

AHO vystačíme s dnes najpopulárnejší vertebroplastikou, musíme v inom prípade sáhnúť k rozsáhlému a náročnému otvorenému chirurgickému prístupu s náhradou a stabilizáci celého poškodeného časti páteře.

Ewingův sarkom krční páteře a současné trendy v léčbě

J. Cienciala, M. Repko, V. Tichý, R. Grosman
Ortopedická klinika FN Brno

Abstrakt: Ewingův sarkom poprvé popsal James Ewing v roce 1921 jako difúzní hemangioendotelium kosti. Jedná se o nádor s potenciálem pro víceměrové diferenciaci. Je druhým nejčastějším zhoubným kostním nádorem u dětí. Může také začít v měkkých tkáních. Vyskytuje se v dlouhých kostech dolních nebo horních končetin, pánvi, hrudní stěně, lebce a páteři. Nádor kostí bývá někdy objeven, když se kost, která je oslabena tímto nádorem zlomí po menším pádu nebo nehodě. Pacient může mít občas horečku nebo pokles váhy. K léčbě Ewingova sarkomu se využívají různé léčebné metody. 1. Chemoterapie je použití protinádorových léků (cytotoxických) s cílem zničit nádorové buňky. Jedná se o velmi důležitou součást léčby u většiny dětí s Ewingovým sarkomem, která může pomoci operačnímu výkonu ve smyslu bezpečnější a radikálnější operace. 2. Radioterapie léčí nádor pomocí vysokoenergetického záření a přitom co nejméně poškozuje buňky normální. Ewingův sarkom reaguje velmi dobře na radioterapii. Často se používá po chemoterapii a před nebo po operaci. 3. Operační léčba: Jak Ewingův sarkom tak osteosarkom mohou těžit z širokých excizi po aplikaci neoadjuvantní terapie. K dispozici máme en bloc resekce páteře a tyto techniky se velmi výrazně liší pro jednotlivé oblasti. Je třeba vždy zvážit přínosy a rizika při výběru pacientů z hlediska věku, celkové zátěže nemocí a komorbidit. Naš nově získaný pohled na patogenezi, stejně jako zlepšené chirurgické techniky

v kombinaci s lepší neoadjuvantní a adjuvantní terapií, vedou k prodloužení doby přežití, stejně jako k prodloužení bezpříznakového intervalu.

Redukčná osteotómia hlavy femuru v kombinácii s Ganzovou osteotómiou panvy v liečbe Perthesovej choroby

M. Trepáč, P. Chládek, V. Dubravay, M. Frištáková, M. Kokavec
Ortopedická klinika LF UK a DFNSP Bratislava

V neskorších štádiách Perthesovej choroby nie je hlava femuru ideálne krytá acetabulárnou strieškou a dochádza k nedostatočnej vaskulárnej výžive a progresii nekrotických zmien na hlave femuru. Tam, kde zlyhala konzervatívna liečba, je na mieste zváženie vhodnej operačnej techniky. Snahou je dosiahnuť čo najlepšie krytie hlavy femuru acetabulárnou strieškou, a zabezpečiť najvhodnejšie podmienky pre jej formovanie do fyziologického sférického tvaru. Na našom pracovisku sme evidovali pacienta s Perthesovou chorobou, kde sme museli po vyčerpaní konzervatívnych metód liečby (rehabilitácia, tenotómia adduktorov, ortézovanie) začať uvažovať o operačnej intervencii. Pacient začal mať v adolescentnom veku obmedzenie hybnosti v bedrovom kĺbe s bolestivosťou pri chôdzi. Po dôkladnom prešetrení klinického stavu pacienta a zhodnotení záverov zobrazovacích vyšetrení – rtg., CT, MRI a artrografie, sme indikovali a realizovali v SR prvú redukčnú osteotómiu hlavy femuru v kombinácii s jej zastrešením Ganzovou osteotómiou panvy.

Operačný výkon sa realizoval v celkovej anestézii, najprv v polohe na boku, spočíval v osteotómii veľkého trochanteru, identifikácii miesta vstupu ciev vyživujúcich hlavu, v artrotómii a luxácii hlavy z acetábula, a pre jej výraznú deformitu v redukčnej osteotómii hlavy s mediálnym transferom laterálneho segmentu s následnou fixáciou osteosyntetickým

materiálom a plastikou puzdra. Výkon následne pokračoval v polohe pacienta na chrbte z druhého rezu zastrešením hlavy femuru periacetabulárnou osteotómiou panvy podľa Ganzu s fixáciou os ilium troma skrútkami. V tomto danom prípade sme v prípade pacienta dosiahli zlepšenie anatomických pomerov pre vyformovanie hlavy do sféricity a veríme, že sme bedrovému kĺbu dali šancu na ideálne formovanie.

K tomuto typu operačného výkonu by nebolo možné pristúpiť bez vzájomnej vynikajúcej spolupráce s MUDr. Petrom Chládkom z Prahy, ktorý sa v nemalej miere podieľal na manažmente a operačnom výkone, za čo mu patrí poďakovanie.

Inovácie v programe Rapid Recovery (Aktívny & mobilný po operácii TEP kolena a bedra)

V. Gulová

Orthopädisches Spital Speising, Wien

Abstrakt: Moderná medicína a ošetrovatelstvo v 21. storočí umožňujú po operácii náhradného kolenného alebo bedrového kĺbu novú dimenziu mobilizácie, čo umožní pacientom krátko po operácii byť opäť mobilný a aktívny. Zároveň, tak rýchlo ako je to len možné, vrátiť sa k svojej každodennej aktivite, koníčkovi, ako aj k športu. V Ortopedickej nemocnici Speising vo Viedni (OSS) pracujeme od roku 2014 v súlade s najlepšie ohodnoteným medzinárodným programom „Rapid Recovery“. V programe sa pacient berie ako aktívny partner v procese včasnej mobilizácie. Hlavným cieľom prezentácie je predstaviť využitie programu „Rapid Recovery“ na príklade v OSS, jeho postupnú implementáciu a inovácie zavedené do štandardov od septembra 2016. Neodmysliteľné je poukázať na efektivitu spolupráce niekoľkých pracovných skupín a zvyšujúcu kvalitu zdravotnej starostlivosti, vrátane komfortu pacienta, ako aj profitovanie samotnej nemocnice. Prezentácia je zostavená do niekoľkých častí. V prvej časti

odprezentujem pohľad na minulosť a súčasnosť mobilizácie po operácii náhrady kolenného a bedrového kĺbu. Následne odprezentujem inovácie v programe Rapid Recovery, ako napríklad: včasná vertikalizácia v deň operácie, redukciu ochrany operovaného kĺbu, polohovanie – voľný pohyb na posteli alebo otáčanie na bok hneď po operácii povolené, len minimálne riziko luxácie, vzhľadom na inovatívnu operačnú techniku, štvorbodová chôdza už v prvý pooperačný deň. Ďalej sa zameriam na povinné školenie pacientov pred príjmom do nemocnice, kde sa na záver plánuje prepustenie pacienta do domáceho prostredia alebo preklad na akútnu geriatricu v OSS, poprípade nahlásenie na ambulantnú rehabilitáciu. Budem sa venovať novým trendom, ako napríklad: operácia kĺbovej náhrady modernou a šetriacou metódou, zotavenie pacienta sprevádzané inovatívnym konceptom liečby bolesti. Vitani sú príbuzní pacienta, ktorí ho sprevádzajú, motivujú a psychicky podporujú. Na kazuistickom

príklade sprostredkovávam fotodokumentáciou realitu programu Rapid Recovery. Na záver poukážem ako nemocnica a jej športoví lekári realizujú pre pacientov po rekonvalescencii lyžiarske kurzy. Prezentáciou dávam podnet na zamyslenie a diskusiu, ako sa využíva program „Rapid Recovery“ v Rakúsku. Program „Rapid Recovery“ vo svojej profesionalizácii nadobudol novú dimenziu a stal sa neoddeliteľnou a rutinnou súčasťou ošetrovateľskej starostlivosti v OSS Wien.

Limity ortézoterapie idiopatických skolióz

B. Brozmanová, M. Frištáková, J.

Feldinszka

Ortopedická klinika, LF UK a DFNsP

Bratislava

Pri presiahnutí možnosti skorigovať skoliózu liečebnou telesnou výchovou sa dostáva na rad ortézoterapia. Aj popri liečbe korzetom je však potrebná pravidelná pohybová aktivita a každodenné cviče-

nie. Napriek tomu, že zostavy zamerané na skoliózu nemajú vždy priamy dosah na elimináciu výraznejšej skoliotickej krivky, majú pozitívny efekt na udržanie dychového objemu, elasticitu mäkkých štruktúr, korekciu a symetrizáciu postúry. Je známe, že „rebelujúcu“ skoliózu nezastaví ani precízne dizajnovaná a konštruovaná ortéza, napriek časovo optimálnemu zachytu a compliance. Autorky prezentujú kritický pohľad na reálne možnosti liečby korzetom.

Najbežnejšie ovplyvniteľné faktory v liečbe skoliózy sú: nízky stupeň maturácie skeletu v prvozáchyt s včasným započatím liečby a dodržaním timingu ortézoterapie, LTV a nácvik/reedukácia posturálnych stereotypov, uhol zakrivenia podľa Cobba, kompenzácia krivky, exaktná konštrukcia ortézy, korekcia rozdielu v dĺžke dolných končatín tak, aby sakrum bolo v horizontále.

Najbežnejšie neovplyvniteľné faktory sú: neskorý prvozáchyt, menarche, pozitívna rodinná anamnéza, redresi-

ORTOPEDICKÉ POMÔCKY BEZ SADROVANIA - MODERNÉ TECHNOLOGIE V SLUŽBÁCH PACIENTA

- ✓ SKOLIOTICKÉ A POOPERAČNÉ KORZETY
- ✓ ORTÉZY KONČATÍN A KRANIÁLNE ORTÉZY
- ✓ ORTOPEDICKÁ OBUV A VLOŽKY
- ✓ PROTÉZY

NEOPROT

Moderné technológie (CAD/CAM systém) výrazným spôsobom zlepšujú spôsob odoberania mier na zhotovovanie individuálnych ortopedickoprotetických pomôcok. Odstraňujú zaťažujúce sadrovanie pacienta – umožňujú odobratie mier digitálnym skenerom, prípadne pomocou špeciálnej aplikácie iPhonom alebo iPadom kdekoľvek, aj na nemocničnom lôžku. Výsledkom je výrazné skrátenie času potrebného na zhotovenie pomôcky a jej vyššia kvalita.

Technológia CAD/CAM (ortopedickým technikom riadený proces odoberania mier, ich počítačového spracovania a automatizovaného spôsobu výroby modelu pomocou CNC frézy), ale i digitálny vizioskop (využíva vysokorychlostné skenovanie chodidiel pri výrobe ortopedickej obuvi a vložiek), či videoanalýza chôdze (skvalitňuje postupy pri stavbe a aplikácii protéz dolných končatín), to všetko, spolu so špičkovými ortopedickými technikmi, je vám k dispozícii v spoločnosti NEOPROT spol. s r.o.

www.neoprot.sk • tel.: 02/5011 6250 • 0915 739 747