

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) istraživana 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

rezom i placebo s placebo jontoforezom. Nakon jednokratne procedure zapaženo je značajno analgetsko djelovanje jontoforeze Mobilisinom[®] i primjene Mobilisin[®] masti u odnosu na placebo. Bolovi su mjereni na vizuelnoj analognoj skali po Huskissonu nakon pola, jendog, dva i četiri sata iza procedure. Učinak Mobilisina[®] trajao je prosječno 6,5 sati što je značajno više nego učinak placeba.

(Pavelka K jn, Pavelka K sen, Švarcová J, Vácha J, Trnavský K. fysiatričký a revmatologický věstník, 1988; 66/3, 176—182).

Maja Dubravica

SINDROM KARPALNOG KANALA U PARAPLEGIČARA (Carpal Tunnel Syndrome in Paraplegic Patients')

U 38 od 77 bolesnika s paraplegijom (49%) nađen je sindrom karpalnog sindroma. Učestalost sindroma se povećava s duljinom trajanja paraplegije. 418 bolesnika u kojih je provedeno manometričko ispitivanje, pritisak u karpalnom kanalu u neutralnom položaju šake bio je veći u paraplegičara nego u ispitanika koji nemaju paraplegiju i bez sindroma karpalnog kanala. Pri volarnoj fleksiji šake, tlak u karpalnom kanalu bio je sličan onima bez paraplegije. U položaju fleksije šake, u paraplegičara je tlak u karpalnom kanalu bio veći nego u kontrolnih ispitanika (Gellman H i sur., J Bone Joint Surg 1988, 70—A (4):517—519).

I. Jajić