

ТЕМИТЕ В БРОЯ:

РЕВМАТОИДЕН АРТРИТ

/ЧАСТ II - продължение от бр. 14 на бюлетина/

5. ВИДОВЕ АРТРИТНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

6. ЛЕЧЕНИЕ НА РЕВМАТОИДЕН АРТРИТ

7. ПОЛЕЗНИ СЪВЕТИ

Д-р Хайвазов, ортопед

ВЪЗРАСТОВИ ПРОМЕНИ В СТЪКЛОВИДНОТО ТЯЛО НА ОКОТО

/ЧАСТ II - продължение от бр. 13 на бюлетина/

Д-р Мариела Облашка, д.м.,
специалист офталмолог

Б
Ю
Л
Е
Т
И
Н

15

О
К
Т
О
М
В
Р
И
-
Н
О
Е
М
В
Р
И

2014

МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР
Д-Р ХАЙВАЗОВ



<http://medicine-bg.com>

5. ВИДОВЕ АРТРИТНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ.

Има над 100 вида артритни заболявания, в това число инфекциозен, подагрозен, реактивен, ювенилен, посттравматичен артрит, остеоартрит, лупус и др.

При жените повече се среща ревматоидния /5% от жените над 55-годишна възраст са с ревматоиден артрит/, а при мъжете анкилозиращия спондилит (болест на Бехтерев).

Всеки пациент е засегнат по различен начин, но общото между всички артритните заболявания е, че симптоматиката им се покрива. Засегнатите стави отичат, схващат се, кожата при тях се зачервява, болката става хронична и се увеличава с времето. Въпреки почти еднаквата симптоматика, има достатъчно показатели, по които артритите могат да се различават един от друг.

Каква е разликата между ревматоиден артрит и остеоартрит?

И ревматоидният артрит (РА), и остеоартрита причиняват ставни възпаления, но са две различни заболявания.

Ревматоидният артрит е автоимунно заболяване, което води до увреждане на ставите и хронични възпаления. Пациентите с РА могат да развият остеопороза, анемия и други заболявания, засягащи белите дробове и кожата.

Остеоартритът засяга по-възрастни хора и представлява увреждане на тъканите поради износване и протриване.

Каква е разликата между ревматоиден артрит и артроза?

В таблицата отдясно е описана разликата между ревматоиден артрит и артроза.

РЕВМАТОИДЕН АРТРИТ

II ЧАСТ

	Артроза	Ревматоиден артрит
Кои стави засяга	По-често тазобедрени, колена, прешлени – гръбначен стълб, стави на стъпалата; по-рядко ставите на ръцете	Обикновено първо се проявява при ставите на ръцете и ходилата, но може да засегне всяка една става
Симптоми	Болка, отичане	Отичане, скованост, зачервяване на кожата, топла кожа над ставата, болка
Болка - особености	Липсва симетричност; най-често засегната е само една става	Засегнати са ставите в двете половини на тялото - двете колена, двете китки...
Състояние на костите	Коста се развива	Наблюдава се ерозия на костта при засегнатите стави
Кръвни резултати	Нормални	Отчитат се маркери за възпаление, анемия

6. ЛЕЧЕНИЕ НА РА

Лечението на ревматоидния артрит е индивидуално и зависи от множество фактори: активност на заболяването, възраст, вид на засегнатите стави, общо здравословно състояние на пациента и т.н.

Като цяло целта на лечението е намаляване на възпалението и болката на ставите, предотвратяване на тяхната деструкция и деформация, и оптимално запазване на функциите им.

Лечението може да включва: нестероидни противовъзпалителни средства, медикаменти, които ще стопират болестния процес, физиотерапия и рехабилитация, а ако ставите са силно увредени и хирургическа намеса.

Хирургическата намеса ще облекчи болката, защото причините за нея ще бъдат отстранени. Как става това?

- Увредената става се премахва и на нейно място се поставя протеза, направена от метал и пластмаса **/артропластика/**;
- Ако ставата не може да се смени, тя се стабилизира или фиксира **/артродеза/** ;
- Ако болката идва от отслабеното или накъсано около ставата сухожилие, то се възстановява от хирурга;
- Ако болката идва от възпаления и болезнен синовиум (обвивката около ставата), той се отстранява от хирурга **/синовектомия/**.

7. ПОЛЕЗНИ СЪВЕТИ

Страдащите от артрит хора, е препоръчително да следват следните съвети:

- да осигурят на засегнатите стави покой;
- да се пазят от инфекции;
- да обличат ставите топло;
- да избягват голямото физическо натоварване;
- да следват подходящ хранителен режим с повече зеленчуци в менюто - сокът от моркови, целина и зеле намаляват ставните болки. Да намалят употребата на масло и маргарин и да приемат повече витамини.
- и най-вече да направят ранна диагноза при специалист ревматолог или ортопед.

Възрастови промени в СТЪКЛОВИДНОТО ТЯЛО НА ОКОТО

/ продължение от бр. 13 на бюлетина/

Възрастовите изменения в стъкловидното тяло могат да се разделят в три групи: реологични, биохимични и структурни.

• **Реологични промени**

Реологичните промени касаят отношението гел/течност във витреуса.

До 18годишна възраст 20% от витреуса е течност. След 45-50г. обема на гела намалява за сметка на течността. На 85-90г. – над 50% от стъкловидното тяло е втечнено /ликвифицирано/. Ликвификацията започва от централните зони на витреуса.

Известни са 2 основни механизма на ликвификация:

1. Окисление от синглетен кислород - свободните радикали се освобождават при метаболитни и фотосензитивни реакции във витреуса, които водят до конформационни промени в структурата на хиалуроновата киселина.

2. Ендогенна ликвификация – ензимна деструкция на колагеновата мрежа с резултат промяна в глюкозамингликановия и хондроитин-сулфатния профил на витреуса.

• **Биохимични промени**

Тоталното съдържание на колаген е константна величина след 20-30г., но на 50-60годишна възраст концентрацията на колаген във витреуса е 0,05mg/ml, а на 70-90г. - концентрацията на колаген е 0,1 mg/ml.

По-високата концентрация на колагена в напреднала възраст се дължи на намаляването обема на гела във витреуса, респективно – увеличаване обема на течността!!!

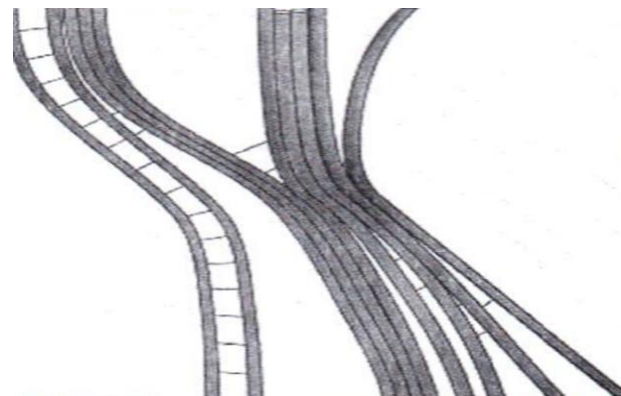
СТЪКЛОВИДНО
ТЯЛО

II ЧАСТ

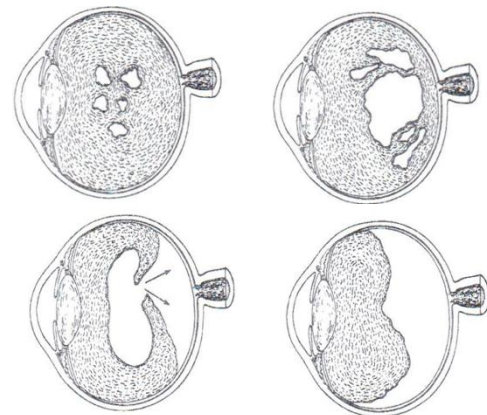
• **Структурни промени**

Структурните промени са логичен резултат от вече посочените реологични и биохимични изменения. На фигурите схематично са представени агрегацията на колагеновите фибрили и ликвификационните процеси в стъкловидното тяло.

Фиг.1. Агрегация на колагеновите фибрили /количеството на колаген тип IX по повърхността на фибрилите намалява/



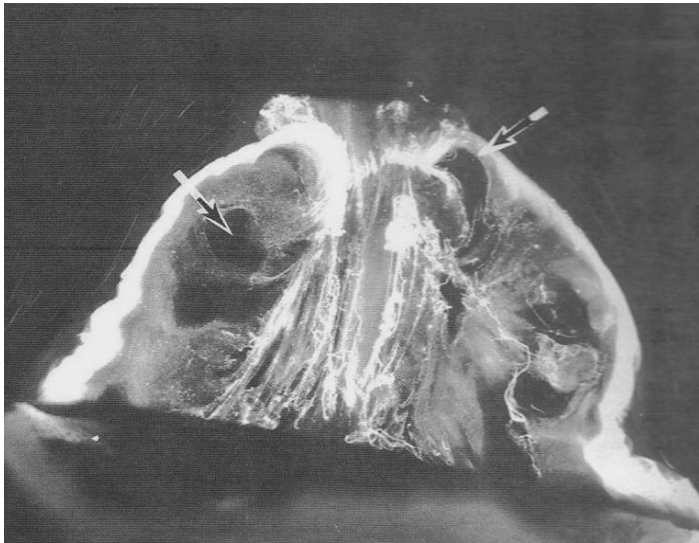
Фиг.2. Ликвификация в стъкловидното тяло /етапи/





Фиг.3. Витреус при 6-годишно дете- твърд, прозрачен гел без вътрешна структура.

Фиг.4. Витреус при 70-годишен човек- фиброзна структура със зони на ликвификация



Задно отлепване на стъкловидното тяло се среща в над 60% от хората на 80г. Представлява отделяне на задния кортекс от мембрана лимитанс интерна.

Съществуват два вида задно отлепване:

1. Истинско задно отлепване с колапс на витреуса напред и
2. Аномално задно отлепване с няколко подвита:
 - с ретинна дезинтеграция – витреални хеморагии, ретинни дупки и отлепвания;
 - с витреална дезинтеграция - /витреосхиза/;
 - витреални тракционни синдроми на заден полюс: Jaffe и Irvine-Gass.

В заключение на темата за морфология, биохимия и възрастови изменения в стъкловидното тяло, можем да обобщим, че :

- хетеротипичните колагенови фибрили и хиалуоновата киселина имат основна роля за структурата на витреуса;
- компонентите от повърхността на фибрилите играят фундаментална роля за стабилността на витреуса и
- промените в количеството, структурата и взаимодействието на гореспоменатите макромолекули - водят до ликвификация и задно отлепване на СТ.

Както стана ясно, повечето от структурните макромолекули на витреуса са известни, но има и такива, които ще бъдат идентифицирани, квалифицирани и характеризирани за в бъдеще.

Акцент в бъдещите изследвания ще бъдат колаген-свързаните макромолекули. Яснотата за тях, от една страна ще даде отговор на множеството нерешени биологични въпроси към днешна дата, а от друга – ще доведе до създаването на нови терапевтични възможности за превенция и лечение на витрео-ретинните заболявания.

С аномалното отлепване на витреуса и другите патологични процеси в стъкловидното тяло ще се запознаем в някои от следващите бюлетини.