

PULSIRAJUĆA MAGNETOTERAPIJA I SUPKUTANA INSUFLACIJA CO₂ KUPKI U DIJABETICARA S ANGIOPATIJOM) (Pulsierendes Magnetfeld und subkutane Insuflation von Quellgas bei Diabetikern mit arterieller Verschlusskrankheit).

U 99 oboljelih od dijabetes melitusa s ishemijom donjih ekstremiteta u stadiju klaudikacije, koji su bili nasumce podijeljeni u grupe odgovarajući balneoterapiji. učinjena je evaluacija nakon 5 tjedana balneoterapije. Liječenje je padrazumijevalo subkutane insuflacije mineralne vode ili aplikaciju pulsirajuće magnetoterapije u visini Th₁₂—L₄, što je dovelo do vidljivo poboljšane prokrvljenosti donjih ekstremiteta. To se je klinički manifestiralo produženim hodom, poboljšanjem testa pozicioniranja prema Ratschowu i produženjem testa stajanja na prstima. Klinički odgovor je bio potvrđen kvantitativnim poboljšanjem vaskularizacije potkoljenica što je utvrđeno reografski. Metoda aplikacije pulsirajuće magnetoterapije na lumbalnu kralješnicu može se koristiti, obzirom na dobru podnošljivost i laganu tehniku primjene u dugotrajnom planu terapije za dijabetičare s afekcijom periferne cirkulacije. (Dipoldová J, Benda G, Valentová D. balneologia Bohemica 1988; 17/1, 1—10).

Maja Dubravica

PREVENCIJA OSTEOPOROZE IZAZVANE KORTIKOSTEROIDIMA POMOĆU APD (Prevention of steroid-induced osteoporosis with APD)

U prospektionom nasumce odabranom studiju ispitivan je učinak amino-hidroksipropiliden-bifosfonata (APD) u dozi od 150 mg na dan s 1 g kalcija na dan u usporedbi s učinkom samog kalcija na koštanu masu bolesnika koji su dugotrajno primali lgukokortikoidnu terapiju. Prosječna vrijednost korteksa metakarpalnih kostiju u bolesnika koji su primali APD povećala se za 1.2% u razmaku od 6 mjeseci (P<0,06) nakon čega je ostala stabilna između daljnjih 6 do 12 mjeseci. Nasuprot tome, kortikalni indeks pogresivno se smanjivao u kontrolnoj skupini (P>0,05) kroz daljnjih 12 mjeseci. Obje se grupe značajno razlikuju u promjeni indeksa i nakon 6 i nakon 12 mjeseci. Prosječna gustoća koštanog tkiva kralješaka mjerena kvantitativnom kompjuteriziranom tomografijom povećala se 19,6% nakon 12 mjeseci u skupini bolesnika koji su primali APD i u 8,8% bolesnika iz kontrolne skupine (P<0,005). Stoga autori zaključuju da se APD može uspješno koristiti u preveniranju gubitka koštane mase u bolesnika na terapiji glukokortikoidima (Reid IR i sur.: Lancet, 1988:143—146).

I. Jajić

KRIŽOBOLJA I ISHIJALGIJA (Back pain and sciatica)

Od križobolja pati oko 5,4 milijuna ljudi u SAD radi čega poprima obilježje socijalne bolesti. Oko 1% bolesnika s akutnom križoboljom dobiva ishijalgiju karakteriziranu bolom u distribuciji lumbalnog spinalnog korjena, senzornim i motornim deficitom. Od križobolje pati 60 do 90% ljudi tokom života. Incidencija je 5%. Od nje oboljevaju podjednako i muškarci i žene. Oko 40% ljudi tokom života pati od ishijalgije koja se obično javlja u 4. i 5. dekadi života.

U riziko faktora ubrajaju se načini obavljanja radnih zadataka, vibracije, pušenje, osteoporoza, anomalije razvoja kralješnice, spinalna stenoza, držanje, ne istreniranost organizma.

Križobolja se može manifestirati kao akutna, akutna s ishijalgijom, subakutna, s ishijalgijom, kronična.

Osnovu liječenja akutne križobolje čini odmor i položaj tijela u krevetu. Dokazano je da križobolja koja se liječi s izdašnim odmorom traje u prosjeku 6,6 dana, a liječena ambulantno na standardni način 11,8 dana. Uz to se daju analgetici. Od fizikalne terapije daju se vježbe, trakcija, dijatermija, krioterapija, ultrazvuk i transkutana električna stimulacija (TES).

Radi velikih financijskih gubitaka nastalih dugotrajnim bolovanjem, izostancima s radnog mjesta i koštanja terapije, prevencija ima najvažnije značenje. Primarna prevencija uključuje edukaciju zaposlenih na radnom mjestu, testiranje osoba prije zaposlenja napose na rizična radna mjesta i adaptaciji radnog mjesta randika (Frymoyer J. W, New Engl J md 318:291—300, 1988).

I. Jajić

EKTOPIČNA OSIFIKACIJA NAKON ALOARTROPLASTIKE KUKA: DA LI JE DIFUZNA IDIOPATSKA SKELETNA HIPEROSTOZA RIZIKO FAKTOR? (Ectopic ossification following total hip arthroplasty: is diffuse idiopathic skeletal hyperostosis a risk factor?)

Istraživana je ektopična osifikacija nakon aloartroplastike kuka. Povećana učestalost je nađena u onih bolesnika koji imaju difuznu idiopatsku skeletnu hiperostozu. 38 od 204 bolesnika imali su difuznu idiopatsku skeletnu hiperostozu i u 29% razvila se postoperativna osifikacija i u 10% onih koji su patili od hiperostotske spondiloze ili Rotes-Querol-Forestierove bolesti (op. ref.). Zbog toga difuzna idiopatska skeletna hiperostozu predstavlja riziko faktor za postoperativnu ektopičnu osifikaciju. U posebnoj studiji 1325 bolesnika koji nisu analizirani na prisustvo hiperostotske spondiloze) istraživan je odnos između jakosti postoperativne ektopične osifikacije i opsega pokreta. Bol je bila prisutna u 10% i reducirana fleksija kuka u 26% bolesnika. Zbog toga ektopična osifikacija nije toliko važna napose s terapijskog aspekta odnosno za preventivno davanje disfosfonata bolesnicima i difuznom idiopatskom skeletnom hiperostozom koji žele ugraditi totalnu endoprotezu kuka (Fahrer H. i sur. Brit. J. Rheum 1988, 27:187—190).

I. Jajić

PSIOMETRIJSKA ANALIZA AUDIOVIZUELNE TAKSONOMIJE ZA PROCJENU PONAŠANJA BOLI KOD BOLESNIKA S KRONIČNOM KRIŽOBOLJOM (Psychometric Analysis of the Audiovisual Taxonomy for Assessing Pain Behavior in Chronic Back-Pain Patients)

Ispitivanjem je obuhvaćeno 60 bolesnika kojima je procijenjeno ponašanje boli pomoću audiovizuelne taksonomije tijekom prvog i posljednjeg tjedna liječenja na multi-disciplinarnoj klinici za bol. Utvrđeno je da su ponašanja boli bolesnika po prijemu na kliniku pozitivno korelirana sa sljedećim varijablama: novčanim isplataama za vrijeme bolovanja, prevelikom tjelesnom težinom te operativnim zahvatima na kralješnici. Ponašanje boli po završetku liječenja u značajnoj je mjeri povezan sa izborom postupka za smanjenje boli. Značajno ponašanje boli povezano je sa izborom terapije ledom i toplineom od strane bolesnika. Nizak nivo ponašanja boli povezan je s profiriranjem fizikalne terapije, socijalne aktivnosti, predavanja te relaksacije kao terapije izobra. Autori zaključuju da je uspjeh liječenja u klinici za bol u većoj mjeri rezultat bolesnikove preferencije oblika liječenja i oblika borbe s bolovima nego osobina ličnosti i demografskih karakteristika. (Kleike, C. R. i sur. Journal of Behavioral Medicine, 1988; 11:83—94)

Branko Šerbo

DA LI JE JONTOFOREZA MOBILISINOM^R ANALGETSKI DJELOTVORNIJA NEGO PRIMJENA MOBILISIN^R MASTI? Dvostruko slijepi, tri puta ukršteni, placebo kontrolirani pokus. (Je Mobilisinová jontoforeza analgeticky účinnější než Mobilisinová mast? Dvojitě slepý tříkrát Zkřížený, placebem kontrolovaný pokus)

U dvostruko slijepom, kontroliranom pokusu u 41 bolesnika s upalnim mono ili oligoartritisom primjenjena je jedna od sljedećih procedura: jontoforeza Mobilisinom^R, Mobilisin^R mast s placebo jontoforezom, placebo mast s jontoforezom