

Rasprava sa simpozija o Sudeckovom sindromu

Klinička bolnica Dubrava, 6. i 7. listopada 2000. godine

Snimatelj: Davor IVANOVIĆ

Daktilograf: Snježana VUČIĆ

2. radna sjednica, održana 7. listopada 2000. godine s početkom u 14,30 sati

Predsjedaju:

Prof. dr. Velimir BOŽIKOV, prof. dr. Ana BOBINAC-GEORGIEVSKI i prim. dr. Zmago TURK

Prof. dr. sc. Ana BOBINAC-GEORGIEVSKI:

U prvom predavanju prof. Velimira Božikova, čija je tema bila *Medikamentozna terapija*, čuli smo široki spektar potencijalne medikamentozne terapije.

Bit će zanimljivo čuti, od ovoga multidisciplinarnog auditorija, kakva su praktična iskustva o toj temi, ima li pitanja za prof. Božikova s obzirom na primjenu te terapije, kakva su njegova iskustva.

Prof. dr. sc. Janko KO HANČEVIĆ:

Zahvalan sam kolegi Božikovu koji nam je pokazao jedan spektar, paletu mogućnosti liječenja. Mislim da je to više nego dobro.

Međutim, htio bih podsjetiti ovaj skup na nešto, što će vam i kolega Božikov vjerojatno potvrditi. Naprimjer, kada pacijent prima više od tri lijeka istodobno, uvijek je vrlo upitna terapija, upitan je efekt liječenja. Morali bismo koristiti ono što ne znamo, za što postoji mogućnost. To znači da se prije nego se bolesniku daje lijek treba informirati - danas čak i preko interneta - o interakcijama lijekova. Nerijetka je mogućnost da zbog dva, tri ili više lijekova uzetih zajedno može doći do potenciranja međusobnoga djelovanja, ali - nemojmo zaboraviti - može doći i do negacije djelovanja. Pa u želji da liječimo, ne dobijemo nikakav efekt. Ovaj čas mi je na umu uzimanje sredstava za liječenje šećera i klasičan Aspirin. Jedna stvar o kojoj se malo zna, jedno i drugo sredstvo se često daje bolesnicima, a pogledajte literaturu pa ćete vidjeti čega tu sve ima. S ovime bih samo htio zahvaliti prof. Božikovu na zaista izvrsnom pregledu, ali mi koji ćemo lijekove davati moramo ponajprije saznati što međusobno može reagirati.

Prof. dr. sc. Velimir BOŽIKOV:

Hvala prof. Hančeviću. To je jedno vrlo važno upozorenje i doista je nešto što moraju imati na umu svi liječnici koji liječe bolesnika, počevši od obiteljskoga liječnika, do kliničara koji propisuju puno lijekova ... Ipak netko mora te lijekove objediniti. Kad ste spomenuli dijabetes ... kad svi mogući suspecijalisti - od okuliste do neurologa - pregledaju takvog bolesnika, to je šuma lijekova. Ali to je prisutno u svim specijalnostima medicine.

Možda je ovaj sindrom, kompleksni sindrom algodistrofije i Sudeck, pa tu treba biti vrlo oprezan. Pitanje je je li pacijent mlađa ili starija osoba, kakvi su njegovi drugi organski sustavi. Znači, pacijent se uvijek mora pregledati integralno, ne samo svoja suspecijalnost. Važni su dobra anamneza, dobar pregled i veliki oprez kod svih lijekova. Znamo da i jedan Aspirin može biti smrtonosan. Npr. za pacijenta koji ima problema s erozivnim gastritisom, za njega nije Aspirin, a isto tako neka druga sredstva koja tu dajemo mogu biti vrlo pogibeljna ako se ne pazi. Moramo dobro poznavati farmakologiju, farmakodinamiku i moguće popratne pojave.

Još bih na nešto ukazao kao kliničar. Zapravo molio bih vas da svi prijavljujemo te nuspojave. Na taj način se one registriraju, na što nas je upozorio prof. Hančević i s time se potpuno slažem. Nedostaje to svjetsko središte, svi sad težimo Europi, na toj razini surađujemo, što je vrlo lijepo jer dobivamo odgovor. Mi imamo nacionalni centar koji registrira nuspojave i šalje odgovore. Točno vam odgovore zbog čega je došlo do nuspojave, isto tako odgovore vam koliko je već nuspojava registrirano i tako imate značajan pozitivan odgovor gdje možete nešto više saznati o tome. Naša bolnica i naša

ljekarna imaju internet i te se mogućnosti koriste. Postavi se terapija pacijenta i dobije se točna interakcija. Ovaj lijek ima interakciju s onim, uknjiže vam se sve mogućnosti i vi ste doista onda sigurni što dajete bolesniku. Tome bi trebali težiti svi, pogotovo kliničke ustanove.

Prim. dr. Ljubica LABAR:

Prof. Božikov je spomenuo terapiju kortikosteroidima pa bih ja pitala ima li iskustava s lokalnom primjenom, posebno za sindrom rama, šake? Da se ne javljam još jednom, pitala bih dr. Šakića ima li iskustava s terapijom laserom.

Prof. dr. sc. Velimir BOŽIKOV:

Ja osobno nemam iskustva s tim, ali kao endokrinolog dosta sam oprezan prema toj terapiji. Vidjeli ste, na onoj recentnoj shemi koju sam dao, da je ta terapija upitna i sve dok se to definitivno ne istraži mi ne ćemo moći imati odgovore.

Imate prave sukobe u toj struci jer neki koji dosta daju kortikoidne terapije, intraartikularno, periartikularno i na ostale načine, a znate da kortikoidi mogu pospješiti i osteoporozu kao nusfekt i neke druge loše učinke. To treba doista znanstveno procijeniti. Danas se rađe pokusi, planirani i vrlo, vrlo kontrolirani farmakološki, te velike svjetske studije raznih kardioloških lijekova. Kao što znate, to su ogromne studije gdje se radi multicentrično i one će možda dati odgovor na naše dileme o primjeni kortikoida.

Dr. Davorin ŠAKIĆ:

Nažalost, mi nismo imali aparat za laser, odnosno ja sam imao nekakav mali laser koji se mogao upotrebljavati samo na akupunkturnim točkicama. Tada nismo imali dovoljno jaki laser, međutim sada ga imamo. Nemamo dovoljno fizioterapeuta, ali tu je ravnatelj pa će on to podržati. Sve dok ne ćemo imati fizioterapeuta, ja ću sam pokušati naći pola sata vremena za ljude kojima zaista terapija laserom može pomoći pa ćemo je nastojati zaista aplicirati. Međutim, ja bih rekao da smo mi i klasično, posebice s krioterapijom uspjeli nešto napraviti. O kinezioterapiji ne bih ništa dodao jer je to svi znamo. Bez kinezioterapije nema ništa. Dakle, prvo pomoći samom sebi, a onda ići sa svim drugim strujicama, laserima, magnetima ili lijekovima ...

Prim. dr. sc. Ladislav KRAPAC:

Prof. Božikov, jučer je bilo govora o Miakalociku kao jednom od preparata u terapijskom pristupu regionalnom bolnom distrofičnom sindromu. Kakvo je vaše mišljenje? U Hrvatskoj nažalost Kalcitonin nije registriran, u Sloveniji jest.

Jučer je bilo govora o analgeziji, potvrđeno je da je u boli skeleta Kalcitonin koristan. Zašto ga ne primjenjujemo kod Sudecka? Mi smo jedan odgovor čuli, ali ja bih volio vaš odgovor kao endokrinologa i stručnjaka za metaboličke bolesti i vaše mišljenje.

Prof. dr. sc. Velimir BOŽIKOV:

Što se tiče Kalcitonina ja sam isto testirao moje kolege endokrinologe, nedavno smo imali jedan sastanak. Postoji osobno neko malo iskustvo, ali tu su vam i svjetska iskustva koja tvrde da Kalcitonin doista smanjuje bol i smanjuje resorpciju kosti. To su dva bitna elementa u Sudeckovom sindromu i on se tu pokazao efikasnim. Jasno, Kalcitonin je skup. Ja sam uvijek za to da se bolesniku ne smije skriti istina o učinkovitosti lijeka, bez obzira na cijenu. Čovjek bira po vlastitoj volji. Ako može, onda mu se ne bi smjela skriti ta njegova mogućnost, ako je nešto dobro i ako smo mi u to uvjereni. Samo je problem, nažalost, što često puta nema dogme u medicini. Bez tih kontroliranih studija ne može se dokazati kako neki lijek djeluje. Strahovito je u mojoj struci što mogu dati, iz ogromnog iskustva, komorbiditet u dijabetesu. Nemojte misliti da prelazimo na dijabetes zato što mi tražimo striktnu regulaciju glikemije, što bliže normalnoj. Čak i u infarktu se zahtijeva da bi bila glikemija što bliža normalnoj, svi smo svjesni opasnosti što bi eventualna hipoglikemija ako nadraži simpatikus i sve ostalo, mogla izazvati, što znači rastezanje krvnih žila ... To je sve bilo tako predmnijevano i mi smo doista obzirni, znate, determinirate čovjeku njegov cijeli život. Od jutra kad ustane pa dok ide spavati on mora redovito jesti, primati do 4 injekcije inzulina, samokontrolu glikemije. I dok nisu napravljene

te velike studije koje su dokazale da ako je dobra regulacija glikemije silne se komplikacije zaustavlja i odlazi za jedan signifikantan broj godina. Onda smo mi rekli da ono što smo radili smo dobro radili i radit ćemo još bolje.

Prof. dr. sc. Ana BOBINAC-GEORGIEVSKI:

Postoji li tu "evidents B" stadij u vezi Neokalcita?

Prof. dr. sc. Velimir BOŽIKOV:

Nema toga, nažalost. Bar ja ne znam.

Dr. URSIĆ:

Ja sam fizijatar iz Poliklinike Bizovačke Toplice. Došla sam ovdje s velikim očekivanjem i pretpostavljam, kao i mnogi drugi fizijatri, jer se ne bavimo samo Sudeckom u ambulanti fizijatrijske opće prakse gdje dođe sve i svak. Kad dođe jedan Sudeck, mučimo se mjesecima. Ja sam u četvrtak imala jednog pacijenta na kontroli i rekla sam: "Sad idem na jedan simpozij u Zagreb i nadam se da ću tamo čuti nešto pametno i konkretno, kad se vratim moći ću vam pomoći s nečim drugim".

Došla sam na ovaj skup s očekivanjem da čujem naprosto konkretno vrijednu preporuku za dalje. Zapravo nekakve novosti što imamo od fizikalne terapije, svi to radimo u različitim kombinacijama. Ono što mene zanima, a pretpostavljam i druge fizijatere ovdje nazočne, medikamentozna je terapija koja je toliko široka, pa očekujem od ovoga skupa da mi donesemo određeni zaključak. Ovo je najveći skup posvećen Sudecku posljednjih nekoliko godina. Koliko ja znam nigdje drugdje se o tome nije toliko raspravljalo. Očekujem da ćemo donijeti neku preporuku fizijatrima kako postupati s medikamentoznom terapijom, osim analgezije, jer to svi znamo, sa sredstvima za cirkulaciju, vitaminima, hormonima, kortikosteroidima ...

Može li ovaj skup, kao najveći skup posvećen Sudecku, donijeti jedan zaključak, jedan stav ispred Hrvatske udruge fizijatara odnosno Društva fizijatara kako da postupamo s lijekovima o Sudecku?

Prim. dr. sc. Zmago TURK:

Mi ćemo raspravljati i o lokalnim infiltracijama sa steroidima kod tih promjena. To su isto stvari koje se mogu raditi, ali ipak je teško reći neku opću terapiju. Sudeckova promjena je različita, u različitom stadiju je vidite, pa je teško reći u ovom stadiju dati toliko miligrama, kod onoga stanja onoliko miligrama. Najvjerojatnije ćemo teško donijeti konkretan zaključak, što ste vi od nas tražili.

Prim. dr. sc. Velimir BOŽIKOV:

Ako ja mogu dati jedan prilog ovome skupu, kao endokrinolog, npr. kad se krene u liječenje osteoporoze tih bolesnika. To je minimum o kojem kod nas postoji konsenzus endokrinologa, ginekologa, traumatologa, ortopeda, fizijatara, reumatologa. Sigurno ćemo biti u pravu ako s tim krenemo i jasno, nadomjesnu hormonsku terapiju, ukoliko je to predmenopauzna žena uz sve one opreze koji se moraju napraviti u suradnji s ginekologom.

Prof. dr. sc. Ana BOBINAC-GEORGIEVSKI:

Mi danas podržavamo stajalište prof. Božikova da su "evidence based" (EB) studije te koje mogu pokazati je li neki lijek indiciran ili nije indiciran, kakve učinke daje. Imamo internet, što je spomenuo prof. Hančević. Dakle, kao visokokvalificirani stručnjaci dužni smo se osvrnuti na te izvore i prije odluke aplikacije konzultirati se s tim izvorima. Pred nama još zapravo stoji izazov da te EB-studije provedemo tamo gdje nisu provedene.

Prim. Jože BAROVIĆ:

Ja bih htio dati svoj prilog kolegici koja je pitala za jednu doktrinu medikamentozne terapije. Psihološki je u svima nama reakcija kod nepoznatih stvari da je ne otklanjamo. Onda dolazi jedan period indiferentnosti i onda taj period zamjenjuje period oduševljenja za određenu stvar.

Moj period je period oduševljenja za vitamine. Prije svega bih htio da vas upozorim na to. Jučer smo

nešto govorili o antioksidansima, danas bih vas upozorio na supstanciju za koju govore da je supstancija 3, tisućljeća, a zove se Flanamon (ili strukovno oligometilprocijamid). Ta supstancija je u kombinaciji s vitaminom C jedno revolucionarno sredstvo i za Sudeck i za sve smetnje mikrocirkulacije i lokalne promjene u tkivima zbog poremećenog metabolizma sa svim njegovim posljedicama.

Znači odgovor s moje strane je - ne zaboravimo vitaminsku terapiju koja nam ne može naškoditi i nije u interakciji, u škodljivoj reakciji s brojnim drugim lijekovima, a može biti vrlo korisna.

Prof. dr. sc. Velimir BOŽIKOV:

Ne bih posebno komentirao vitamine, jasno imaju one Paulingove teze o vitaminu C. Možemo jako dugo raspravljati o tome dok se to doista ne dokaže nekom studijom. Imamo siromašnije slojeve ljudi i teško je govoriti o tome, ti vitamini nisu jeftini i ponekad radije kažemo da kupe prirodno voće itd. Nisam htio omalovažiti što je kolega rekao, dapače. Jasno, gdje su vitamini deficitarni, treba ih davati.

Dr. LEKIĆ:

- Ja bih sve te stvari malo drukčije postavio. Kirurg sam pa me se cijela priča drugačije doima. Nisam traumatolog i ne dolaze mi frakture, ja sam plastičar i k meni dolaze prilično selekcionirani pacijenti. To su prvo pacijenti koji imaju bolni sindrom na ruci, a imali su minimalnu traumu ili nisu imali nikakvu traumu pa su poslani zbog bola u ruci.

Kolega Margič iz Slovenije pokazao nam je jedan od pristupa, a to je trajna senzomotorna blokada. Ja ću vam samo reći par riječi ili natuknuti o jednoj posve drugoj temi, koja je ključna kad gledamo u literaturi. To je kontinuirana blokada simpatikusa, o tome smo danas vrlo malo slušali. Kad pacijent dolazi k nama s bolnim sindromom u ruci, prvo nas zanima u vezi ovih klasifikacija o kojima smo govorili, RSD, zatim regenerativne bolesti, regionalni bolni sindrom I. ili II. Nije stvar tako jednostavna. Novija fiziološka istraživanja pokazala su neke nove stvari pa otud idu i nove stvari u klasifikaciji, odnosno pokušavamo stvari imenovati na najdecidiraniji način po onome što danas o tome znamo. Prema tome, kod nas u kući ponajprije nas zanimaju pacijenti za koje držimo da se radi o pacijentima kod kojih je uloga simpatikusa vrlo značajna, a zbog toga idemo na blokadu ganglion stelatum i to iz dva razloga. Prvo nam to dijagnostički potvrđuje da se radi upravo o tome. Dakle, to bi bili oni simpatikus stigmatizirani pacijenti o kojima smo jučer slušali.

Dakle, damo pacijentu blokadu ganglion stelatum Ubivacainom. Ta blokada je dugotrajna, efekt mu je oko 18 sati. Efekt blokade je trenutačan. To se vidi i na pacijentu. U roku par minuta, pogledajte mu ekstremitete u koje ste mu to dali, vidite značajnu promjenu. To je dijagnostička potvrda, znak da ste pogodili dijagnozu. Taj blok pacijentu možete ponavljati nekoliko puta tjedno. Mi u principu radimo dva-tri puta tjedno kroz period od dva-tri tjedna. Ako to funkcionira i ako nakon prestanka davanja blokada pacijent i dalje ima smetnje onda idemo na kontrolirane blokade. To znači da naš anesteziolog uvede kateter u vrat, blokira ganglion stelatum, kateter ostaje tu i ordinarijusa, pacijenta ili pacijentovu obitelj mi jednostavno naučimo kako će postavljeni kateter sam koristiti. Radi se o davanju 8 cm³ 0,5 % Ubivacaina 3 puta dnevno. Na taj način vi možete pacijenta vući mjesec, dva, tri čak. Nakon prestanka terapije ili dolazi spontana remisija kompetna, simptomi nestaju ili ako to nije slučaj cijelu priču možete ponoviti za par mjeseci, za mjesec dana. Na taj način smo pacijenta lječili godinu dana. Kroz to vrijeme pacijent ide na fizikalnu terapiju, a po nama je posao fizijatra prvenstveno da pacijenta nauči što treba raditi. To je ona priča od jučer, pola sata fizikalne 23 i pol sata mirovanja. Ne, mi našim pacijentima apliciramo ortoze, ja govorim prvenstveno o ruci. Pacijentu damo ortozu i pacijent s tom ortozom vježba doma dok je budan. Ortoze su napravljene na način da ih pacijent vrlo lako skida, aplicira, normalno obavlja svakodnevnne aktivnosti itd. S tim načinom smo dosad vrlo zadovoljni. Imamo dvoje pacijenata koji na to nisu reagirali prestankom smetnji i u tom slučaju smo postavili nakon godinu dana ovakvog liječenja indikaciju za kirurško liječenje.

Dr. sc. Krunoslav MARGIĆ:

Od devedesete godine na dalje, gdje i u kojoj literaturi je osteoporoza dijagnostički kriterij za postavljanje dijagnoze kod kroničnog regionalnog bolnog sindroma?

Prim. dr. sc. Zmago TURK:

Nije. Idemo dalje, na raspravu po drugom referatu. Kolega Margić je prikazao zanimljiv kirurški pristup jedne za mene aktune terapije.

Dr. Zlatko DOMLJAN:

Htio bih istaknuti predavanje dr. Krunoslava Margića i kolegice dr. Sandre Dubravčić Šimunjak kao jedan kompleksan pristup liječenju. To je bitno. Jedan je problem, naravno, dijagnoze. To je bilo vidljivo iz referata, da se može desiti da imamo sistemsku bolest, dakle problem egzaktne dijagnoze. Kad to imamo onda nije važno tko pacijenta liječi fizijatar. Kao što vidite u cijelom području gdje radi dr. Margić nema fizijatra, dakle radi se o modernom, te neagresivnom kompleksnom pristupu koji će dovesti do rezultata koji moraju biti evidentirani. To je bit liječenja. Takav pristup ima i kolega iz Varaždina. Tako treba danas moderno liječiti.

Što se tiče uputa za fizijatre, kolegica Ursić je to ispravno postavila, ako ne će biti zaključak u tom smislu ovoga sastanka onda svako specijalističko društvo mora povremeno o važnim problemima, a Sudeck je takav, dati algoritme i upute. Ne može svatko gledati po internetu gdje ima mnogo "evidence based" članaka koji bi svi spadali u dobru praksu. Ne može se sve to primijeniti. Moraju postojati nekakve bazične upute društva kako postupati. To je jako važno jer ima sve više pritužaba pacijenata. Liječnička komora kontrolira takve pritužbe i liječnik će morati dokazati da je radio prema modernim, ali najmodernijim uputama koje opet mislim da svako specijalističko društvo mora dati.

Prim. dr. sc. Ladislav KRAPAC:

Jako mi je drago da je kolega Margić napomenuo psihološki i psihijatrijski aspekt. Meni je izuzetno žao što u našoj publici ne vidim psihologe iz naše kliničke bolnice niti psihijatre. Znanost je multidisciplinarna i tako treba reumatizam psihogenes i shvatiti kao jedan entitet. Zabrinjavajuće je da je ipak jedna osoba od osam, znači 15 % išla u invalidsku mirovinu. Ja bih predložio da se i mi tu ujedini u psihološkom pristupu. Upitnik MMPQ je vrlo dobar upitnik kojim se testira i sklonost neurotizmu i drugim raznim psihičkim aberacijama. Upravo smo se našli sada, kolegice i kolege, da ujedini pristup i da se kroz to uključimo u Europu. Sasvim sigurno mi ćemo morati organizirati dva simpozija. Jedan će biti medikamentozna terapija Sudeckova sindroma, a drugi će biti fizikalna terapija.

Dr. sc. Krunoslav MARGIĆ:

Problem invalidske mirovine, nažalost, nije samo problem (RBS) refleksnog javljanja boli, odnosno kontinuiranog ili kako god hoćemo zvat bolesti. Problem je cijeloga tima. Problem počinje od medicine rada, veže se na eventualno kliničnog psihologa, na invalidske komisije i poslodavce.

Prim. dr. sc. Ladislav KRAPAC:

To su oni paramedicinski problemi koje mi moramo u medicini rješavati. Morat ćemo to rješavati s drugim resorima. Medicina to ne može i ne smije rješavati.

Dr. Sunčica BULAT:

Ja sam iz tvrtke OrtoBlock, radim kao produkt-manager iz područja ortotike. Dozvolite da ukratko predstavim našu kuću.

Mi smo tvrtka kćer njemačkog koncerna, sa sjedištem u Samoboru, nadležni za područje jugoistočne Europe i uz naše aktivnosti vezane uz proizvodni program pokrivamo sve ono što je potrebno u rehabilitacijskom procesu od ortotike, protetike, opreme za ortopedsko-tehničke radionice, invalidskih kolica, mekane ortopedije i sl. Bavimo se i edukacijom za članove rehabilitacijskog tima, naročito za ortopedске tehničare. U studenom planiramo jednu edukaciju iz područja ortotike.

Sada bismo vam predstavili jedan segment našeg djelovanja, a to je izrada ortoza od niskotemperaturnih plastomera.

Niskotemperaturne plastomere karakterizira to da se stavljaju u jednu vodenu kupelj pri temperaturi 60- 80 °C, ploče toga materijala postaju mekane, savitljive i mogu se oblikovati. Njima je prednost to što se površinski sloj molekula odmah hladi i materijal se može aplicirati izravno na pacijenta, dok unutarnji slojevi zadržavaju dovoljno kinetičke energije da se ortoza može oblikovati. Opekline nema. Sada ćemo na kolegi vidjeti kako to izgleda u praksi.

Materijal se aplicira izravno na pacijenta i može se oblikovati nekoliko minuta dok se ne stvrdne. Kasnije promjene i korekcije ortoza su vrlo jednostavne jer se zagrijavanjem materijala ortoza može preoblikovati i promijeniti, ovisno o napredovanju rehabilitacijskog procesa u promjeni volumena ekstremiteta. Prednost toga materijala, osim vrlo lagane aplikacije i modifikacije, je i vrlo jednostavno i dobro održavanje osobne higijene pacijenta i jednostavno skidanje i stavljanje za potrebe rehabilitacije. Postoje mali trikovi kako se te ortoze ili rubovi mogu slijepiti ukoliko se ne želi da pacijent skida ortoza ili da se apliciraju jednostavno dok je još ovako svježe, rastvore se rubovi, postave čak trake. I naknadnim zagrijavanjem ortoza mogu se raditi različite korekcije, bilo fenom ili ponovnim stavljanjem u vodenu kupelj. Materijal se može i reciklirati, tako da se jedna takva ortoza ponovno stavi u vodenu kupelj i vrati se u ploču.

Prim. dr. sc. Zmago TURK:

Postoje različite debljine i različite veličine ploča. Mi te plastomere upotrebljavamo već osam godina. Zavisli od konstrukcije samoga plastomera, orfita kako smo ih zvali, ali cijene su kod nas, oko pola četvornoga metra oko 80 DEM. Tako da mi to upotrebljavamo skoro na svim našim kirurškim odjelima - od porodiljstva do gerijatrijskih ortoza.

Dpdodloga te fizikalne terapije. Vaš je rad pokušaj teorijskog tumačenja fizikalne magnetoterapije. Moje pitanje je općenito. Mi se nalazimo u elektromagnetnom zagađenju. Neke novine pišu da ti elektromagneti štete. Što šteti što koristi, ne znam. Naravno, ako fizikalnim agensom utječemo na nešto da ćemo nešto i promijeniti, ali hoćemo li to primijeniti u lijekovite svrhe ili štetne to je drugo pitanje. Dakle, imate li odgovore do kada bi to bilo štetno, do kada korisno?

Jvaju magnetoterapiju kao dio jednog programa rehabilitacije.

Prof. dr. sc. Janko HANČEVIĆ:

Čestitam što ste ovako dobro postavili magnetoterapiju. Samo naprijed i ja bih želio da to i kod nas počne. To je sigurno nešto što je dobro.

Što se tiče bržeg zarastanja, oprostite što ulazim u to, prije trideset godina japanski profesor Fukada je radio pokuse s magnetoterapijom. Pokazalo se sljedeće: osteoplast je uvijek konj koji maksimalno vuče i vi njega ne možete natjerati da radi bolje. Znači, u normalnoj fiziologiji nema poboljšanja cijeljenja kostiju, tj. ono što praktično doktora zanima, da skratite tok liječenja. Tamo gdje taj osteoplast usporeno radi iz raznoraznih razloga, tamo magnetoterapija efikasno pomaže. U traumatologiji onaj tko ima magnetoterapiju, tu može vidjeti efekte. Toliko o magnetoterapiji.

Htio bih pitati kolegu iz Maribora ono što je radio - denzintometriju rendgenskim zrakama, je li to bila fotodenzitometrija ili denzintometrija sa radioizotopom? Iz primjera koje ste pokazali ne vide se generalni uspjesi. Kako je išlo po stupnjevima Sudecka. Je li ta magnetoterapija na Sudeck II. djelovala dobro, a na Sudeck III. ništa, jer je ovako dan generalni broj.

Prim. dr. sc. Jože BAROVIČ:

Mi nismo odredili tada stupanj I., II. i III. Odmah poslije dolaska pacijenta, uputom traumatologa, na naš odjel tretirali smo ga kao relativno svjež Sudeck. Tako nijedan Sudeck nije bio stariji od možda mjesec dana, pa su bili stupnjevani u I. i II. Denzintometrija je rađena kao kompjuterska tomografija i CT bez ikakvih podvrsta itd. Tretirali smo samo pacijente koji su bili liječeni konzervativno, nismo tretirali operirane pacijente sa osteosinteozom zbog smetnji na denzintometriji.

Prof. dr. sc. Ana BOBINAC-GEORGIEVSKI:

Ja bih rekla ono što smo danas već čuli – da ne možemo doslovno jednu stvar apriori primjenjivati kod svakoga pacijenta. Čuli smo isto tako o anamnezi, holističkom pristupu cijeloj osobi. Valja odlučiti što je manje štetno, odnosno što je bolje za bolesnika, jer, zapravo, šteti ne smijemo. Mislim da je nemoguće ovako odgovoriti hoćete li dati jedno ili drugo.

Dr. sc. Alenka HÖFFERLE-FELC:

Rada bi dodala samo stavek glede krioterapije. Včeraj sem podala pregled teorij o patogenezi oziroma patofiziologiji kompleksnoga regionalnoga bolećinskoga sindroma. Slišali smo, da lahko prevladuje simpatični odgovor, ni pa nujno. To pomeni, da imamo lahko vazokonstrikciju, a ne nujno: lahko prevladuje tudi vazodilatacija. Pacient, pri katerem prevladuje vazokonstrikcija, zagotovo ne bo dobro reagiral na led. Poleg tega imamo tu problem z alodinijo in hiperalgezijo, kar je še dodaten razlog, da mu lahko ob masaži z ledom povzročimo hude bolečine. Iz istega razloga – zaradi preobčutljivosti na dotik – tudi pasivna kineziterapija (pasivne vaje) ni najprimernejša. Nikakor tudi ne smemo uporabiti tople vode. Včasih celo hladne ne prenaša. Iz lastnih izkušenj lahko povem, da se v takih primerih dokaj dobro obnesejo izmenične kopeli, pri čemer ostajamo v območju hladne in mlačne vode, nikoli tople. Pacient menjaje kopa prizadeti ud (roko ali stopalo) v hladni in nato mlačni vodi, pri čemer ostaja v mlačni krajši čas.

O patogenezi so mnenja različna, obstaja več teorij in lahko rečemo, da ima vsaka v sebi nekaj resnice. To pa logično pomeni, da ni monoterapije in je ne more biti. Veliko je terapij glede na domnevni vzrok, toda nobena ni idealna, uporabna v vseh primerih. Žal to velja tudi za magnetoterapijo. Uporabiti samo magnetoterapijo in kineziterapijo je premalo. Sama sicer navadno – ob ostalih terapijah – uporabim magnetoterapijo, a kaže, da so med nami tudi tu razhajanja: nekdo je navajal jakost 6.5 mT, pri nas uporabljamo jakost 9 mT.

Prim. dr. dc. Zmago TURK:

Hvala kolegici Höfferle-Felc što nas je pri hidrotterapiji upozorila na tzv. hanting reakcijo koju ne spominjemo toliko mi fizijatri koliko fizioterapeuti. Svi ti terminološki problemi koji se javljaju potječu otuda koju literaturu čitate. Ako čitate radove društva za bol "pain society" onda je to što govori kolegica Höfferle. Ako čitate reumatološku literaturu, ondje striktno piše o refleksnoj distrofiji u tom smislu. Ali, mi se ipak na koncu moramo usuglasiti što ćemo o tome govoriti. Ne čete mi zamjeriti, ja ću si uzeti pravo da završim ove rasprave. Nedostaju nam još rasprave o radovima dr. Dellje i sur.

Prim. dr. sc. LADISLAV KRAPAC:

Ja sam sebe sada moram pitati, jer je kolega o egzogenim faktorima rizika ne slučajno prešutio nikotinizam. Molim vas da se za anamneze o egzogenim faktorima sazna koliko, kako dugo i šta su navike bolesnika. Mi sad ne pričamo samo o pušenju duhana. Sad se već puši marihuana. Prema tome, kolege, vodimo računa o tome. Prag osjeta bola kod nekih psiha aktivnih stvari raste i tada je jako, jako visok. Mi ćemo se morati dogovoriti kako ćemo konkretizirati bol kao prag osjeta bola. A da ne govorim koliko nam je bitan nikotinizam. Vi znate, kad radimo termografsku metodu zabranjujemo bolesniku da dva-tri dana prije toga uživa nikotin. Prema tome, molim kolegu da metodološki pojašne anamnezu, jer u pitanjima koliko se ja sjećam, nije bilo pitanja navike pušenja.

ZAVRŠNA RIJEČ

Pim. dr. sc. Ladislav KRAPAC:

I na ovom simpoziju se vidjelo, da se mi, kad razmišljamo isto, svejedno govorimo li slovenski ili hrvatski, jako dobro razumijemo. To je prvi zaključak ovoga našega skupa. Jučer smo zaključili da ćemo nastaviti ovu tradiciju susreta i da ćemo te susrete posvetiti bolesnim ljudima ali i onim dragim kolegama kojih više nema. To su Jože Križnič i Jozo Budak.

Kad je Mojsije došao na Sinajsku goru i od Jahve dobio poruku - dobio ju je u 10 točaka. Ja sam skicirao naš rad u 10 zaključaka pa ćemo se malo dopuniti.

Zaključci

simpozija Sudeckov sindrom

Zagreb, KB Dubrava, 6. i 7. listopada 2000.

"Sedare dolorem opus divini est" (Hippokrates)

1. Nastavit će se suradnja fizijatara Slovenije i Hrvatske zajedničkim tematskim sastancima najmanje svaku drugu godinu, a po potrebi i češće.
U Sloveniji će to biti DANI JOŽETA KRIŽNIČA.
U Hrvatskoj će fizijatri organizirati DANE JOZE BUDAKA.
2. Intenzivirat će se suradnja na izradi zajedničkoga registra ozljeda.
3. Zajednički će se raditi na izradi fizijatrijske terminologije.
Za SUDECKOV SINDROM prihvaćen je i izraz KOMPLEKSNI REGIONALNI BOLNI SINDROM (CRPS).
4. Zajednički će se raditi na epidemiološkom i etiopatogenetskom praćenju CRPS-a.
5. U medikamentoznoj terapiji analgetici moraju biti na prvom mjestu, a na drugom ostali lijekovi, osobito oni koji dominantno imaju analgetsko djelovanje.
Potrebno je evaluirati ulogu simpatikolitika i sedativa. Sustavnu uporabu kortikosteroida, kalcitonina i bisfosfonata koristiti u pojedinim slučajevima.
6. Glede fizikalne terapije predlaže se monoterapija, oprezno krioterapija aktivne i aktivno potpomognute vježbe. Neophodno je potrebno multicentrično istraživanje na velikom broju ispitanika (evidence basis studies).
7. Sustavno pratiti učinke magnetoterapije prema kriterijima koji uz zdravstvene obuhvaćaju i znanstvene i etičke momente.
8. U CRPS-u je u fazama razvoja bolesti neophodno potrebna višestruka objektivizacija promjena (toplina, otok, bol – da li samo AVS, dolorimetri, provjera funkcije, goniometrija, dinamometrija, kapilaroskopija itd.).
9. U svim dijagnostičkim, terapijskim i rehabilitacijskim pristupima u raznim fazama CRPS-a imati na umu analitički pristup trošak-korist. Terapijski nastojati odmah intervenirati u CRPS-u I. i II. stupnja, dok je III. stupanj CRPS-a definitivn. Preporučuje se trajanje liječenja CRPS-a najdulje 4 do 6 mjeseci.
10. Glede medicinske prognoze radnih mogućnosti temeljem funkcionalnih pretraga valja uzeti u obzir i kvalitetu življenja bolesnika sa Sudeckovim sindromom, imajući u vidu i šire društvene aspekte.