

МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР „Д-Р ХАЙВАЗОВ“

ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ ОФТАЛМОЛОГИЯ НЕВРОЛОГИЯ
НЕВРОХИРУРГИЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ

**БЮЛЕТИН, БР. 2,
АВГУСТ-СЕПТЕМВРИ 2013**

В ТОЗИ БЮЛЕТИН:

**ОЧНИТЕ ПРОБЛЕМИ ПРИ ДЕЦАТА В
УЧЕНИЧЕСКА ВЪЗРАСТ.**

**И КОГА ДА ЗАВЕДЕМ ДЕТЕТО НА
ПРОФИЛАКТИЧЕН ОЧЕН ПРЕГЛЕД?**

**ДИАГНОСТИЦИРАНЕ НА ВРОДЕНА
ЛУКСАЦИЯ НА ТАЗОБЕДРЕНАТА
СТАВА - LUXATIO COXAЕ CONGENITA
– LCC, С ПОМОЩТА НА ЦИФРОВ
ЕХОГРАФ ОТ НОВО ПОКОЛЕНИЕ**



Напредналите технологии са здраве за Вас!

МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР «Д-Р ХАЙВАЗОВ»

София 1784, ж.к. Младост, бул. Цариградско шосе № 131, e-mail: mc@medicine-bg.com, тел.: 02 875 71 11,
<http://medicine-bg.com>. Може да ни откриете и във Фейсбук.

ОЧНИТЕ ПРОБЛЕМИ ПРИ ДЕЦАТА В УЧЕНИЧЕСКА ВЪЗРАСТ.

И КОГА ДА ЗАВЕДЕМ ДЕТЕТО НА ПРОФИЛАКТИЧЕН ОЧЕН ПРЕГЛЕД?

Децата за първи път се преглеждат от очен лекар още в родилния дом, където се прави скрининг на вродените заболявания и сериозни придобити очни болести като ретинопатията на недоносеното. Първият преглед в неонатологията включва най-общ оглед на бебето за явни лицево-черепни аномалии, включващи очите и преглед на очните дъна с офталмоскоп. Този преглед е от особена важност за недоносените и другите бебета, при които се е наложил престой в кувьоз, тъй като те са рискова група за развитие на ретинопатия на недоносеното, която може да доведе до ослепяване.

В периода на новороденото /до 1-ят месец/ и кърмачето /до 1 год./ е необходимо посещение при офталмолог при наличие на проблем с очите на детето - сълзене, зачервяване, залепване от секрет, "кривене" на очите, бяла зеница, ако очите изглеждат по-големи от нормалното /т.нар. големи красиви очи/ и т.н. Ако няма оплаквания първият задължителен очен преглед се провежда на 1г. и впоследствие поне веднъж всяка година.

Профилактичният преглед на децата на една година се състои в оглед на очните дъна и няколко теста, свързани с кривогледството.



На тази възраст детето е все още много малко за изследване на зрителната острота с таблица с картинки. Специална подготовка на детето за този преглед не е необходима - достатъчно е да бъде доведено при офталмолога.

Специално внимание е добре да се обърне на продължителното едностранно сълзене и/или секретирание при кърмачетата. Много често състоянието се приема от родителите за конюнктивит и се провежда самолечение.

Касае се за запушване на слъзния канал на окото, вследствие на мембрана, която се намира в носето и която е останала от вътреутробния живот /неонатален дакриоцистит/. Затрудненото оттичане на сълзите и задържането им създава благоприятна среда за развитието на микроорганизми, предизвикващи възпаление. До определена възраст състоянието може да се лекува консервативно /от офталмолог, но ако до 3-4-ят месец от живота на детето лечението не дава резултат се извършва оперативно перфорирание на мембраната /сондиране/. Прогнозата след сондирането е благоприятна, но има случаи при които състоянието рецидивира отново.

В първите месеци от живота си децата често извършват некоординирани движения с очите си и последните изглеждат "криви". При деца с така наречените "монголоидни очи" е налице псевдострабизъм /лъжливо кривогледство/. Това е състояние, при което, поради анатомична особеност на клепачите очите изглеждат "криви", но в действителност детето не е кривогледео.

Препоръчително е децата, които явно кривят очите си след 6-ият месец да се насочват към очен лекар, тъй като колкото по-рано се обхванат кривогледите деца, толкова по-успешна е терапията и това е единствения начин да не се допусне амблиопия /едното око да остане мързеливо/. Мързеливото око е с намалено зрение, без да има анатомична причина за това. Появата му е свързана с функционално подтискане от мозъка, поради неясното изображение, получаващо се от съответното око и невъзможността образите от двете очи да се слоят в един ясен и контрастен образ.

Най-честата причина за неясен образ от дадено око с последващо развитие на амблиопия в същото, е далекогледството и астигматизъм, съчетан с далекогледство. Лечението на амблиопията е част от лечението на кривогледството и може да се каже, че е продължителен и много труден процес, който е необходимо да се води от опитен офталмопедиатър със съдействието на родителите и на самото дете. Децата рядко понасят добре това лечение – те не искат да носят очилата си и махат лепенките от окото си. Препоръчително е, ако амблиопията е налице, лечението ѝ да се извършва преди училищната възраст, тъй като по време на учебния процес, не само за детето, но и за родителите, и учителите, ще е много трудно.

В детската и ученическата възраст на преден план излизат проблемите с рефракционните аномалии на очите - /късогледство, далекогледство, астигматизъм/, възпалителните заболявания и травмите.

Най-честата причина за намалено зрение в детската възраст са рефракционните аномалии. Приблизително 94% от новородените са далекогледни, а само 2-3% - късогледни. При наличие на **далекогледство /хиперметропия/** децата имат някои от следните оплаквания, обикновено следобяд и след продължителна близка работа: глождене, чувство за чуждо тяло, често мигане, зачервяване на очите, съзене, тъпа болка и натиск зад очите, главоболие. При високостепенно далекогледство децата развиват тикове, по-нервни са, а възпалителните явления са техен постоянен спътник - конюнктивит, блефарит /зачервяване и образуване на люспи по миглените ръбове/ На базата на далекогледството е възможно развитието на съдружно кривогледство – заболяване, което изисква навременна специализирана офталмопедиатрична помощ.

Основното оплакване при **астигматизъм** е неясното виждане. Астигматизмът най-често е вродено състояние, при което вертикалният и хоризонталният меридиан на роговицата не пречупват светлинните лъчи с еднаква сила. Освен горепосочените оплаквания децата често съобщават за размазване на текста при четене, накланяне на главата на една страна при гледане на телевизия, примижаване с цел изясняване на образа.

Късогледството /миопия/ е другата основна причина за намалено зрение в ученическата възраст. Късогледите очи по силата на своето пречупване са устроени да виждат добре наблизо и имат проблем със зрението надалече. На практика с течение на годините, респективно с израстването на детето се увеличава и степента на късогледството. Необходимо е да се отбележи, че ниските и средните степени на миопията не представляват болестно състояние и се нуждаят само от качествена корекция.

По принцип късогледите деца не виждат добре надалече и обикновено четат и гледат телевизия от много близо. Тези деца често присвиват клепачи, като по този начин пропускат само аксиалния сноп светлинни лъчи от наблюдавания обект, който не се пречупва и са в състояние сами до известна степен да подобрят зрението си.

В тези случаи /както и при далекогледите/ от съществено значение е ролята на наследствеността и хигиенните условия на работа. Ето защо, всички родители с високостепенни рефракционни аномалии трябва да водят децата си на профилактични очни прегледи, без да чакат появата на някои от посочените оплаквания.

Възпалителните заболявания и травмите също не са рядкост в детската и ученическа възраст. И двете състояния изискват навременна специализирана помощ от офталмолог.

За профилактика на разгледаните по-горе очни проблеми у децата е необходимо, освен грижата за общото им състояние да се изградят правилни хигиенни навици на труд, а свободното им време да бъде добре, забавно и безопасно организирано, с цел свеждане до минимум на травматизма.

Децата трябва да работят на естествено осветление и по възможност да се избягва смесването на изкуствена и естествена светлина, както и продължителна работа на изкуствено осветление. Ако последното все пак е неизбежно, вечер може да се използва допълнителна настолна лампа, която да не се поставя на нивото на очите, за да не заслепява. Необходимо е книгите да се поставят под ъгъл спрямо очите /на съответните поставки/, а не да лежат на бюрото и да са на разстояние 30-35 см. Децата не трябва да четат легнали, тъй като по този начин се натоварват косите очни мускули. На всеки 30-40 минути работа на близо трябва да се почива от 5 до 10 минути, в които е най-добре детето да гледа надалече и по възможност в нещо зелено например. Телевизията да се гледа от минимум 2,5м. и при запалена в стаята лампа, а при работа с компютър, мониторът да е свален под нивото на очите - с около 20 градуса надолу.

При наличие на фамилна обремененост за очно заболяване или оплаквания от страна на очите, винаги е необходимо посещение при очен лекар, защото опазването здравето на децата /в частност зрението/ е задължение на родителите и цел на всяко професионално действие на лекарите.

Д-р Мариела Облашка, д.м.

Офталмология

МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР «Д-Р ХАЙВАЗОВ»

GSM: 0888 99 17 43

e-mail: oblashka@yahoo.com

ДИАГНОСТИЦИРАНЕ НА ВРОДЕНА ЛУКСАЦИЯ НА ТАЗОБЕДРЕНАТА СТАВА - LUXATIO COXAЕ CONGENITA – LCC , С ПОМОЩТА НА ЦИФРОВ ЕХОГРАФ ОТ НОВО ПОКОЛЕНИЕ

Вродената луксация на тазобедрената става - LUXATIO COXAЕ CONGENITA - LCC обхваща широк спектър от аномалии на детската тазобедрена става с динамичен характер в развитието на ставно-костно-хрущялния апарат, вариращи от нестабилност до пълно изместване на бедрената глава спрямо един повече, или по-малко дисплазичен ацетабулум (непълноценен ацетабулум)

В момента световната наука достига до извода, че водещо е придивиканото изкълчване на тазобедрената става, а не вроденото. Т.е. децата се раждат здрави, а неправилните грижи за тях ги осакатяват.

ПРИЧИНА И МЕХАНИЗМИ НА ПОЯВА И РАЗВИТИЕ

Основен предразполагащ фактор за развитие на всички форми на дисплазията на тазобедрената става е физиологичния хиперлакситет на съединителния тъкан. Среща се повече при момичета.

Причините за луксация на тазобедрената става при наличие на предразполагащ фактор са следните:

-Механични напрежения по време на вътреутробното развитие.



- Рискови моменти по време на родовия процес.
- Рискови моменти в следродовия период.
- Наследственост.

КАКВО МОЖЕ ДА ВИДИ ВСЕКИ РОДИТЕЛ

Разлика в броя или нивото на бедрените кожни гънки.

Външна ротация на луксираното краче.

Скъсяване на луксирания долен крайник.

Крив таз. Тазът се наклонява към здравата страна.

Наличие на други прибавени вродени деформитети на опорно-двигателния апарат (криви крачета, сколиоза, синдактилия, полидактилия и др.).

СОНОГРАФИЯ НА ТАЗОБЕДРЕНАТА СТАВА

Задължителна за всички новородени до края на 1-вия месец от раждането, с цел – *обхващане на всички новородени.*

За деца, при които съществува дори само един от клиничните белези или фамилна обремененост, т.н. “*рискова група*” – до 15-тия ден от раждането.

Сонографията на детската тазобедрена става се верифицира до края на 6-тия месец, след което при съмнение за луксация се прави рентгенова снимка.



РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ

Прави се при:

Нелекувани и проблемни тазобедрени стави след 6-тия месец от раждането.

Сонографски данни за луксирана тазобедрена става.

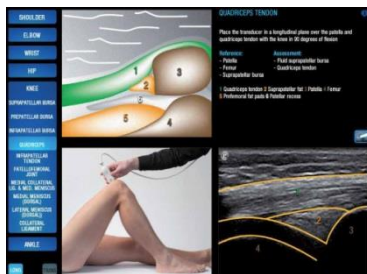
Сонографски данни за остатъчна дисплазия при лекувана тазобедрената става след 6-тия месец.

Контрастно рентгеново изследване – при сонографски и рентгенологични данни за луксирана тазобедрена става.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Това което е необходимо за правилното лечение и профилактика е редовен сонографски контрол за всички новородени.

Благодарение на напредналите технологии в областта на медицината, ние от медицински център „Д-р Хайвазов“, можем да диагностицираме **LUXATIO COXAE CONGENITA - LCC** с помощта на цифров ехограф от ново поколение за стави и мускули при деца и възрастни от всички възрастови групи.



Д-р Евелин Хайвазов

Ортопедия и травматология

МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР «Д-Р ХАЙВАЗОВ»

GSM: 0888 70 87 60

e-mail: ehaivazov@yahoo.com

*Още по темата може да прочетете на сайта ни: <http://medicine-bg.com>, раздел „Ортопедия и травматология“.