

Glavno obilježje udruga za samopomoć pokušaj je upoznavanja i svladavanja početka razvoja kronične bolesti zajedničkim ravnopravnim sudjelovanjem svih članova u procesu liječenja.

Kao primjer djelovanja udruga za samopomoć možemo uzeti postmenopausalnu osteoporozu koja uz medicinski postaje i financijski problem. Međutim odgovor bolesnika nije adekvatan jer se javljaju tek nakon očitih simptoma bolesti kada se uklanjanjem rizičnih čimbenika teško može djelovati na ublaživanje već nastalih tegoba. Zbog toga je uloga udruge za samopomoć u pravodobnom informiranju o rizičnim čimbenicima i o tome kako ih izbjeći. Anketom provedenom među članovima udruge za samopomoć kod osteoporoze i ne članovima vidljivo je da je u skupini za samopomoć manji broj bolesnika s rizičnim čimbenicima nego među ne članovima.

Cilj udruga za samopomoć je uz bolju informiranost svakog pojedinog bolesnika i smanjivanje izolacije bolesnika, lakše svladavanje teškoća pri liječenju i poticanje bolesnika na samopomoć - aktivno sudjelovanje u liječenju.

Daljnja istraživanja pokazat će stvarnu korist od smanjivanja rizičnih čimbenika, odnosno njihov utjecaj na željeno socijalno stanje populacije (Kugler J i sur: Prävalenz der Risikofaktoren "Bewegungsmangel" und "Kalziumarme Ernährung" bei Patienten in Osteoporose - Selbsthilfgruppen. Krankengymnastik 1996; 1:28-32).

Dr. Sanja Sarta

INSTABILNOST DETRUZORA U ŽENA

(važnost za terapeute)

Žene koje učestalo mokre i nevoljno se pomokre pate od "hiperaktivnog mokraćnog mjehura" ili instabilnosti detruzora. U tom stanju se m. detruzor spontano kontrahira, dok bolesnica pokušava zadržati mokraću.

Za fizioterapeuta je važno razlikovati bolesnice s instabilnosti detruzora od onih sa stres inkontinencijom (kod kojih dolazi do nevoljnog otjecanja mokraće kod povećanja intraabdominalnog tlaka). Liječenje instabilnosti detruzora je usmjereno na vježbe mjehura uz moguću primjenu antikolinergičnih lijekova, a liječenje stres inkontinencije se zasniva na vježbama mišića dna zdjelice uz moguću elektroterapiju. Vježbama mjehura postizemo odlaganje mikcije, a postiže se mnogo brže ako bolesnice znaju upotrijebiti mišiće dna zdjelice koji potpomažu zatvaranje vrata mjehura. Neke vrste ES se upotrebljavaju za inhibiciju hiperaktivnog mjehura.

Tipični simptomi bolesnica sa ID su učestalo neodgodivo mokrenje, 8 ili više puta na dan, noćno mokrenje te inkontinencija provocirana kašljem ili pri snošaju. Simptomi u smislu neurološkog deficita u mladih inkontinentnih žena mogu biti prvi pokazatelj multiple skleroze. Treba obratiti pozornost na ranije operacije, zračenja zdjelice te promjene u smislu cistokele ili prolapsa.

Normalno mokrenje pretpostavlja 4 - 5 puta na dan izlučivanje količine urina 250 - 450 ml u razmacima od 3 do 4 sata. Kod ID bolesnica mokri više od 8 puta male

količine (50-200 ml) u razmacima manjim od 2 sata, s inkontinencijom ili bez nje. Kod stres inkontinencije količine urina su često normalne, mikcija nije tako učestala, ali obvezno postoji inkontinencija. No najčešće bolesnice imaju miješanu sliku pa treba učiniti urodinamičku obradu i cistoskopiju da se isključi karcinom, litijaza ili cistitis. ID može biti primarni (nepoznatog uzroka) ili sekundarni (kao posljedica opstrukcije ili spinalnih lezija).

Bit terapije su vježbe mjehura. Bolesnice se podučavaju da odlože mikciju, koncentrirajući se na inhibiciju potrebe za mokrenjem te zanemarivanjem prijevremene potrebe. Program vježba počinje objašnjenjem da je m. mjehur organ pod voljnom kontrolom. Kada se pojavi prijevremena potreba, bolesnica bi trebala sjesti (zbog izbjegavanja gravitacijskog učinka punog mjehura na receptore za istežanje detruzora), koncentrirati se na to da još nije vrijeme za mokrenje i napeti mišiće dna zdjelice. Cilj je postupno produžavati razmak između mikcija (na 3 - 4 sata) u periodu od nekoliko tjedana tako što se postupno produžuje svaka kontrakcija i povećava broj kontrakcija u nizu i na dan. Bolesnice koje su ranije smanjile unos tekućine moraju postupno povećavati unos na 1,5-2 l da se poveća volumen mjehura, ali izbjegavati kavu i čaj zbog njihova diuretskog učinka. Antikolinergični lijekovi inhibiraju kontraktilni učinak parasimpatičkih živaca na detruzor, ali imaju niz sistemnih djelovanja pa se primjenjuju samo onda kad vježbe nisu dovoljne. Uzimaju se u periodu od 3 do 6 mjeseci i izostavljaju čim bolesnica počne kontrolirati mikciju. Operacija nije indicirana kod ID. Bolesnice s miješanom slikom trebale bi biti liječne konzervativno dok se ne izliječi poremećaj instabilnosti detruzora, a zatim se stres inkontinencija može operativno rješavati (Kate H Moore: Detrusor instability in women, Its Significance for Continence Therapists. Physiotherapy 1996; 82(1):52-57).

Dr. Antonija Stilinović

REHABILITACIJA KOD PERIFERNIH OBOLJENJA ŽIVACA

U referatu o rehabilitaciji kod perifernih ozljeda živaca Neundöfer naglašava zadaću opće rasprave o dostatnosti rehabilitacijskih ciljeva kojima se bolesnika dovodi u što je bolje moguće fizičko, psihičko i socijalno stanje. Rehabilitacijski postupci koji se pri tom koriste su medikamentni, fizikalna terapija, elektroterapija i ortopedsko liječenje.

U oštećenjima perifernih živaca s propadanjem prije svega motoričkih, ali i senzibilnih i vegetativnih živčanih vlakana, cilj je rehabilitacijskih postupaka poticati nicanje živčanih vlakana i razvoj kolaterala, održavati u funkciji denerviranu muskulaturu sprječavanjem dalje atrofije mišića, razvijati snagu mišića koji uredno funkcioniraju te tako kompenzirati eventualni ispad funkcije denerviranih mišića, sprječavati kontrakture te, koristeći se ortopedskim postupcima, ispraviti eventualni ispad funkcije. Prema Reinerovu istraživanju brzina regeneracije perifernog živca ovisi o veličini oštećenja aksona, nešto manje o težini oštećenja mijelinske ovojnice, a konačni uspjeh rehabilitacije ovisi o tome radi li se primarno o mehanički uvjetovanoj leziji (npr. traumatsko oštećenje) ili o difuznoj afekciji osjetnih perifernih živaca u polineuropatija različite etiologije.