

GP News

Новини за
общопрактикуващия лекар

БРОЙ 5 (97), ГОДИНА 9, МАЙ 2008 Г.

ISSN 1311-4727

ЦЕНА 2,50 ЛВ.



novo nordisk®

Когато избирате инсулин

Cetebe®

milupa

НАУКА В ГРИЖИТЕ ЗА ДЕТЕТО

Тема на броя

ГASTРОЕНТЕРОЛОГИЯ

Calorex® Lipass

Eliminates Fat



ПОПИВА МАЗНИНИТЕ

- ◆ Намалява резорбцията на мазнините
- ◆ Помага за редуциране на теглото
- ◆ Намалява нивото на холестерола

www.borola.com
tel.: +359 2 983 62 03
хранителна добавка

The Healthcare Company

Borola

СЕНЗАЦИЯТА КАЛОРЕКС АПЕТИН – УБИЕЦЪТ НА АПЕТИТА

Доц. Евгени Стойнев
диетолог

Епидемичните размери на затлъстяването (в момента над 50 % от българите страдат от наднормено тегло и затлъстяване) провокират науката да търси трескаво нови решения за остри метаболитни проблеми на човечеството. Наднормените килограми създават много висок риск за здравето и не е случаен изразът „страда от затлъстяване“. Те влияят негативно на психиката и самочувствието, дебалансира сърдечно-съдовата, бъбречната и мозъчната дейност, провокират опасни болести като диабет, хипертония, преждевременно инфаркт, инсулт, рак и други заболявания, които драстично влошават качеството на живот.

Борбата с наднормените килограми не е от вчера и сигурно няма да свърши утре. Стопяването им е труден и продължителен процес – това е комплексна програма от рационално хранене (здравословна диета) и физическа активност. Напоследък успешно към нея се включват и продуктите за намаляване на теглото. Хапче-чудо за отслабване все още няма, но има ефикасен природен продукт, който абсолютно безвредно „тушира“ чувството за глад и убива силния апетит. Това е първият природен продукт за безвредно потискане на апетита – **Калорекс Апетин** на известната в здравеопазването фирма **БОРОЛА**.

Калорекс Апетин е истинско революционно науч-

но достижение за убиване на апетита и потискане чувството на глад – основен лост в механизма на отслабването. Той се цели директно в проблема затлъстяване, като създава чувство за ситост и предпазва от прием на излишни калории. **Калорекс Апетин** е единственият научно доказан и патентован природен продукт за потискане на апетита по естествен начин.

За разлика от синтетичните лекарства за отслабване, **Калорекс Апетин** е абсолютно безвреден. Няма странични реакции и е отлично поносим при продължителна употреба. С него Вие имате чувство за ситост, намалявате количеството приета храна и така ограничавате приема на калории по естествен начин.

Калорекс Апетин е най-новият продукт на **БОРОЛА** от серията **КАЛОРЕКС** – природни продукти за отслабване. Той е произведен във Франция в съответствие с най-високите изисквания на добрата производствена практика. Ще го намерите в аптеките и специализираните магазини „Здраве и природа“ на **БОРОЛА**.

За допълнителна консултация може да се обърнете към лекар диетолог **Клиника Борола** – София, ул. „Цар Симеон“ № 52, тел.: (02) 983 62 03 или e-mail: office@borola.com. □

БАКТЕРИАЛЕН КЕРАТИТ

БАКТЕРИАЛЕН КЕРАТИТ И КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ НА ПЪЛЗЯЩА ЯЗВА НА РОГОВИЦАТА

Д-р Иван Кахчиев

Кератитът е възпалително заболяване на роговицата.

Класификация на кератита:

А. Според етиологията:

- ♦ бактериални,
- ♦ вирусни,
- ♦ микотични,
- ♦ токсико-алергични.

Б. Според проникване на инфекцията – по кръвен път или откъм епитела:

- ♦ ендогенни;
- ♦ екзогенни.

В. Според дълбочината на засегнатия роговичен слой:

- ♦ повърхностни (епителни) – засегнат е роговичният епител;
- ♦ дълбоки – засяга се роговицата под нивото

на роговичния епител и мембраната на Bowman. Наричат се още паренхиматозни или стромални, или интерстициални кератити.

Г. Според отделения секрет:

- ♦ гнойни
- ♦ негнойни

Д. Според наличието или липсата на язвен процес:

- ♦ язвени;
- ♦ неязвени.

Е. Според хода на протичане:

- ♦ остри;
- ♦ хронични.

Централни корнейни язви

А. Пълзяща язва на роговицата (ulcus serpens corneae, жътварска язва, хипопион-кератит)

Екзогенен повърхностен кератит.

Получавала се е при ограскване по време на жътва и оттам носи и името жътварска язва.

Среща се при горски работници и селяни, обикновено през лятото или ранната есен.

Започва с попадане на чуждо тяло или ограскване на роговицата на окото.

Заболяването започва със **силна болка в окото, светлостъп, сълзотечение и намаление на зрението**. Окото е силно иницирано (**смесена инфекция**), клепачите са отекли – налице е **гноен секрет**.

На мястото на ерозията в средата на роговицата се появява сивкавожълт **инфилтрат**.

После се появява **дусковидна язва**. Единият ѝ край, с който язвата напредва по повърхността на роговицата, е инфилтриран, надигнат и подкопан, сърпообразен и сивожълт. От този т.нар. прогресивен край на язвата става непрекъснато инфилтриране на нови части на роговицата и язвата пълзи нагоре. Другият край (заздравяващ) на язвата е разположен по-близо до лимба и епителизира. Дъното на язвата е покрито със сиво-жълт налп.

Налице е токсично гразнене на ириса – от кръвоносните му съдове (перикорнейна съдова мрежа) настъпва диapedеза на левкоцити, които през тъканта на роговицата достигат до мястото на нараняването. Една част от левкоци-

тите се разрушават при фагоцитозата като се освобождават протеолитични ферменти (колагеназа, протеинази), които стапят роговичната тъкан и се образува язвата. Левкоцитите се утаяват и в предната камера на окото с хоризонтално ниво под формата на т.нар. **хипопион**. От там тази язва се нарича още и хипопион-кератит. Хипопионът в началото може да е скрит зад непрозрачната част на лимба и да се вижда само при оглед на окото отгоре. Гнойта в предната камера е стерилна.

С влошаване на състоянието на пациента хипопионът се увеличава и обратно.

Еволюция на процеса: С развитието на процеса язвата напредва, както по повърхността на роговицата, така и в дълбочина. Достигайки до мембрана Descemeti, последната може да се противопостави за известно време на процеса. Формира се **гесцетомоцеле** (вижда се като прозрачно мехурче в центъра на язвата, роговицата е окръглена и прозрачна, заобиколена от сивкав едем, с бомбиране на задната страна на роговицата при повишено вътреочно налягане).

Роговицата перфорира, преднокамерната течност изтича и към мястото на пробива се увеличат ирисът и лещата. При оцветяване с флуоресцеин се наблюдава феноменът на Seidel – хомогенното зелено оцветяване се отмива на мястото на пробива на роговицата, поради изтичането на преднокамерната течност.

След перфорацията, в повечето случаи настъпва облекчение, язвата се изчиства и цикатризира. Ако през перфорацията е изпаднал ирис (**пролапс на ириса**) последният се организира, цикатризира и издува (**стафилома на роговицата** – staphyloma corneae).

Възпаленият ирис може да срастне с предната лещена капсула (**загна синехия**) и това да доведе до вторична глаукома, поради невъзможност за оттичане на камерната течност.

По-често язвата нараства с образуването на **плътна левкома**, към която може в задната част да е прикрепен ирис (**адхерентна левкома** – leucoma corneae adherens).

В други случаи, след пробива на роговицата във вътрешността на очната ябълка може да проникне зараза и да настъпи **гноен енд офталмит** или **панофталмит** при което окото загива (**фтиза**).

ПРИЧИНИ ЗА БАКТЕРИАЛЕН КЕРАТИТ

ОБИЧАЙНИ	ПО-РЕДКИ	РЕДКИ
ГРАМ ПОЛОЖИТЕЛНИ КОКИ		
Staphylococcus aureus	Alpha-Streptococcus (rpyna viridans) Beta-Streptococcus Micrococcus spp. Staphylococcus epidermidis	Aerococcus viridans Pediococcus Peptococcus spp.
Streptococcus pneumoniae		
ГРАМ ПОЛОЖИТЕЛНИ ПРЪЩИ		
	Corynebacterium spp. Mycobacterium spp.	Actinomyces viscosus Bacillus spp. Bacterconema incertum Eubacterium lentum Propionibacterium spp. Streptomyces spp.
ГРАМ ОТРИЦАТЕЛНИ КОКИ		
	Neisseria gonorrhoeae	Neisseria subflava Neisseria meningitidis
ГРАМ ОТРИЦАТЕЛНИ ПРЪЩИ		
Pseudomonas aeruginosa	други Pseudomonas Klebsiella spp. Proteus spp. Serratia marcescens Citrobacter spp. Enterobacter spp.	Acinetobacter calcoaceticus Actinobacillus actinomycetem comitans Azobacter spp. Flavobacterium spp. Escherichia coli
ГРАМ ОТРИЦАТЕЛНИ ДИПЛОКОКИ		
Moraxella lacunata subsp. Liquefaciens	Moraxella lacunata	

Ако окото не загине от панофталмит, след оздравяването на язвата в роговицата остават рбци, а може да се образува и **фистула**. Тя е като черна точка на фона на белия рбце върху роговицата и от нея понякога изтича бистра течност.

Най-чест причинител е пневмококът, който се инокулира в роговицата при убождане с осил, клонче, бодил и др. По-рядък причинител е диплобацилът на Morax-Axenfeld, *Streptococcus pneumoniae* и *Staphylococcus aureus*, *Bact. Pseudomonas aeruginosa*.

Инфекцията може да дойде и от слъзната торбичка при хроничен гноен дакриоцистит – в този случай конюнктивният сак е богат на пневмококи.

Предразполагащи фактори са и преболедувала роговица (булозна кератопатия, херпетични кератити) и отслабени защитни сили на организма при възрастни и недохранени хора, при имуносупресивна терапия; сухо око, носене на контактни лещи, кератопатия при лагофталм или невrogenен произход.

Форми

Диплобацилна язва на роговицата – причинена от диплобацила на Morax-Axenfeld, намиращ се на дъното на язвата. Развива се повече в дълбочина и при нея няма прогресивен край. Хипопионът е голям, с по-малки рбцови изменения от пневмококовата.

Ulcus serpens fulminans е причинен от Грам негативни бактерии с късен пробив на роговицата или *Bact. Pseudomonas*, с ранен пробив на роговицата и тежък иридоциклит.

Псевдомонасните корнейни язви започват със сиви, леко жълтеникави инфилтрати. Самата язва е неправилна, с плътен мукопурулентен ексудат. Наоколо е с дифузна ликвационна некроза, под която роговицата е матова. Перфорация може да настъпи след 48 часа.

Ентеробактериите предизвикват плитките язви със сивкаво-белезникава супурация. Роговичната повърхност опалесцира. Наблюдава се „корнеен ринг“.

Диагноза

Диагнозата се поставя на база анамнеза, клинична картина, изследвания (биомикроскопия и тест с оцветяване на слъзния филм с флуоресцеин). Роговичните дефекти и язвата на роговицата, при напване в окото на 2% флуоресцеинов разтвор се багрят в зелено при осветяване със синя светлина.

Диференциална диагноза:

- микотични кератити – след изолиране на причинителя при посевката в микробиологична лаборатория. Диференциалната диагноза е много трудна, особено при неизолиране на причинител. Тогава остава въпросът – има или няма

микробен причинител.

- вирусен кератит

Профилактика

- Лечение на всеки хроничен гноен дакриоцистит чрез дакриоцисто-риностомия или екстирпация на слъзната торбичка.
- Лечение на всеки хроничен блефарит и конюнктивит.
- Носене на предпазни очила.
- Организация на работата с цел избягване на очния травматизъм.

Лечение

Продължава 3–6 седмици и е в зависимост от протичането.

1. Спешна хоспитализация, поради бързата прогресия и сериозната прогноза.
2. Уточняване на евентуална придружаваща причина и отстраняването ѝ.

Например, при хроничен гноен дакриоцистит се прилага спешна дакриоцисто-риностомия или екстирпация на слъзната торбичка. Спира се имуносупресивната терапия при наличие на такава.

3. Вземане на материал от дъното и рба на прогресивния край на язвата за посевка за изолиране на причинителя и антибиограма.

Вземането на материал става от опитен хирург с шпатула на Kimura или ножче №15 на Bard-Parker. Трябва да се проникне достатъчно дълбоко, за да не се окаже, че е взет само мукус и левкоцити, без търсения причинител. При интактен епител, целостта му се нарушава ятрогенно.

Контактните лещи, разтворът и контейнерът им за съхранение също се изпращат за посевки.

В микробиологичната лаборатория материалът се посевя на кръвен и шоколадов агар, в среда с тиазгликолат при 37° (за изолиране на бактерии) и в среда на Sabouraud при 25° (за изолиране на гъбички).

Ако с тези методи причинител не се докаже, а кератитът се влошава, изследването се повтаря – този път на среда на Lowenstein Jensen. При упорито неповлияващи се случаи или дълбоко разположен причинител, материалът се взема не по традиционния начин, а се прави роговична биопсия с трепан на Elliot.

ЛЕЧЕНИЕТО ЗАПОЧВА ВЕДНАГА, БЕЗ ДА СЕ ЧАКА РЕЗУЛТАТЪТ ОТ АНТИБИОГРАМАТА.

Лечението в началните стадии на кератита, когато микробният причинител е все още в повърхностните слоеве на роговицата, е полесно. Запазването на всеки милиметър прозрачна роговица е от значение за зрението.

Започва се с широкоспектърни антибиотици (*Gentamycin*, *Methicillin*, *Serphazolin*, *Amikin*) капки и мази локално, субконюнктивни инжекции и комбинирани. Необходимо е избраният антибиотик

- да преминава високо-селективната кръвно-очна бариера – такива са хинолоните, аминогликозидите, глюкопептидните антибиотици, бета-лактамите.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА РОГОВИЧНИТЕ ПРОМЕНИ, НАСОЧВАЩИ КЪМ ПРЕДПОЛАГАЕМ ПРИЧИНИТЕЛ	
Овална или кръгла роговична язва, изпълнена с жълтеникаво-белезникав ексудат и заобиколени от прозрачна роговица.	Стафилококи или стрептококи <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Streptococcus pneumoniae</i>
Язва с неравен ръб, зеленикав ексудат, изразена некроза на тъканите и дифузно ангажиране на роговицата, която е полупрозрачна като матово стъкло. Възможна перфорация след 48 часа.	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (при 90–95 % от носещите контактни лещи)
Плитка ограничена язва, изпълнена с ексудат, стромална опалесценция, резултат от отделянето на ендотоксини.	Грам-отрицателни пръчици <i>Enterobacteriaceae</i>

Микроорганизъм	Антибиотици
Пневмококи	Тетрациклин, тетраолеан, ампицилин
Стафилококи	Пеницилин, еритромицин, гентамицин
Стрептококи	Гентамицин, еритромицин
<i>Pyocitaneus</i>	Полмиксин, немибадин
Протеус	Неомицин, гентамицин
Диплобацил	Хлорамфеникол, тетрациклин, сулфонамиди, капки 0,5 % <i>Zincum sulfuricum</i>

Повечето автори съветват да се комбинират два антибиотика – един аминогликозид, който е ефективен срещу Грам-отрицателни микроорганизми и един цефалоспорин (или пеницилинов) – ефективен срещу Грам-положителни.

Обикновено се приготвят обогатени колири *ex tempore* в концентрация 15 mg/ml гентамицин, тобрамицин; 25 mg/ml ванкомицин; 50 mg/ml цефазолин (стандартната концентрация на колирите е 3 mg/ml). Обогатените колири са с по-малка трайност.

Примерна схема на прилагане: единият антибиотик в продължение на 5 минути по капка на минута, после на кръгъл час по същия начин; другият антибиотик аналогично – в продължение на 5 минути по капка на минута, но половин час след първия антибиотик и отново на един час отстояние от първата апликация.

Ефектът от терапията се вижда от 24-ия до 48-ия час.

Капките се поставят на всеки час. Вечер преди лягане се поставят сулфонамидни мази (унзвент гентамицин, тетрациклин, еритропан).

Прилагат се:

1. Субконюнктивни инжекции (например гентамицин 10–20 mg, разрежен с физиологичен разтвор в равни части) всеки ден по 1 инжекция, като би могло да се комбинира с 1 ампула ампи-

цилин интрамускулно 2–3 пъти дневно.

2. Или субконюнктивни инжекции пеницилин 50 000 до 100 000 единици дневно.

Прилагане на системен антибиотик – обикновено Ципрофлоксацин 500 mg 2 пъти по 1 таблетка перорално е ефективен срещу повечето микроорганизми, включително и срещу *Pseudomonas*.

Венозни апликации се прилагат при опасност от перфорация на роговицата, а при вече перфорирала такава поведението е както при ендофталмит.

Нужно е повишаване защитните сили на организма при възрастни хора.

След получаване на резултата от бактериологичното изследване, лекарствата може да се променят според антибиограмата, но може при добро повлияване да се продължи и същото лечение, дори и при показана резистентност към него на антибиограмата.

Още от началото се поддържа максимално разширена зеница за избягване на задни синехии.

1. **Циклоплегиращи агенти с краткотрайно действие или Atropin** се накапват в конюнктивния сак.

Rp./ Atropini sulfatis 0.10

Aquae destillatae 10.0

M.D.S. за циклоплегия

Причинява освен разширяване на зеницата (парализа на сфинктера на ириса) и парализа на акомодацията.

2. Или субконюнктивно инжектиране на атропин с адреналин 1 %.

3. При болка – обезболяващи средства.

ПРОТИВОПОКАЗАНИ СА КОРТИКОСТЕРОИДИ, поради опасност от реактивиране на инфекцията. Локалните кортикостероиди отслабват имунитета, предизвикват влошаване и благоприятстване на дълбокия кератит и могат да доведат до перфорация на роговицата. Особено опасни са при *Pseudomonas aeruginosa* (при 90–95 % от носещите контактни лещи), когато могат да доведат до перфорация на роговицата.

Те могат да се приложат, но едва след епителизиране на роговицата.

Туширане на язвата:

♦ Упоеното с Alcaïn око се тушира, като стегнато на тампон памуче се потапя в 20 % *Zincum sulfuricum*. *Zincum sulfuricum* е агстрингентно средство. То обаче гразни силно конюнктивата и е задължително да се комбинира с обезболяващо средство. Тушира се цялата язва и особено нейният инфилтриран ръб. Окоето се гържи отворено, докато не изсъхне областта на язвата, която се тушира. От туширането роговицата в околните участъци за кратко остава помътнена.

♦ Туширане на язвата с 10 % йодна тинктура.

♦ Криоапликация, а в краен случай гуатермо-

коагулация на прогресиращия ръб на язвата.

При значителен хипопион – парацентеза и промивка на предната камера със слаби антибиотични разтвори.

При застрашаваща перфорация на роговицата – компресивна превръзка, пункция на предната камера или пенетрираща кератопластика „на горещо“. Приложението на кортикостероиди постоперативно е забранено, поради което често трансплантантът се отхвърля след това.

С намалено приложение е прилагането на цианакрилатни лепила и бандажна контактна леща при риск от перфорация или наличие на малка перфорация, поради създаване на среда за развитие на инфекция. В този случай терапевтичната леща намалява разпространението и запазва конфигурацията на лепилото.

Неефективно е покриването на окололимбални улцерации с конюнктивна.

При невъзможност за хоспитализация средство на избор е колагенова лоспа, напоена с антибиотик, но употребата ѝ е спорна при наличие на обогатени колири. Терапевтичните лещи, които днес се използват, са меки, с нулев диоптър, с максимален диаметър, осигуряващ им подвижност и стабилност и изградени от силиконови полимери. При роговични перфорации под 3 мм, добре поставени ръбове и без инфекции, контактните лещи могат да имат много добър резултат. При проспективно проучване е доказано, че 84 % от покритите с контактни лещи очи с десцеметоцеле са достигнали до пенетрираща кератопластика, но лещата отлага кератопластиката до намиране на подходящия донор. При очи със заплашваща перфорация и възпаление, терапевтичната леща може да доведе до ирит и хипопион, което се дължи на механичното дразнене на перилимбалните съдове.

Най-често терапевтични лещи се прилагат след роговични перфорации. Не бива, когато се носи терапевтична леща, в окото да се капе епинефрин, поради кумулирането му и роговични отлагания. Едно от усложненията от приложението на терапевтични лещи е васкуларизацията, но именно тя, при риск от перфорация, е от полза.

Старите автори са прилагали протеинолечение с мляко.

Периферни корнейни язви:

А. Маргинални инфилтрати и язви (keratocconjunctivitis marginalis, ulcera marginalia)

Б. Поясовидна язва.

В. Фликтенен кератоконюнктивит (Keratocconjunctivitis phlyctenulosa).

Г. Язва на Mooren.

Клиничен случай

♦ И. Ц. С., мъж, Велико Търново, 82 години.

♦ Пациент, изписан от болница, където е бил на командно дишане, със застойна сърдечна недостатъчност IV ФК, дихателна недостатъчност.

♦ С невъзможност за придвижване, катетеризиран.

♦ От епикризата – консултация с офталмолог: катарален конюнктивит

♦ Посетен в дома и извършен клиничен преглед.

♦ В анамнезата: данни за липсващо зрение с дясното око от изписването. Наличие на болка в окото преди няколко дни, липсваща в момента на прегледа.

♦ С изразена кахексия.

Отказ на пациента и близките му от хоспитализация.

Първоначална диагноза:

♦ *Остър бактериален кератит с язва на роговицата и хипопион в предната камера на дясното око.*

♦ Взет секрет от долните конюнктивални сакове на лявото и дясното око, както и от язвата на роговицата на дясното око за посевка с антибиограма.

Предприето незабавно лечение (в домашна обстановка):

♦ 1 ампула Diprophos + 1/2 ампула Lidocain 2 % парабулбарно. Д.О.

♦ 1/2 ампула Gentamycin + 1/2 ампула Lidocain 2 % парабулбарно. Д.О.

♦ Tobrex collyr

♦ Mydrum collyr

♦ Oftaquix

♦ Fucithalmic

♦ Oculotect gel

♦ Duracef 1.0 – 1 таблетка на 8 часа

♦ Centrum с лутеин – 1 таблетка дневно.

2 дни от началото на лечението:

♦ Липсва хипопион.

♦ Леко намаление на язвата на роговицата.

6 дни от началото на лечението:

♦ Липсва хипопион.

♦ Липсва язвата на роговицата.

Изолирани микроорганизми: 7 дни от вземане на материала за посевката

♦ **КОНЮНКТИВИ:**

PPM: Providencia

CNS (коагулаза – негативни стафилококи)

♦ **РОГОВИЧНА ЯЗВА:**

PPM: Providencia

CNS (коагулаза – негативни стафилококи)

Staphylococcus epidermidis

Candida albicans

Окончателна диагноза след получаване на резултата от микробиологичното изследване е:

Остър **смесен** бактериален и микотичен кератит с язва на роговицата и хипопион в предната камера на дясното око.

Летален изход на пациента поради уремия. □



Фиг. 1. Хипопион в предна камера и язва на роговицата – 1-ви ден.



Фиг. 2. Язва на роговицата 1-ви ден – оцветяване с флуоресцеин.



Фиг. 3. Язва на роговицата и липсва хипопион – 2 дни след лечението



Фиг. 4. Язвата на роговицата вече липсва – 6 дни от началото на лечението



Фиг. 5. Язвата на роговицата е все още видна при оцветяване с флуоресцеин.



Фиг. 6. Язвата на роговицата вече липсва при оцветяване с флуоресцеин.

Изказвам благодарност за оказаното съдействие при лечението на пациента на д-р Иван Желев – Очна клиника на НМТБ „Цар Борис III“, София – за съветите; д-р Мариана Радева – микробиолог-вирусолог към СМДЛ „Медика“, Велико Търново; д-р Карамелски – управител на СМДЛ „Медика“, Велико Търново; съпругата на пациента.

Библиография:

1. Учебник по офталмология, под редакцията на проф. Веселин Танев, 2000 г.
2. Учебник по очни болести, под редакцията на проф. Искра Маждра-кова-Чалманова, 1995 г.
3. Роговица, проф. Чарлз Макгий, г-р Христина Групчева, 2000 г.
3. Корекция с контактни лещи, г-р Христина Групчева, доц. Парашкева Цанева, 2003 г.
4. Офталмология – патология на зрителния анализатор, под редакцията на проф.

- Жак Фламан, 2006 г.
5. Спешна офталмология, под редакцията на проф. Стоилен Дъбов, 1980 г.
6. Офталмология за общо-практикуващия лекар, проф. Иван Василев, доц. В. Василев
7. Учебник по очни болести, под редакцията на проф. Стоилен Дъбов, 1973 г.
8. Учебник по очни болести, Даниил Данилов, Т. Углова, Д. Аргуров, Вл. Денев, 1957 г.
9. Infections of the eye, Second edition, K. Tabbara, R. Hynduik, 1986, 22. Bacterial keratitis – Clifton Cockington, Robert Hynduik

ФАРМАКОЛОГИЯ

ЕНТАН И ОПИТЪТ НИ ПРИ ПРИЛАГАНЕТО МУ ЗА НЕОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ХЕМОРОИДАЛНАТА БОЛЕСТ

Д-р Таню Славчев – хирург
МБАЛ „Ескулап“ – Пазарджик

Неоперативното отстраняване на хеморойдите се рекламира много. Голям е и интересът на пациента към възможността да се излекува от неприятното страдание без скалпел. Тези два фактора създадоха условия за комерсиализиране на метода и недооценка на индикациите за приложението му. По тези причини не закъсняха и неблагоприятията.

Нашият екип заложи на факта, че няма отделен болен орган, а боледува целият организъм. Поради това и лечението трябва да е комплексно – поетапно прилагане на медикаментозно и инструментално отстраняване на заболяването.

От една година подготвяме пациентите, 15 дни преди манипулацията, с 2х1 капсула Ентан. След това извършваме безкръвно отстраняване на хеморойдите и в следващите 30 дни прилагаме по 1 капсула Ентан.

Преминалите този курс на лечение повече от 40 пациенти са с добри лечебни резултати и без усложнения.

Прегонеративната оценка и следоперативното проследяване, освен чрез обективен статус се доуточнява и чрез ректороманоскопия. Тя се извършва на 50-ия ден след манипулацията.

При контролната група от 15 пациента, нежелаещи да се обременяват с медикаменти, възстановяването бе два пъти по-бавно.

Работата ни върху приложението на Ентан продължава, като имаме желание да го сравним и с други подобни медикаменти.

До тук получените резултати ни дават правото да го прилагаме рутинно при безкръвната хеморойдектомия, както и при пациенти, нежелаещи да се подлагат на инвазивни процедури. Добрият лечебен ефект, в съчетание с ниската цена и липсата на гразнене от страна на стомашно-чревния тракт, ни дава основание да го предпочитаме пред редица други медикаменти. □

За подробна информация и личен контакт:

Д-р Таню Славчев – хирург,
тел.: 0887877412, МБАЛ „Ескулап“ – Пазарджик



Нахчиев

Уважаеми д-р Нахчиев,

Във сърцето Ви благодаря за всичко
което направихте за моя сестра! - И това

не се забравя!

Вие сте преди всичко ^{моя} "Совен" и моят
лекар!

10.04.2008.

С уважение Мария Старова-Яв.