

# МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР „Д-Р ХАЙВАЗОВ“

ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ ОФТАЛМОЛОГИЯ НЕВРОЛОГИЯ  
НЕВРОХИРУРГИЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ

БЮЛЕТИН, БР. 1,  
ЮЛИ-АВГУСТ 2013



Медицински  
Център  
Д-р Хайвазов



ОФТАЛМОЛОГИЯ



ОРТОПЕДИЯ И  
ТРАВМАТОЛОГИЯ



НЕВРОЛОГИЯ

## В ТОЗИ БЮЛЕТИН ПРЕДСТАВЯМЕ:

- НОВОТО В САЙТА НИ
- АКТУАЛНА СТАТИЯ ЗА НЕИНФЕКЦИОЗНИТЕ /АЛЕРГИЧНИ/ КОНЮКТИВИТИ
- СТАТИЯ ЗА РАМЕННИЯТ СУБАКРОМИАЛЕН ИМПИНДЖМЪНТ

Ново в сайта - <http://medicine-bg.com>  
• СЕКЦИЯ „СПОДЕЛЕТЕ“

Тук можете да отправите вашите въпроси, да изкажете мнение, похвала или оплакване относно нашата работа.

- РУБРИКА „ЗАЩО? КОГА? КАК? КЪДЕ?“ – мястото, където ще публикуваме много интересни, любопитни и поучителни факти за вашето здраве!

За неинфекциозните АЛЕРГИЧНИ конюктивити и за Раменният субакромиален импинджмънт, може да прочетете на втора и трета страница в бюлетина.

Контакти на медицински център „Д-р Хайвазов“:

София 1784, ж.к. Младост, бул. Цариградско шосе № 131,  
e-mail: [mc@medicine-bg.com](mailto:mc@medicine-bg.com), тел.: 02 875 71 11.  
Може да ни откриете и във Фейсбук.

*Доверете ни се – ние умеем да лекуваме!*



ГАЛЕРИЯ с избрани кадри от центъра  
СНИМКА: ОФТАЛМОЛОГИЧЕН КАБИНЕТ

Информация за нашият екип и график, както и още много интересни статии и видеоматериал, ще намерите в сайта ни: <http://medicine-bg.com>.

## Алергични КОНЮНКТИВИТИ

Д-р Мариела Облашка, д.м.

МЦ „Д-р Хайвазов“ - гр. София

СИМПТОМАТИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА СЕЗОНЕН АЛЕРГИЧЕН КОНЮНКТИВИТ

# Zabak

КЪТОТО Е РЪКАМАТЕ НЕМА ЗА СНИ ВЪЗДУХ

Първият антихистамин  
с **тройно действие**, без консерванти



Многодозова  
опаковка

## Овладейте очната алергия

Премахва  
ЛАСКОТО  
Thea

Представител:  
OSYNAPSYS  
Универсален център  
бул. Димитър Певчев № 14, 1113 София, България  
тел: +359 2 444 11 44, факс: +359 884 70 11 6, e-mail: info@osynapsis.bg

Конюнктивата е най-външната обвивка на окото, покриваща вътрешната повърхност на клепачите и предната част на булба. Една от основните ѝ функции е защитна.

Възпалителните заболявания на конюнктивата се наричат конюнктивити.

По етиология те се разделят в две големи групи: с инфекциозен причинител и неинфекциозни.

Във връзка с настъпилите вече пролетно-летен сезон /повишено слънчево греене и множество зелени и цъфтящи растения/, обект на настоящия материал са част от неинфекциозните конюнктивити , а именно АЛЕРГИЧНИТЕ.

От дидактична гледна точка е редно да се отбележи, че алергичните конюнктивити всъщност са група заболявания включваща: остър алергичен конюнктивит, сезонен, целогодишен конюнктивит и три хронични заболявания –атопичен, вернален и гиганто-клетъчен конюнктивит.

66% от алергичните конюнктивити са сезонни и целогодишни. По тази причина акцентът ми ще е върху тях.

Подсказан от наименованието им те имат периодичен и рецидивиращ характер. Сезонният алергичен конюнктивит се обостря през пролетта и се активира до края на лятото, а целогодишният има множество моменти на изява и стихване.

Причините за възникване на такъв тип възпаление са многобройни и често - неясни. Основно се дължат на хиперчувствителност към различни фактори /алергени/ – най-често полени, слънце, козметични средства (крем, грим, шампоани, боя за коса и т.н), препарати от битовата химия, плесен и мухъл, прах, домашни животни, храна за риби, лекарствени вещества, храни и много други.

Обикновено се засягат и двете очи. В над 95% от случаите алергичните конюнктивити са свързани и с други алергични оплаквания и заболявания като атопия, екзема, астма, сенна хрема, обриви. Наличието на такива състояния в семейството също е фактор за поява на алергичен конюнктивит – асоциацията с фамилна обремененост е неоспорим факт. В тясна връзка с горепосоченото от съществено значение е консултативният преглед при алерголог при необходимост.

И само едно пояснително изречение относно трите хронични заболявания – атопичен, вернален и гиганто-клетъчен конюнктивит - те касаят или определена възрастова група /малки момченца при верналния конюнктивит/ или хора носещи меки контактни лещи /гиганто-клетъчен конюнктивит/ или пациенти с генетичната predispozitsiya за алергии – атопичен конюнктивит, т.е относителният им дял в популацията е сравнително нисък и по тази причина не са обект на по-широка дискусия в тази статия.

Субективните оплаквания при алергичните конюнктивити са типични, но се проявяват в различна степен на тежест: сърбеж, зачервяване на очите, подуване на клепачите и оток на конюнктивата, светобоязън, сълзене с бистър или мукозен секрет, чувство за чуждо тяло. Възможни са съпътстващи прояви и от горните дихателни пътища – кихане, бистри секрети от носа, кашлица и др.

Диагностицирането на алергичния конюнктивит не представлява трудност, но е редно да се извърши от офталмолог, тъй като при самолечение или неправилно лечение алергичната реакция може да се влоши. С цел оптимизиране на терапевтичното поведение е необходимо да се осъществява добра колаборация между общопрактикуващи лекари, алерголози, дерматолози и офталмолози.

Лекарствените средства, които се използват при лечението на алергичните конюнктивити са три остовни групи: стабилизатори на мастоцитните мембрани, антихистамини и кортикостероиди – локално , а при по-тежките случаи и със системно приложение. Първите две групи / стабилизаторите на мастоцитите и антихистамините/ приложени локално са очни капки, които могат да се капят продължително време, дори месеци при нужда. Ето защо е особено ценно те да са без консервант – последният сам по себе си би могъл да предизвика алергична реакция или да влоши вече настъпила такава. За щастие вече и на българския пазар има комбиниран нов продукт за бързо и трайно потискане на алергичната реакция с тройно действие – антихистамин, стабилизатор на мастоцитните мембрани и инхибитор на еозинофилиите.

Лекуващият лекар е този, който преценява какъв препарат или комбинация от медикаменти са подходящи за конкретния клиничен случай.

И в заключение с пожелание за много слънчеви и усмихнати дни ще си позволя да припомня, че превантивните мерки са с изключителна важност – носене на качествени слънчеви очила, шапки с широка периферия, слънцезащитни кремове, избягване до колкото е възможно на известни алергизиращи физико-химични фактори на средата.

**Важно:** Снимките на продуктите към статията в тази брошура са с рекламна цел и не бива да се допуска употребата им без лекарско предписание.

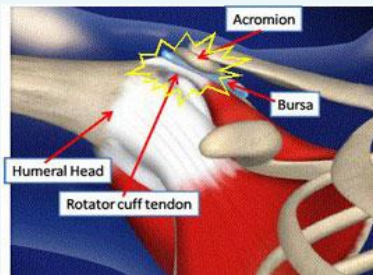
# РАМЕНЕН СУБАКРОМИАЛЕН ИМПИНДЖМЪНТ

Това е синдром на компресия и притискане на меките тъкани между две твърди костни повърхности. Тези кости са главата на раменната кост и акромионна та лопатката.



С годините, поради отслабването на ротаторния маншон, когато ръката се движи напред, настрани и над главата се получава компресия и дразнене на тъканите между двете кости, наречено **Импинджмънт Синдром**.

Те се възпаляват и подуват, което води до усещане за болка, затруднени движения и слабост в областта на рамото. Появява се субакромиален бурсит, тендинит на ротаторния маншон и сухожилието на дългата глава на бицепса и синовит на ставната капсула.



## ДИАГНОЗА

Диагнозата – **Субакромиален Импинджмънт** се поставя като се вземат предвид оплакванията на пациента, позитивирането на тестове, доказващи импинджмънт синдрома и задължителни образни изследвания – Рентгенографии, Ехография и ЯМР.

**Субакромиалния Импинджмънт** обикновено се появява при хора над 40 годишна възраст. Свързан е с болка при движение в раменната става. Най-често е при хора, чиято работа предполага обичайно повтарящи се движения. В ежедневието, някои движения като сресване на косата, миене на зъби, гримиране, обличане, хранене, пиене на вода и други стават болезнени и затруднени. Много често болката е по-силна през нощта, особено, когато човек е легнал върху болното рамо. Такива хора страдат от недоспиване, стават раздразнителни, губят работоспособност и обичайния си тонус за деня. Може да се появи, както слабост на мускулатурата при движение на рамото, така и страх от самото движение поради появата на болка. При нелекуване или при неправилно лечение, оплакванията се задълбочават. Възпалителният процес хронифицира. Много често болката може да ирадира (разпространява се) към шията или надолу към ръката, достигайки дори до пръстите.

За диогностицирането на **Субакромиален Импинджмънт** се правят се някои тестове, свързани с движение на раменната става. Такива са тестовете на Hawkins и Neer.

\* В сайта ни - <http://medicine-bg.com/bg/video.html> е публикуван видеоматериал с тестовете на Hawkins и Neer .

Следваща стъпка в доказването на **Субакромиалния Импинджмънт** е неговото визуализиране. Това става с рентгенографии. Ултрасонографията показва наличие на възпалителен инфилтрат в бурсата и около сухожилията на ротаторния маншон. Най-ценното е, че чрез нея може да бъде направена оценка на меките тъкани в динамика, т.е. при движение на раменната става.

Ядрено-магнитният резонанс е образно изследване, даващо най-точна информация за състоянието на костите и меките тъкани около тях. Чрез него можем да съдим за степента на възпалителния процес и за състоянието на костната структура. ЯМР изобразява контурентността (адаптивността) на костите в раменната става и състоянието на хрущялните ставни повърхности. Дава информация за увредата на мускулите и сухожилията и степента на възпалението на субакромиалната bursa.

## ЛЕЧЕНИЕ

Лечението на **Субакромиалния Раменен Импинджмънт** е важно да започне навреме. Първоначално, при първата поява на болка трябва да се правят компреси с лед за около 3-4 дни. Не прибъгвайте към самолечение - направете консултация с ортопед.

След поставяне на диагнозата – тендинит на ротаторния маншон и бурсит на субакромиалната bursa, поради наличие на **Субакромиален Импинджмънт**, могат да бъдат предписани нестероидни противовъзпалителни препарати за около 10-15 дни.

Около 25% от пациентите с **Импинджмънт Синдром** се повлияват и оплакванията отзвучават. Ако болките продължават е необходимо да бъдат назначени физиотерапевтични и рехабилитационни процедури. Основна е ролята на гимнастиката, която вашият кинезитерапевт ще препоръча. Първоначално тя трябва да се прави под негов контрол и да не се превишава прага на болката, който задълбочава оплакванията.

Ако въпреки всички лечебни процедури, които се прилагат, оплакванията ви продължават, в мястото на болката – субакромиалното пространство, може да се инжектира кортикопрепарат. Обикновено, след такава апликация отзвучаването на болката става бързо. Ако и след това оплакванията не са се повлияли, се пристъпва към оперативно лечение.

Операцията е миниинвазивна, като под артроскопски контрол се прави остеопластика на акромиона. Отнема се неговата предна част - тази, която е отговорна за наличието на компресия на ротаторния маншон и субакромиалната bursa в субакромиалното пространство. След тази оперативна интервенция движението на ръката трябва да започне веднага, а възстановяването трае от 3 до 5 седмици.

\*\*\*Повече за **Раменният субакромиален импинджмънт** може да прочетете в сайта на медицинският център или да изгледате видеоматериал за **Импинджмънт синдрома** в рубриката „Видео“ отново на сайта: <http://medicine-bg.com>.