az irodalmi adatokkal egyezően 30 Hgmm alatt bázis - értékkel definiálható.

A cukorbeteg esetén a bázisértékek jelentősen magasabb értékeket mutattak, de a trofikus zavar jelezte az aktuális LOCALIS keringési elégtelenséget

A betegek kezelés előtti és alatti vizsgálataival mellett a kezeléseket követően az záró értékek jól mutatták a **responder- non-responder** állapotokat- különösen a vénás betegek esetén –ahol a rossz vagy gyenge válasz reakciók a sebészi beavatkozás szükségességére hívtak fel a figyelmet.

Ha figyelembe vesszük azt a tényt, hogy a nem megfelelő választ adó betegeknél felmerülhet a terápia stratégia módosítása - így a hatékonyság javítható -

A kezelések folyamatos **TcpO2 mérése**, az eredmények nyomon követésének egyszerű és jól reprodukálható módszere! Használata rámutatott arra, hogy a klinikai gyakorlatban való elterjedése jelentős segítséget adhatna a **terápia hatékonyabb vezetésben**, ami a kritikus klinikai időszakokban a végtagok amputációtól való megmentését is eredményezheti.

Súlyos csontbetegség gyógyulása komplementer BEMER terápiával

Schmidt Zsuzsa¹, Mester Ádám², Horváth Ilona³:

Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet Reumatológia¹, - Radiológia², BEMER
Medicintechnika³, Budapest, Magyarország

Az osteochondritis súlyos csontfolyamat, melynek etológiája ismeretlen, patomechanizmusában neurogen, metabolikus és keringési tényezők egyaránt szerepet játszanak. Terápiájában a polypragmasia elengedhetetlen.

23 éves fiatal férfi esetét ismertetjük, akinek anamnéziséből csípő Perthes-kór (14 éves) és Crohn-betegség (19 éves), nagy dózisu glükokortikoid majd anti-TNF biológiai terápia emelendő ki.

2015. szeptemberben jelentkező kétoldali térdfájdalom háttérében a gyulladós bélbetegséghez társuló spondyloarthritis is felmerült. MR vizsgálat azonban patognosztikusnak bizonyult, kétoldali térd kiterjedt multifocalis osteochondritist, helyenként avascularis necrosissal, igazolt. Konzervatív terápiában részesült, tehermentesítés könyökmankóval, állapotnak megfelelő gyógytorna mellett nem steroid gyulladáscsökkentő, béta-blokkoló, Detralex, 1 éves biszfoszfonát terápia és D-vitamin, 2 alkalommal ismételt prostacyclin infúziós kezelés, valamint naponta 2-3-szor alkalmazott BEMER terápia, B.Body (matrac) bázis (3-4-5-6) és B.PAD (sál-applikátor) (P3+), formájában. Féléves kontrollok során a betegség folyamatosan regrediált.

BEMER fizikai érterápia hatékonyságát mutattuk be súlyos lokális csontbetegség kezelésében.

Az autizmus új kezelési lehetősége: BEMER terápia

Dr. Csécsesi Éva - pszichiáter,

Neurológus főorvos, Belváros-Lipótváros Egészségügyi Szolgálat

Autizmus spektrum zavarral élő felnőtt betegek 3 hónapos BEMER kezelésével szerzett tapasztalatainkat tartalmazza az előadás. Csömörön, az Egyenlő Esélyekért Alapítvány Autista és Fogyatékos Otthon lakói, a Lélekhely Egyesület kliensei, a BLESZ Neurológiai szakrendelés és az V. kerületi Pszichiátriai Gondozó betegek vettek részt a programban.

Elméleti háttér

Az autizmus természetének megismerésére irányuló intenzív kutatások eredményei és az egyre gyarapodó gyakorlati tapasztalatok vezettek a jelenlegi széles körű szakmai konszenzushoz, amely az autizmust mint spektrum zavart értelmezi. Az elmúlt évtizedekben megtanultuk, hogy az autizmus zavarba ejtően sokszínű állapot, amelynek diagnosztikájában és kezelésében a sztereotip elképzelések korántsem célravezetőek, az alapvető szempontok mégis egységesek. A DSM-V. a BNO-10-nél jóval frissebb besorolási rendszer, ennek megfelelően kurrensebb autizmus-tudás és korszerűbb szemlélet tükröződik benne. A DSM-V. az úgynevezett *autizmus spektrum zavar* egységes diagnosztikus kategóriát használja, azon belül nem különít el alcsoportokat. Emellett a tüneteket (a korábbi három helyett) két csoportba sorolja: (A) társas kommunikáció és a szociális kapcsolatok folyamatosan és többféle helyzetben fennálló sérülése (B) korlátozott, ismétlődő viselkedésmintázatok, érdeklődés és tevékenységek. Utóbbi területhez újabb tüneteket soroltak, úgymint fokozott vagy csökkent szenzoros érzékenység, szokatlan szenzoros reakciók, sztereotip beszéd.

Míg a hatvanas években 2-5 tízezrekre becsülték az autizmus gyakoriságát, addig a frissebb **epidemiológiai vizsgálatok alapján a prevalencia meghaladja az 1 százalékot**. Az utóbbi 50 évben az esetek száma évente, egyenletesen, körülbelül 3-4 százalékkal emelkedik, s a DSM-V. bevezetésével további növekedés várható, az érték meghaladhatja a 2 százalékot.

Míg korábban az autizmus okait kerestük, ma sokkal inkább az autizmushoz vezető rizikótényezők különféle konstellációit vizsgáljuk. Az autizmus biológiailag meghatározott fejlődési zavar, pszichogén tényezők nem játszanak szerepet kialakulásában. Olyan komplex poligénes öröklődés menet valószínűsíthető, amelynek valamennyi elemét, illetve azok lehetséges kombinációit még nem volt képes feltérképezni a kutatás. Az autizmus az egyik legerőteljesebben genetikailag determinált zavar a gyermekpszichiátriai/pszichiátriai állapotok között. A rizikót fokozó tényezők mellett rizikót csökkentő, védő tényezők vizsgálata is folyik.

Módszer

26 fő, gyermekkorban diagnosztizált, autizmus spektrum zavarral élő beteget kezeltünk és vizsgáltunk. A betegek átlag életkora 31 év volt (19 éves – 59 éves), 20 férfi beteg, 6 nőbeteg.

2017. január - szeptember között 3 hónapos BEMER kezelés előtt és után rögzítettük a vizsgálatok eredményét. Napi 1 alkalommal kaptak BEMER kezelést.

A kezelési protokollt egyénre szabottan, az autizmus súlyossága, a komorbiditás és a fennálló markáns tünetek mentén határoztuk meg (pszichiátriai és gastroenterológiai komorbiditás).

Leggyakrabban használt kezelési protokoll:

- M1 B.BODY (matrac) (nincs plus), bázis program M3-6 szint, M10 matrac
- P2 B.PAD has, P1 B.PAD fej

2017. január - szeptember között 3 hónapos BEMER kezelés előtt és után rögzítettük a vizsgálatok eredményét.

Az elvégzett alap és kontroll vizsgálatok

Az ATEC teszt egy széleskörűen elterjedt (magyar nyelvre is lefordított) kérdőív, melyet a szülő vagy a kezelő személyzet tölt ki és amelyet az autizmus súlyosságának becslésére használnak. Amellett hogy más vizsgálatok eredményével jó korrelációt mutat, az ATEC teszt a beteg általános egészségi állapotára vonatkozóan is felvilágosítást ad (alvás, gyomor-bél tünetek).

Egyéb vizsgálatok: Hamilton szorongás skála (HARS) , tevékenység-elemzés, a finom motorika változása, alvás-napló elemzés.

ATEC teszt felvétele és az objektív tünetek vizsgálata a kezelés megkezdése előtt és a 15. héten történt.

Eredmények

A kezelés hatását a különböző pszichés tünetek alakulására - mint a szorongás, a hangulati labilitás, az indulatkezelési problémák, szociális tevékenységek, ill. az agresszív magatartás – az ATEC kérdőív elemzésével mutatjuk meg.

Beszéd, nyelv, kommunikáció szintjén, 3 területen figyelhető meg pozitív változás, összességében minimális pontszámbeli csökkenés. Társas viszonyban észlelhető pozitív változás 9 területen következett be. Érzékelés, gondolkodás, figyelem vizsgálatokor 8 területen figyelhető meg pozitív változás. Egészség, fizikum, viselkedés 13 területén bekövetkező pozitív változás mérhető.

Összesítésben a vizsgált betegek állapota a kezelés következtében az ATEC eredmények alapján is egyértelmű javulást mutatott. Az ATEC tesztben ez az átlag 124 pontról 83 pontra való, 33%-os csökkenésben jelentkezett.

A finom motorika javulását fotókkal (rajzok, elkészített apró tárgyak) rögzítettük. A gondozók által vezetett alvásnaplóból az alvászavarra kifejtett jótékony hatást az ATEC kérdőív is alátámasztotta.

A betegek általános állapotának, közérzetének javulását, az immunerősítő hatást különböző mértékben minden betegnél megtapasztattuk (pld. szájüregi aphthás fertőzés elmaradása, sebgyógyulások, IBS tünetek csökkenése).

Hozzáférhetőbb, a fejlesztésekkel, rehabilitációs foglalkoztatással jobban együttműködő, nyugodtabb páciensek beilleszkedése a közösségi életbe az egyik legfontosabb hatása a BEMER kezelésnek.

Súlyos kardiovaszkuláris betegségben szenvedő beteg kezelése gyógytornával és BEMER terápiával

Marcsik Ákos Ferenc, Huszti Ágnes

Gyógytornász, DOTE (Debreceni Egyetem Klinikai Központ)

Célkitűzés

A DE KK Reumatológiai Tanszéken és a magánpraxisunkban 2011 óta alkalmazunk, harmadik generációs BEMER Professional terápiás rendszert, melynek használatával szerzett tapasztalataim elemzése alapján bizonyítottá vált előttünk a terápia hatásossága és hatékonysága a praxisunkban ellátott betegek esetében.

Betegek és módszerek

Az eredmények értékeléséhez felvételnél és a távozáskor felvett állapotmérő skálákat – Barthel Index, VAS, FIM - alkalmaztuk.

2015.04.09-2015.06.17. közötti időszakban feküdt a betegünk a Szabolcs-Szatmár –Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház Belgyógyászati Nephrológiai, BITO és Kardiológiai részlegén. Korábban aorta pozícióban mechanikus műbillentyű beültetésen esett át, perm. pitvarfibrillációja ismert. Gondozói ellenőrzés alatt állt. Hypertónia és Parkinson kórja is ismert volt. Jelen elhúzóódó kórházi bent léte során card. decomp., multiplex cerebralis laesio, COPD, visszatérő légzési elégtelenség, műbillentyű thrombosis, Clostridium D infectio, MRSA és MACI pozitivitás igényelt kezelést. Kórházi kezelés alatt lázas infectio kapcsán ismét kialakult légzési elégtelenség miatt Bel. ITO-n részesült kezelésben, állapota stabilizálódott, vérgáz értékei rendeződtek. További kezelés céljából átvették a Kardiológiára, ahol felvételekor enyhe kis és nagyvérköri decomp. tüneteit észlelték, tudatállapota rendezett volt, vérgáz értékei, COPD statusának megfelelőek voltak. Bent léte alatt további diureticus th. hatására decomp. tünetei megszűntek. Szakaszos O₂ adagolás segítségével vérgáz értékei megfelelően alakultak.

A betegnek kommunikációs és szótalálási nehézségei vannak, időnként a kért feladatot nehezen értette meg. A mozgását vezetett aktívan tudjuk kivitelezni, az ágyban való mozgáshoz segítséget igényelt, felültethető, ülése rövid ideig volt stabil. 2015.06.04-2015.06.17-ig kardiológiai gyógytornakezelésben részesült a gyógyszeres terápia mellett.

Otthonába cardialisan compensáltan, kielégítő általános állapotban bocsájtották. Javasolt terápiaként további fokozatos mobilizálást és otthonában 4 óránként O₂ használata 1 órán át 1liter/perc adagolásban, a gyógyszeres kezelése mellett.

Hazaérkezése után kértek meg minket a komplex rehabilitációs otthoni gyógytornakezelésekre. A rehabilitációt a beteg vezetett aktív és aktív mozgásával, mobilizálásával, helyzetváltoztatás, ülés gyakoroltásával kezdtük, kiegészítő kezelésként BEMER terápiát alkalmaztunk.

Terápiás célként a beteg visszaadaptálását a régi életébe tűztük ki. A gyógytorna tervünkben izomerősítés, mobilizálás, testhelyzet változtató gyakorlatok alkalmazása, keringésjavító gyakorlatok, mellkasi fizioterápia, vénás torna, légző torna, járó gyakorlatok és a járás gyakoroltatása szerepeltek. BEMER kezeléssel, pedig sejt - és szövetszintű regenerációt tudtunk biztosítani a páciensünk számára, tehát katalizálni tudtuk a gyógyulási folyamatait.

A BEMER terápia alkalmazási módja

Kórképnek megfelelően egyénileg összeállított programcsomag, hetente 5 alkalommal napi 40 perc időtartamban.

Eredmények

A FIM 38-ról 122-re, a Barthel Index 25-ről 95-re, a VAS pedig 8-asról 1-esre változott a rehabilitáció végére. A fekvő, legyengült állapotú betegünk, aki csak segítséggel tudta élni az életét, a kezelések végére önállóan étkezik, tisztálkodik, öltözködik, közlekedik, autót vezet és orvosai legnagyobb meglepetésére egyedül ment vissza a kontroll vizsgálatokra.

Összefoglalás

A BEMER Professional kiváló eredménnyel alkalmazható, mint önálló terápia a rehabilitációban és hasznos segítsége a gyógytornásznak, rehabilitációs szakembernek.

Polyneuropathiák és BEMER terápia

Dr. Szemerszki Terézia^{1,2,3}, Illés Marianna¹, Orosz Zsuzsanna¹

Ideggyógyászati és BEMER magánrendelés Miskolc¹

Vasútegészségügyi Kft. Ideggyógyászat szakrend. Miskolc²

Semmelweis Kh. Neurológia amb. ³

Polyneuropathia alatt a peripheriás idegrendszer generalisált megbetegedését értjük; prevalenciája 2,4% körül van, de 55 év felett eléri a 8%-ot is. Hátterében legtöbbször egy szisztémás betegség áll. Ebből következik, hogy a polyneuropathiát tüneti diagnózisként kell felfogni és minden esetben keresni kell az alapbetegséget, ill. az okot.

A „pozitív” érzészavarokhoz „negatív” érzészavar társulhat, vagy éppen ez az uralkodó tünet. Ez esetben érzéskiesésről van szó és vizsgálatkor distal felé fokozódó szimmetrikus nehány, vagy az összes érzéskvalításra kiterjedő hypaesthesiát találunk. A beteg ezt a tünetet általában érzéskiesés vagy zibbadás formájában fogalmazza meg. Az érzéskiesés következtében trófikus fekélyek, nehezen gyógyuló sebek alakulhatnak ki. Az érzészavar további következménye a járászavar, amely sensoros ataxiának felel meg. Ezt gyakran a beteg úgy fogalmazza meg, hogy szédül, bizonytalan, amely a kivizsgálást félreveheti. Vizsgálatkor az érzészavaron kívül hiporeflexiát, ill. areflexiát találunk. Fascikuláció is gyakran észlelhető. Polyneuropathiában motoros tünetek is társulhatnak, hasonlóan distalis és szimmetrikus eloszlásban. A beteg kis lábizmai, lábszárizmai, ill. később a kis kézizmai elsorvadhatnak, paretikussá válhatnak. Jellegzetes a kétoldali lógó lábfej, amely miatt a beteg járása szteppelő, a beteg nem tud rendesen sarokra, ill. lábujjhegyre állni. Ez a krónikus lefolyású, szimmetrikus, distalis és sensoros túlsúlyú sensomotoros polyneuropathia a leggyakoribb és legtípusosabb megjelenési forma. Ritkábban előfordulhat aszimmetrikus megjelenés is, ill. amennyiben a tünetek egy-egy peripheriás ideg ellátási területét respektálják, akkor beszélünk mononeuropathia multiplex-ről. Ez esetben a betegnek egyidejűleg van lokális okkal nem magyarázható több mononeuropathiája. Előfordul, hogy tisztán sensoros tünetek vannak és motoros tünetek előrehaladott esetben sem társulnak. Máskor a motoros tünetek, a gyengeség dominál. Subacut, ill. acut lefolyás is előfordul, amikor a tünetek néhány nap esetleg hét alatt alakulnak ki, többnyire felszálló jelleggel. A gyengeség ráterjedhet az intercostalis izmokra és a diaphragmára ill. a bulbaris és mimikai izmokra is.

A leggyakoribb polyneuropathiát okozó betegségek

Sensoros: diabetes, uraemia, hypothyreosis, amyloidosis, paraneoplasia (daganat), paraproteinaemia, gyógyszerek, HIV, Lyme-borreliosis, örökletes sensoros és autonóm neuropathiák (HSAN), B12 vitamin hiány stb.

Motoros: acut gyulladós demyelinizációs polyradiculoneuropathia (AIDP- Guillain-Barre szindróma (GBS)), chronicus gyulladós demyelinizációs polyradiculoneuropathia (CIDP), porphyria, ólom intoxicatio, örökletes motoros neuropathia stb.

Kevert: diabetes, alkoholos, hypothyreosis, uraemia, hereditaer motoros és sensoros neuropathia (HMSN 1 és 2 típus) ill. egyéb örökletes neuropathiák, acut gyulladós demyelinizációs polyradiculoneuropathia (AIDP- Guillain-Barre szindróma (GBS)), chronicus gyulladós demyelinizációs polyradiculoneuropathia (CIDP), vasculitis, paraproteinaemia, paraneoplasiás stb.

Kivizsgálás: fizikális idegyógyászati és kalibrált hangvillás vizsgálat, vér, vizelet, képkötő vizsgálatok, majd neurophysiológia (ENG, EMG), szükség esetén liquor, idegbiopsia, csontvelő biopsia, fehérvérsajt enzimek.

A polyneuropathiák kezelése: Legfontosabb az ok kezelése, ill. megszüntetése. Fontos szem előtt tartani, hogy a kezelés során demyelinisatios polyneuropathiákban már hetek múlva várható javulás, míg axonalis neuropathiákban, a laesio súlyosságától függően hosszú hónapok, ill. akár 1-2 év múlva lehet csak lemérni a kezelés hatásosságát.

A betegek egy jelentős hányadában a polyneuropathiát kiváltó ok ismeretlen marad így nagyon fontos tüneti kezelés! Egy 13 éves Guillain Barre szindrómás fiú és egy 78 éves progrediáló kevert típusú polyneuropathiában szenvedő férfi BEMER kezeléssel nyert tapasztalatain át mutatjuk be ennek szükségességét.

A vasomociót serkentő, a mikrocirkulációt egyedülálló hatékonysággal igazoltan javító BEMER terápiának a polyneuropathia kezelésében már a kivizsgálás alatt is helye van!

Sudeck atrophia gyógyítása fizikai érterápiával

Dr. Simon Erika
Reumatológus

A végtagok törésénél a tartós rögzítés, immobilizáció miatt gyakran alakul ki a helyi osteoporosis, algodistrophia. Amennyiben a kezelése nem megfelelő, az atrophia (zsugorodás) következtében súlyos funkcióvesztés, mozgás beszűkülés léphet fel.

Célkitűzés: a lokális keringés javításával, a mikrokapillárisok megnyitásával a gyulladást kiváltó fehérjék elszállítása, az osteoblast sejtek tevékenységének fokozása, ezáltal a helyi csonttrikulás megszüntetése.

Módszer: gyógytornát minden esetben alkalmaztunk, mivel a vizsgálatba csak fémmel rögzített eseteket vontunk be, így egyéb fizioterápiás kezeléseket nem alkalmazhattunk. A programban részt vevők 60%-ánál lokális intenzív BEMER applikátor (B-SPOT) kezelést végeztünk.

Eredmény: 60 fő statisztikája érhető el, ebből 31 fő kapott BEMER-kezelést, 29 fős a kontrollcsoport. Az ebben szereplő adatok:

- a csukló körfogata
- a fájdalom a VAS (vizuális analóg skála) alapján
- az ízület mozgástartománya első jelentkezéskor, majd 4, 8 hét múlva

összehasonlítva a kontrollcsoporttal.

A javulások eredménye a BEMER-t használók és nem használó sérültek csoportjainál

	BEMER-t használóknál a javulás átlaga		BEMER-t nem használóknál a javulás átlaga	
	4	8	4	8
	héttnel a sérülés után		héttnel a sérülés után	
Csukló körfogata [cm]	-1,18	-1,60	-0,43	-1,31
V A S [%]	-28,4%	-54,8%	-12,1%	-36,6%
csukló dorsalflexio [%]	23,1%	40,9%	10,8%	22,3%
csukló palmarflexio [%]	21,8%	39,7%	10,5%	21,0%
ulnardeviatio [%]	22,7%	37,5%	10,2%	20,8%
radialdeviatio [%]	26,2%	39,2%	10,5%	22,1%

Következtetés: a BEMER kezelés vasomotoros hatása révén jelentősen rövidíti a töréseknél nagyon gyakran előforduló lokális osteoporosis gyógyulási idejét, illetve elkerülhető a végtag funkciójának károsodása.

A BEMER terápia előnyei biológiailag elhúzódóan gyógyuló betegségcsoportokban

Dr. Németi Zoltán

Neurotraumatológus

Bevezetés

Idegsebészeti praxisomban koponyaúri és gerincet érintő betegségekkel, sérülésekkel foglalkozom, melyek közös jellemzője, hogy más szervek, szervrendszerekhez képest – genetikailag, biológiailag predesztinált tulajdonságaik alapján – sokkal több időt vesz igénybe a gyógyulásuk. Ennek következtében a gyógyulás alatti életminőség tartósabban marad el a normáltól, a fájdalmak, tünetek tovább perzisztálhatnak, a rehabilitáció sokkal hosszabb.

A központi idegrendszer legkisebb károsodása is hetek alatt rendeződik, a leg jóindulatúbb csigolyatörés (AO szerinti A-1) minimális rögzítési ideje 3 hónap, teljes felépülés 6-12 hónap. Ha a betegségekhez, sérülésekhez neurológiai tünetek, szövődmények is társulnak, a gyógyulási idő hatványozódik, és nem ritka a tartós maradványtünet sem.

Ha minden optimális - a beteg érdekében - még a panaszmentessé vált páciens sem térhet vissza azonnal korábbi életviteléhez, amíg a folyamat biológiai értelemben is meg nem gyógyul. Ezek a tények hosszas táppénzt, kényszerpihenőt vonnak maguk után, annak minden aspektusával.

Ennek lerövidítése hosszú évtizedek óta foglalkoztatja az idegsebészeket. Pontosabb műtéti javaslatok, kisebb feltárások, törekvés a minimál invazivitásra, szövetkímélő operációs technika, mikroszkóp asszisztált és percutan beavatkozások, stb. igyekeznek - eredményesen – csökkenteni a gyógytartamot és a járulékos veszteséget, amik legalább annyi gondot okoznak, mint az alapbetegség.

Ha minden jól sikerül, akkor járunk ott, ahol már csak a szövet biológiája és természetesen a kiindulási állapot szabja meg a határt.

A BEMER terápia ebben a témában eddig elért eredményességét a betegek szubjektív állapota, típusos/átlagos esetekhez képesti korábbi rehabilitációja, gyógyulása már számos esetben igazolta. A kiindulási állapot alapján vártnál jóval hamarabb sikerült klinikai javulást elérni súlyos koponyasérültnél, gerincvelő károsodást okozó nyaki gerincsérvnél, hónapok óta stagnáló fájdalom szindrómáknál, gyermek gerincsérültnél, műtéttel vagy anélkül kezelt egy vagy több szintű csigolyatöréseknél, stb. A korábban visszanyert jó életminőség, a több hónap „megspórolt” idő ezen betegeknek és családjainak óriási segítség volt.

Ennek objektivizálása lett a következő célkitűzés, hogy a korai rehabilitációs időszakban elkezdett BEMER kezelés milyen mértékben segíti a szervezetet a gyógyulási folyamatokban, a csontosodásban, a műtéti terület regenerálódásában, a fájdalmat okozni képes jelenségek eliminálásában.

Objektív képkalkoló tesztekkel terveztem igazolni a kezelések hatását. A tendenciák jól követhetők, de tudományosan és statisztikailag alig állják meg a helyüket, mert belefutottunk abba a többször és több helyen bizonyított ténybe, hogy nincs lineáris, ill. számszerű összefüggés a beteg panaszai, a gyógyulás teljessége, a beteg teljesítőképessége - és a radiológiai kép között.

Végül a döntés az életminőség többrétegű felmérésére, gyógyulási ciklusonként kitöltött célirányos profi kérdőív felhasználására és mindehhez homogén betegcsoport felállítására esett.

Betegek és módszerek

A kiválasztott betegcsoport a thoracolumbalis gerincsérültek lettek, ezen belül az AO: A3 alcsoport, azaz inkomplett vagy komplett burst törés, ami ellátható műtéttel vagy anélkül (sok a határeset). Ez a töréstípus kellően gyakori, de szemben az A1-gyel nem gyógyul meg automatikusan. A kimenetele lehet jó is és rossz is. Mind a konzervatív, mind a műtétet kezelés azonos módszerekkel, sebészi technikával és otthonra adott utasításokkal történt.

Egy nemrég lezáródott saját elemzésből kb. 1300 esetből 235 sérült került be a vizsgálatba. Ott kiderült, hogy jól választva, mindkét kezelési forma kb. azonos klinikai eredménnyel gyógyul, de a radiológiai gyógyulás itt sem korrelál! Kiderült az is, hogy ha abszolút egyformák az esélyek a gyógyulásra, akkor a műtét páciensbarátabb!

Az itt beválasztott páciensek elérhetőek voltak, a kérdőíveket megkapták, a kontroll vizsgálatokra eljöttek. Rendelkezésre állt legalább fél éves utánkövetés (radiológiai és klinikai). A BEMER-t használók közül 20 főt sikerült ide besorolni. A BEMER-t leszámítva a kezelésre vonatkozó sémák hasonlóak voltak.

Összesen 40 teljes kérdőív érkezett vissza. 25 nem kapott BEMER-t, 15 alkalmazta legalább 6-8 hétig.

Az eredeti kérdőívet bostoni ortopédusok állították össze, hogy a gerincbetegek mindennapi életét kövessék műtét után. Ez az életminőség leképezésére tökéletesen alkalmas. 10 kérdéskör. Egyenként 6 választási lehetőség. Az első 3 válasz jó életminőségre utal, a második 3 rosszabbra. Minél több pontot kap, annál több a panasza.

Eredmények

A különbségek 2 és 60% között voltak. A legkisebb különbség az önellátásban volt, a 6. havi adatokban (2%). A legnagyobb a sétálási/járási képességben a 3. havi listában (60%). A legtöbb kérdéskörben fél év után max: 10% körüli lett a különbség.

20-30% differenciát értünk el a műtét/sérülés után 6. heti fájdalom intenzitásában (30%), a járás/séta témakörben a 6. héten (26%), pihenés/alvás során 6. héten (21%) – ez a 3. hónapra 37%-ra nőtt. Otthonról eljárás/utazás témában 3. hónapban (33%). Ülés, teher emelése, hosszas állás javult a leglassabb ütemben mindkét csoportban (7-13%-os átlagos javulás).

Konklúzió

Minden paraméter megítélése mindkét csoportban kivétel nélkül javult ciklusról ciklusra (6 hét – 3 hónap – 6 hónap) EZ ÍGY NORMÁLIS!

De a kiindulási arányok és a javulás meredeksége a BEMER-es csoportban csaknem minden esetben jobb volt. Az itt kiválasztott betegség (AO: A3 darabos csigolyatörés) esetében 6 hónap körül, ill. után egyenlítődték ki a panaszok és tünetek, életminőség. Azaz a BEMER az első fél évet könnyebbé tette, a rehabilitációs kezelések hamarabb kezdődhettek, a munkába állás gyorsabban ment. Az operált és a nem operált betegek között nem volt lényeges eltérés sem a BEMER-es sem a kontroll csoportban a javulás tekintetében. A korábbi életvitel elérése a BEMER-es csoportban hamarabb vált lehetségessé. A hat hónapos gyógyulási ciklus végére a 15 BEMER-es beteg közül 14 visszatért a munkájához.

Miért jó, ha 1-2 hónapot kell várni az MR vizsgálatra?

Háziorvoslás

Dr. Frányó Ildikó

Háziorvos

A háziorvosi praxisban panasszal jelentkező betegeknek igen nagy %-ában vannak akut, vagy krónikus mozgásszervi betegségei. A gerincfájdalommal jelentkezők mind a fiatalabb, mind pedig az idősebb korosztályt érintik. A porckorongok öregedési folyamata, víztartalmának csökkenése, rugalmasságának vesztese, külső erőkkel szembeni védekező képessége a kor előrehaladtával fokozódik. Az elfajulás, a degeneráció következtében külső erőkkel szemben sérülékenyebbé válik, ezáltal hirtelen bekövetkező fizikai behatásra körkörös gyűrűi sérülnek, vagy kiszakadnak és az általuk körbezárt kocsonyás anyag kitüremkedik a gerincszatona felé nyomási tüneteket okozva a kilépő idegekre. A megnövekvő terhelés lehet egy rossz mozdulat, pl. a gerinc oldalirányú mozgása következtében kialakult nyíróerők fokozódása, elhízás, nehéz fizikai munka miatti megnövekedett a porckorongokra ható nyomásfokozódás miatti degeneráció, vagy nem megfelelő bemelegítést követően végzett sporttevékenység, stb. következménye is. A porckorongok előboltosulása, protrúziója, vagy kiszakadása, herniációja heves neurológiai tünetekkel járhat, melyek leggyakrabban a következők: heves, éles, „villámlásszerű” fájdalom, mely az adott oldali alsóvégtagba sugárzik, társulhat hozzá végtagzsibbadás, vagy ritkábban a láb mozgásának elmaradása, izomgyengesége a fájdalmas oldalon, esetenként a széklet és vizeletürítés zavara is. A beteg antalgias tartással, a legkisebb fájdalmat okozó testtartással jelentkezhet. A fájdalom, ill. az egyéb tünetek kialakulhatnak lassan, krónikus, egyre fokozódó formában is. A klinikai képet színezhetik más kopásos, ízületi degenerációs, spondylarthrosis és egyéb tünetek is.

A BEMER kezelést kiegészítő terápiaként alkalmazom alapos fizikális vizsgálat, valamint idegsebészeti, vagy neurológiai konzílium után. A szakrendeléseken a beteg MR vizsgálatra történő beutalása után a gerinc tehermentesítése és gyógyszeres terápia mellett kezdem a BEMER terápiát. Esetenként a konzílium alkalmával műtéti időpontot is kap a páciens, más esetben előfordul, hogy kora, egyéb krónikus betegségei, vagy a gerinc elváltozásai miatt műtéti kezelés nem javallott. Az MR vizsgálat elvégzésére 1-2 hónapos, olykor-olykor még ennél is hosszabb várakozási idő szükséges. A BEMER terápia jótékonyan hat mind a porckorong betegségekre, mind pedig a csigolyák közötti kisízületek degeneratív betegségére. A BEMER kezelést érdemes mielőbb elkezdeni, mivel közel 10 éves tapasztalatom alapján állíthatom, hogy mellékhatás mentesen, a fájdalmat hatékonyan és gyorsan csökkentve, a beteg fizikai és szellemi terhelhetőségét növelve eredményez terápiás sikert a beteg és természetesen az egészségügyi személyzet megalégedésére. Súlyosabb esetekben 3-5 nap is eltelhet, amíg a beteg javulást érez. A kezelést több hétig kell folytatnunk, annak érdekében, hogy a páciens életminősége oly mértékben javuljon, hogy műtét nélkül ismét munkaképes lehessen. Ennek igazolására néhány esettanulmányt ismertetek:

R. A. J. 82 éves férfi beteg krónikus derék és alszárífájdalmakkal jelentkezett. A rendelőt csak segítséggel, gépkocsival tudja megközelíteni fájdalmai miatt. MRI vizsgálattal az L. III-V. csigolyák közötti porckorongok előboltosulása, súlyos fokú spondylarthrosis, Az L. IV-V. csigolya magasságában a degeneratív elváltozások következtében mind a kilépő, mind az eredő gyökök érintettek. Polyneuropathia miatt gyógyszeres kezelésben részesül évek óta. Idegsebész konzervatív kezelést

javasolt. BEMER terápia hatására fájdalmai, lábszibbadása nagymértékben enyhültek. A rendelésre és kezelésre gyalog jár.

G. A. 64 nőbeteg egy gyom kihúzása után nem tudott felegyenesedni. Elviselhetetlen fájdalomokról számolt be. MRI vizsgálattal az L. III. porckorong bal oldali medio-lateralis túlsúllyal kb. 4 mm szélességben domborodik ki a résből, állományából egy kb. 3 mm széles porckorongrészlet dorsalisán, medialisan kiszakadt, a gerinccsatornát jelentősen összenyomja. Az L. IV. porckorong bal oldali túlsúllyal körkörösén boltosul ki a résből dorsalisán. Vélemény: kiszakadt sérvesedés a jelzett magasságban. Konzervatív kezeléssel a BEMER terápia segítségével panaszmentessé vált.

K. J. 70 éves férfi beteg krónikus gerinc és alsóvégtag fájdalmai miatt jelentkezett. Lumbalis gerinc CT vizsgálata alapján kifejezett spondylosis et spondylarthrosis, retrolisthesis L. IV. Ventrolisthesis L. V. Protrusio disci L. II.-V. A bal oldali S1 gyök kompressziójának gyanuja, stenosis canalis spinalis L. II-L. III. et L. III.-L. IV. A Gyógyszeres és a BEMER terápia segítségével saját gazdaságában fizikai munkát végez. Jelenleg csaknem panaszmentes.

S. A. 22 éves nőbeteg bal oldali keresztcsonttáji visszatérő fájdalmai miatt jelentkezett. Lumbalis gerinc MRI vizsgálata: a L. IV. discus enyhén jelszegényebb, körkörösén kissé előboltosul és a mérsékelt peremszéli megnyúlásokkal együtt szűkíti a forameneket. A BEMER kiegészítő terápia panaszait nagymértékben enyhítette.

BEMER terápia a sebgyógyításban - lábszárfekélytől a kozmetológiai beavatkozásokig

Dr. Horváth Ilona

bőrgyógyász szakorvos

Bőrgyógyászati magánrendelőnkben több, mint 10 éve alkalmazzuk a BEMER terápiát különböző etiológiájú akut és krónikus sebek gyógyulásának elősegítésére.

Beteganyagunk nagy részét a krónikus vénás elégtelenség vagy kombinált keringészavar miatt kialakuló lábszárfekélyes betegek teszik ki, akik gyakran hónapok-évek óta nem gyógyuló sebeikre elkeseredetten keresnek hatékony terápiát.

A másik nagyon fontos betegcsoportot a diabéteszes komplex anyagcserezavar egyik késői szövődményeként jelentkező gangrénás sebekkel érkezők adják. Mindkét esetben közös, hogy a sebgyógyulás zavarának hátterében az érintett terület súlyos keringési és anyagcsere zavara áll, tehát a gyógyulást csak ezen folyamatok lehetséges optimalizálásától várhatjuk.

A probléma súlyosságát nem lehet eléggé hangsúlyozni addig, amíg hazánkban évi 5-6 ezerre tehető a nem traumás eredetű végtag amputációk száma.

Minden olyan (a bizonyítékokon alapuló orvoslás módszereinek megfelelő) terápiát segítségül kell tehát hívnunk, ami ebben a világszerte égető problémát jelentő betegségcsoportban hatékony lehet.

Az esetismertetéseket 10 év beteganyagából válogattam.

Beszámolok legrégebbi „klasszikus polimorbid” diabéteszes lábszárfekélyes betegünkről, akinél 9 éve az amputáció előtti állapotban, utolsó szalmaszálként kezdtük el a BEMER terápiát. Küzdelmes 9 év után, 79 évesen jelenleg is fekélymentes, saját lábát használva éli az életét.

A fent eset tapasztalatain okulva ma már a diabéteszes gangréna kezdeti szakaszában bátran nyúlunk, a BEMER keringés javító terápiához. Második esetismertetésem egy ilyen betegről szól.

Magánrendelésünkön új betegcsoportot jelentenek az egyre gyakrabban végzett lézersebészeti műtétek utáni sebekkel jelentkezők. Mivel ezen beavatkozásokat gyakran végzik az arcon, így a sebgyógyítás gyorsításával a beteg munkából való kiesésének idejét tudjuk csökkenteni. Tapasztalataink szerint BEMER terápiával a gyógyulási idő harmadával lerövidíthető. Fentiekre példaként egy rosszindulatú bőrdaganat lézeres eltávolítása utáni sebgyógyulási folyamatot, valamint egy gyermek traumás arcsérüléséből való gyors felépülését tartom bemutatásra érdemesnek.

Az elmúlt 10 év tapasztalatai megerősítettek abban, hogy a BEMER rendszernek kiegészítő terápiaként feltétlenül helye van mind a krónikus, mind az akut sebek korszerű, komplex kezelésében. A BEMER fizikai érterápia otthoni kezelésre is alkalmas, sőt tartós hatása csak folyamatos alkalmazással érhető el. Hatékony, fájdalom és mellékhatás mentes kiegészítő terápia. Felmerül tehát, hogy előremutató lenne a készülék gyógyászati segédeszközként, otthoni használatra való társadalombiztosítási támogatása is.

BEMER terápia alkalmazása a szájsebészet területén – új lehetőségek a biszfoszfonát okozta állcsontnekrózisok kezelésében

Dr. Cséplő Krisztina

Szájsebész adjunktus

Honvédkórház, szájsebészet ambulancia

A szájüregi nyálkahártya hiányok egy nagyon nehezen kezelhető, sokszor terápia rezisztens formája a biszfoszfonát hatóanyagú gyógyszerek okozta állcsontnekrózis (ONJ). A 2003 óta ismert betegség patomechanizmusa még most sem tökéletesen ismert számunkra, több tényező szerepe is feltételezhető. Biszfoszfonát terápiaiban olyan páciensek részesülnek, ahol valamilyen daganat csontáttétei jelentkeznek, osteoporosis, myeloma multiplex, vagy egyéb csontvesztő betegség szerepel az anamnézisben. Széles körben elterjedt a készítmények mind intravénás, mind orális terápiás adagolása. A myeloma multiplexes, daganatáttétes betegek körében az intravénásan adagolt gyógyszer a kezelési protokoll részét képezi. Az állcsontnekrózis kialakulását azon páciensek körében tapasztaljuk, akik hosszú távú orális vagy intravénás biszfoszfonát terápiában részesültek, és ezzel párhuzamosan vagy ezt követően a szájüregükben a csontot érintő trauma, vagy fogászati, esetleg szájsebészeti beavatkozás történt.

A biszfoszfonát okozta állcsontnekrózisok egyik vezető tünete a nyálkahártya defektus, a szabaddá váló állcsont-terület, illetve az állcsontelhalás kialakulása. Fogászati beavatkozást követően a foghúzás helyének megfelelően, egy kisméretű, fájdalomtalan nyálkahártya-sebzés formájában indul a betegség. A hámfosztott csontfelület további fertőzésforrásként szerepelhet, amely a csontelhalás mértékének kiterjedéséhez vezethet. Így a folyamat előrehaladtával az állcsont egyre jelentősebb területét érintő osteonekrózis alakulhat ki. Ekkor már a páciensek tünetegyüttesét a fájdalom, arcduzzanat, gennyes sipoly, esetleg pathológiás törés kialakulása egészítheti ki.

A betegség kezdeti szakaszában az Amerikai Arc- Állcsont- és Szájsebészeti Társaság (AAOMS) ajánlásai és stádiumbeosztása alapján a kezdeti stádiumokban a konzervatív, antibiotikum-, illetve gyulladáscsökkentő kezelés javasolt, azonban előrehaladottabb stádiumban a műtéti beavatkozás nem elkerülhető. A csontsequester, vagy esetenként az elhalt állcsont egy nagyobb területének eltávolítását követően gyakran találkozunk lassult nyálkahártya gyógyulással, sebszétválással, illetve a gyógyulás során kialakuló dehiszcenciával, ami a csontelhalás relapszusával járhat.

A betegség kialakulásában feltehetőleg szerepet játszik az a tény, hogy az állcsontokat – a test többi csontjától eltérően – csupán egy vékony nyálkahártya választja el a külvilágtól, valamint hogy a szájüreg alaphelyzetben is nagymennyiségű és változatos baktériumflórát tartalmaz. Bármilyen, a nyálkahártyát sértő beavatkozás közvetlenül a csontot érheti, így az állcsontok baktériumok elleni védekezése fontossá válik. A biszfoszfonátok élettartama a csontban 5-10 év, és noha alapból a csontok erősítését célozzák - tegyük hozzá, nagyon sikeresen - mégis, a csontbontó sejtek működésének gátlásával a csont dinamikus működésébe beleavatkoznak, azt sérülékenyebbé téve a fertőzésekre.

A BEMER kezelést a gyógyászat több területén alkalmazzák sikerrel a krónikus gyulladások terápiájában. Működési mechanizmusa a mikrocirkuláció fokozásán, ezáltal az éryanyagcsere javulásán alapul. A nekrotikus szövet egyik jellemzője a benne megszűnt vérkeringés. Ismert, hogy a mikrocirkuláció megléte alapvetően fontos a sebgyógyulás során is. Egy rossz vérellátással bíró szövet gyógyulása igen kétséges, sokszor teljesen kilátástalan.

Felmerült a gondolat, hogy amennyiben műtét során eltávolításra kerül az elhalt csontállomány, a maradék, egészséges állomány vérkeringésének fokozásával, így az állcsontnekrózis recidívájának meggátlásában szerepe lehet a műtétet követően alkalmazott BEMER kezelésnek. Az ONJ-ben észlelt rossz nyálkahártya gyógyulások is feltételezhetően javulnak a kezelés mikrocirkulációt fokozó hatása következtében.

Vizsgáltuk a BEMER kezelés hatékonyságát a nagyon rossz gyógyulási tendenciát mutató biszfoszfonátok okozta állcsontnekrózisok miatti műtėti beavatkozások után, illetve az ajánlások alapján konzervatíven kezelendő nyálkahártya defektussal rendelkező ONJ-s betegeinknél. Vizsgálatunk során azt tapasztaltuk, hogy betegeink műtétet követő lábadozási időszakában hatékonyan alkalmazható a BEMER terápia a nyálkahártyaseb gyógyulásának elősegítésében, valamint a csontállományt érintő nekrózis relapszusainak kialakulásában, valamint nem utolsó sorban pedig a páciensek fájdalomérzetének csökkentésében