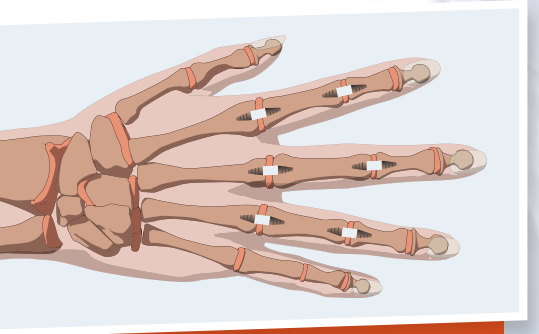
LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL
BERLIN-CHEMIE MENARINI
MEDA
MTI Dedicated to health.

Ortopedie Traumatologie

MEDICAL MARKET 2013

Tehnici radiologice moderne de diagnosticare a scoliozei 14

Valoarea ecografică în depistarea precoce a displaziei luxante de șold 16



Protezarea micilor articulații 20

Ortopedie pediatrică

HRI-Vitalion
Vifor Pharma
ALFA WASSERMANN

IDÉOS® Sinergie optimă

HAS* recomandă corectarea deficienței de calciu-vitamina D înainte de a institui tratamentul medicamentos al osteoporozei

Managementul terapeutic al osteoporozei începe cu Calciu și Vitamina D3. La pacienții care sunt tratați cu medicamente antiosteoporotice, Calciu și vitamina D3 trebuie să fie prescrise ca și terapie combinată pentru asigurarea unei eficiențe terapeutice maxime.

Ideos® - Rolul Calciului și al Vitaminei D3 în osteoporoză

Pentru prevenția și tratamentul asociat al osteoporozei sau pentru suplinirea deficitului de Calciu și Vitamina D3, se recomandă un medicament original, eliberat cu prescripție medicală, care prezintă evidențe medicale proprii brandului, ce conține combinația de 500 mg Calciu și 400 UI de Vitamina D3, doua comprimate pe zi, sub formă de comprimate masticabile (s-a dovedit că această formă farmaceutică este cea mai acceptată de către pacienți), realizându-se astfel concentrația optima necesară de Calciu și Vitamina D3.

- Este medicamentul original ce conține combinația optimă de Calciu și Vitamina D3 (1 comprimat de două ori pe zi) cu studii proprii privind eficiența și tolerabilitatea;
- Se eliberează cu prescripție medicală și conține combinația de 500 mg Calciu și 400 UI Vitamina D3/pe 1 tabletă masticabilă;
- Forma farmaceutică este de comprimate masticabile; Comprimatele masticabile s-au dovedit a fi cele mai acceptate de pacienți;
- Recomandabil și la: diabetici, pacienții cu hipertensiune arterială;
- Ideos® a fost denumit în Marea Britanie brandul de elecție dintre preparatele care conțin combinații de Calciu și Vitamina D3.

Ideos® rolul Calciului și Vit D3 în prevenirea afecțiunilor neoplazice

Există evidenţe din studii epidemiologice, studii clinice intervenţionale, studii pe modele animale şi umane care demonstrează că insuficienţa de Calciu și de Vitamina D3 este un factor care predispune la un număr important de afecţiuni grave, incluzând diferite tipuri de cancer, infecţii cronice, boli autoimune şi inflamatorii, metabolice şi cardiovasculare. Studii care au folosit expunerea solară ca şi index de fotoproducţie a vitaminei D3, a demonstrat o relaţie invers proporţională semnificativă între UV-B şi mortalitatea în 15 tipuri de cancer. Dintre acestea: cancerul de colon, rectal, de sân, gastric, endometrial, renal şi ovarian au aratat o relaţie invers proporţională între incidenţa şi administrarea orală de Calciu. În plus, cancerul de plămân şi endometrial precum şi mielomul multiplu sunt considerate sensibile la Calciu şi Vitamina D3. Prin urmare suplimentarea combinată de Calciu şi Vitamina D3 este necesară pentru o optimă chimioprevenţie a cancerului. Îmbunatăţirea statusului nutriţional de Calciu şi Vitamina D3 determină reducerea riscului de cancer la femeile aflate la menopauză.

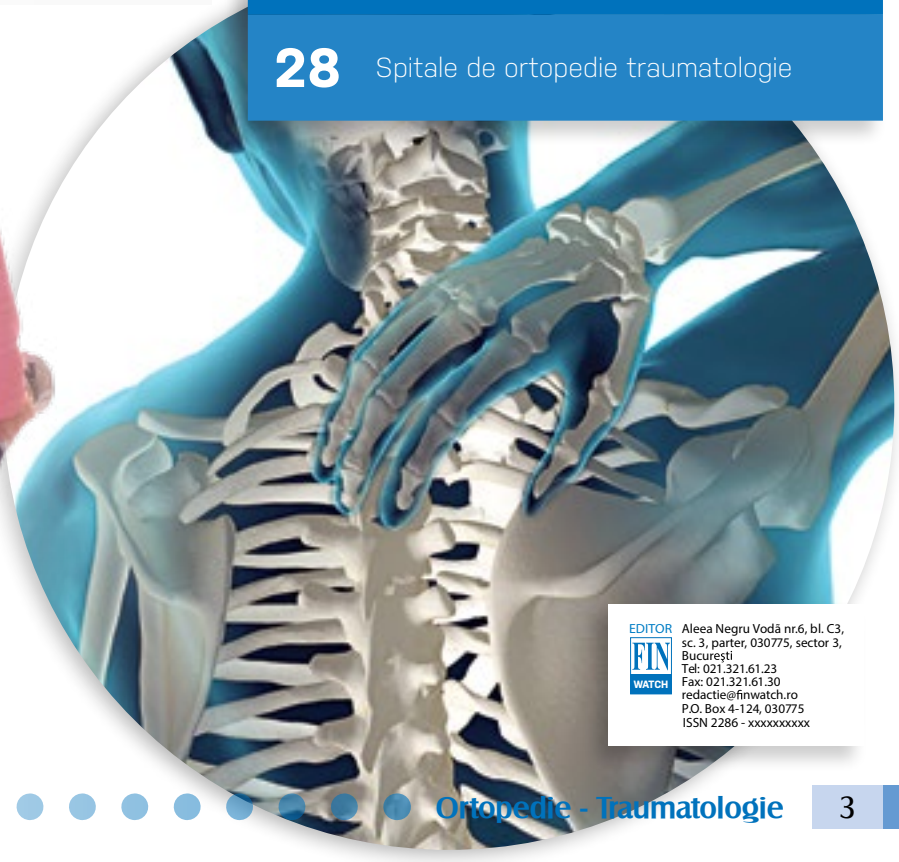
Acest material promoţional este destinat profesioniştilor în domeniul sănătăţii. Acest produs se eliberează doar pe baza prescripţiei medicale P-RF. Pentru informaţii complete de prescriere, consultaţi Rezumatul Caracteristicilor Produsului.

LABORATOIRE INNOTECH INTERNATIONAL
Reprezentanța pentru România
Piața Charles de Gaulle, Nr. 2, Etaj 2, Sector 1, București
Tel.: 00 21 230 20 44 Fax: 00 21 230 20 47
Email: innotech.romania@innothera.com

Sursa: Laboratoire Innotech International,
Reprezentanţa pentru România,
Piaţa Charles de Gaulle, nr. 2, sector 1, Buc.,
Tel: 0021 230 20 44, Fax : 0021 230 20 47;
Email: innotech.romania@innothera.com

***HAS** - Haute Autorité de Santé (Autoritatea de Sănătate Fraceză)*

4	„Progresele în ortopedie și traumatologie se desfășoară foarte repede"
6	Ortopedia pediatrică este o specialitate tânără
10	Alege să mergi sănătos!
12	Un consult la medicul ortoped pediatru
14	Tehnici radiologice moderne de diagnosticare a scoliozei
16	Valoarea ecografică în depistarea precoce a displaziei luxante de șold
18	Osteoporoza și prevenția fracturilor prin practicarea exercițiului fizic
20	Protezarea micilor articulații
22	Piciorul plat sau platfusul
24	Artroscopia – metodă terapeutică eficientă pentru afecțiunile umărului
27	Dieta pentru prevenirea osteoporozei
28	Spitale de ortopedie traumatologie



EDITOR FIN WATCH
Aleea Negru Vodă nr.6, bl. C3, sc. 3, parter, 030775, sector 3, București
Tel: 021.321.61.23
Fax: 021.321.61.30
redactie@finwatch.ro
P.O. Box 4-124, 030775
ISSN 2286 - xxxxxxxxxx

„Progresele în ortope se desfășoară

Interviu cu Prof. Dr. Dan Lucaciu, președinte SOROT

Domnule Dr., ați început ca medic de familie în Alesd, acum vreo 35 de ani, pentru ca acum, aflat la apogeul carierei, să acumulați mai multe realizări strălucite în plan profesional. Sunteți presedinte SOROT și membru al celor mai importante societăți de ortopedie din Europa și America, conduceți Clinica de Ortopedie-Traumatologie din Spi-talul Judetean, aveți cursuri, ghiduri și caiete de lucrări practice după care învață studenții în facultate și medicii rezidenți. Apoi, activitatea dumneavoastră de cercetare medicală înseamnă peste 100 de articole științifice, numeroase și importante monografii și, nu în ultimul rând, în planul practicii propriuzise, aveți o lungă serie de intervenții chirurgicale în premieră în cadrul clinicii din Cluj și poate și pe plan național.

Ce credeți că este cel mai important lucru din multele pe care le-ați făcut până acum pentru medicina românească și pentru pacienții dumneavoastră? Ce tip de tratament chirurgical vă produce cea mai mare satisfacție profesională ?

Cred că cea mai mare realizare se oglindește în colegii mai tineri care se află la începutul carierei și care, sper să ducă mai departe școala de ortopedie clujeană. Bineînțeles, există și un număr de pacienți, cazuri mai deosebite, rezolvate cu succes, despre care îmi aduc aminte cu plăcere.

Care sunt mentorii pe care i-ați avut de-a lungul carierei? Ce v-au învățat, în ce măsură i-ați depășit?

Mentorii mei sunt Profesorul Oleg Medrea, Profesorul Dinu Antonescu și Doctorul Voina. Aș fi mândru dacă m-aș ridica la nivelul lor.

Ca președinte SOROT, ce aveți prioritar în programul de activități al societății pentru perioada următoare?

Acum, la sfârșitul mandatului de președinte SOROT, pot doar să le urez mult succes colegilor care urmează. Mi-am propus multe, am reușit să fac mai puține, dintr-un motiv sau altul, dar societatea îmi place să cred că este pe un drum ascendent.

Aveți contacte și colaborări cu societăți medicale de profil din străinătate? Puteți compara nivelul medicilor români cu cel al medicilor din țările dezvoltate din punct de vedere medical?

Cu siguranță, nivelul de pregătire al medicilor români este cel puțin comparabil cu cel al colegilor din țările mai dezvoltate, lucru care s-a demonstrat în timp. Sunt foarte apreciați oriunde ajung să profeseze.

Cum apreciați nivelul de dotare și înzestrare al secțiilor de ortopedie din România, în contextul în care tehnologiile noi pun la dispoziția medicinii de azi aparatură, instrumentar și materiale mereu mai performante? Noi, în România, ținem pasul cu acest progres tehnologic?

Nivelul dotării este foarte variat în clinicile din România, chiar dacă fac parte din același sistem. Dacă în unele locuri ne aflăm la nivel mondial, în altele dotarea lipsește cu desăvârșire.

Având în vedere că reușitele în specialitatea OT sunt uneori influențate și de colaborarea cu colegi din alte specialități medicale, ați invitat la Congresul din 2-4 octombrie medici și din alte specialități?

Binenteles. Munca în echipă este definitorie pentru orice specialitate, mai ales cele chirurgicale. Anestezești, radiologi, balneologi vor fi prezenți la congres.

Ce puteți să ne spuneți despre activitatea pe care o desfășurați ca investigator principal în trialuri clinice randomizate? Ce teme sau proiecte ați abordat mai nou și cu ce rezultate?

Trialurile clinice randomizate reprezintă forma cea mai avansată și corectă de cercetare în domeniul medicamentului și nu numai. Este o muncă migăloasă, grea și de durată. Studiile la care am luat parte eu și echipa mea sunt numeroase și cu teme foarte variate. Suntem implicați în aceste proiecte împreună cu multe alte centre de pe glob.

După câte știm sunt 2 mari ramuri ale OT: Ortopedia, care se ocupă de tumori, deformări congenitale sau dobândite, infecții

die și traumatologie foarte repede”

cronice articulare și osoase, uzura articulară și respectiv Traumatologia, care se ocupa de fracturi, entorse și luxații. Puteți să faceți o scurtă trecere în revistă, o sinteză asupra posibilităților de tratament pe care medicina actuală le oferă în fiecare din aceste grupe de patologii, prin prizma progreselor înregistrate în ultimele decenii?

Progresele în ortopedie și traumatologie sunt imense și se desfășoară foarte repede. Marile firme producătoare de implanturi investesc foarte mult în cercetare si, cu mici excepții, produsele noi sunt cu ceva mai bune decât cele vechi. Principiile se schimbă puțin, dar, spre exemplu, dacă acum 20-30 ani după o fractură de femur pacientul era spitalizat 2-3 luni, acum există tehnologia care permite mobilizarea a doua zi după operație și spitalizarea poate fi scurtată la doar câteva zile. Endoprotezele moderne au o supraviețuire tot mai îndelungată, iar calitatea vieții pacienților este tot mai ridicată.

Este suficient de dezvoltată în România infrastructura pe specialitatea Ortopedie Traumatologie (și în primul rând, sunt suficienți medici ortopezi)? Ce trebuie rezolvat în ambulatoriu și ce e bine sa fie tratat în secții cu paturi în regim continuu?

O întrebare grea; infrastructura în România nu este destul de bine dezvoltată și sistemul e departe de ce ar trebui să fie. Centrele de recuperare sunt puține și greu accesibile pentru mulți dintre pacienți, fapt ce prelungește uneori perioada de spitalizare. De cele mai multe ori, la externare, pacientul trebuie să fie destul de independent pentru viața la domiciliu.

Considerați că stilul și condițiile de viață actuale produc în vreun fel « mutații » în ceea ce privește cazuistica, prevalența unor anume boli din sfera OT? Au disparut unele boli? S-au înmulțit altele?

În secolul vitezei, accidentele cresc exponențial, atât la noi în țară cât și în toată lumea. În rest, puține s-au schimbat de-a lungul timpului, doar adresabilitatea e mult mai mare.

Ce se poate face în plan profilactic și pentru depistarea riscului de afecțiuni osoase ? Dacă se merge la 2 ani cu mașina la service (Inspecția Tehnică Periodică) și se constată că trebuie schimbate amortizoarele sau se completează lichidul de frână, de ce nu s-ar face aceleași teste și la om? În urma căror teste să se recomande de exemplu infiltrații în articulații pentru preîntâmpinarea artrozelor.

Într-adevăr, unele afecțiuni, mai ales neoplaziile diferitelor aparate și sisteme, beneficiază de măsuri profilactice și de depistare în stadii precoce, lucru mai puțin de valoare în ortopedie și traumatologie. Odată depistată o boală, o artroză spre exemplu, există măsuri care să încetinească evoluția dar stoparea acesteia nu este posibilă.

Suntem descoperiți pe anumite afecțiuni ortopedice, la care se recomandă tratament în străinătate (lipsă medici, lipsă aparatură)?

Exista centre specializate pe unele afecțiuni, unde și experiența și tehnologia este pe masură, lucru normal la nivel mondial. Faptul că unii oameni aleg să se trateze în alte țări se numește libertate și e bine că există.

Ortopedia pediatrică este o specialitate tânără

Interviu cu Conf. Dr. Vasilescu Dana, Preşedinte SOROP

Doamnă Dr. Vasilescu Dana, după mulți ani de acivitate medicală sunteți azi presedinte SOROP, șefa Secției de Ortopedie pediatrică din Spitalul Clinic de Recuperare Medicală Cluj-Napoca, aveți activitate didactică la facultatea de medicină, participați la activitatea științifică a spitalului. Care credeți că este cel mai important lucru pe care l-ați făcut până acum pentru pentru pacienții dumneavoastră și mai general, pentru sistemul de sănătate în care lucrați?

Activitatea medicală în ortopedia pediatrică cere o muncă susţinută, o continuă informare, specialitatea fiind într-o dezvoltare fără precedent; trebuie practicată cu dragoste faţă de copii având ca scop formarea unei generaţii frumoase fizic, cu cât mai puţină suferinţă.

În ortopedia pediatrică alternează perioade istorice caracterizate prin recomandări chirugicale, cu perioade ce pun accentul pe tratamente prin metode conservative. Am trăit perioada intervenţiilor chirurgicale extinse în tratamentul piciorului strâmb congenital var-equin, operând mulţi copii cu vârsta de doar câteva luni şi am avut rezultate bune. Acestei perioade chirurgicale i-a urmat tratamentul conservativ - perioada popularizării mondiale a tehnicii Ponseti. Metoda a fost preluată de departamentul nostru şi astfel am devenit unul dintre primele centre din ţară ce au aplicat-o. Rezultatele s-au dovedit net superioare funcţional metodei chirurgicale. Pentru a populariza metoda în rândul specialiştilor din ţară am organizat workshopuri, împreună cu mai tânărul meu colaborator, Şef de lucrări Dr. Dan Cosma, acesta fiind primul adept al acestei metode în ţară. Workshop-urile au fost conduse chiar de urmaşul profesorului Ponseti, Prof Morcuende – Iowa, SUA. Au avut loc două demonstraţii: una cu noţiunile de bază, apoi după doi an, o alta pentru avansaţi. Cu această ocazie au fost prezentate metode pentru rezolvarea unor cazuri mai dificile. Ceea ce caracterizează serviciul nostru este faptul că urmărim aceşti pacienţi mai mulţi ani şi intervenim în situaţia unor recăderi, menţionate în literatura de specialitate ca fiind rare, dar posibile.

Alte patologii relativ frecvente în ortopedia pediatrică sunt inegalitatea de membre şi devierile în ax ale acestora. Sigur că ne-am orientat şi spre acestea. În afara alungirilor de membre prin intermediul consacratelor fixatoare externe, în cazul diferenţelor mici de lungime şi a devierilor în ax am aplicat metode minim invazive, epifiziodeze, cu rezultate bune, metoda fiind mult mai bine tolerată de către copii.

Ne-am preocupat de diagnosticul şi tratamentul precoce al displaziilor de dezvoltare a şoldului, ajungând să reducem mult numărul intervenţiilor de amploare şi implicit suferinţa şi repercusiunile ulterioare, aducând astfel un mare plus în calitatea vieţii pacienţilor noştri.

Am fost aproape, încă din tinereţe, de copiii cu deficienţe neuro-motorii, operând parte din elevii fostului Cămin Şcoală Jucu, unde erau izolaţi toţi băieţii de vârstă şcolară din ţară cu dizabilitate motorie medie şi severă prin afecţiuni congenitale sau dobândite. Am fost impresionată de viaţa lor tristă, de suferinţa lor fizică şi sufletească, de lipsa de iubire şi înţelegere, de neglijenţa, dezinteresul şi imposibilitatea celor ce ar fi trebuit să-i îngrijească, să le amelioreze suferinţa şi neputinţa. Am hotărât ca atunci când voi avea ocazia, să fac tot ce voi putea să le fac copilăria şi viaţa mai frumoasă. Am început prin a ne moderniza metodele de tratament ortopedic al copiilor cu afecţiuni neurologice, având multe satisfacţii prin rezultate funcţional mai bune. Apoi, cu prima ocazie avută după decembrie 1989, am participat la naşterea Fundaţiei de Caritate Transilvania. Această organizaţie de caritate, nonprofit, prin efortul mai multor binevoitori, în 1997 a donat Inspectoratului Şcolar Judeţean Cluj o şcoală în comuna Baciu, şcoală cu dotări şi destinată copiilor cu deficienţe neuro-musculare. Şcoala dispunea inclusiv de 2 microbuze destinate transportului copiilor spre şi dinspre şcoală. În prezent, şcoala se numeşte Şcoala Gimnazială Specială Transilvania din Baciu, se află sub administrarea Consiliului Judeţean Cluj şi a Inspectoratului Şcolar Judeţean Cluj, fundaţia patronând şi continuând să sprijine şi în prezent şcoala. Aceasta se adresează copiilor de vârstă şcolară din zona oraşului Cluj-Napoca, diagnosticaţi cu dizabilitate motorie şi neuro-motorie severă. Şcoala acordă instruire, educaţie dar şi multe metode de recuperare, astfel încât aceşti copii cu dizabilităţi grave, la întoarcerea acasă de la şcoală să se poată bucura de prezenţa familiei.

De asemenea, sunt mândră de constituirea compartimentului de Ortopedie pediatrică, în cadrul Secţiei de Ortopedie a Spitalului Clinic de Recuperare Cluj. Astfel, în afara tratamentului chirurgical, co-

OrthoOmnia®

SUNTEM ALĂTURI DE TINE

Tel. / Fax: 021 233 16 16,
Email: office@orthoomnia.ro
Adresa: B-dul Dimitrie Pompei Nr. 5-7 - L7,
Sector 2, Bucureşti
Web: www.orthoomnia.ro
Magazin online: www.carjesibastoane.ro

Furnizăm dispozitive compensate 100%
prin Sistemul Naţional de Asigurări de Sănătate

Importator direct de produse ortopedice

piii pot beneficia de tratament complex de recuperare balneo-fizio-kinetic, tratament ce contribuie la rezultate superioare funcţional. Existenţa unui spital cu acest specific constituie un mare avantaj de care pot beneficia legal și copiii alături de adulţi.

Care sunt mentorii pe care i-ați avut de-a lungul carierei. Ce v-au învățat, în ce măsură i-ați depășit?

Mă gândesc, de multe ori, la cei ce m-au făcut să îndrăgesc specialitatea de chirurgie și ortopedie pediatrică. Pe primul loc l-aș așeza pe Prof. Al. Varna, persoană de instruire și ţinută academică, cunoscător a mai multor limbi străine, om care a imprimat Clinicii de Chirurgie și Ortopedie Pediatrică o ţinută cu adevărat universitară. Disciplina aproape militărească, punctualitatea matematică au făcut clinica să se bucure de o solicitare foarte mare. Profesorul era solicitat și apreciat de majoritatea specialiștilor din ţară, fiind o onoare să-i fi discipol. Trebuia să citești mult și să dai dovadă de potenţial profesional pentru a fi aceptat în echipa lui chirurgicală, favoare de care m-am bucurat și eu. Urmărea cu multă atenţie formarea unei generaţii tinere de medici cu educaţie chirurgicală și morală aleasă, medici instruiţi, persoane respectabile, harnice, corecte faţă de pacient.

Apoi gândul și recunoștinţa mă duce spre Prof. Nicolae Motioc, om de aleasă ţinută morală, conducător care a știut să-și aprecieze colegii, ceea ce a dus la formarea unui colectiv unit în Secţia de Ortopedie a Spitalului Clinic de Recuperare. L-am apreciat și am preluat de la el ataşamentul faţă de copilul cu dizabilitate neuro-motorie, faţă de copiii de la Căminul Școală Jucu pe care-i trata și-i îngrijea cu multă atenţie. Era tare necăjit si supărat pe toţi dacă nu li se făcea corect toaleta sau dacă-i vedea că suferă! A fost un conducător foarte bun și un om de mare dăruire sufletească pentru cei sărmani.

Pentru formarea mea, după decembrie 1989, un rol important l-a avut Mr. McNicol din Edinburgh, cu care am avut ocazia să lucrez câteva luni. A fost o perioadă rodnică pentru mine, în care am luat contact cu medici ortopezi din Scoţia, având ocazia să le văd atitudinea chirurgicală în diferite patologii frecvent întâlnite și la noi; să-i văd cum își urmăreau fiecare pacient, având răbdare să explice fiecărui aparţinător problemele pacientului. Cu această ocazie am fost uimită de biblioteca pe care o aveau la dispoziţie, în care se duceau ori de câte ori aveau vreo nedumerire. Mai aveau în clinică un laborator foto, utilizat de toţi medicii, pentru formarea de diapozitive și întocmirea a diferite lucrări și cărţi. Acolo am văzut că ortopezii pediatri proveneau din medicii ortopezi generali, ce ulterior se supra-specializau în ortopedie pediatrică, ortopedie spinală, artroscopie etc. Această idee poate fi aplicată și în ţara noastră pentru formarea specialiștilor în ortopedie pediatrică.

Port un respect deosebit conducătorului lucrării mele de doctorat, Prof. Dr. Dinu Antonescu, un exemplu de moralitate și profesionalism pentru noi toţi.

Ca președinte SOROP, ce aveți prioritar în programul de activități al societății pentru perioada următoare?

Ortopedia pediatrică este la început ca specialitate, din punct de vedere istoric; există un număr relativ mic de specialiști,

raportat la numărul pacienţilor. Mai sunt medicii cu specialitatea de tip francez, de chirurgie şi ortopedie pediatrică, ca şi mine, care fie s-au dedicat ortopediei pediatrice, fie le fac pe ambele: chirurgie şi ortopedie. Să le faci bine pe ambele este cam greu şi trebuie să abandonăm ideea de "bun la toate ".

Va trebui să luptăm toţi, medici primari şi specialişti, şefi de secţii sau departamente, conducerea SOROP, pentru a ne face auziţi, că e nevoie de mai mulţi ortopezi pediatri pentru ca diagnosticul şi tratamentul bolilor ortopedice ale copilului să se facă în timp util şi corect. Atunci când într-o zi de consultaţii ai peste 30 de pacienţi, randamentul scade evident. Mai este nevoie şi de instruirea medicilor de familie şi a celor şcolari cu noutăţile din patologia noastră, problemele de diagnostic şi recomandările terapeutice.

SOROP a fost fondată în 2002 de Prof. Dr. Mihai Jianu împreună cu un colectiv de medici din Bucureşti, ca după câţiva ani, în 2008, să se înfiinţeze, tot în Bucureşti, o nouă societate: Asociaţia Română a Traumatologilor şi Ortopezilor Pediatri. Aceasta face ca în prezent, specialistii cu preocupări în ortopedia pediatrică să fie divizaţi, iar astfel, problemele noastre să se audă mai greu şi uneori diferit. Am încercat o unire a celor două societăţi, dar se pare ca n-a sosit momentul în care să ne acceptăm şi să stabilim nişte compromisuri pentru unitatea celor ce lucrează în specialitatea de ortopedie şi traumatologie în România.

Aveţi contacte şi colaborări cu societăţi medicale de profil din străinătate? Puteţi compara nivelul medicilor români de ortopedie pediatrică cu cei din ţările dezvoltate din punct de vedere al pregătirii medicale? În planul dezvoltării profesionale, există studii separate pentru ortopedie pediatrică sau se face trecerea de la specialitatea de ortoped către ortoped pediatru doar prin practică cu copiii?

Prezenţa celor două societăţi de specialişti face ca legăturile cu societăţile de specialitate din alte ţări să fie mai dificile. EPOS, societatea noastră europeană, ne impune spre colaborare unirea într-o singură societate. Membrii societăţii noastre fac parte din societatea europeană, unde au prezentat lucrări, au participat la mese rotunde şi workshopuri. Prof Franz Grill (Viena) participă acum la congresul nostru. În această vară, cu ocazia Congresului EPOS de la Atena, în numele SOROP am depus candidatura pentru organizarea congresului european din 2016 la Cluj-Napoca, în concurenţă cu Roma; a câştigat Roma la o diferenţă de un singur vot. Participând la aceste întruniri ştiinţifice pe profil pur pediatric am putut compara atitudinile noastre cu cele din alte ţări mai informate şi mai dotate în aparatură medicală. Sunt patologii în care atitudinea noastră este identică, dar sunt şi alte boli pe care încă nu le putem aborda din diferite motive tehnico-medicale şi datorită întârzierii în popularizarea noilor tehnici. Dotarea în diferitele spitale este extem de diferită şi trebuie să specific că interesul pentru dotarea serviciilor unde se tratează copii este inferioară celor unde se tratează adulţi. În ortopedia pediatrică este esenţial ca tratamentul să fie efectuat în timp util, pentru rezultate optime şi prevenirea cronicizării bolilor şi/sau apariţia complicaţiilor. Tratarea copilului are ca şi caracteristică, în afara fragilităţii lor, un organism în creştere, care-şi modifică conformaţia. Aşadar, un copil nu poate fi considerat un adult mic. După desfiinţarea facultăţilor de Pediatrie s-a constatat o scădere a interesului pentru perfecţionări în specialităţile pediatrice, considerate specialităţi mai dificile, mai riscante. Aceasta poate fi una dintre explicaţiile pentru mortalitatea infantilă mare în România.

Cum apreciaţi nivelul de dotare şi înzestrare al secţiilor de ortopedie din România, în contextul în care tehnologiile noi pun la dispoziţia medicinii de azi aparatură, instrumentar şi materiale mereu mai performante? Noi, în România, ţinem pasul cu acestea?

Aminteam de diferenţele de dotare din diferitele servicii; dotarea depinde în afară de specializarea personalului medical, de posibilităţile economice ale regiunii, de managementul spitalului respectiv, de patologia întâlnită în zona respectivă. Personal, deci o părere proprie, nu cred că este economic şi nici ca performanţă posibil, ca toate serviciile să fie dotate la fel. Pentru patologii mai rare sau care necesită logistică şi pregătire specială, cred că este bine să se formeze centre naţionale. În aceste centre să se asigure şi formarea de tineri specialişti. Tehnicile, aparatura, materialele se modifică într-un ritm extrem de rapid, dotarea la zi fiind extrem de costisitoare.

Având în vedere că reuşitele în specialitatea OTP sunt uneori influenţate şi de colaborarea cu colegi din alte specialităţi medicale vor fi prezenţi la Congresul din 2-4 octombrie medici şi din alte specialităţi?

Într-adevăr colaborarea cu alte specialităţi este absolut obligatorie; aşa se formează o echipă lărgită în fiecare departament. Ei ne ajută în diagnostic, în tratamentul pacienţilor, în etapa anterioară tratamentului ortopedic, în timpul sau după acesta. Astfel, am considerat util să-i invităm pe colegii noştri cu lucrări din sfera: Anesteziei, Neurochirurgiei, Recuperării fizice şi Radiologiei.

Puteţi să faceţi o scurtă trecere în revistă, o sinteză asupra posibilităţilor de tratament şi cu ce rezultate pentru patologiile din sfera ortopediei pediatrice, prin prizma progreselor înregistrate în ultimele decenii ?

Am răspuns la această întrebare, parţial. Sunt câteva operaţii care în ultima perioadă se efectuează mai frecvent – de exemplu devierile de coloană – scolioza. Implanturile pentru aceste operaţii sunt extrem de scumpe; au apărut diferite organizaţii care suportă parţial aceste implanturi. Ce consider eu important este posibilitatea de a efectua aceste operaţii complicate în ţară, de către chirurgi deosebit de competenţi.

Este suficient de dezvoltată în România infrastructura pe specialitatea Ortopedie Traumatologie Pediatrică (şi în primul rând, sunt suficienţi medici în această specialitate)? Ce trebuie rezolvat în ambulatoriu şi ce e bine sa fie tratat în secţii cu paturi în regim continuu?

În tratamentul patologiei ortopedice pediatrice ne preocupă mult ca micii noştri pacienţi să nu fie despărţiţi de părinţi mult timp, să sufere cât mai puţin şi să deţinem tehnicile care dau cele mai bune rezultate. O bună parte din patologia pediatrică poate fi tratată în ambulator, dar cu controale frecvente, iar printr-o planificare corectă a internărilor, în funcţie de posibilităţile tehnice, putem reduce perioada de internare. Această perioadă de internare este variabilă în funcţie de mai mulţi factori: patologia

DICLOREUM® 150 mg
diclofenac
capsule cu eliberare prelungită
tehnologie
posologie
compliantă
premium
Diclofenac
cu administrare unică zilnică
COMPENSAT
100%
Poliartrită reumatoidă
Artropatie psoriazică
Artrită juvenilă
Spondilită ankilozantă
90%
Lumbago, Artroză
Inflamații posttraumatice
Acest medicament se eliberează pe bază de prescripţie medicală P6L.
Acest material promoţional este destinat profesioniştilor din domeniul sănătăţii.
Pentru informaţii complete consultaţi rezumatul caracteristicilor produsului.
ALFA WASSERMANN

tratată, posibilitățile de urmărire la domiciliu a tratamentului și a evoluției postoperatorii, de condițiile sociale, de educația medicală a familiei etc.

Considerați că stilul și condițiile de viață actuale (ale mamei și ale copilului) produc în vreun fel « mutații » în ceea ce privește cazuistica, prevalența unor anume boli din sfera OTP? S-au exacerbat cumva anumite boli osoase la copii în ultimele decenii ?

Trebuie să recunosc, că în prezent, majoritatea copiilor sunt mult mai urmăriţi în perioada de creştere; explicându-se astfel, de exemplu, apariţia unui număr mare de devieri de coloană. În acelaşi timp, aş aminti şi de creşterea numărului de tumori benigne şi mai ales maligne osoase, care încă ridica grele probleme terapeutice, la noi. E nevoie de formarea unor echipe de chirurgi, oncologi, ortopezi, specializate în această patologie, alături de dotări tehnice şi implanturi complexe şi care necesită echipamente speciale. Merită sa ne gândim la formarea acestor echipe, într-un viitor cât mai apropiat.

Ce se poate face în plan profilactic? Există ghiduri și proceduri de control obligatorii pentru depistarea precoce a malformațiilor congenitale sau a riscului problemelor osoase le copii? Există programe naționale care să acopere financiar nevoile?

La ora actuală exista posibilitatea unor diagnostice genetice prenatale, posibilitatea de a urmării sarcina prin metode moderne, accesul la o educaţie sanitară bună, aspecte ce trebuie promovate în rândul tinerilor. Este foarte important ca aceste acţiuni medicale să se dezvolte pentru prevenirea şi tratamentul precoce a acestor patologii.

Ca şi program naţional în ortopedia pediatrică este activ Programul de depistare şi tratament a scoliozei, prin intermediul căruia mai pot fi finanţate câteva implanturi.

Ce diferențe vedeți între procedurile de tratament ortopedic la adulți față de copii? Un copil nu este doar un adult în miniatură și bănuiesc că lucrurile sunt mai complicate. Din fericire, satisfacția tratamentului la copil este mai mare atunci când acestuia i se redă sănătatea de care se va bucura toată viața. Vitalitatea copilului îi dă acestuia mai multe șanse de vindecare?

Copilul reacţionează mult mai rapid în tratamentul pe care-l instituim; lui îi lipseşte suma de boli asociate sau tara organismului legată de vârstă. În acelaşi timp trebuie să reţinem modificarea organismului şi implicit a scheletului odată cu creşterea, putând să apară modificări post terapie până la încheierea creşterii, uneori chiar şi după. Parte din pacienţii noştri devin pacienţii ortopezilor adulţi, motiv pentru care am organizat acest congres împreună cu Congresul ortopezilor de adulţi şi chiar o masă rotundă comună pe o patologie pediatrică – displazia de şold; aceasta necesită, de multe ori, tratament la vârsta adultă, iar unele din operaţiile efectuate de noi pot îngreuna operaţiile ulterioare, de exemplu protezarea şoldului. De aceia este important să avem o colaborare între noi spre binele pacienţilor noştri.

Alege să mergi sănătos!

Prof. Dr. Attila Széplaki
M. D., Ph. D. Docent
Șef de secție Ortopedie și Traumatologie, Clinica de Recuperare Cluj-Napoca, Secția Ortopedie și Traumatologie

În societatea contemporană, marcată de evoluția civilizației umane, ne confruntăm tot mai mult cu afecțiuni și dureri provocate de ritmul cotidian și stilul de viață al fiecăruia dintre noi. Influența acestor caracteristici ale civilizației moderne se resimt în sănătatea picioarelor, forțate să suporte zilnic un ritm trepidant într-un context artificial urban. Nu trebuie să ne surprindă astfel atrofierea treptată a musculaturii și suprasolicitarea articulațiilor și de aici lista poate continua.

Semnalul de alarmă asupra sănătății corpului nostru ar trebui să îl tragem fiecare dintre noi analizându-ne stilul de viață personal. Lipsa activității fizice, perioadele prelungite de stat în fața calculatoarelor, încălțămintea incomodă provoacă numeroase dureri musculare și ale spatelui. Din păcate, de prea puține ori ne dăm seama că aceste afecțiuni, care ne îngreunează activitatea de zi cu zi, sunt cauzate și de lipsa unui mers corespunzător.

Cauze ale afecțiunilor aparatului locomotor

Sistemul musculoscheletal a fost dezvoltat în condiții naturale spre deosebitere de cele actuale. Mersul desculț pe soluri moi, naturale, inegale acționează grupe de mușchi fundamentale pentru sănătatea aparatului locomotor. Stabilitatea artificială creată de pantofii convenționali și solul urban care este neted nu oferă stimulii necesari pentru activarea optimă a musculaturii. Rezultatul este o atrofiere treptată și suprasolicitare precoce a oaselor și articulațiilor.

Prevenire și tratament

Afecțiunile sistemului locomotor (cauzate de lipsa unui tonus muscular adecvat) sunt determinate cel mai adesea de modalitatea necorespunzătoare de a merge, având în vedere atât contextul urban artificial cât și modul în care pășim. De aceea este importantă identificarea corectă a metodei de contracarare și pentru eliminare a acestor dureri.

Tratamentul medicamentos, intervențiile chirurgicale și fizioterapice, precum și alte soluții auxiliare au fost utilizate în scopul atenuării simptomelor. Cu alte cuvinte, până în prezent, răspunsul medicinei în fața afecțiunilor ortopedice a fost unul pasiv, de urmărire a simptomelor și a evoluției durerii. De exemplu, în cazul piciorului plat și al altor dureri în zona tălpii s-a recomandat purtarea susținătorilor plantari. Aceasta, în primă perioadă, ajută la formarea staticii labei piciorului, dar în continuare duce și ea la atrofierea mușchilor.

Spre deosebire de acestea, unul din mijloacele de prevenire și ameliorare testate și recomandate în toată lumea este reprezentat de utilizarea tipului de încălțăminte fiziologică MBT ale cărei caracteristici de construcție unice asigură rezultate cu totul diferite. Datorită tonifierii grupelor musculare flasce acționăm chiar la nivelul originii problemelor.

De ce MBT funcționează

MBT este construit pe baza principiului simplu și firesc al mersului natural. Cercetătorii elvețieni au construit o talpă specială bazată pe nucleul „Masai Sensor", în scopul de a recrea condițiile de mers natural pe soluri moi și denivelate. Păstrând mișcarea naturală de rulare, MBT creează o instabilitate sub picioare ce trebuie compensată prin activitate musculară sporită, permițând astfel corpului să umble în mod natural și să beneficieze de efectele stimulatoare asupra aparatului locomotor și a întregului organism.

Practic, chiar și pe solul dur și neted al trotuarelor în drumul nostru spre birou, în MBT noi vom activa mușchii și controla articulațiile picioarelor noastre în mod similar unei plimbări desculți prin nisip la mare.

Utilizarea acestui tip de încălțăminte are un efect benefic asupra întregului corp prin activarea mușchilor, îmbunătățirea posturii, reducerea încărcării pe articulațiile de șold și genunchi și arderea de calorii. Prin utilizarea lor vor fi lucrați cu aproape 40% mai mulți mușchi în urma echilibrării permanente, iar impactul cu solul va scădea cu 47%. Aceste energii sunt absorbite în musculatură, pe care o fortifică în acest fel. În plus, ameliorează circulația sanguină și metabolismul țesuturilor.

Trebuie subliniat faptul că, prin activarea grupelor de mușchi profunzi, îmbunătățim funcționarea sistemului musculoscheletal, corectând astfel postura corpului și eliminând durerile de spate.

Tehnologii de vârf în sprijinul excelenței medicale

Dispozitive medicale ortopedice destinate artroplastiei și artroscopiei

Echipamente medicale de înaltă performanță destinate dotării blocului operator, a cabinetelor medicale și a saloanelor pentru pacienți

Sisteme de îngrijire și tratament la domiciliu pentru recuperarea medicală preventivă sau postoperatorie

Medical Technologies International SRL
Str. Tăbăcarilor nr. 28, sector 4, București, 040288
Tel: +4 021 330 1130 | Fax: +4 021 330 1930
E-mail: **sales@mt-intl.ro** Web: **www.mt-intl.ro**

Un consult la medicul ortoped pediatru

Copilul nu este un adult în miniatură. El trebuie evaluat și tratat specific. Evaluarea corectă a copilului încă din primele zile de la naștere poate scoate în evidență, în mod deosebit, afecțiuni ortopedice sau neurologice.

Dezvoltarea sistemului musculoscheletal deţine câteva aspecte particulare importante. Unul ar fi evoluţia dinamică de la nou-născut la adolescent. Tocmai de aceea semnificaţia diverselor condiţii sau afecţiuni trebuie mereu raportată la stadiul de creştere şi dezvoltare al copilului. Astfel:

- Un șold displazic are o capacitate mare de remodelare în primele 4-6 săptămâni de viaţă (cu sau fără aplicarea unui dispozitiv ortopedic, în funcţie de gradul afectării), pe când un șold displazic depistat după vârsta de 3-6 luni evoluează către luxaţie de sold, iar tratamentul ortopedic aplicat (imobilizare gipsată, dispozitiv de abducţie) de multe ori rămâne ineficient şi trebuie completat de tratamentul chirurgical.

Genu varum

(Deviaţie a gambei spre interiorul axei membrului inferior, cu proeminenţă genunchiului în afară) la un copil de 12 luni este normal, în vreme ce la 4 ani este deja o cauză de îngrijorare şi necesită investigaţii ulterioare.

Medicul de familie şi pediatru trebuie să fie avizaţi asupra afecţiunilor pentru fiecare grupă de vârstă, pentru a putea îndruma părinţii spre ortopedul pediatru ori de câte ori este nevoie:

La nou-născut

examenul clinic va trebui să aibă în vedere posibilitatea prezenţei torticolisului muscular congenital (gât strâmb), a paraliziei obstetricale de plex brahial (apare la mame în timpul travaliului), a fracturii obstetricale de claviculă, a displaziei de dezvoltare a şoldului, a malpoziţiilor şi malformaţiilor piciorului (talus valgus, metatarsus adductus, picior strâmb varus equin); cu cât sunt diagnosticate şi tratate mai precoce cu atât evoluţia lor va fi mai bună, motiv pentru care consultul de ortopedie pediatrică devine obligatoriu la cea mai mică suspiciune a unei asemenea afectări.

La copilul mic și preșcolar

Situaţiile care determină cel mai des solicitarea consultului de ortopedie pediatrică sunt reprezentate de: genu varum, genu valg (determinată de o infecţie tuberculoasă), tulburările de mers (mersul în adducţie, equinismul), piciorul plat, durerile de creştere, boala Perthes (necroza capului femural), sinovită acută tranzitorie de şold (reumatism de şold la copii).

În perioada prepubertară și adolescență

una dintre cele mai întâlnite patologii o reprezintă cea a devierilor de ax şi atitudinile vicioase ale coloanei vertebrale - scolioza. Aproximativ 90% dintre scolioze apar în jurul vârstei de 10-12 ani şi se agravează în perioada pubertară prin mecanisme endocrine la copiii cu predispoziţie genetică. Este extrem de importantă depistarea lor precoce şi dirijarea pacienţilor spre ortopedul pediatru pentru iniţierea unui tratament corect.

Informații care întârzie diagnosticarea:

- Recomandarea de a înfăşa nou-născutul este greşită, deoarece poziţia în extensie a şoldului la nou-născut creşte instabilitatea în cazul unui şold displazic (luxat).
- Recomandarea de a efectua o ecografie de şold după vârsta de 4-6 săptămâni întârzie aplicarea unui tratament şi obţinerea unui rezultat optim.
- Recomandarea înotului ca mijloc exclusiv de tratament în scolioză este greşită şi poate întârzia, uneori cu mulţi ani, aplicarea unei conduite corecte.

Este important ca medicul pediatru să cunoască modificările fiziologice specifice fiecărei perioade pentru a se evita întârzieri sau erori de diagnostic şi tratament.

Dr. Conţanu Valentina,
medic specialist ortopedie și traumatologie pediatrică

Dr. Damean Raluca,
medic specialist ortopedie și traumatologie

Fiziokinetoterapeuţi -
Vaman Petruţa, Petrică Marian

Rantudil® forte

acemetacină

CÂND DUREREA PREDOMINĂ:

- **Efect antiinflamator puternic (comparabil cu celecoxib)[1]**
- **Reduce rapid și eficient simptomele[2,3,4,5]**
- **Tolerabilitate gastrointestinală mai bună decât alte AINS[6,7,8]**

Efect rapid în cazul durerilor acute

Cod RO-RAN-AD-2/SEPT/2013.

DOZAJ: 1 - 3 capsule/zi (60-180 mg), în funcție de severitatea simptomelor

PUTERNIC ca un leu, BLÂND ca un miel

Referințe: 1. Leeb B, Bucsi L, Keszthelyi B et al. (2003) Acemetacin and Celecoxib are Equally Effective and Tolerated in the Short Term Treatment of Osteoarthritis of the Knee Joint. Poster Presentation: ACR/ARHP 67th Annual Scientific Meeting Orlando, Florida. **2.** Jacobi H, Brüker F, Dell H-D (1983) Die antiphlogistische Wirkung von Acemetacin. Arzneim-Forsch/Drug Res 30: 1326/1347. **3.** Jacobi H, Dell H-D (1983) Zur Pharmakodynamik von Acemetacin. Arzneim-Forsch/Drug Res 30: 1348/1362. **4.** Segmeth W, Brüll H, Schnagl F (1984) Acemetacin in der Behandlung schmerzhafter Arthrosen. Ergebnisse einer offenen Kurzzeitstudie über den Zeitpunkt des analgetischen Wirkungseintritts und dessen Dauer. Wien Med Wochenschr 134: 526/528. **5.** Segura GB, Torres y Gutierrez R, Herrera LE (2002) Efficacy and Tolerability of Acemetacin, a Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug, in Mexican Patients: Results of the ETAPAM Study. Proc West Pharmacol Soc 45: 104/107. **6.** De la Camp R. Endoskopische Befunde bei Patienten unter chronischer Gabe nichtsteroidaler Antirheumatika. Sonderdruck aus: Nichtsteroidale Antirheumatika und Gastrointestinaltrakt. Experten-Gespräch. Heidelberg, 24. Januar 1987. Schattauer, Stuttgart-New York 1987, 91-100. **7.** Müller P, Dammann H-G, Simon B (1986) Gastroduodenale Verträglichkeit von Indometacin und Acemetacin. Eine endoskopische Vergleichsstudie bei gesunden Probanden. Arzneim-Forsch/Drug Res 36: 269/270. **8.** Rechziegler H. Vor- und Nachteile alter und neuer NSAIDs. In: Moderne Antirheumatika-Ihre Stellung in einem Gesamttherapiekonzept unter Berücksichtigung der Multimorbidität. Mehlika K (Hrsg.), pmi Verlag, Frankfurt, 48-57, 1989.

Rantudil se eliberează pe bază de prescripție medicală. Înainte de a prescrie Rantudil, vă rugăm consultați rezumatul caracteristicilor produsului, disponibil la cerere. Acest material promoțional este destinat exclusiv profesioniștilor din domeniul medical.

MEDA

Tehnici radiologice moderne de diagnosticare a scoliozei

Scolioza este o curbură laterală a coloanei vertebrale în plan frontal mai mare de 10 grade. Scolioza este o deformare complexă, evolutivă, care cuprinde și rotația corpilor vertebrali, iar adesea și cifoza. Scolioza afectează în general 2 % dintre femei și 0.5 % dintre bărbați.

Dr. Silvia Nicolae,
medic primar radiolog
Str. Tony Bulandra, nr. 27,
sect. 2, București, Tel.: 031.225.25.00,
info@spitalulmonza.ro,
www.spitalulmonza.ro

Sunt multe cauze de scolioză, incluzând malformații congenitale ale coloanei vertebrale, condiții genetice, probleme neuromusculare și inegalități de membre pelvine.Alte cauze de scolioză includ: paralizia cerebrală, spinabifidă, distrofii musculare, atrofie a musculaturii spinale, tumori.

Scolioza poate fi nonstructurală (funcțională) sau structurală.

Forma nonstructurală

Este o curbură suplă, care dispare în timpul înclinării laterale sau anterioare a trunchiului, iar corpii vertebrali nu prezintă modificări. Scolioza nonstructurală poate fi: posturală, care este o curbură minimă și apare la sfârșitul perioadei de creștere; compensatorie datorită inegalității membrelor inferioare; tranzitorie (antalgică), ce apare în colica renală, hernii de disc și dispare odată cu ele.

Forma structurală

Este o deformare fixă, rigidă, care nu dispare în timpul mișcărilor sau înclinostatism, iar vertebrele suferă o rotație în jurul propriei axe.

Scolioza structurală

Este în cele mai multe cazuri idiopatică, dar poate fi și secundară unor modificări osoase (hemivertebre, traumatisme), musculare (distrofii musculare), neurologice (siringomielie, mielomeningocel).

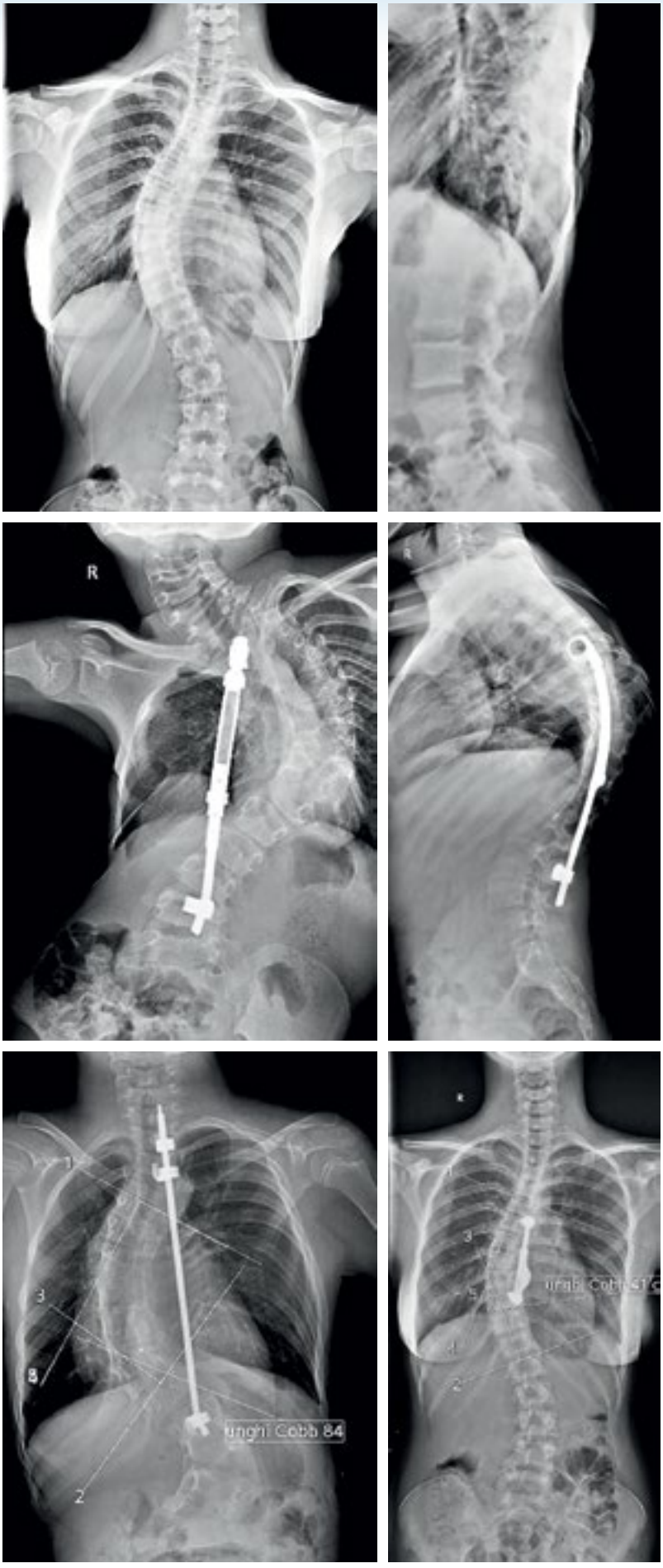
Scolioza idiopatică

Este cel mai frecvent întâlnită, peste 80% dintre cazurile de scolioză sunt idiopatice, ceea ce înseamnă că nu au o cauză cunoscută. În peste 40% din cazuri există un factor ereditar, pacienții cu istoric familial de deformări ale coloanei vertebrale au risc crescut pentru scolioză.

Scolioza idiopatică se împarte în patru categorii în funcție de perioada de apariție: scolioza infantilă- la copiii cu vârste sub 3 ani; scolioza juvenilă - la copiii cu vârste între 3 și 9 ani; scolioza adolescentului- la copiii între 10 și 18 ani și scolioza adultului – după maturarea scheletului. Cea mai comună formă de scolioză, reprezentând aproximativ 80% dintre cazurile de scolioză idiopatică ,este Scolioza Idiopatică a Adolescentului (AIS).

Fiecare diagnostic este important.

Diagnosticul se face prin examen radiografic. În cazurile în care etiologia nu poate fi apreciată radiologic se folosesc examinări IRM sau CT. Examenul radiologic are rolul



de a confirma diag-nosticul, de a identifica atunci când este posibil etiologia și de a aprecia evoluţia curburii. Curbura este măsurată prin metoda Cobb și este apreciată în grade. La modul general, o scolioză este considerată semnificativă, dacă este mai mare de 25-30 de grade. Scoliozele de peste 45-50 grade sunt considerate severe și necesită tratament mai agesiv.

În cadrul Departamenului de Radiologie și Imagistică Medicală al Spitalului Monza Bucureşti avem în dotare un aparat radiographic digital Discovery XR 650, care beneficiază de o opţiune specială numită Auto Image Paste (Lipire automată imagine), este o opţiune avansată destinată achiziţionării unor imagini radiografice ale coloanei vertebrale și membrelor inferioare, care sunt mai mari decât câmpul de vizualizare de 41 cm al receptorului curent. Anterior, acest lucru era realizat prin utilizarea unei casete „lungi". Opţiunea Auto Image Paste (Lipire automată imagine) este disponibilă la receptoarele stativului de perete și a mesei.

Discovery XR650 achiziţionează secvenţial 2 – 5 expuneri, apoi le combină digital (prin lipire) pentru a forma o singură imagine cu doză minimă de iradiere și scutind pacientul de alte radiografii suplimentare.

Buletinul radiologic trebuie să precizeze:

- convexitatea (direcţia de deplasare) a curburii primare și curburile compensatorii;
- amplitudinea curburii, vertebrele limită și vertebra din vârful curburii cu gradul său de rotaţie;
- statica bazinului;
- echilibrul coloanei lombare;
- aprecierea deformării, maturării osoase a corpilor vertebrali.

Factorii prognostici ai scoliozei sunt:

- vârsta și timpul trecut de la apariţie până la precizarea diagnosticului;
- gradul rotaţiei vertebrale;
- stadiul maturării scheletale;
- mărimea și tipul curburii.

Tratamentul scoliozei se face prin gimnastică medicală respiratorie, corset, stimulare electrică, tratament chirurgical. Aprecierea unghiului de curbură este foarte important în adoptarea atitudinii terapeutice. Scoliozele cu grad de curbură mai mic de 20 grade trebuie tratate conservativ, iar pacienţii trebuie examinaţi la 3-6 luni pentru a aprecia progresia. Formele cu unghi între 20 grade și 40 grade beneficiază de gimnastică medicală și corset. Cele peste 40-50 grade necesită corecţie chirurgicală.

Tehnologia radiologică actuală permite un diagnostic corect al scoliozei, în urma cărora se poate stabili protocolul terapeutic și totodată permite o evaluare în dinamica succesului terapeutic cu doze minime de iradiere.

Valoarea ecografică în depistarea precoce a displaziei luxante de șold

Luxația congenitală de șold ocupă un loc de primă importanță între malformațiile membrelor, atât prin frecvența cu care se întâlnește, cât și, mai ales, prin infirmitatea gravă pe care o poate produce atunci când nu este depistată și tratată precoce, la vârsta adultă rezultând coxartroză.

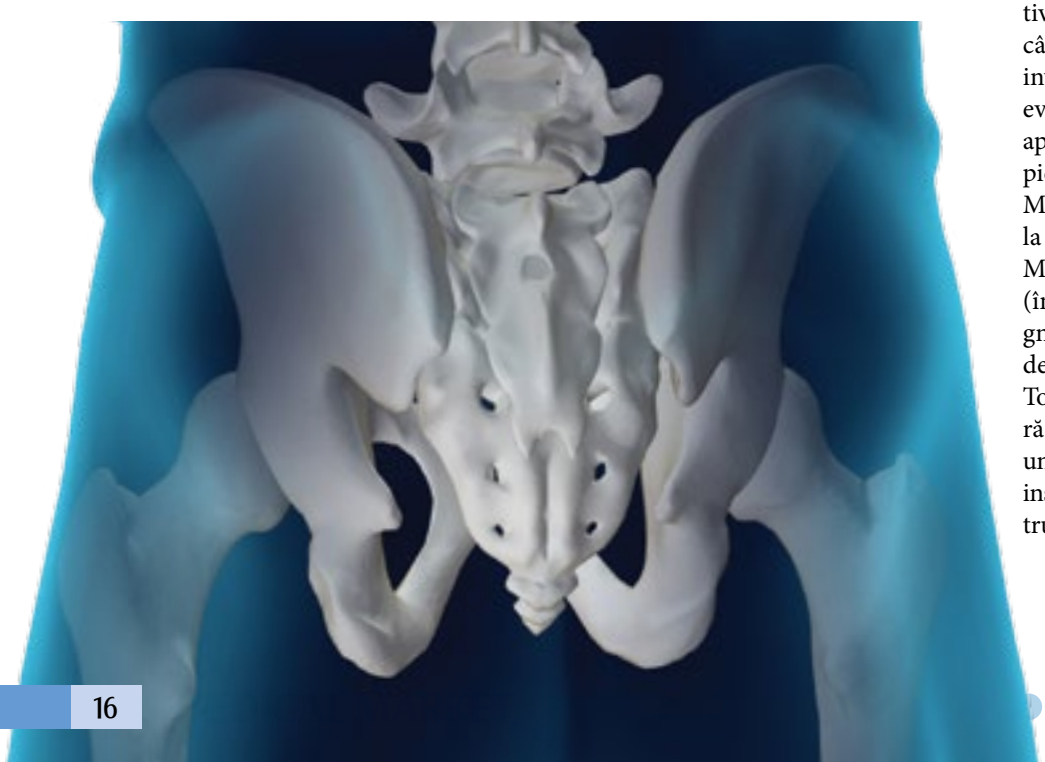
Definirea displaziei de șold

Luxaţia reprezintă modificarea raporturilor obișnuite dintre elementele osoase care formează articulaţia șoldului (capul femural părăsește în totalitate sau în parte cavitatea cotiloidă).

Afecţiunea se evidenţiază la sugar sau la copilul care a început să meargă, iar atunci când apare din momentul naşterii este mai degrabă vorba de o malformaţie congenitală survenită cel mai probabil în a patra luna de viaţă intrauterină.

Importanța problemei

Displazia luxantă a fost raportată cu o frecvenţă de 1 la 1000 de naşteri, fiind afectat în special genul feminin. Datorită acestei frecvenţe mari, în alte ţări, ecografia este folosită ca metodă de screening pentru toţi nou-născuţii, fiind acompaniată de avantajele explorării ecografice, în comparaţie cu alte metode diagnostice; este nedureroasă, neinvazivă, sigură şi poate fi repetată ori de câte ori este nevoie, fără să afecteze în vreun fel stare de sănătate a copilului de orice vârstă. Două treimi din șoldurile displazice evoluează spontan spre vindecare, dar există și o treime care, în lipsa unui diagnostic și terapii precoce va evolua spre luxaţie.



Factori ce predispun la această afecțiune

Între condiţiile favorizante pentru producerea luxaţiei, cele mai importante din punct de vedere practic sunt:

- **La nou-născut:** trecerea bruscă din poziţie de flexie, pe care membrele inferioare o aveau în uter, la poziția de extensie accentuată mai ales de clasicul înfășat al copilului.
- Mai târziu se adaugă poziția verticală și mersul.

Rolul diagnosticării precoce

În cazul displaziei luxante de şold, obiectivul principal îl reprezintă diagnosticarea cât mai precoce, deoarece este o afecţiune invalidantă, care, dacă este netratată, are o evoluţie nefastă. Tratamentul, cu cât este aplicat mai devreme, într-un stadiu incipient de displazie, cu atât este:

Mai eficient (duce în majoritatea cazurilor la o recuperare totală);

Mai puţin traumatizant, mai conservator (în perioada de luxaţie constituită, nediagnosticată şi netratată precoce, lasă o serie de sechele pentru tot restul vieţii).

Toate aceste constatări converg spre o singură idee, şi anume necesitatea şi importanţa unei depistări precoce a acestei afecţiuni şi instituirea tratamentului, cât mai rapid, pentru recuperarea integrală a şoldului.

Dr. Adrian Cursaru,
medic primar ortopedie traumatologie

INFORMAȚII DESPRE PRODUS

Ferinject® 50 mg fier/ml - soluție injectabilă/perfuzabilă | Carboximaltoză fierică

Forma farmaceutică și concentrația: Un ml de soluție injectabilă/perfuzabilă conține fier 50 mg sub formă de carboximaltoză fierică. Fiecare flacon a 10 ml conține fier 500 mg sub formă de carboximaltoză fierică. Un ml de soluție conține sodiu până la 5,5 mg (0,24 mmol). **Indicații terapeutice:** Ferinject® este indicat pentru tratamentul carenței de fier când preparatele de fier orale nu sunt eficace sau nu pot fi utilizate. Diagnosticul trebuie să se bazeze pe analize de laborator. **Doze: *Determinarea dozei cumulative de fier.*** Doza cumulativă destinată restabilirii nivelului de fier cu ajutorul Ferinject® se determină pe baza greutății corporale și a concentrației de hemoglobină a pacientului și nu trebuie depășită. Determinarea dozei cumulative de fier trebuie efectuată cu ajutorul tabelului de mai jos:

Hb (g/dl)	Pacienți cu greutate corporală între 35 kg și < 70 kg	Pacienți cu greutate corporală ≥ 70 kg
< 10	1500 mg	2000 mg
≥ 10	1000 mg	1500 mg

Notă: ***Doza unică maximă tolerată:*** O doză unică de Ferinject® nu trebuie să depășească 1000 mg fier (20 ml) pe zi . A nu se administra 1000 mg fier (20 ml) mai des de o dată pe săptămână.

Injectare intravenoasă: Ferinject® poate fi administrat prin injecție intravenoasă, folosind soluție nediluată, în doză maximă de 1000 mg fier (până la maximum 15 mg/kg de greutate corporală). Pentru dozele cuprinse între 200 și 500 mg fier, Ferinject® trebuie administrat cu o viteză de 100 mg/min. Pentru dozele cuprinse între 500 și 1000 mg fier, Ferinject® trebuie administrat pe o durată de 15 minute. ***Perfuzare intravenoasă:*** Ferinject® poate fi administrat prin perfuzare intravenoasă pentru o doză unică de maximum 1000 mg fier (până la maximum 20 mg/kg de greutate corporală).

Mod de administrare: Ferinject® trebuie administrat numai pe cale intravenoasă: prin injecție în **bolus**, sau în timpul unei ședințe de hemodializă sub formă nediluată, direct în brațul venos al dializorului, sau prin perfuzare. În cazul administrării prin perfuzare, Ferinject® trebuie diluat numai cu soluție salină izotonă 0,9% m/V sterilă, după cum urmează:

Ferinject®	Fier	Cantitatea maximă de soluție salină izotonă 0,9% m/V sterilă	Timp minim de administrare
2 până la 4 ml	100 până la 200 mg	50 ml	--
≥ 4 până la 10 ml	≥ 200 până la 500 mg	100 ml	6 minute
≥ 10 până la 20 ml	≥ 500 până la 1000 mg	250 ml	15 minute

Atenționare: din motive legate de stabilitatea soluției, diluțiile până la concentrații mai mici de 2 mg fier/ml nu sunt permise. Ferinject® nu trebuie administrat pe cale subcutanată sau intramusculară.

Data revizuirii RCP: Decembrie 2012

Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală P-RF.

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

VIFOR PHARMA ROMANIA S.R.L.
Str. Constantin Brâncoveanu nr. 34 • 400467 Cluj-Napoca • România •
Tel.: +40 264 449 550 • Fax: +40 264 550 230 • E-mail: office.romania@viforpharma.com • MedInfo_Romania@viforpharma.com
www.viforpharma.ro

Osteoporoza și prevenția fracturilor prin practicarea exercițiului fizic

Dr. Georgiana Ozana Tache
Med. primar fizioterapie, rec. medicală

Osteoporoza este una dintre cele mai comune boli metabolice osoase, provocând anual un număr foarte mare de fracturi la nivelul șoldului, articulației pumnului și a vertebrelor. Osul reprezintă un țesut complex, organizat să ofere organismului 2 funcții principale: cea metabolică, de rezervă pentru calciu, fosfor și magneziu, și cea structurală, de formare a scheletului, prin care participă la locomoție și asigură protecția organelor vitale.

Balanţa se menţine printr-un proces complex de remodelare osoasă care constă în formare şi resorbţie osoasă. Acest proces este reglat la nivel local cat şi la nivel sistemic. Orice dezechilibru conduce la instalarea diverselor patologii osoase, inclusiv la apariţia osteoporozei. De menţionat faptul că maturitatea scheletului este atinsă în jurul vârstei de 30 de ani, când se atinge un vârf al densităţii masei minerale osoase. Aceasta valoare este sub controlul a numeroşi factori ereditari şi de mediu. Osul cortical începe să scadă de la 40 de ani, la ambele sexe, urmând un declin treptat, care aduce cu el şi creşterea riscului pentru fracturi.

Reglarea remodelării osoase depinde şi de stimuli mecanoelectrici care acţionează fie prin creşterea producţiei osoase, în cazul exerciţiilor fizice, fie prin resorbţie osoasă, în caz de imponderabilitate (astronauţii), sedentarism, imobilizare sau repaus prelungit la pat. Factorii fizici intervin şi în procesele naturale de resorbţie şi producţie osoasă continuă, deoarece masa osoasă este înlocuită de câteva ori de-a lungul unei vieţi. Ca răspuns la stimuli mecanici, osteoblastele şi osteocitele eliberează prostaglandine, imunoglobuline precum şi alţi factori biologici, existând o sensibilitate regională a osteocitelor faţă de stresul mecanic. Frecvenţa crescută a cazurilor de fracturi datorate osteoporozei necesită o abordare terapeutică complexă, în care mişcarea, terapia prin exerciţii fizice, kinetoterapia să se regăsească pe o poziţie centrală, atât în scop profilactic, profilaxie primară şi secundară, cat şi terapeutic.

Clasic, tratamentul osteoporozei poate fi: igieno-dietetic, medicamentos şi cel fizical-kinetic. Deoarece studiile de specialitate au subliniat limitele şi avantajele terapiei medicamentoase, recomandăm programele fizical-kinetice să facă parte integrantă din terapia complexă ce poate fi aplicată atunci când apare diagnosticul de osteoporoză. Studiile de specialitate au arătat că activitatea de formare a osului este stimulată de tensiunea muşchilor, exprimată la nivelul de inserţie al tendoanelor, la nivelul periostului printr-un mecanism incomplet cunoscut. Fapt subliniat şi de masa osoasă constatată la persoanele sportive, la sportivii de performanţă, la persoanele tinere, al caror nivel al activităţii fizice este setat pe o treaptă superioară. Devine logic faptul că persoanele vârstnice, cu o activitate fizică restricţionată până la nivelul efortului presupus de activităţile cotidiene, prezintă o densitate scăzută a masei minerale osoase şi implicit un risc crescut al instalării osteoporozei şi al apariţiei unei fracturi osoase. Studiile efectuate pe animale arată acelaşi aspect, activitatea fizică creşte producţia osoasă.

La vârstnici, programul de exerciţii fizice trebuie efectuat în vederea prevenirii pierderii de masă osoasă, proces aflat în legatură cu înaintarea în vârstă şi cu instalarea menopauzei la femeile trecute de 50 de ani. Există studii care demonstrează creşterea de masă minerală osoasă la persoanele care au urmat timp de 12 luni un program de exerciţii fizice, cu o frcevenţă de 3-4 şedinţe săptămânal. Mai mult, rezultatele arată că femeile care au făcut exerciţii aerobice au prezentat o încărcare a masei osoase superioară celor care au practicat doar mersul pe jos. Valoarea estrogenului plasmatic nu este influenţată de exerciţiile fizice, prin urmare, doar încărcarea mecanică a osului este principalul element de favorizare a procesului de creştere a densităţii minerale osoase.

Exerciţiile fizice previn pierderea masei osoase

HRI-Vitalion®

Puterea revigorantă a naturii

Acest produs este recomandat în primul rând celor care suferă de:

- ateroscleroză
- osteoporoză
- varice și ulcer varicos
- artroză și degradarea substanței osoase
- hiperglicemie
- arterită

Producător: Surepharm Services Limited, Marea Britanie
Importator: SC Vitalion SRL, Str Principala Nr 499, Dumbrăvioara, România, tel./fax: 0265 - 261.846
www.hrivitalion.ro

Protezarea

Protezarea mâinii

Dr. Med. Gheorghe Crăciun,
Clinica Ortomed Alex Bucur,
www.clinicaortomedab.ro,

Sistemul osteoarticular formează scheletul, care susține corpul uman. Oasele oferă un suport rigid țesuturilor moi ale corpului, formând pârghii care se mișcă în articulații sub acțiunea aparatului muscular.

În epoca modernă, acest sistem este afectat deopotrivă de traumatisme, boli degenerative și sistemice, neoplazii, etc, cu repersursiuni asupra mobilității și calității vieții. De aceea, au fost dezvoltate diverse metode prin care se înlocuiesc articulațiile distruse. Metoda cea mai eficientă o reprezintă, fără echivoc, endoprotezarea.

Endoprotezarea mâinii, o intervenție complexă

Endoprotezarea reprezintă înlocuirea componentelor proprii ale articulației bolnave cu componente sintetice, special concepute după tiparul vechii articulații, astfel încât, după introducerea acestora, să rezulte o nouă articulație care să respecte cât mai fidel atât forma, cât și biomecanica vechii articulații.

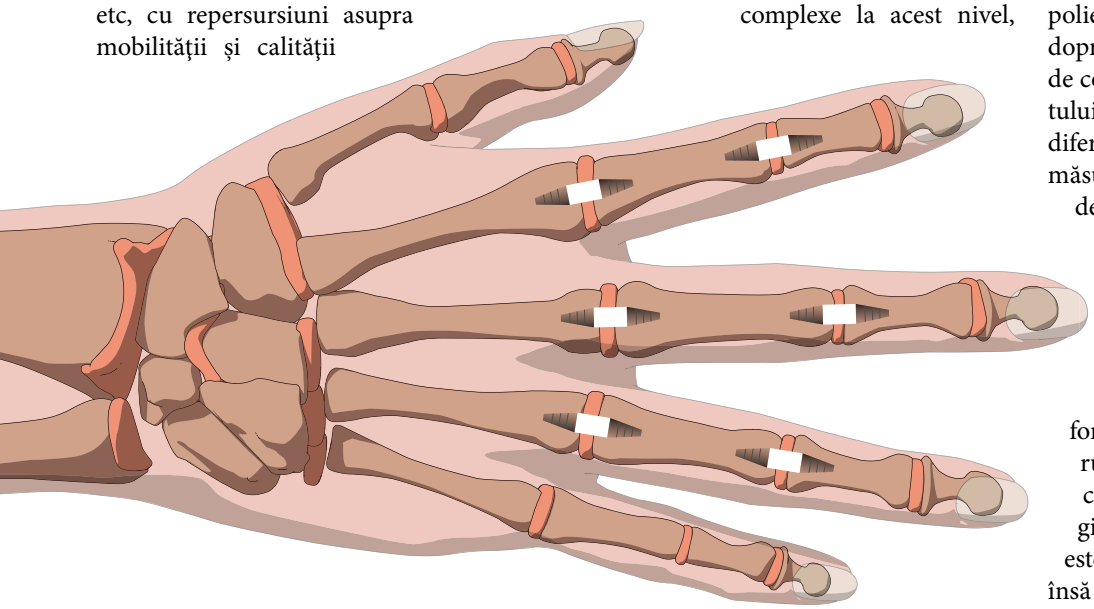
Mâna reprezintă unealta de care ne folosim cel mai des, în fiecare zi. Astfel, cea mai mică schimbare în capacitatea de a ne folosi de mână are repercursiuni atât fizice, cât și psihologice asupra oricărui individ.

Există traumatisme ale mâinii, în urma cărora articulațiile, atât de mici și complexe la acest nivel, sunt grav afectate sau chiar distruse. Există boli inflamatorii sistemice, cum ar fi poliartrita reumatoidă, lupusul eritematos sistemic, guta, sclerodermia, dar și boli degenerative care afectează mâna, duc la artroză și la deformarea articulațiilor.

Una dintre cele mai importante afecțiuni la care endoprotezarea articulară la nivelul mâinii este indicată, îl reprezintă poliartrita reumatoidă. Această afecțiune extrem de dureroasă, deformează și degradează în timp articulațiile mâinii, ducând în final la anchilozarea acestora și imposibilitatea efectuării mișcării.

Endoprotezele, copii fidele ale suprafețelor articulare

Deoarece este vorba de articulații extrem de fine, endoprotezele sunt livrate în mai multe dimensiuni, sterile, în cutii sigilate, iar implantul utilizat este ales după mărimea articulației de înlocuit. Ele au un astfel de design încât să reprezinte o copie fidelă a suprafețelor articulare normale. Pentru diversele articulații, există diferite tipuri de endoproteze- de silicon, dintr-un aliaj de titan și o componentă de polietilenă, dar alegerea fiecarui tip de endoproteză aparține chirurgului, în funcție de condițiile locale și generale ale pacientului. Prin protezarea mâinii afectate de diferite boli, se urmărește restabilirea, în măsura posibilului, a funcționalității atât de complexe a mâinii.



Tratament riguros

Tratamentul afecțiunilor deformante ale mâinii trebuie efectuat de o echipă de medici cu experiență, formată din reumatolog, ortoped și chirurg plastician, după un plan riguros, care cuprinde, în afara actului chirurgical și recuperarea funcțională, care este extrem de importantă. Trebuie știut însă că o redare exactă a funcțiilor de finețe ale mâinii nu este ușor de realizat.

micilor articulații

Protezarea piciorului

Protezarea la nivelul membrului inferior este mult mai dezvoltată comparativ cu membrul superior, având în vedere utilizarea pe scară largă a protezelor de șold și genunchi. Cu toate acestea, protezarea la nivelul piciorului (laba piciorului) este doar în stadiul de început.

Printre cele mai traumatizante boli ale articulațiilor piciorului se numără artroza la articulația gleznei, apărută fie post-traumatic, fie ca urmare a poliartritei reumatoide și artroza de la nivelul articulației metatarsofalangiene a halucelui (degetul mare de la picior) din cadrul asa-numitei boli Hallux Rigidus. În aceste cazuri, mai ales la persoanele tinere, cu o viață activă, o intervenție chirurgicală soldată cu blocarea intenționată a articulației respective poate fi considerată un handicap. De aceea, au fost imaginate, iar apoi dezvoltate proteza de gleznă și proteza pentru articulația halucelui.

Terapia artrozei de la nivelul gleznei presupune, conform Societății Americane de Ortopedie a Gleznei și Piciorului (AOFAS), un tratament operator și unul non-operator.

Tratamentul operator poate fi luat în calcul pentru pacienții cu simptome algice persistente, în ciuda unui tratament non-operator corect condus. Opțiunile pentru tratamentul chirurgical sunt debridarea articulației gleznei, artroplastia prin distracție, osteotomiile, artrodeza (blocarea chirurgicală a unei articulații) și endoprotezarea gleznei. În mod tradițional, artrodeza era considerată opțiunea de ales în stadiile foarte avansate de artroză. Problema este că restricționarea mișcării consecutive artrodezei mărește solicitările pe articulațiile învecinate gleznei, ducând la alte leziuni degenerative.

Deși aflată la început, endoprotezarea gleznei este singura care păstrează mobilitatea în articulația bolnavă și poate avea un efect protector în ceea ce privește apariția de leziuni degenerative în articulațiile vecine, conferind un confort în ceea ce privește durerea cel puțin egal cu cel obținut prin artrodeză. În ultimii ani, endoprotezarea gleznei este tot mai acceptată în rândul chirurgilor ortopezi ca o alternativă viabilă artrodezei de gleznă în cazurile bine selecționate. La acești pacienți, evidențele clinice arată că endoprotezarea gleznei eliberează pacientul de durere, și poate asigura un rezultat funcțional superior față de clasica artrodeză.

O altă articulație care poate fi tratată (în cazul artrozei grave) prin implantarea unei endoproteze este articulația de la baza degetului mare, indicată în așa-zisul Hallux Rigidus.

Endoprotezarea, o minune medicală pentru o viață normală

Sistemul osteoarticular (oase și articulații) formeaza scheletul, care susține corpul uman. Oasele oferă un suport rigid țesuturilor moi ale corpului, formând pârghii care se mișcă în articulații sub acțiunea aparatului muscular. În epoca modernă, odată cu înmulțirea mijloacelor de transport, a activităților sportive și cu creșterea longevitătii populației, acest sistem este afectat deopotrivă de traumatisme, boli degenerative și sistemice, neoplazii, etc. Orice astfel de afețiune se răsfrânge în mod direct asupra activității zilnice și implicit asupra calității vieții. Din aceste considerente, a apărut necesitatea de a dezvolta diverse metode prin care să se înlocuiască articulațiile distruse. Metoda cea mai eficientă o reprezintă, fără echivoc, endoprotezarea.

Endoprotezarea reprezintă înlocuirea componentelor proprii ale articulației bolnave cu componente sintetice, special concepute după tiparul vechii articulații, astfel încât, după introducerea acestora, să rezulte o noua articulație care să respecte cat mai fidel atât forma, cât și biomecanica vechii articulații.

Piciorul plat sau platfusul

Dr. Med.
Gheorghe Crăciun

Alinierea complicată a oaselor, mușchilor și tendoanelor din picioare formează un arc transversal (metatarsian) și un arc longitudinal (în lungime). Aceste arcade elastice permit o distribuție uniformă a greutății corpului de-a lungul picioarelor. Ele joacă un rol important în biomecanica mersului și permit adaptarea la mersul pe diferite suprafețe cu diverse grade de denivelări.

La naștere avem cu toţii picior plat, care, după dezvoltarea bolţilor plantare, se corectează. La unii oameni apar totuşi inflamaţii şi dureri în ligamentele feţei inferioare a piciorului, monturi şi bătături (hiperkeratoza). În aceste cazuri se poate produce un dezechilibru muscular, cu probleme în articulaţiile gleznelor, genunchilor şi coloanei vertebrale lombare. Greutatea excesivă, slăbirea ţesuturilor de susţinere sau suprasolicitarea pot duce la o slăbire suplimentară a arcadelor plantare, accentuând căderea acestora. Solicitarea excesivă a piciorului anterior, cu turtirea arcadei transversale (metatarsiană), cu creşterea presiunii exercitate asupra nervilor şi vaselor sanguine regionale, poate duce la dureri, uneori dramatice, cu imposibilitatea de a continua mersul.

Diagnosticarea piciorului plat se face prin examinare clinică, deci depinde foarte mult de pregătirea şi interesul medicului pentru aceasta afecţiune. Supraevaluarea acestei deformităţi, dar şi bagatelizarea ei aduc prejudicii pacienţilor.

Tratamentul piciorului plat este necesar când apar durerile şi tulburările de mers. Gimnastica medicală la copii este extrem de dificilă, dar poate aduce rezultate bune când se face consecvent şi profesional. Purtarea de suporturi plantare adecvate împiedică evoluţia bolii şi reduce substanţial durerile, mai ales atunci când este adaptată la fiecare caz în parte. Suporturile plantare, aşa-zis „universale", cumpărate din magazin, pot ajuta în cazurile uşoare, dar au un efect nefavorabil în cazurile mai avansate de picioare plate.

Dezvoltarea impetuoasă a tehnicii a dus la diagnosticarea cu precizie a diverselor deformaţii ale picioarelor, ca şi la introducerea unei noi tehnologii şi a unor materiale performante în realizarea suporturilor plantare. Este vorba despre aparate de măsurare digitală exactă a presiunilor din talpă în timpul mersului, care, după o evaluare medicală competentă, permite realizarea de susţinătoare plantare personalizate, la confecţionarea cărora se folosesc materiale speciale, adaptate la nevoile fiecărui pacient.

Complicaţiile picioarelor plate, cum ar fi halucele valg avansat (monturile), necesită deseori intervenţii chirurgicale de corecţie, care trebuie făcute de ortopezi cu experienţă, pentru a evita eşecurile, care uneori sunt dezastruoase pentru pacienţi.

Managementul terapeutic al osteoporozei începe cu Ideos® - medicament original ce conține combinația de Calciu și Vitamina D3 în doză optimă recomandată

Principalele considerații când se alege un brand în cazul prescrierii de Calciu și Vitamina D3, ar trebui să fie evidențele medicale proprii brandului și evidențele medicale privind dozajul, forma farmaceutică dar și tolerabilitatea și acceptabilitatea din partea pacienților.

Managementul terapeutic al osteoporozei începe cu Calciu și Vitamina D3. La pacienţii care sunt trataţi cu medicamente antiosteoporotice, Calciu şi vitamina D3 trebuie să fie prescrise ca şi terapie combinată pentru asigurarea unei eficienţe terapeutice maxime.

Ideos® - Rolul Calciului și al Vitaminei D3 în osteoporoză

Majoritatea evidenţelor privind eficacitatea tratamentelor pentru osteoporoză se bazează pe tratamentul combinat cu Calciu şi Vitamina D3.Toate studiile în care s-a investigat eficacitatea bifosfonaţilor, calcitoninei, strontium ranelate sau denosumab-ului au fost făcute pe pacienţi care au primit calciu şi vitamina D3. Nu s-a demonstrat eficacitatea acestor componente fără administrare concomitentă de calciu şi vitamina D3. O meta-analiză facută pe studii randomizate a aratat o scădere cu 23% a riscului de fracturi non-vertebrale şi o reducere cu 26% a riscului de fracturi de şold, prin suplimentarea cu Calciu şi Vitamina D3.

Prevenţia şi terapia osteoporozei are doua obiective: prezervarea structurii fiziologice a osului şi prevenirea fracturilor.

Doza optimă recomandată pe zi este de 1000 mg Calciu şi 800 UI Vit D3.

Ideos® rolul Calciului și Vit D3 în prevenirea afecțiunilor neoplazice

Există evidenţe din studii epidemiologice, studii clinice intervenţionale, studii pe modele animale şi umane care demonstrează că insuficienţa de Calciu şi de Vitamina D3 este un factor care predispune la un număr important de afecţiuni grave, incluzând diferite tipuri de cancer, infecţii cronice, boli autoimune şi inflamatorii, metabolice şi cardiovasculare. Studii care au folosit expunerea solară ca şi index de fotoproducţie a vitaminei D3, a demonstrat o relaţie invers proporţională semnificativă între UV-B şi mortalitatea în 15 tipuri de cancer. Dintre acestea: cancerul de colon, rectal, de sân, gastric, endometrial, renal şi ovarian au aratat o relaţie invers proporţională între incidenţa şi administrarea orală de Calciu. În plus, cancerul de plămân şi endometrial precum şi mielomul multiplu sunt considerate sensibile la Calciu şi Vitamina D3. Prin urmare suplimentarea combinată de Calciu şi Vitamina D3 este necesară pentru o optimă chimioprevenţie a cancerului. Îmbunatăţirea statusului nutriţional de Calciu şi Vitamina D3 determină reducerea riscului de cancer la femeile aflate la menopauză.

Astfel, pentru prevenţia şi tratamentul asociat al osteoporozei sau pentru suplinirea deficitului de Calciu şi Vitamina D3, se recomandă un medicament original, eliberat cu prescripţie medicală, care prezintă evidenţe medicale proprii brandului, ce conţine combinaţia de 500 mg Calciu şi 400 UI de Vitamina D3, două comprimate pe zi, sub formă de comprimate masticabile (s-a dovedit că această formă farmaceutică este cea mai acceptată de către pacienţi), realizându-se astfel concentraţia optimă necesară de Calciu şi Vitamina D3.

Acest material promoţional este destinat profesioniştilor în domeniul sănătăţii. Acest produs se eliberează doar pe baza prescripţiei medicale P-RF. Pentru informaţii complete de prescriere, consultaţi Rezumatul Caracteristicilor Produsului.

Sursa: Laboratoire Innotech International,
Reprezentanţa pentru România,
Piaţa Charles de Gaulle, nr. 2, sector 1, Buc.,
Tel: 0021 230 20 44, Fax : 0021 230 20 47;
Email: innotech.romania@innothera.com

Ideos®

Este medicamentul original ce conţine combinaţia optimă de Calciu şi Vitamina D3 (1 comprimat de două ori pe zi) cu studii proprii privind eficienţa şi tolerabilitatea;

Se eliberează cu prescripţie medicală şi conţine combinaţia de 500 mg Calciu şi 400 UI Vitamina D3/pe 1 tabletă masticabilă;

Forma farmaceutică este de comprimate masticabile; Comprimatele masticabile s-au dovedit a fi cele mai acceptate de pacienţi;

Ideos® a fost denumit în Marea Britanie brandul de elecţie dintre preparatele care conţin combinaţii de Calciu şi Vitamina D3.

[1]International Osteoporosis Foundation 2010 ▪ [2]Fracture Prevention With Vitamin D Supplementation: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials, Heike A. Bischoff-Ferrari; Walter C. Willett; John B. Wong; et al, JAMA. 2005 ▪ [3]Reducing fracture risk with calcium and vitamin D Paul Lips, Clinical Endocrinology (2010) 73, 277–285; Patient level pooled analysis of 68 500 patients from seven major vitamin D fracture trials in US and Europe, BAbrahamsen BMJ 2010;340:b5463; ▪ [4] Vitamin D and calcium supplementation reduces cancer risk:results of a randomized trial, Joan M Lappe, Am J Clin Nutr 2007;85:1586–91.

Artroscopia – metodă pentru afecțiunile

Dr. Georgiana Ozana Tache
Med. primar fizioterapie, rec. medicală

Principalele afecțiuni ale umărului: Instabilitatea cronică a umărului

Definește o afecţiune secundară unui traumatism ce nu a beneficiat de tratament conservator adecvat la timpul respectiv sau urmează unor episoade de luxatie scapulohumerală, ceea ce conduce la pierderea contactului normal, fiziologic al suprafeţelor articulare cu luxaţia umărului la ridicarea braţului peste un anumit nivel sau la anumite mişcări considerate normale. Se poate începe cu un program de kinetoterapie de recuperare medicală. Defectele structurilor periarticulare se refac însă doar prin sutură artroscopică sau retensionare cu sistem de ancore.

Capsulita adezivă sau umărul înghețat

Reprezintă o afecţiune care produce limitarea mişcării în articulaţia umărului prin contracţia şi cicatrizarea postraumatică a capsulei articulare. Iniţial, se încearcă obţinerea ameliorării durerii şi creşterea mobilităţii articulare printr-un program adecvat de fiziokinetoterapie şi medicaţie antiinflamatorie. Procedura chirurgicală are ca scop întinderea capsulei articulare contractate. Cele mai comune metode sunt manipularea sub anestezie şi artroscopia de umăr şi pot fi folosite împreună pentru a obţine rezultate maxime. După intervenţie, kinetoterapia este deosebit de utilă pentru redobândirea gradelor utile de mobilitate, timpul de recuperare variind între 6 săptămâni şi 3 luni.

Impingement subacromial

Este una dintre cele mai frecente cauze de sindrom dureros al umărului la adult, ce apare în urma presiunii exercitate de acromionul omoplatului asupra coafei rotatorii, atunci când braţul este ridicat. Coafa rotatorie grupează tendoanele muşchilor supraspinos, infraspinos şi rotund mic, ce acoperă capul humerusului şi participă împreună la ridicarea şi rotaţia braţului din articulaţia umărului.
Atitudinea terapeutică iniţială constă în repaus şi medicaşie antiinflamatoare, program de fizioterapie şi eventual kinetoterapie-exerciţii izometrice. Dacă simptomatologia persistă, se poate recomanda tratamentul chirurgical, ce constă în decompresia subacromială, cu scopul de a lărgi spaţiul dintre acromion şi tendoanele coafei rotatorilor. Se îndepărtează osteofitele subacromiale care lezează tendoanele coafei rotatorii şi bursa. În unele cazuri este necesară îndepărtarea unei porţiuni din acromion pentru a lărgi şi mai mult spaţiul, procedeu numit acromioplastie. Dacă acestor leziuni li se asociază şi artroza articulaţiei acromioclaviculare, în timpul operaţiei pentru impingement se excizează şi o mică porţiune din claviculă, procedură numită artroplastie de rezecţie a unei porţiuni de sub 1 cm din capul claviculei, păstrând ligamentele de susţinere intacte. Când zona se vindecă, articulaţia este înlocuită cu ţesut fibros. Procedura poate fi executată în două moduri, fie pe cale artroscopică, procedură minim invazivă, fie prin procedura clasică, cu o incizie de aproximativ 8-10 cm, prin care se îndepărtează ţesutul osos excesiv (osteofite şi o mică porţiune din acromion).

Pentru uşurinţa înţelegerii evoluţiei procesului şi a coroborării sale cu simptomatologia prezentată de pacient, clasificarea leziunilor prin impingement subacromial s-a facut în 3 stadii.

Stadiul I
este reprezentat de edem şi inflamaţie, procese datorate faptului că există o îngustare a spaţiului în regiunea subacromială la locul de trecere al tendoanelor coafei rotatorilor, la care se adaugă iritaţia bursei subacromiale cu creşterea procesului de frecare în spaţiul subacromial. Acest stadiu apare de obicei la tinerii sportivi, când modificările sunt complet reversibile şi răspund bine la repaus, fizioterapie şi medicatie antiinflamatoare, neexistând modificări radiologice la nivelul osului sau ţesuturilor moi din jurul articulaţiei umărului.

Stadiul II
este reprezentat de fibroză şi tendinită, modificări care devin cronice şi sunt secundare episoadelor repetate de impingement şi apare la persoanele active, de până la 40 ani. Bursa iritată devine mai groasă şi fibroasă, cu scăderea complianţei la frecarea tendoanelor, se asociază iritaţie, fibroză şi posibilă disociere a fibrelor în coafa rotatorie, la nivel superficial, leziuni incomplet reversibile. Nici în acest stadiu nu există modificări radiologice evidente, în majoritatea cazurilor, deşi uneori pot apărea scleroza, formarea de mici excrescente la nivelul marii tuberozităţi humerale. Repausul şi tratamentul conservator nu mai sunt însă eficiente în acest stadiu. Studii recente arată că îndepărtarea bursei şi acromioplastia artroscopică pot fi utile.

În stadiul III,
care apare frecvent după 40 ani, se mai pot constata osteofite anterioare, la nivelul ligamentului coracoacromial, pe suprafaţa

terapeutică eficientă umărului

inferioară a articulaţiei acromioclaviculare, cât şi pe suprafaţa inferioară a acromionului anterior, excrescenţe la nivelul marii tuberozităţi humerale şi rupturi parţiale sau totale, pe toată grosimea tendoanelor coafei rotatorilor, extinzându-se în articulaţia glenohumerală. Tratamentul chirurgical este de obicei necesar şi include decompresia prin acromioplastie anterioară cu repararea coafei rotatorilor, dacă este cazul.

Principalele afecţiuni ale umărului

Leziuni ale coafei rotatorilor

Coafă rotatorie poate fi lezată în urma unei singure leziuni traumatice, pacienţii prezentând frecvent durere de umăr cu durată de câteva luni şi un traumatism specific care a declanşat durerea. Leziunea de coafă rotatorie poate apărea adiacent unei alte leziuni de umăr, precum o fractură sau o luxaţie dar cele mai frecvente leziuni sunt rezultatul solicitării excesive a acestui grup de muşchi de-a lungul anilor. Leziunile de coafă a rotatorilor sunt cel mai frecvent întâlnite la pacienţii peste 40 de ani. Pacienţii mai tineri cu risc sunt cei care execută mişcări repetitive cu braţul deasupra capului, precum sportivii care practică volei, baschet, tenis, canotaj etc. Chirurgul ortoped-traumatolog poate recomanda intervenţia chirurgicală dacă tratamentul conservator nu ameliorează simptomatologia algică şi disfuncţională, când ruptura coafei rotatorii este acută şi foarte dureroasă sau se regăseşte la nivelul umărului braţului dominant şi persoana este activă sau pacientul prestează muncă fizică sau sport de performanţă, forta maximă în braţul afectat fiind indispensabilă. Tipul operaţiei va depinde de dimensiunea, forma şi localizarea rupturii, deoarece o ruptură parţială poate necesita doar o procedură de netezire, numită debridare în timp ce o ruptură completă în porţiunea cea mai groasă a tendonului se repară prin sutura celor două părţi ale tendonului rupt. Dacă tendonul este rupt de la locul său de inserţie va fi reinserat. Deasemenea, în timpul procedurii chirurgicale se poate îndepărta o porţiune din acromion, deoarece dacă apare sindromul de impingement, acromionul apasă şi freacă coafa, putând produce rupturi ale coafei. Asocierea cu alte afecţiuni, precum degenerarea articulaţiei acromio-claviculare sau rupturi ale tendonului bicipital necesită proceduri suplimentare. Pentru repararea chirurgicală sunt disponibile două aborduri, fie repararea artroscopică prin sutură transosoasă, ce presupune folosirea unor fire transosoase pentru reinserţia tendoanelor rupte, fie reinserţia cu ancore, când se folosesc ancore transosoase pentru ancorarea tendoanelor rupte. Metoda clasică este necesară în cazul rupturilor mari sau complexe sau dacă sunt necesare proceduri reconstructive adiţionale, precum transferul de tendon.

Tendinita

Tendinita calcificantă a umărului apare atunci când se formează depozite de calciu pe/în tendoanele umărului iar ţesutul din jurul depozitului se inflamează, provocând durerea de umăr. Această afecţiune este frecvent întâlnită şi afectează cel mai adesea populaţia în vârstă de peste 40 de ani. Există două tipuri diferite de calcificări la nivelul umărului: calcificare degenerativă, ce apare cu vârsta şi calcificare reactivă.

Pe masură ce înaintăm în vârstă, aportul de sange la tendoanele coafei rotatorilor scade, tendonul devenind mai slab, şi deasemenea, datorită uzurii unei articulaţii, fibrele tendoanelor suferă leziuni. Depozitele calcare se formează în tendoanele lezate şi aflate în plin proces de vindecare.

Pe de altă parte, calcificarea reactiva este diferită. Apariţia acesteia nu pare a fi legată de degenerare, chiar dacă se manifestă mai frecvent prin durere de umăr decât calcificarea degenerativă. Ea evoluează în trei stadii: precalcic, când în tendon apar modificări care favorizează formarea depozitelor de calciu, stadiul calcic, când se depun cristale de calciu în tendon, care încep să dispară prin resorbţie dar durerea apare cel mai frecvent în acest stadiu şi stadiul postcalcic, când tendonul se vindecă prin remodelare cu ţesut nou.

Nu se cunosc mecanismele resorbţiei depozitelor de calciu, dar pe măsură ce acestea dispar şi ţesutul se remodelează, durerea dispare. Tendinita calcică apare în tendoanele coafei rotatorilor, depozitele de calciu apărând cel mai frecvent în tendonul muşchiului supraspinos.

Tratamentul iniţial al tendinitei constă în repaus, tratament fizical şi medicaţie antiinflamatoare, fiind urmat de tratamentul chirurgical, atunci când metodele conservatoare nu dau rezultatele aşteptate. Majoritatea operaţiilor pentru vindecarea tendinitei calcice a umărului sunt proceduri artroscopice. Artroscopul este folosit pentru a localiza şi exciza (rezecţie artroscopică) depozitele de calciu în coafa rotatorilor. Zona trebuie să fie atent spălată, deoarece cristalele de calciu libere sunt iritante pentru ţesuturile adiacente. Prin rezecţia clasică se realizează îndepărtarea depozitelor de calciu prin incizia muşchilor şi a ţesuturilor adiacente, tendonul fiind deasemenea secţionat pentru îndepărtarea depozitelor de calciu. Chirurgul spală atent zona pentru a elimina cristalele de calciu şi apoi suturează ţesuturile incizate.

Tratamentul fizicalkinetic face parte integrantă din protocolul terapeutic postintervenţie artroscopică sau clasică la nivelul umărului.

Artroscopia umărului

Este operaţia care foloseşte o cameră video de dimensiuni foarte mici, numită artroscop, conectată la un ecran video aflat în sala de operaţii. Camera este introdusă în articulaţia umărului printr-o mică incizie efectuată în piele, în scopul examinării şi reparării ţesuturilor din articulaţie sau periarticulare. Pentru a repara sau îndepărta ţesuturile lezate, specialistul ortoped-traumatolog va mai realiza încă una până la trei incizii de mici dimensiuni la nivelul pielii, prin care va introduce alte instrumente necesare refacerii sau îndepărtării ţesuturilor deteriorate. Pacienţii beneficiază de anestezie generala sau anestezie locoregională.

Riscurile asociate anesteziei

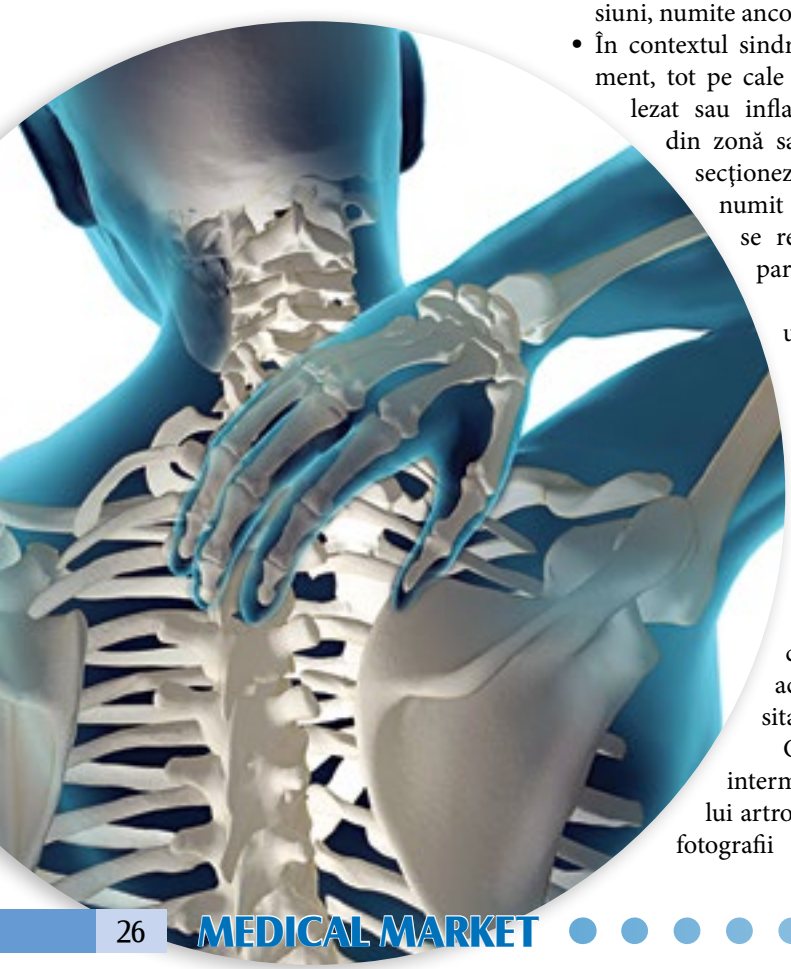
Sunt reprezentate de reacţii alergice la medicamente şi de probleme respiratorii preexistente. Mai pot exista riscuri de sângerare, infecţie sau formarea de cheaguri de sânge. Pentru aceste motive, medicul va avea în vedere preoperator o serie de măsuri de precauţie, recomandând stoparea medicaţiei care inhibă coagularea sângelui, precum antiinflamatoarele, va solicita consult interdisciplinar în cazul diabetului zaharat, afecţiunior cardiocirculatorii şi respiratorii sau a altor comorbidităţi prezentate de pacient. Se va renunţa la fumat şi se va menţiona orice reacţie alergică cunoscută în antecedente la administrarea altor medicamente. Nu se vor bea lichide şi nu se vor consuma alimente 6-12 ore preoperator.

Riscuri legate de tehnica operatorie

Instalarea unei rigidităţi la nivelul articulaţiei umărului, eşecul operaţiei în a ameliora simptomele, în special cele dureroase dar şi disfuncţionale, lipsa vindecării reparaţiilor efectuate, insuficienţă musculară cu subluxaţia umărului, lezarea unui vas de sange sau a unui nerv, cu pareză în consecinţă.

Artroscopia se recomandă când:

- Este necesară repararea coafei rotatorii prin sutura tendoanelor sau reatașare osoasă a acestora, utilizând în aceste situaţii materiale din metal sau din plastic ce nu trebuie îndepărtate postoperator, precum nituri sau cuie de mici dimensiuni, numite ancore de sutură.
- În contextul sindromului de impingement, tot pe cale artroscopică, ţesutul lezat sau inflamat este îndepărtat din zonă sau este posibil să se secţioneze un anume ligament numit coracoacromial şi să se remodeleze o anume parte a acromionului.



Artroscopia este utilă şi în cura chirurgicală a instabilităţii umărului, determinată de o ruptură a labrumului articular, adică a marginii cartilaginoase a articulaţiei umărului, precum şi în situaţia în care ligamentele care se ataşează de această zonă vor necesita reparaţie.

Cu ajutorul şi prin intermediul echipamentului artroscopic se pot efectua fotografii în timpul operaţiei pentru a se arăta ce leziuni s-au găsit şi ce reparaţii au fost efectuate.

Notabil este faptul că, la finalul operaţiei, inciziile vor fi suturate şi acoperite cu un pansament steril, recuperarea pacientului fiind rapidă.

Specialistul chirurg poate fi nevoit uneori să practice o operaţie clasică, ceea ce presupune o incizie mai largă, pentru o bună vizualizare a leziunilor existente şi un abord corespunzator, atunci când există leziuni distructive mari şi extinse.

Programul de recuperare poate dura între 4 săptămâni şi 6 luni. În prima săptămână postoperator, se indică imobilizarea braţului într-o eşarfă. Pacientului i se vor prescrie antialgice, nu medicamente antiinflamatorii, va urma tratament anticoagulant, la recomandarea specialistului chirurg. Reluarea activităţilor curente sau practicarea sportului se vor face la recomandarea specialistului şi vor fi luate în considerare în perspectiva stabilirii programului de recuperare. În majoritatea cazurilor, kinetoterapia asigură recâştigarea unghiurilor de mişcare dar şi stabilitatea pierdută a umărului.

Artroscopia reprezintă o alternativă fericită faţă de operaţia clasică, ce expune complet articulaţia umărului. Operaţia pe cale artroscopică conduce la scăderea semnificativă a sindromului dureros şi disfuncţional al umărului, se constată mai puţine complicaţii, perioada de spitalizare este semnificativ redusă către câteva ore până la o zi, iar recuperarea devine rapidă şi eficientă. Dacă intervenţia a presupus manevre reparatorii laborioase, timpul dedicat vindecării postoperatorii se poate prelungi iar perioada de recuperare poate fi mai lungă. Deşi operaţia artroscopică de reparare a unei rupturi cartilaginoase se efectuează pentru a conferi stabilitate articulară unui umăr instabil, pot exista situaţii în care instabilitatea umărului reapare şi va necesita un program îndelungat de recuperare medicală. Majoritatea persoanelor însă, se recuperează complet şi îşi păstrează stabilitatea umărului.

Deasemenea, după repararea artroscopică a rupturilor tendoanelor muşchilor coafei rotatorii sau a tendinitei, sindromul algic este diminuat considerabil dar recuperarea forţei musculare poate fi dificil de obţinut. Din nou, un program de recuperare medicală, constand în kinetoterapie este salvator, dacă este urmat la recomandarea şi sub supravegeherea specialiştilor.

Dieta pentru prevenirea osteoporozei

În România, 1 din 2 femei și 1 din 5 bărbați prezintă în cursul vieții cel puțin o fractură legată de osteoporoză. În lipsa unei depistări precoce, boala evoluează timp îndelungat fără semne clinice, debutând prin apariția complicațiilor: fracturi (cele mai frecvente: încheietura mâinii, vertebre/ tasări, șold) asociate cu dureri cronice, deformitați și impotență funcțională (anchilozări). Aceasta duce la reducerea semnificativă a calității vieții pacienților.

Osteoporoza poate fi tratată și prevenită cu succes.

Pentru prevenirea osteoporozei, trebuie aplicată o dietă care să contribuie la dezvoltarea sănătoasă şi menţinerea integrităţii oaselor. Deoarece de-a lungul vieţii în oase se desfăşoară procese anabolice şi catabolice continue, este importantă asigurarea necesarului de calciu adecvat în funcţie de vârstă. Pentru aceasta, trebuie să cunoaştem produsele alimentare și mâncărurile bogate în calciu, şi trebuie adaptat stilul de viaţă astfel încât aceste alimente să fie consumate în forme variate în dieta noastră de toate zilele.

Surse

Deşi azi mai toată lumea ştie că principala sursă de calciu este constituită de laptele şi produsele lactate, doar această simplă informaţie nu este suficientă. Alimentaţia trebuie să includă, în forme cât mai variate, lapte şi alte produse des întâlnite ca produsele acidulate şi brânzeturile. Pe de altă parte însa, trebuie să cunoaştem şi să consumâm regulat şi alte produse bogate în calciu.

Pe lângă preluarea din alimentaţie a calciului necesar, mişcarea şi sportul sunt foarte importante în prevenirea osteoporozei. În cazul persoanelor tinere, activităţile sportive practicate regulat ajută la dezvoltarea armonioasă şi întarirea sistemului osteo-articular și contribuie la greutate osoasă maximă la cc. 35 ani. La vârstele mai înaintate, în special la femei după menopauză, activitatea sportivă reduce viteza de descompunere osoasă.

Dieta adecvată şi un stil de viaţă activ sunt importante la toate vârstele pentru prevenirea sau tratarea naturală a osteoporezei

Osteoporoza poate fi considerată un proces catabolic patologic când devin mai rari trabeculii care formează structura ţesutului osos. Acest proces trebuie prevenit sau moderat printr-o alimentaţie sănătoasă, printr-un stil de viaţă adecvat şi eventual prin aplicare de medicamente. În mod natural trebuie să se asigure nu numai aportul de calciu, dar şi necesarul de fosfor (şi sodiu, potasiu, magneziu etc.), respectiv necesarul de vitamină D, având rol important în procesele de osificare. Totodată organismul are nevoie de prezenţa cantitativă şi calitativă a proteinelor pentru ca diferitele săruri minerale să poata fi integrate în organism.

În consecinţă, alimentaţia naturală sănătoasă pentru prevenirea osteoporozei trebuie să fie bogată în proteine, calciu, fosfor, vitamina D şi să asigure aportul energetic necesar pentru organism. Se pune accent pe folosirea produselor lactate, a apei minerale şi a altor surse importante de nutrienţi ca peştele, ouăle (zilnic 1-2 bucăţi), legumele şi fructele pe cât posibil cultivate organic.

Luând în considerare conţinutul de calciu în mg Ca/100 g aliment, enumerăm câteva dintre produsele alimentare bogate în calciu: lapte integral (125), brânză (400-450), caşcaval trapist, şvaizer (1400), conservă de sardine (320), drojdie uscată (130), fasole uscată (115), rădăcină de pătrunjel (200), salată verde (110), conopidă (105), nucă (145), mac (1400), citrice (135), ciocolată cu lapte (180-320), apă minerală Borsec (cc. 36), cafea, ceai (40-50) etc. La introducerea calciului în organism, trebuie sa luăm în considerare cantităţile din diferite surse de alimente care pot fi consumate regulat. Calciul de origine vegetală se absoarbe mai greu din cauza prezenţei unor acizi aflaţi din compoziţia legumelor (acid fitic, acid oxalic) sau din cauza tranzitului intestinal accelerat cauzat de prezenţa celulozei, hemicelulozei. Absorbţia calciului creşte în prezenţa acidului lactic. Produse alimentare bogate în fosfor sunt următoarele (mg P/100 g aliment): şvaizer (380), brânză de vacă (190), carne (230-360), făină de grâu (100), ouă (230), leguminoase uscate (415-550), cartofi (85). De altfel, în majoritatea produselor alimentare găsim săruri de fosfor si fosfaţi.

Produse alimentare bogate în vitamina D sunt următoarele (micrograme vitamină D/100 g aliment): ulei de peşte oceanic (250), conservă de hering (10-25), conservă de sardine (30-50), ficat de vită (1), gălbenuş de ou (2,5), unt (1,2), ciupercă de bălegar (5). Untura de peşte folosită cu scop terapeutic conţine 12 ug vitamină D3 într-un gram produs.

Prof. ***Dr. Ábrám Zoltán****, UMF Târgu-Mureș,*
Disciplina de Igienă

Folosirea produselor alimentare de origine animală și vegetală cu valoare biologică ridicată, respectiv a mâncărurilor pregătite din produsele alimentare bogate în proteine, Ca, P și vitamina D, împreună cu un stil de viață activ și cu eventuale suplimente alimentare de calitate, dau șansa prevenirii osteoporozei și a menținerii unei bune calități de viață la orice vârstă.

Ortomed - Alex Bucur

Clinica de Ortopedie ORTOMED „Alex Bucur"

RO-400489 Cluj-Napoca
Republicii 65-67
T: 0264-592.230; 0372-707.141
F: 0264-596.611
E: contact@clinicaortomedab.ro

Clinica este împarțită în două sectoare:

- secție ambulatorie cu 3 cabinete medicale, profilate pe Ortopedie și Traumatologie, Ortopedie Pediatrică, Flebologie și Chirurgie Plastică Reparatorie
- secție clinică/operatorie, cu sală de operație cu dotare completă și ultramodernă,

3 saloane cu câte 2 paturi, pentru staționare de scurtă durată, dotate cu stații de monitorizare, cu robinete de oxygen, supraveghere postoperatorie riguroasă.

Echipa medicală

Dr. Gheorghe Crăciun – specializat în O-T, Chirurgia Coloanei Vertebrale, Chirurgia Minimal Invazivă a Herniei de Disc și a Articulațiilor.

Dr. Rares Opriș – specializat în O-T, experiență în managementul și conduita terapeutică modernă a pacientului politraumatizat și polifracturat, în chirurgia membrelor, chirurgia coloanei vertebrale, a mâinii și piciorului.

Dr. Voicu Traian Turdean – specializat în O-T, supraspecializare în chirurgia coloanei vertebrale, dr. în șt. med., perfectionare în chirurgia protetică a șoldului și a genunchiului, chirurgia coloanei vertebrale.

Dr. Ioan Szabo – m.pr. neurochirurg, dr. Șt. med,, specializări ăn Neuroanatomia aplicată și Chirurgia orbitei și regiunii anterioare a bazei de craniu, chirurgia tumorilor intracraniene, chirurgia nervilor periferici, chirurgia coloanei vertebrale,

Dr. Oana Alina Puia – m.sp. chirurgie vasculara, as. Univ., dr. în șt. Med., experiență în tratamentul bolii varicoase, competență în Tratamentul Endovenos cu LASER sub control Eco-Doppler al varicelor, tratamentul cu Laser al venelor reticulare, tehnici conservatoare prin presoterapie și drenaj limfatic manual a edemului limfatic primar și secundar.

Dr. med. Mihai Aschilian –m.sp. chirurgie plastică-microchirurgie reconstructivă, liftinguri faciale, chirurgia pleoapelor, rinoplastii, adipoimplanturi faciale, implanturi mamare, reducții și liftinguri mamare, abdominoplastii, lipoaspirații, chirurgia reconstructivă a sânului, operații de feminizare facială pentru transexuali, intervenții pentru craniosinostoze, despicături labiale și de palat, rinoplastii secundare, rinoplastii și chirurgia pleoapelor.

Prof. Dr. Ioan Huțanu –Profesor titular al Catedrei de Chirurgie și ortopedie Pediatrică.

Specialist în tratamentul conservativ și chirurgical al malformațiilor congenitale ale aparatului locomotor, a întregii patologii osteoarticulare a copilului și adolescentului, a chirurgiei viscerale pediatrice.

Dr.med. Octavian Chira – m.pr. ATI, toate formele de anestezie, de la cele loco-regionale la Anestezia Peridurală Continuă, aplicate atât în scopul efectuării actului operator, cât și ca tehnici speciale de combatere a durerii. Anestezia la copii, până la cea gerontologică, Terapia Intensivă postoperatorie.

Dotari

- Rontgen convențional TEMCO-GRX 1
- Rontgen Intervențional TCA 5S MOBILE IMAGING SYSTEM
- Osteodensitometrie Challenger envision DMS (DEXA)
- Ecografie MINDRAY DP-9900 •
- Artroscopie
- Sterlizare
- Anestezie
- Laser "ArthroCare System 2000 Controller"
- Cryolaser Aparat digital de luat amprente ale picioarelor
- Aparat de măsurat volumul membrelor inferioare

Aparate sala de operații:

- Masă de operatie manevrabilă electric, radiotransparentă
- Aparat de electro coagulare - mono și bipolară
- Aspirator chirurgical cu dublu recipient
- Stație de oxigen automată

A. Tratamente conservative

1. Coloana vertebrală

- Infiltrații cu cortizon paravertebrale în afecțiuni degenerative ale articulațiilor intervertebrale
- Infiltrații cu cortizon epidurale în sidromul de iritație radiculară, produs de hernia de disc, edeme inflamatorii, artroze activate ale articulațiilor intervertebrale
- Infitrații cu cortizon peridurale (însoțite de anestezie peridurală) în stenozele canalului rahidian cu iritații nervoase
- Terapia medicamentoasă cu Criolaser a contracturilor musculare
- Aplicarea de orteze și corsete pentru stabilizarea sau corectarea coloanei vertebrale, în colaborare cu firma Bauerfeind din Germania

2. Articulațiile mari

- Infiltrații intra-articulare cu cortizon în artrozele incipiente sau
- activate
- Infiltrații intra-articulare cu produși ai acidului hyaluronic pentru refacerea țesutului cartilaginos
- Terapia medicamentoasă cu Criolaser în edemele post-traumatice, în afecțiunile inflamatorii.
- Aplicarea de bandaje și orteze pentru fixarea și stabilizarea articulațiilor în leziunile capsulo-ligamentare traumatice sau pentru stabilizarea post-operatorie dirijată.

3. Deformațiile membrelor

- Confecționarea de suporturi plantare individuale, după amprente digitale
- Indicații pentru încălțăminte ortopedică

- Aplicarea de orteze stabilizatoare în leziunile capsulo-ligamentare

B. Tratamente operative

1. Coloana vertebrală

- Infiltraţii cu cortizon paravertebrale în afecţiuni degenerative ale articulaţiilor intervertebrale
- Tratamentul herniilor de disc cervicale şi lombare prin Nucleoplastie,
- Tratamentul herniilor de disc lombare prin Nucleotomie Percutană Automatizată
- Tratamentul operativ minimal invaziv al fracturilor vertebrale patologice (tumori, osteoporoză) prin Vertebroplastie.
- Denervarea Articulaţiilor intervertebrale

2. Articulaţii

Tratamentul minimal invaziv prin artroscopie a leziunilor traumatice

Operaţii artroscopice reconstructive de ligamente şi tendoane

Plastia (înlocuirea) de ligamente încrucişate la genunchi

Plastia de ligamente colaterale la genunchi şi gleznă

Sutura manşetei rotatorii la umăr

Sutura de menisc la genunchi, de limbus la umăr

Operaţii artroscopice de rezecţie

Rezecţie parţială sau totală de menisc, de plici sinovial la genunchi

Extragerea de corpi articulari liberi la genunchi, cot şi gleznă

Rezecţii artroplastice în artroze la genunchi, umăr, cot şi gleznă.

Decomprimare subacromială la umăr

3. Operaţii deschise

Suturi şi plastii deschise de tendoane sau ligamente la umăr şi gleznă

Sutura percutană a tendonului lui Achile

Corecturi de deformităţi ale mâinilor şi picioarelor

Corecturi de deformităţi ale degetelor de la picioare /haluce valg sau degete în ciocan)

Decompresiunea nervilor în sindroamele de tunel (carpal, cubital, tarsian)

Flebologie

- Boala varicoasă
- Edemul Limfatic
- Tratament endovenos cu laser al varicelor
- Tratament chirurgical minim invaziv al varicelor
- Sclerozări vene reticulare, spider
- Flebectomii
- Tratament endovenos cu laser al varicelor
- Tratamentul medical al limfedemului, profilactic, medicamentos şi fizioterapic.

Chirurgia copii

Tratamente Conservative:

- Controlul afecţiunilor aparatului locomotor la nou născut şi sugar
- Tratamentul luxaţiilor de şold congenitale
- Tratamentul deformaţiilor congenitale şi câştigate ale membrelor

Tratamente Chirurgicale :

- torticolis muscular congenital
- hernii ombilicale şi inghinale
- hidrocel, chist de cordon spermatic, varicocel
- fimoză,
- tumori benigne superficiale.
- teno-mio-plastii în picior strâmb congenital etc.
- corecţii chirurgicale de picior strâmb, genu varum/valgum
- tumori osoase benigne
- sindactilie, polidactilie, clinodactilie etc.
- chirurgia traumatismelor osoase vicios consolidate

Spitalul clinic de ortopedie-traumatologie și TBC osteoarticular „Foișor" - București

Bd. Ferdhand nr 35, sect. 2
tel. +40 21 252 00 57; fax +40 21 252 13 87
www.foisor.ro, e-mail: orto@foisor.ro

Conducere:

Manager: Conf. Dr. Cristian Ioan Stoica
Director Medical: Dr. Ana Maria Munteanu
Director Financiar-Contabil: Ec. Claudia Cucu
Tel-Fax: secretariat: 021.252.13.87
Centrala 021.252.00.57

Secţii:

Ortopedie 1 int. 444 / 400
Ortopedie 2 int. 333/334
ATI int. 150
Camera de gardă: int. 145
Birou Internări: int. 147

Ambulatoriu de specialitate

Str. Pop de Băşeşti, nr.6, sector 2, tel. 021.252.0057 int. 123
În fiecare zi, în ambulatorul de specialitate se oferă consultaţii (cu trimitere medic familie, buletin şi adeverinţă de asigurat/talon pensie/adeverinţă elev/student)

Program:

Luni
Dr. Stănescu Corneliu - 08:30 -13:30
Dr. Dragosloveanu Călin - 13:30 - 17:30

Marţi
As. Univ. Dr. Marinca Lucian - 08:30 - 13:30
Dr. Mihailide Nicolae (int. 333 sau 334 - As. Şef Mirela Constantin) - 13:30-17:30

Miercuri
Dr. Golia Teodor - 13:30 - 17:30

Joi
Dr. Pavelescu Gheorghe - 08:30 - 13:30
Dr. Nedelea Georgiana - 13:30-17:30

Vineri
Şef Lucr. Dr. Ursu Traian (021.252.37.73 - D-na. Mariana Pastia) - 08:30 - 13:30
Conf. Univ. Dr. Stoica Ioan Cristian (021.252.13.87 - D-Ra Claudia Piciorea) - 15:00 - 17:30

Servicii medicale:

• internări de zi pentru investigaţii postoperatorii, controale postoperatorii, tratamente ortopedice ale traumatismelor minore şi kinetoterapie
• **internări în regim continuu:**
- internări de urgenţă prin camera de gardă a spitalului, 24 ore/24 ore (tel. 021.252.00.57 interior 145 - Camera de Gardă, 147- Birou Internări)
- internări programate (cu bilet trimitere medic familie, buletin, talon pensie/adeverinţă salariat/elev/student), conform listelor de aşteptare alcătuite după consultul ortopedic.

Servicii medicale:

Diagnostic şi tratament pentru:
Afecţiuni degenerative articulare
a. Articulaţia şoldului
• artroplastii parţiale, totale, primare cât şi de revizie
b. Articulaţia genunchiului
• artroplastii parţiale, totale, primare şi de revizie
• artroscopie articulară prin tehnici moderne noninvazive cât şi reconstrucţii ligamentare pe aceeaşi cale
c. Articulaţie umăr
• artroscopie umăr, recuperare funcţională completă
• artroplastii umăr totale şi parţiale, recuperare funcţională completă
Afecţiuni ale coloanei vertebrale
• corecţii şi artrodeze cu instrumentaţie segmentară pentru deformări de coloană (scolioză, cifoză), rezecţii tumori, tuberculoză coloană, hernie de disc, stenoză canal spinal etc).
• vertebroplastii pentru tasări vertebrale
Diformităţi membre (alungire membre)
Fracturi cominutive (osteosinteză cu plăci şi şuruburi, cu fixatoare externe, osteosinteză şi reconstrucţie în fractura de bazin şi acetabul etc)
Chirurgia afecţiunilor piciorului (hallux valgus, hallux rigidus, degete în ciocan, pinteni calcaneeni etc)
Sutură minimă invazivă (tendon achilean)
Tumori osoase şi de părţi moi (rezecţii şi reconstrucţii cu păstrarea membrului afectat)
Tratament reconstructiv al pseudoartrozelor septice
Tratament complex al tuberculozei osteoarticulară

Dotări

• 119 de paturi (din care ortopedie I - 52; ortopedie II - 52; ATI -15)
• Cele 104 paturi din secţiile de ortopedie sunt dispuse pe structura: 8 saloane cu un pat, 11 saloane cu 2 paturi, 9 saloane cu 3 paturi, 6 saloane cu 4 paturi, 4 saloane cu 5 paturi, 3 saloane cu 6 paturi şi 15 grupuri sanitare moderne. Aria hotelieră este recent renovată, cu dotări de mobilier conform ultimelor standarde, TV, frigider, aer condiţionat, senzori de fum.
• Laborator Anatomie- Patologică
• Laborator Analize Medicale
• Laborator Radiologie şi Imagistică Med.
• Laborator Recuperare, Kinetoterapie şi Fizioterapie,
• Laborator Explorări Funcţionale
• Sală gips
• 5 săli operatorii, cu flux de aer laminar vertical, 60 schimbări volumetrie/h; 1 sală separată pentru operaţii septice
• Bancă de os pentru transplant
• Proteze articulare, materiale de osteosinteză şi instrumentaţii pentru coloană, finanţate din Programul Naţional de Ortopedie al Ministerului Sănătăţii (în ordinea listei de aşteptare)
• Aparatură şi instrumentar chirurgical, truse osteosinteză, truse complete artroplastie
• Aparatură digitală de radiologie mobilă pentru toate sălile operatorii, de tip C-arm.
• Softuri specializate pentru O-T: planning preoperator digital, care măreşte gradul de securitate al viitoarei intervenţii chirurgicale;
• Microscop chirurgical de ultimă generaţie cu 4 posturi de lucru şi urmărire pe ecran digital tip Leica M8, cel mai performant microscop din Europa pentru chirurgie

spinală (cu fluoroscopie directă, pentru evidențierea marginilor tumorale, în vederea realizării unei chirurgii oncologice);
• 2 Microscoape dinamice independente tip casti și urmărire pe ecran digital;
• Aparat portabil de potențiale evocate, de ultimă generație, dispozitiv NIM Eclipse, pentru monitorizarea intraoperatorie senzorială și motorie a pacienților în timpul intervențiilor pe coloană, ce permite reducerea spre 0% a complicațiilor legate de poziționarea greșită a șuruburilor, tracțiune excesivă a pacientului, manipularea excesivă a coloanei, toate datele fiind înregistrate în calculator pe toată perioada intervenției, permițând astfel chirurgului corectarea eventualei greșeli în fracțiuni de secundă;
• 5 cautere cu ansă bipolară pentru coagulare la nivel intraspinal, cât și sisteme de tăiere electrică
• Sisteme cu ultrasunet pentru extragerea cimentului în cazul reviziei endoprotezelor articulare;
• Linii moderne de artroscopie (endoscopie articulară);

Secția ATI

Servicii medicale

• Anestezie generală, spinală și locoregională
• Terapia durerii acute și cronice
• Monitorizare postoperatorie
• Terapia intensivă a complicațiilor postoperatorii

Dotări

• 5 posturi de anestezie în sălile de operație (6 Aparate de anestezie Draeger cu posibilități de monitorizare segment ST, presiuni invazive și BIS; 5 aparate perfuzie rapidă Level 1-1000; 5 aparate încălzit prin convecție cu aer cald Warmtouch, 1 cell-saver Fresenius, 2 aparate oximetrie cerebrală INVOX Oximeter, 10 injectomate Braun).
• 15 paturi TIIP, dotate fiecare cu monitor funcții vitale tip BLT, saltea antiescară, sistem de compresie mecanică intermitentă a membrelor inferioare, 2 infusomate, 2 injectomate
• 7 aparate cu convecție aer cald pentru tratamentul hipotermiei (Warmtouch)
• 5 ventilatoare (1 Draeger Evita, 2 Draeger Savina, 2 Nellcor Puritan Benett)
• Aparat dozare gaze sanguine, Hb, EAB, ionogramă, lactat, glicemie (Rapidlab Siemens)
• Bronhoscop flexibil Pentax
• Ecograf Aloka, EKG Fukuda
• Aparat hemofiltrare Fresenius
• Monitor hemodinamică PiCCO
• Punct de transfuzie

Aparatură de recuperare kineto: sisteme de mobilizare pasivă continuă articulație genunchi, cot, umăr, aflate atât în compartimentul de recuperare cât și în saloane, pentru o mobilizare rapidă postoperatorie. Sistem informatic centralizat, incluzând stocarea imaginilor radiologice pentru lungă durată;

Echipa medicală

Ortopedie:

• Șef clinică: Conf. Dr. Cristian Ioan Stoica - m. pr. O-T, competență chirurgie spinală, chirurgie artroscopică, Doctor în Medicină
• Șef lucrări Dr. Ursu Traian Romeo - m. pr. ortopedie-trauamtologie, supraspecializare chirurgie spinală, Doctor în Medicină
• As. Univ. Dr. Marinca Lucian - m. pr. O-T, Doctor în Medicină
• Prof. Univ. Dr. Popescu Mihai Viorel: m. pr. O-T, Doctor în Medicină
• Prof. Univ. Dr. Dinu Antonescu: m. pr. O-T, suprapecializare chirurgie spinală, Doctor în Medicină
• Dr. Pavelescu Gheorghe: m. pr. O-T, supraspecializare chirurgie spinală, Doctor în Medicină
• Dr. Dragosloveanu Călin: m. pr. O-T, Doctor în Medicină
• Dr. Mihailide Nicolae: m. pr. O-T, competență chirurgie artroscopică, Doctor în Medicină
• Dr. Stănescu Corneliu: m. pr. O-T, competență artroscopie, Doctor în Medicină
• Dr. Noveanu Dan: m. pr. O-T, Doctor în Medicină
• Dr. Teodor Golia: m. sp. O-T, competență chirurgie artroscopică
• Dr. Nedelea Georgiana: m. sp. O-T, competență chirurgie spinală
• Dr. Haritinian Emil: m. sp. O-T, competență chirurgie artroscopică, Doctorand, As. Univ.
• Dr. Cismașiu Răzvan: m. sp. O-T, competență chirurgie artroscopică, Doctor în Medicină, As. Univ.

ATI

Dr. Ana Maria Munteanu - m. pr. ATI, Doctor în Medicină
Dr. Anastase Denisa - m. pr. ATI, Doctorand
Dr. Simona Cionac Florescu - m. pr. ATI, Doctorand
Dr. Mariana Bratu - m. pr. ATI
Dr. Cocea Arabela - m. sp. ATI
Dr. Ghenadie Porumbac - m. sp. ATI

Planuri de viitor 2015

- Renovarea clădirii ambulatoriului de specialitate și dotarea lui cu aparate CT, RMN și Dexa
- Remodelarea circuitelor și extinderea spitalului la 240 paturi, 8 Săli de operație, 24 paturi de TIIP, RMN, CT - șantier început în mai 2013 cu termen de predare dec. 2015.
- Fabrica de oxigen și aer comprimat
- Construirea unei stații de tratare a apelor reziduale în mod ecologic;
- Forarea unui puț de mare adâncime și a unei stații de tratare și pompare a apei;
- Ameliorarea continuă a securității actului chirurgical;
- Ameliorarea continuă a calității condițiilor hoteliere și de muncă
- Dezvoltarea unei rețele intranet între toate serviciile de ortopedie din țară, organizarea de cursuri și conferințe "live" din sălile operatorii;
- Crearea unei biblioteci proprii spitalului (inclusiv în format electronic), cu abonamente permanente la toate revistele de specialitate O-T și terapie intensivă, cu acces liber la internet.

Tador®

dexketoprofen 25mg

Tador® lovește durerea rapid și precis!

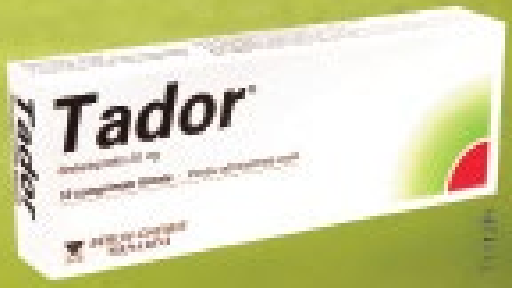
Antialgic inovator

Puternic și rapid

Excelent tolerat

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

Berlin-Chemie A Menarini SRL
Floreasca Business Park Corp A
Calea Floreasca 169A, sector 1, București
Tel./Fax: [illegible]
www.berlin-chemie.ro



Acest material se adresează pe baza de prescripție medicală RM.
Acest material promovează este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.
Pentru informații suplimentare vă rugăm consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului