

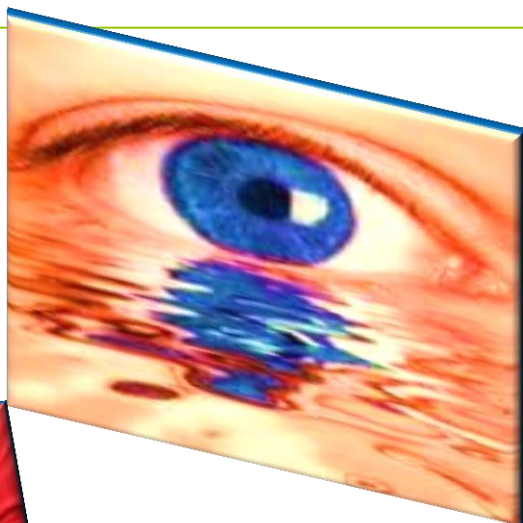


МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТЪР
Д-Р ХАЙВАЗОВ

София 1784, ж.к. „Младост“, бул. „Цариградско шосе“ № 131, телефон: 02 875 71 11,
e-mail: mc@medicine-bg.com, <http://medicine-bg.com>

Продължение от миналия брой:

СИНДРОМ НА СУХОТО ОКО



Продължение от миналия брой:

СПОРТНИ ТРАВМИ

СИНДРОМ НА СУХОТО ОКО

Продължение на темата от миналия брой на бюлетина.

○ **Диагностика:**

За диагностицирането на синдрома на сухото око е достатъчен рутинен очен преглед. При всеки пациент с оплаквания от парене, сухота, болка, боцкане и зачервяване на очите, ние очните лекари подозираме проблем със слъзния филм.

В практиката се използват тестове, измерващи количеството и качеството на слъзната секреция. У нас широко прилаган метод е теста на Ширмер, изпълнен в различни варианти и оценяващ количеството на слъзата. Представява поставяне на лентичка филтърна хартия в долния форникс на конюнктивата за 5 минути.

За съжаление не толкова разпространени са тестовете с бенгал роз, оценяващи качеството на слъзата.

Биомикроскопското изследване на предния очен сегмент с флуоресцин през син филтър е изключително полезно при оценка тежестта на заболяването – преценява се времето за накъсване на слъзния филм, височината на слъзния мениск, засягането на роговицата. Времето за разкъсване на слъзния филм се отчита от последното премигване до появата на нецветени от флуоресцеина точки или полета /сухи петна/. Пониженото време на разкъсване под 15 секунди се дължи на недостатъчност на слоевете на слъзите, както и на влошеното им качество.

Нормално здравата роговица е гладка, лъскава, прозрачна и не се багри с флуоресцеин. Дефектите в роговичния епител, предизвикани от сухотата се виждат и оценяват по гореописания метод - флуоресцеинът оцветява в зелено зоните с дефектен епител.

Задължително се обръща внимание и на състоянието на Мейбомиевите жлези, отговорни за синтеза на липидната съставка на слъзата.

Освен роговицата при сухото око страда и конюнктивата. Засягането на предния очен сегмент при синдром на сухото око се описва като сух конюнктивит или керато-конюнктивит в по-тежките случаи.

Необходимо е да отбележим, че са налице стандартизирани тестове за самооценка, които пациентите могат да изпълнят за няколко минути. Разбира се, те са скринингови, но в същото време са верен помощник на лекаря в комплексната преценка на състоянието.

АКО ИСКАТЕ ДА ПРОВЕРИТЕ ДАЛИ ИМАТЕ ПРОБЛЕМ СЪС СУХОТА НА ОЧИТЕ, МОЖЕ ДА НАПРАВИТЕ ПРИЛОЖЕНИЕТ КЪМ БЮЛЕТИНА ТЕСТ.



Д-р Мариела
Облашка, д.м.

Специалист
офталмолог

СИНДРОМ НА СУХОТО ОКО

○ **Лечение:**

Лечението на синдрома на сухото око основно е свързано със заместване на некачествените и оскъден слъзен филм.

Фармацевтичният пазар разполага с широка гама продукти с общо название изкуствени слъзи. Последните се предлагат под формата на капки, гел и спрей.

Съвременните клинични проучвания показват, че едва 8% от пациентите със сухо око имат нарушения във водния слой, докато приблизително 80% имат нарушения в липидния слой на слъзния филм. Ето защо в повечето случаи симптомите на сухо око се дължат не толкова на недостатъчно количество на слъзата, а на твърде бързото ѝ изпаряване, именно в резултат на нарушения в липидния слой. Проблемите в липидния слой касаят най-вече поляризацията на фосфолипидите. Въз основа на тези открития фармацевтите съсредоточиха своите усилия за намиране на пътища за локално очно приложение на фосфолипиди под формата на капки. Нашият пазар вече разполага с нова генерация изкуствени слъзи осигуряващи осмопротекция и заместване на липидния дефицит.



Важно е препаратите да са без консервант и да могат да се капят върху контактни лещи.

Задължително е лекуваният очен лекар /а не пациентът/ да реши кой продукт, под каква форма и с каква честота на приложение е най-подходящ за всеки индивидуален случай. Неразумно е самолечението по две основни причини:

1. Често оплакванията при сухо око и друг вид очно възпаление си приличат, но леченията им са коренно различни.

2. Използването на капки, неизписани от очен лекар може да влоши състоянието ви – някои от тях съдържат много консерванти или съдосвиващи вещества, които още повече задълбочават сухотата в очите.

При най-тежките случаи на синдром на сухото око се поставят синтетични obturatori – тапички на слъзните каналчета с цел съхраняване в окото на малкото произведена собствена слъза.

○ **Препоръки и практически съвети:**

Както при всички заболявания, най-важна е профилактиката!

Необходимо е да се избягват физико-химичните фактори на околната среда, влошаващи сухотата на очите: тютюнопушене, престой в задимена, климатизирана или замърсена среда. Не забравяйте да носите слънчеви защитни очила!!!

Сведете до минимум приемът на лекарства.

Спазвайте ергономичните условия за работа на компютър – почивки на всеки 40 минути, разстояние от монитора при стационарен компютър 75см, видеодисплеят да е по-нисък от вас – погледът ви да е сведен надолу с около 20 гр., да не се работи на смесено осветление, на течение или директно духащ във вас климатик.

I. Предна кръстна връзка (ПКВ) и нейната артроскопска пластика

Какво представлява увредата на ПКВ?

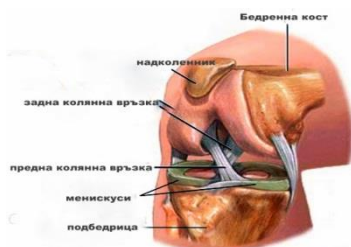
Един от най-честите проблеми, засягащи колянната става е увредата на предна кръстна връзка /ПКВ/. Тя е единият от четирите лигамента, които са отговорни за стабилността на коляното. Връзката се изгражда от здрава влакнеста съединителна тъкан и има функция да контролира прекомерните движения, в предно-заден аспект, чрез ограничаване на ставната подвижност.

От четирите лигамента на коляното най-често се уврежда ПКВ.

Каква е нормалната функция на ПКВ?

ПКВ е основният ограничител на предната подвижност на големия пищял (тибия).

Бедрената кост (фемур) се разполага над тибията и колянната става



позволява движението на двете кости една спрямо друга. Без наличието на ставни връзки, които стабилизират коляното, ставата би била нестабилна и склонна към разместване. ПКВ предотвратява изместването на тибията прекалено напред.

ПКВ спомага също за стабилността и на други движения – ангулацията и ротацията на колянната става. ПКВ осъществява функциите си чрез прикрепянето си за бедрената кост (фемор) от една страна и за големия пищял (тибия) от друга. Другите големи и важни за стабилността лигаменти на колянната става са задната кръстна връзка и вътрешният и външният колатерален лигамент.

Какво се случва при увреда на ПКВ?

Причината за увреждането на ПКВ е високоенергийна травма с внезапна промяна на скоростта (рязко спиране), свръхразтягане или усукване в областта на коляното. Когато се увреди ПКВ, коляното става нестабилно. Увредата на ПКВ е проблем, защото тази нестабилност поражда внезапно затруднение на движението и прави коляното склонно към развитие на артрит и хрущялни разкъсвания.



Д-р Евелин Хайвазов, Ортопед

СПОРТНИ ТРАВМИ

I. Предна кръстна връзка (ПКВ) и нейната артроскопска пластика

II. Увреждане на менискуса

По какъв механизъм възникват увредите на ПКВ?

При спорт изискващ неподвижност на стъпалото и рязка промяна в позицията на тялото, като баскетбол например, има голям риск от развитие на увреда. В тези случаи увредата се определя като такава, възникваща без съприкосновение. Най-честата увреда, възникваща при съприкосновение е когато при неподвижно стъпало се осъществи рязък натиск в областта на коляното с посока отзад напред, което е често срещано в ръгбито. Футболът е спорт, при който също се изисква при неподвижно стъпало да се променя значително позицията на тялото.

При него, както и при ръгбито често има съприкосновения с висока сила, които са рискови за увреда на ПКВ. Ски спускането е друг рисков спорт, особено откакто ски обувките се произвеждат така, че покриват значителна част от подбедрицата. Тези обувки пренасят удара при падане повече към коляното, отколкото към глезена. Увредата на ПКВ възниква, когато подбедрицата е силно усукана или свръхразгъната при контакт на крака със земята. Много пациенти усещат изпукване в коляното и/или поддаването му. Други механизми за скъсването са тежки травми на коляното при пътно-транспортни или професионални злоупотреби.



Защо разкъсването на предна кръстна връзка е толкова голям проблем?

Когато коляното е нестабилно, пациентите обикновено се оплакват от усещането, че коляното се "измества напред" под тежестта им. Това се дължи на факта, че ставните повърхности се приплъзват прекалено много. Проблемът при увреждането на ПКВ е в това, че всяко едно такова "изместване" би могло да причини увреждане на хрущяла. По този механизъм много бързо се развива артроза на колянната става, което предполага хрущялни разкъсвания и дегенерации.

Спортистите имат частично затруднение след като веднъж са претърпели увреждане на ПКВ. Спортове, при които често се развива това са: футбол, баскетбол, ски, гимнастика, хокей, борба, ръгби.

Кои фактори съдействат за увредата на ПКВ?

Увредата на ПКВ може да засегне всеки. Упражняващите по-горе споменатите спортове имат повишен риск от увреждане на ПКВ. Друг фактор за увреда на ПКВ е полът – при жените, упражняващи някои от гореупомянатите спортове, честотата на увредите на ПКВ е 8 пъти по-голяма, в сравнение с мъжете на същата възраст. За последното съществуват множество теории.

<http://medicine-bg.com/bg/video/VJMWZOiWGeo.htm>

СПОДЕЛЕНО ОТ ПАЦИЕНТ НА МЦ Д-Р ХАЙВАЗОВ



Какви са симптомите при скъсване на ПКВ?

Пациентите, претърпели увреждане на ПКВ, описват следните симптоми непосредствено след травмата:
внезапно изместване напред на подбедрицата;
изпукване в ставата в момента на травмата;
внезапно подуване на ставата; болка при вървене.

Симптоми – 3, 4 месеца след травмата или години след това:
нестабилност на увреденото коляно; болка при рязко натоварване или усукване; пукане на ставата при ходене;
периодични отоци на същата, свързани с натоварването.

Какво би трябвало да направя ако смятам, че имам увреда на ПКВ?

Посетете вашият лекар. Увредите на ПКВ могат да бъдат

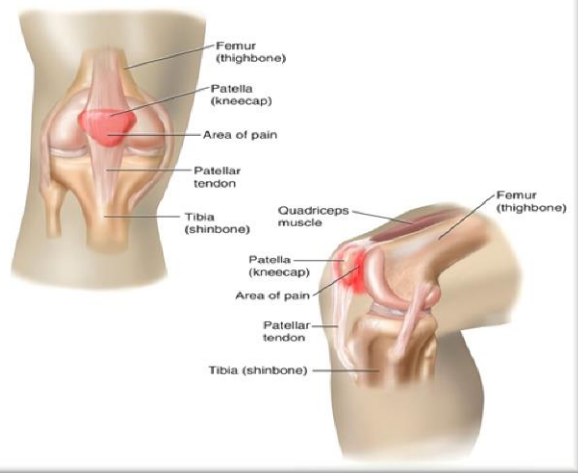
трудни за диагностициране непосредствено след получаването им, поради отока, болката и мускулния спазъм, които правят коляното трудно за изследване. Поради това е необходимо да посетите вашият ортопед отново след няколко дни.

Какво ще направи моят лекар, за да установи увреждането?

Скъсването на ПКВ е съмнително винаги, когато има уврежда на коляното. В ортопедичния кабинет колянната нестабилност може да бъде преценена от вашият ортопед, чрез използване на различни манюври, най-разпространени от които са: Тест на Лакман, тестът "предно чекмедже", ротаторен тест и други.

Тестовите се използват се за откриване на абнормно движение на тибията, в ротаторен или преден аспект, кликове в ставата при движение, наличие на течност, кръв, непосредствено след травмата или увеличена продукция на синовиална течност, няколко месеца след това.

Patellofemoral Pain Syndrome (Runner's Knee)



Какви други изследвания са необходими за диагностицирането на увреда на ПКВ?

Комплексното изследване на коляното е необходимо за разграничаване от други коленни увреди, протичащи с вашите симптоми. Вашият ортопед трябва да направи рентгеново изследване на коляното, за оценяване на възможни фрактури и ядрено-магнитен резонанс (ЯМР), томография за оценка на лигаментарния, менискалния и хрущялен статус.

Все пак ЯМР може да не се наложи, ако симптомите са много ясни и демонстративни.

Нуждая ли се от операция при увреда на ПКВ?

Обсъждането за и против операцията зависи от много фактори. Някои пациенти с увреждане на ПКВ биха могли да извършват ежедневните си дейности без хирургична реконструкция на лигамента. Има някои важни фактори, при вземане на решение за оперативно лечение на увредите на ПКВ. Те включват възраст на пациента. Ставната нестабилност е една от основните предпоставки за бързо развитие на дегенерация на ставния хрущял в увреденото коляно. Пределна възраст за оперативно лечение на увредена ПКВ не може да се даде, но имайки предвид гореказаното, операция е необходима поради нивото на ставна нестабилност и наличието на други асоциирани увреди, ниво на физическа активност (базисна и професионална), очакванията на пациента, възможността и готовността на пациента да се подложи на постоперативна рехабилитация. Важно е да се отбележи, че при много пациенти, поради нефизиологичното движение в ставата, възникващо след увредата на ПКВ, се развива бавно прогресиращо увреждане на хрущяла. Оставено без лечение с течение на времето това увреждане намалява функцията на засегнатата става и води до деформации и нерядко до високостепенна, трайна и необратима инвалидизация. Всичко това значително намалява качеството на живот и работоспособността на пациента.

Има ли неоперативно лечение на увредата на ПКВ?

Неоперативното лечение е индицирано при пациенти с намалени цели по отношение на собствената си активност, частична увреда на ПКВ и пациенти, при които по една или друга причина оперативно лечение не може да бъде извършено, или то трябва да бъде отложено. Охлаждането и противовъзпалителните медикаменти са необходими за да контролират болката и отока. Важно е прогресивно слабо по интензивност натоварване след намаляването им и заздравяване на мускулатурата около ставата. Неоперативното лечение подпомага оперативното.

Какво е хирургичното лечение за реконструкция на ПКВ?

Реконструкция на ПКВ обикновено не се предприема в първата седмица след увредата. Проучванията показват по-добра успеваемост при отлагане на процедурата с няколко седмици след увредата. Това време позволява на възпалението да намалее. Намалява отока и болката и се увеличава подвижността, което подобрява постоперативната функция на коляното.

Реконструкцията на ПКВ обикновено и неправилно се свързва с нейното пълно възстановяване. За съжаление повечето разкъсвания на ПКВ не могат да бъдат напълно възстановени. Налага се пълното премахване на разкъсаната връзка и замаяната и с нова, чрез използване на здрави тъкани. Не е възможно реконструкция на ПКВ, чрез свързване на разкъсаните ѝ краища.

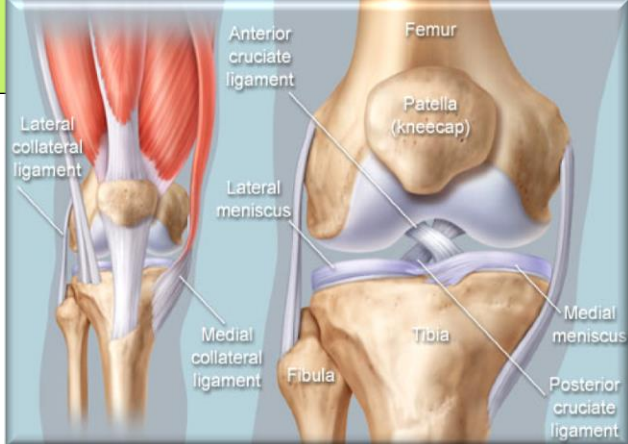
Ако сте любопитни да разберете как се прави реконструкцията на ПКВ; какво се прави след избора на присадка; необходима ли е рехабилитация след процедурата и след колко време бихте могли да се върнете към обичайната си степен на натоварване, следвайте линка към сайта ни с продължение на темата:

http://medicine-bg.com/bg/za_pacienta/ortopedia-i-travmatologia_dolen-krainik/predna-krustna-vruzka-artroskopska-plastika.html

Увреждането на кръстните връзки на коляното в много от случаите е свързано със съпътстващо нараняване на ставния хрущял или увреждане/скъсване на менискуса, което допълнително утежнява травмата.

II. Увреждане на менискуса.

Какво е менискуът:

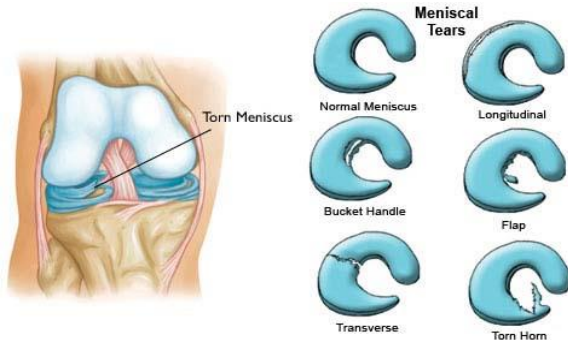


Менискуът е парче здрав хрущял с дисковидна форма, който намалява стресовото натоварване вътре в колянната става. Всяко коляно има един латерален (външен) мениск под външната издупчина на бедрената кост и един медиален (от вътрешната страна) мениск, разположен под вътрешната издупчина на бедрената кост. Всеки мениск играе ролята на естествена "възглавничка" между бедрената кост и големия пищял на подбедрицата. Двете "възглавнички" възпрепятстват бързото износване на ставата, като не позволяват съществено триене между бедрената кост и костите на подбедрицата. Менисите също така поемат голяма част от рязкото натоварване при скачане и приземяване на крака.

Увреждането им се състои в промени в състава на ставната течност и хрущялните повърхности, довеждащи до нарушение в храненето на менискуите. В повече от 50% от случаите, увреждането на вътрешния менискус е свързано с увреждане и на ставния хрущял, и връзките на коляното. В зависимост от степента на увредата, може да има частично или пълно разкъсване, смачкване или откъсване на малки части ("ставни мишки") от менискуса. Разкъсването на менискуса се получава при спортове, които изискват клякане и бързо изправяне, като щанги или при спортове, изискващи многократно повтарящи се клекове.

Причините за увреждане на менискуса са още: вътрешно или външно усукване на бедрото, рязко разгъване на долния крайник в колянната става при изходно положение, приземяване от голяма височина върху твърд терен.

Увреждането на менискуса на коляното е една от най-често срещаните и специфична за спортистите травми, която достига до 74% от всички мекотъкани увреждания на коляното. От увреждане на менискуса страдат 84% мъже и само 16% жени.



Диагностика:

Увредата на менискуса се характеризира с постоянна и неясна болка, засилваща се при форсирани движения и при продължително принудително свито положение на колянната става (при седене). Болка има и при палпаторен натиск в ставната щелка от страната на увредения менискус. При увреждане на менискуса има оток на ставата и може да съществува синовиален излив вътре в нея, локализиращ се в областта на ставната щелка (медиална или латерална). Симптомите на увреждането на менискуса са много близки до тези на навяхването, но има един сигурен признак, по който можем да различим увредения менискус от навяхването и той е блокажът на ставата. Блокажът се получава изненадващо при ходене и е свързан със силна болка, и невъзможност за разгъване на полусвитието в колянната става долен крайник. Най-точно увреждането на менискуса се диагностицира, чрез артроскопско изследване или образна диагностика.

Лечение на увредения менискус:

Ако разкъсването е 5 мм. или по-малко и няма болка или други симптоми, се прилага неоперативно лечение. То се състои в система от упражнения за заздравяване на мускулатурата около коляното, изпълнявани под ръководството на лекар или физиотерапевт. Препоръчва се почивка на болната става, студени компреси, компресивна еластична превръзка или временна шина за обездвижване на крака.

Ако увреждането е по-обширно, се прави артроскопия, за да се прецени каква е степента на увредата.

Целта на тази манипулация е да се спаси колкото е възможно по голяма част от оригиналния хрущял и да се възстанови максимално бързо функцията на ставата.

Артроскопската операция представлява два малки разреза на ставата, чрез които се премахват или възстановяват откъснатите части.



При разкъсванията с големина 1-2 см., хирургът може да зашие менискусу обратно на мястото му. Ако менискусу, обаче, е напълно увреден, т.е. износен, той се отстранява чрез оперативна намеса. Около половин година след операцията, премахнатият менискус може да се замени с регенерат, но успешността на този метод не е гарантирана, тъй като всичко зависи от това дали организмът ще приеме новия менискус

За да бъде избегната оперативната намеса за отстраняването на менискуса, съветваме пациентите, още когато усетят болки в колянната става да се консултират с лекар, а не да чакат момента, в който ще се появи отока и/или блокажа на ставата!

Пациентите по още една причина трябва да предприемат навременно лечение на увредения менискус и тя е да избегнат развитието на артроза на коляното. Артрозата е състояние, съпроводено с постоянна болка при движение и натоварване на ставата, което води до инвалидизация.

Какво включва следоперативното лечение:

Следоперативното лечение включва физиотерапия, която ще помогне да се заздравят мускулите около колянната става, ще намали болката и подуването, и ще възвърне пълния обем движения на коляното.

Следоперативната рехабилитация включва още ходене, сгъване на коленете и разнообразни упражнения, които разтягат и развиват мускулите на крака.

Най-добри резултати при лечението на разкъсване на менискуса се постигат при хора, при които няма данни за промени на ставния хрущял и които имат здрава предна кръстна връзка.

При младите и спортуващи хора, където разкъсването е в зона с добро кръвоснабдяване и връзките /лигаментите/ са здрави, възстановяването е по-бързо.

При тях винаги стои въпроса: „*Кога ще мога отново да тренирам?*“ Времето за възстановяване е индивидуално за всеки, според неговия случай, но при добро възстановяване може да се върнете към спортна дейност от 2 до 6 месеца след операцията.

Повечето от пациентите, при които е било извършено възстановяване на менискуса, се чувстват доволни от резултата години след процедурата.