

REFERATI IZ ČASOPISA

INERVACIJA ZGLOBNE KAPSULE I SINOVIJALNIH NABORA HUMANOG ZIGAPOFIZEALNOG ZGLOBA (Human zygapophyseal joint capsule and synovial fold innervation)

Zigapofizealni zglob je sinovijalni zglob kojega čini donji artikularni procesus kralješka i gornji artikularni procesus susjednog kralješka. Zglobne površine zgloba su pokrivena hijalinom hrskavicom. Zglobna kapsula u postero-lateralnom dijelu sastoji se prema vani od gustog fibroelastičnog vezivnog tkiva, u srednjem od sinovijalnog rahlog vezivnog tkiva i prema unutra od sinovijalne membrane. Medijalni dio zglobne čahure formira ligamentum flavum. Gornji i donji dio zglobne kapsule čini masnim tkivom ispunjeni recessus.

Posteriorno-lateralni dio zglobne čahure inerviran je od živčanih vlakana koja dolaze od medijalnog ogranka stražnjeg primarnog ramusa odgovarajuće visine i od susjednog nivoa.

Intraartikularni sinovijalni nabori sudjeluju u križbolji uslijed njihovog povećanja i trakcije zglobne čahure. Autori su ispitali zglobnu čahuru zigapofizealnog zgloba s naročitim osvrtom na njenu inervaciju. U ispitivanje je uključen posteriorno-medijalni dio zglobne čahure, susjedni ligamentum flavum i sinovijalni nabori u 30 odraslih bolesnika nakon laminektomije u visini L4—L5 i L5—S1. Materijal je pregledan svjetlosnim i elektronskim mikroskopom. Nađeno je da su živčana vlakna mijelinizirana i da na krajevima nose nociceptore koji su klinički važni u spinalnoj boli.

Mnogi se autori slažu da je prenaplaštena uloga diska u izazivanju bola u području kralješnice. Ovo proučavanje zglobne čahure zigapofizealnih zglobova govori u prilog toga. Njihovo istraživanje je otkrilo živčana vlakna debljine 0.2 do 12 μm . Živčani receptori su vjerovatno mehaničke prirode (mehanoreceptori) koji su locirani u posteriorno-medijalnom dijelu zglobne čahure (u njenom fibroznom sloju). Autori vjeruju da su i ostali dijelovi zglobne čahure zigapofizealnih zglobova inervirani na isti način. Tanja vlakna na tom zglobu koja su smještena perivaskularno, u vegetativna vlakna (0.6 do 1 μm) i slične nociceptivnim vlaknima (Giles, L. G. F. i Taylor, J. R., Brit. J. Rheum., 26:93—98, 1987).

I. Jajić

LIJEČENJE ENUREZE S MAKSIMALNOM ELEKTRIČNOM STIMULACIJOM (Zdravljenje enureze s maksimalno električno stimulacijom)

53 djeteta s perzistentnom dnevnom, noćnom ili kombiniranom enurezom stara od 5 do 16 godina podvrgnuta su maksimalnoj električnoj stimulaciji (MES) mišića zdjeličnog dna. Prethodno su isključena djeca s uroinfektom i organskim oštećenjima urotakta. Stimulacija je vršena laboratorijskim električnim stimulatorom i dječjim analnim uloškom. Jedna stimulacija je trajala 15—20 minuta. Prosječno je izvedeno 5 stimulacija. Stimuliralo se do praga bolnosti koji je većinom bio između 10 i 30 mA (prosječno 20 mA).

Stimulator je generirao pravokutne monofazne impulse širine 1 ms frekvencije 20 Hz. 1 do 2 mjeseca nakon stimulacije djeca su kontrolirana. 36% djece je klinički izliječeno, 43% se poboljšalo, a kod 21% nije bilo promjena. Bolji klinički uspjeh postignut je kod djece koja su se mogla stimulirati jačim strujama. Bolji rezultati su postignuti ako su intervali između stimulacija bili kraći. Kod djece s pozitivnim rezultatima došlo je do povećanja maksimalnog distometrijskog kapaciteta mokraćnog mjehura. Kod nepoboljšanih došlo je do njegovog smanjenja, ali to nije bilo statistički signifikantno.

Autori zaključuju da MES predstavlja korisnu dopunu ostalim metodama u liječenju perzistentne enureze, iako ne i njihovu zamjenu. Metoda je jednostavna, relativno jeftina i bez značajnijih negativnih nusfekata. Objašnjenje tog efekta MES još nije posve jasno i autori raspravljaju o mogućim mehanizmima djelovanja (Tršinar, B., Vrtačnik, P. i Drobnič J., Zdravstv. vestnik, 55:537, 1986).

M. Horvat