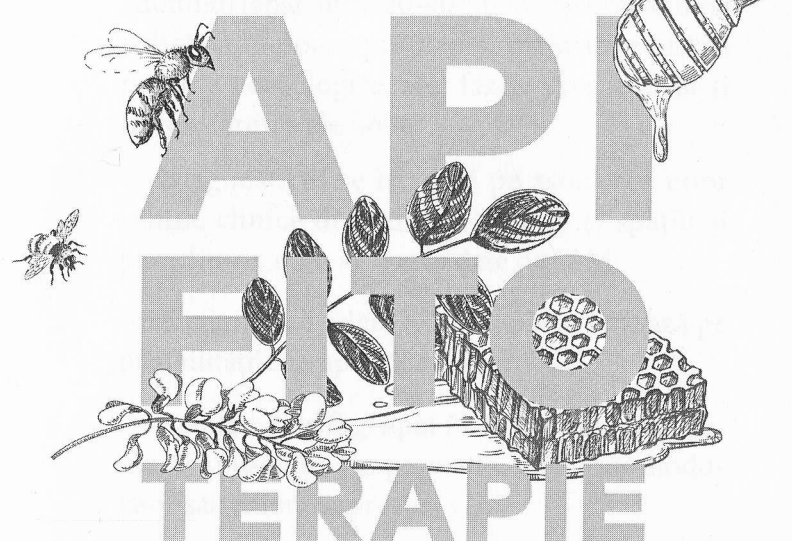


TRATAMENTUL  
PAS CU PAS AL

SCLEROZEI  
MULTIPLE

PRIN



**Dr. Ștefan Stângaciu**

Dr. Vanessa Youness

## CUPRINS

### PARTEA I. DESCRIEREA SCLEROZEI MULTIPLE \_\_\_\_\_ 3

§ 1. Scurt istoric al sclerozei multiple \_\_\_\_ 10

§ 2. Simptomatologia și depistarea  
sclerozei multiple \_\_\_\_\_ 13

§ 3. Simptome de debut \_\_\_\_\_ 16

§ 4. Simptome auxiliare \_\_\_\_\_ 28

§ 5. Diferite tipuri de scleroză  
multiplă \_\_\_\_\_ 36

§ 6. Diferite metode de evaluare  
clinică a sclerozei multiple \_\_\_\_\_ 42

§ 7. Scoruri de semne și simptome \_\_\_\_ 47

### PARTEA A 2-A. COMPLEMENTAREA TERAPIILOR ALOPATE CU CELE HOMEOPATE \_\_\_\_\_ 57

§ 8. Complementarea medicinei  
homeopate cu cea alopată,  
naturistă și holistică în tratarea  
sclerozei multiple \_\_\_\_\_ 57

§ 9. Detoxifierea _____	68
§ 10. Rolul alimentației _____	82
§ 11. Hidratarea _____	91
§ 12. Tratamentul apiterapic _____	99
§ 13. Cele 10 plante benefice și complementare _____	119

## PARTEA A 3-A. STUDIU DE CAZ \_\_\_\_\_ 129

§ 14. Depistarea bolii _____	129
§ 15. Tratamente naturiste și holistice _____	133
§ 16. Stil de viață _____	139
§ 17. Rezultatele de la an la an _____	144
§ 18. Aprofundarea holistică _____	147
§ 19. Vindecarea bolii, împotriva tuturor manualelor de medicină alopată care susțin că nu se poate vindeca _____	152
§ 20. Dr. Ștefan Stângaciu _____	155

## BIBLIOGRAFIE \_\_\_\_\_ 197

### Jurământul lui Hippocrate

„Jur pe Apollo medicul, pe Esculap, pe Higea și Panacea și pe toți zeii și zețele, pe care îi iau ca martori, că voi îndeplini acest jurământ și poruncile lui, pe cât mă ajută forțele și rațiunea:

Să respect pe cel care m-a învățat această artă la fel ca pe propriii mei părinți, să împart cu el cele ce-mi aparțin și să am grijă de el la nevoie; să-i consider pe descendenții lui ca frați și să-i învăț această artă, dacă ei o doresc, fără obligații și fără a fi plătit.

Să transmit mai departe învățăturile acestei arte fiilor mei, fiilor maestrului meu și numai acelor discipoli care au jurat după obiceiul medicilor, și nimănui altuia.

Atât cât mă ajută forțele și rațiunea, prescripțiunile mele să fie făcute numai spre folosul și buna stare a bolnavilor, să-i feresc de orice daună sau violență.

Nu voi prescrie niciodată o substanță cu efecte mortale, chiar dacă mi se cere, și nici nu voi da vreun sfat în această privință. Tot așa nu voi da unei femei un remediu abortiv.

Sacră și curată îmi voi păstra arta și îmi voi conduce viața.

Nu voi opera piatra din bășică, ci voi lăsa această operație celor care fac această meserie.

În orice casă voi intra, o voi face numai spre folosul și bunăstarea bolnavilor, mă voi ține departe de orice acțiune dăunătoare și de contacte intime cu femei sau bărbați, cu oameni liberi sau sclavi. Orice voi vedea sau voi auzi în timpul unui tratament voi păstra secret, pentru că aici tăcerea este o datorie.

Dacă voi respecta acest jurământ și nu îl voi încălca, viața și arta mea să se bucure de renume și respect din partea tuturor oamenilor; dacă îl voi trăda devenind sperjur, atunci contrariul.”





## PARTEA I. DESCRIEREA SCLEROZEI MULTIPLE

Mielinizarea fibrelor nervoase – Mielina, denumită așa de către Virchow, este o teacă ce acoperă axonii în sistemul nervos central (SNC) și în sistemul nervos periferic (SNP).

Această teacă este un înveliș lipoproteic, elaborat de către oligodendrocite pentru fibrele centrale și celulele Schwann, pentru fibrele periferice. Oligodendrocitele apar, la microscopul optic, ca un nucleu mic și colorat intens înconjurat de un inel subțire de citoplasmă. La microscopul electric, ele se văd ca celule dense cu mulți microtubuli și puține neurofilamente. Au grămezi dense de reticul endoplasmatic grosolan. O cantitate mare de ergastoplasmă și numeroși poliribozomi, care se observă în citoplasmă. Substanța fundamentală este de culoare închisă și fin granulată. Citoplasma este mai densă, dar în cantitate mai mică decât în neuron. Nucleul este situat către unul din polii celulei. Cromatina nucleară tinde să se grupeze în grămezi mari. Cu ajutorul microscopului

electronice, oligodendrocitele pot fi deosebite de astrocite, întrucât au citoplasma mai închisă, nucleul mai dens, comatina mai condensată și foarte puține filamente. Oligodendrocitele se formează și în imediata apropiere a celulelor nervoase acolo unde nu este mielină (Andres, 1956).

Microglia, spre deosebire de celula nervoasă, de astrocit și de oligodendrocit, care sunt de origine ectodermală este de origine mezodermală. Are dimensiuni mai mici decât celulele gliale și este de formă ovoidală. După unii autori, microglia ar fi o glie astrocit sau oligodendrocit (Vaughn și Peters 1968). Celula Schwann, se găsește numai în sistemul nervos periferic. Citoplasma ei ajunge doar până în nodul Ranvier, lăsând un spațiu între nod și celulă. Cea mai mare parte dintre lipidele tecii de mielină este construită din colesterol. Dintre gliopide, mai importante sunt galactocerebrozidele și ganglioizidele. Mielina periferică are o concentrație mică de galactocerebrozide și mare de colinglicofosfatide și sfingomielină. Conglicofosfatidele din mielina periferică conțin o mai mare proporție de acizi nesaturați decât în mielina centrală. Lanțurile lungi de acizi grași C25, C26 sunt mai puțin de 2% per total, în timp ce în SNC sunt în proporție de 20%. Celula Schwann dă o prelungire citoplasmatică care

înfășoară axonul, după care regiunea nucleară migrează în spirală în jurul acestuia. Lamele interne, groase, ale spiralelor fuzionează, formând liniile întunecate groase, iar lamele externe mai subțiri, fuzionate, de asemenea, constituie liniile intraperiodice. Acest proces este mai puțin clar pentru fibrele centrale (spre deosebire de cele periferice), o oligodendrogliie putând forma teaca mai multor axoni. Uneori teaca lipsește; după acest criteriu, fibrele au fost clasificate în fibre amielinice, în general fibre vegetative (Remak) și fibre mielinice.

Formarea și menținerea mielinei la nivelul SNC, constituie funcțiile primare ale oligodendrocitelor – celule gliale mici cu un număr relativ mic de procese. Teaca de mielină este formată de către procesele oligodendrocitelor, care se dispun în jurul axonului pentru a forma o spirală strânsă. Mielina este situată în interiorul proceselor. Fiecare oligodendrocit îmbracă un număr variabil de axoni dependent de grosimea tecilor de mielină. În cazul tecilor de mielină subțiri, un oligodendrocit poate fi în legătură cu 40-50 de axoni. De asemenea, oligodendrocitele pot înconjura corpii neuronali, dar în aceste cazuri mielina nu este prezentă. Cercetări recente sugerează că oligodendrocitele produc de asemenea factori neurotrofici, cel mai important dintre aceștia fiind factorul



de creștere nervoasă ce poate promova creșterea axonilor afectați din SNC.

Sunt știute puține lucruri despre mecanismul mielinizării. Exista etape secvențiale implicând următoarele:

- 1) Migrarea oligodendrocitelor spre axonii ce vor fi mielinizați;
- 2) Adeziunea proceselor oligodendrocitelor la axon;
- 3) Dispunerea în spirala a axonilor, cu formarea unui număr predeterminat de teci de mielină și recunoașterea spațiilor ce nu trebuie mielinizate (ca exemplu, nodurile Ranvier).

Procesul de mielinizare, urmărit de microscopul electronic, începe cu un înveliș al axonului format de către, membrana plasmatică al fiecărei celule Schwann sau a fiecărui oligodendrocit. Încetul cu încetul se adaugă mai multe straturi până la completarea mielinizării. Unii susțin că celula Schwann depune mielina răsucindu-se în jurul axonului (Geren, 1956); această ipoteză este valabilă doar pentru fibrele periferice. În SNC, un oligodendrocit înconjoară mai mulți axoni. Alți autori sunt de părere că mielina este depusă în straturi concentrice printr-un proces asemănător cu formarea unei scoici.

Mielina are aspect alb, lucios constituind substanța alba din SNC. Această teacă este formată din segmente de 0.5-1 mm lungime. Între aceste segmente se află noduri, nodurile Ranvier, iar distanța între două noduri constituie segmentul internodal. Colateralele axonului pornesc de la nivelul nodurilor. La nivelul fiecărui internod există o singură celulă Schwann, pe când în SNC fiecare oligodendrocit poate forma și menține teci mielinice pentru 30-60 axoni. Nodurile Ranvier de la nivelul SNC sunt mai întinse decât cele de la nivelul sistemului nervos periferic. În afară de nodurile Ranvier, mielina mai prezintă (mai puțin frecvent) și incizurile Schmidt-Lantermann; ele au fost evidențiate la nivelul nervilor periferici mielinizați. După unii, acestea ar fi artefacte, în timp ce după alții ar avea un rol în funcția nutritivă a fibrei. Incizura Schmidt-Lantermann reprezintă locul în care rămâne proteina lamei tecii de mielină, dar lamela lipoidică este complet ruptă (Sulzmann, 1956).

Neurilema apare la microscopul optic fără structură, ca o teacă tubulară ce acoperă fața externă în geneza fibrei mielinice. La nivelul microscopului electronic se observă că celulele tecii participă activ în geneza fibrei mielinice. La nivelul nodului Ranvier, neurilema intră în raport direct cu cilindraxul. Există o singură

celulă a tecii pentru fiecare segment internodal. Celulele tecii și fibra nervoasă pe care o cuprind sunt de origine ectodermică; prin urmare, mielina, care ia naștere în cursul vieții embrionare (după ce cilindraxul a căpătat celulele tecii) este și ea derivată din ectoderm.

Mielinizarea evoluează caudo-cranial la nivelul cerebral și cranio-caudal la nivelul măduvei spinării. În intervalul 40-60 de zile postnatal, la nivelul cerebral, mielinizarea este realizată în majoritatea regiunilor. La oameni, vârful formării mielinei apare în timpul primului an postnatal, în timp ce la nivelul măduvei spinării acest proces începe în timpul celui de-al doilea sfert al vieții fetale. El poate continua în unele fibre corticale (în special în ariile asociative) până la vârsta de 20 de ani. Date mai precise despre topografia secvențială a mielinizării la om au fost recent obținute utilizând imagistica prin rezonanță magnetică.

Mielina cu axonul pe care îl înconjoară este parte din neuropil. Unele dintre afectările întâmplătoare ale mielinei pot fi înțelese numai în relație cu ceea ce se întâmplă neuropilului. Acesta este compus din vase de sânge, astrocite, oligodendrocite, teci de mielină, axoni și neuroni. Fiecare dintre acestea are caracteristici care pot influența rezultatul oricărei insulte care apare

la nivelul uneia sau alteia dintre componente. Rezultatul este o boală sau o disfuncționalitate în producerea acestor interacțiuni.



## § 1. SCURT ISTORIC AL SCLEROZEI MULTIPLE

Scleroza multiplă este, în principiu, o dezordine neuroimună, care implică SNC, afectând creierul și măduva spinării. SM prezintă o mare heterogenitate, în ceea ce privește evoluția clinică, imaginile neuroradiologice ale leziunilor, implicarea genelor susceptibile și răspunsul la terapie. Toate acestea sunt susținute de dovezi experimentale, demonstrând implicarea acestor procese fundamentale diferite, cum ar fi autoimunitatea și infecția virală, care pot induce apariția unor plăci inflamatorii demielinizante asemănătoare cu cele din SM. Aceasta sugerează ca SM pare a fi mai degrabă o sumă de sindroame heterogene decât o boala unică și de asemenea, pare să implice mecanisme patogenice diferite. În ciuda exploziei de cunoștințe de neuroimunologie imagistică, genetică și virusologie, totuși, cauza SM rămâne încă neclară.

Trăsăturile cardinale ale bolii sunt date de penetrarea de către celulele sistemului imun în compartimentul SNC, de inflamația locală și de răspunsul imun, urmate de demielinizarea și

afectarea transmisiei axonale. SM afectează adulții tineri și prezintă un spectru larg al gradului de afectare, de la procesul patologic asimptomatic, până la boala simptomatică cu severe dizabilități.





"Medicul trebuie să știe să tacă când este cazul și să aibă o viață regulată, pentru că aceasta contribuie la buna lui reputație."

HIPPOCRATE



## § 2. SIMPTOMATOLOGIA ȘI DEPISTAREA SCLEROZEI MULTIPLE

Scleroza multiplă este o afecțiune demielinizantă inflamatorie a sistemului nervos central, afectând adulții tineri la o vârstă medie de 30 de ani. Are o prevalență de aproximativ 1 la 10000 în majoritatea regiunilor din nordul Europei și din SUA. Femeile sunt mai mult afectate decât bărbații (raportul dintre femei-bărbați este de aproximativ 3:1).

Simptomele cele mai frecvente sunt: slăbiciunea musculară, nevrita optică, pierderile senzoriale, ataxia cerebeloasă, disfuncțiile sfincteriene și tremorul. Adicional fatigabilitatea este un simptom important.

Simptomele de scleroză multiplă variază de la o persoană la alta, în funcție de ce parte a creierului sau a măduvei spinării este afectată. Pierderea de mielină sau cicatricile provocate de scleroza multiplă pot afecta orice regiune a sistemului nervos central.

Simptomele pot apărea și dispărea sau pot deveni mai mult sau mai puțin severe de la o zi