

КП № 135 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА РЕТИНА, СЪГКЛОВИДНО ТЯЛО И ТРАВМИ, ЗАСЯГАЩИ ЗАДНИЯ ОЧЕН СЕГМЕНТ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

209	Процедури за прилагане, поставяне или премахване върху ретина, хороидея или задна камера
42566-00	Магнитно отстраняване на вътреочно чуждо тяло от задния сегмент <i>Не включва:</i> такава чрез инцизия (42569-00 [210])
210	Инцизионни процедури на ретина, хороидея или задна камера
42569-00	Немагнитно отстраняване на вътреочно чуждо тяло от задния сегмент <i>Включва:</i> такава чрез инцизия
211	Деструктивни процедури на ретина, хороидея или задна камера
отчита се само при ретинопатия при недоносени деца	
42809-00	Деструкция на ретина чрез фотокоагулация Деструкция на хориоретинална лезия чрез фотокоагулация
214	Други процедури на ретина, хороидея или задна камера
90080-00	Други процедури на ретина или хороидея
90080-01	Други процедури на задна камера
212	Възстановяване при отлепване на ретина
Възстановяване при разкъсване на ретина <i>Не включва:</i> ревизия на предишна процедура при отлепване на ретината (42779-00 [213])	
42773-01	Възстановяване на отлепване на ретина чрез криотерапия Пневматична ретинопексия <i>Не включва:</i> такава с: • склерално огъване (42776-00 [212]) • витректомия (42725-00 [207])
42776-00	Възстановяване отлепване на ретината чрез склерално огъване <i>Включва:</i> въздушна тампонада криотерапия диатермия течност/газ обмен имплант витректомия
90079-00	Друго възстановяване на ретинално отлепване Възстановяване на отлепване на ретина БДУ
209	Процедури за прилагане, поставяне или премахване върху ретина, хороидея или задна камера
42812-00	Отстраняване на хирургически имплантиран материал от задния очен сегмент Отстраняване на: • опасващ силикон: • лента • тръба

• имплант: • заден очен сегмент • ретина • склера (извивка)	
207	Витректомия
42719-01	Премахване на стъкловидно тяло, преден достъп Витректомия БДУ
42722-01	Премахване на стъкловидно тяло с освобождаване на витреални ленти Витректомия чрез склеротомия на задна камера (парс плана достъп) <i>Включва:</i> подмяна на стъкловидно тяло <i>Не включва:</i> такава с: • капсулехтомия (42731-00 [201]) • екстракция на очна леща (42731-01 [200]) • отстраняване на преретинална мембрана (42725-00 [207])
208	Други процедури на стъкловидно тяло
90078-00	Други процедури на стъкловидно тяло
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури **от различни блокове**, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура **92191-00** или **92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение минимум III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Очни болести“. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Очни болести“.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Очна клиника/отделение*
2. Операционен блок/зали - оборудвана с коаксиален микроскоп, апарат за парс плана витректомия, лазерна апаратура, операционен микроскоп
3. Клинична лаборатория II ниво
4. Апаратура за А и Б ехография на око и орбита

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то по изключение може да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по очни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено
1. Микробиологична лаборатория на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Имплант (силиконово масло и тежки течности)	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Експандиращи газове	НЗОК не заплаща посочените изделия
Импланти за еписклерално усилване	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по очни болести – трима, за структури от III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Очни болести“;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивна терапия.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по очни болести – трима, за структури от III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Очни болести“;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивна терапия.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Операционният блок/зали в лечебното заведение следва да бъдат специализирани само за очна хирургия (в тях да се извършва само очна хирургия).

Лекарят със специалност по очни болести следва да има минимум две години трудов стаж след придобиване на специалността в очна клиника/отделение, където се извършва хирургия на ретина и стъкловидно тяло (удостоверено с документ от управителя на лечебното заведение).

Допълнителна квалификация на специалиста – сертификат за проведено обучение по хирургия на стъкловидно тяло и ретина.

Допълнителна квалификация на специалиста – сертификат за проведено обучение по ехография на око и придатъци.

Допълнителна квалификация на специалиста – сертификат за проведено обучение за работа с лазерна апаратура.

КТ/МРТ - допускат се договорни отношения с друго ЛЗ за осигуряване на дейността.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Оперативно лечение чрез хирургични интервенции на задния очен сегмент при пациенти с:

- вътреочно чуждо тяло;
- горни отлепвания на ретината;
- отлепвания на ретината с давност до 1 седмица;
- всички пациенти с травми на задния очен сегмент със и без интрабулбарно чуждо тяло;
- ендокталмит;
- травматично отлепване на ретината, хемофтальм, неекстрахиран интрабулбарни чужди тела;
- тракционно отлепване на ретината с/без разкъсване;
- диагностицирано от очен специалист отлепване на ретината, с дефект или ретинно разкъсване, както и без ретинно разкъсване (ексудат);
- фиброваскуларна пролиферация с тракция на ретината с/без отлепване (диабетна ретинопатия);
- пролиферативна витреоретинопатия в стадий C3-D3 (старо отлепване на ретината);
- дупки и фиброза на макулата;
- мътнини в стъкловидното тяло със или без отлепване;
- сублуксирани и луксирани лещи и остатъци от лещи или ИОЛ;
- ретиносхиза;
- кисти на ретината;
- епи - и субретинни мембрани;
- влажна форма на макулна дегенерация;
- неоваскуларна мембрана при миопия;
- стрие ангиойдес;
- очна хистоплазмоза;
- наличие на имплантиран материал с индикации за експлантация.
-

Индикации за оперативно лечение:

- пролиферативна диабетна ретинопатия, със или без хемофтальм, със или без тракционно отлепване на ретината;
- диагностицирано от очен специалист отлепване на ретината, със или без дефект или ретинно разкъсване, със или без клинични белези на пролиферативна витреоретинопатия (ПВР);
- кръвоизливи в стъкловидното тяло или помътняване на същото;
- луксирана в стъкловидното тяло биологична или артефициална леща;
- исхемични зони в периферията на ретината при новородени деца;
- интрабулбарни чужди тела;
- епи- и субретинни мембрани;
- ретинопатия на недоносеното.

Контраиндикации за оперативно лечение:

- инфекция на орбитното съдържимо (флегмон на орбитата) и придатъците;
- некомпенсирани тежки общи заболявания;
- некомпенсиран диабет – след задължителна консултация на ендокринолог.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.**Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.****Потвърждаване на диагнозата в болнични условия – офталмологичен статус**

- визус;
- офталмоскопия – директна или индиректна;
- тонометрия;
- биомикроскопия – индиректна, оглед с триогледалното стъкло на Goldman.

Забележка – задължително при:

- влажна форма на макулна дегенерация;
- неоваскуларна мембрана при миопия;
- стрие ангиойдес;
- очна хистоплазмоза;

се провежда флуоресцеинова ангиография. По преценка на лекуващия лекар се провежда и оптична кохерентна томография (ОСТ).

При постъпване в диагностично приемния кабинет се извършват рутинни офталмологични изследвания, а също рентгенография и/или КТ, при необходимост – МРТ. При показания ултразвукова диагностика, лабораторни изследвания, консултация с анестезиолог и кардиолог, при анамнестични данни за алергия – консултация с алерголог.

При травми е необходимо да се извърши в извънболничната или болничната помощ противотетанична профилактика, проби за антибиотици, кръвоспиращи средства при необходимост.

Допълнителни изследвания:

- периметрия;
- ехография;
- електроретинография.

Оперативното лечение се заключава във:

- механично изрязване на стъкловидното тяло през парс плана, почистване на епи- или субретинните мембрани, мембрана лимитанс интерна и заместването му с физиологичен разтвор, въздух, газ или силиконово масло. В някои случаи по показания се прави ендофотокоагулация, криокоагулация или ендодиатермия. Може да бъде съчетано с усилване на склерата чрез еписклерални импланти (пломба, серклаж, пломба и серклаж); комбиниране на факоемулсификация на лещата с парс плана витректомия при предна пролиферативна ретинопатия, травматична катаракта и предна пролиферативна ДР;

- екстракция на чуждо тяло през парс плана от стъкловидното тяло или ретината;
- екстракция на луксирана леща или луксирана изкуствена леща от стъкловидното тяло и ретината;
- възстановяване на ретинално отлепване със силиконова тампонада;
- тампониране с газ;
- евакуация на тампониращ течен силикон;
- ревизия на очната травма, преценка за отстраняване на нежизнеспособни тъкани и реконструкция на запазените тъкани, с цел максимално възстановяване на анатомичната, функционалната и естетична стойност на зрителния анализатор. При наличие на чуждо тяло в очните придатъци или очната ябълка, се извършва екстракция на същото в рамките на 24 часа (по преценка на лекуващите лекари може и по-късно).

В пред- и следоперативния период се използват следните групи лекарствени средства:

- мидриатици;
- антибиотици;
- нестероидни противовъзпалителни медикаменти;
- кортикостероидни препарати;
- миотици;
- локални анестетични колири.

По време на оперативната интервенция се използват локални лекарствени средства: мидриатици, анестетици, кортикостероиди, антибиотици и инфузионни разтвори.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След изследване на офталмологичен статус, допълнителни и високоспециализирани офталмологични изследвания – при необходимост.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- постоперативен пълен или частичен възможен анатомичен успех
- подобрение на постоперативния възпалителен процес.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в *“История на заболяването”* (ИЗ) и в част II на *“Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури”*, бл.МЗ – НЗОК №7.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти “Анестезия и интензивно лечение” и “Очни болести”.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарт “Очни болести”).

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- “История на заболяването”;

- част III на “Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури”, бл.МЗ – НЗОК №7;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от “История на заболяването”.

ДОКУМЕНТ № 4 ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ) ОТЛЕПВАНЕ И ДЕФЕКТИ НА РЕТИНАТА

Какво е ретина?

Ретината е най – вътрешната обвивка на окото, която произхожда от невроектодермата; по същество това е нервна тъкан, чрез която се осъществяват зрителните функции: абсолютна светлочувствителност, различителна светлочувствителност, цветно и формено зрение. Изградена е от два слоя: външен пигментен; вътрешен – сензорна ретина, в който се намират светлочувствителните клетки: пръчици и колбички.

Какво е отлепване на ретината?

Това е заболяване, при което се получава разделяне на двата слоя на ретината - сензорната ретина от ретинния пигментен епител. Различават се регматогенно отлепване, тракционно и ексудативно.

При регматогенното отлепване преминава течност от стъкловидното тяло през разкъсването на ретината и разделянето и на два слоя.

Какви са симптомите ?

- влошаване на зрението;
- метаморфопсии (деформация на образите);
- фотопсии (светкавици);
- ограничение на зрителното поле;

Съществува ли възможност за профилактика?

Болните много често преди отлепване на ретината съобщават за подвижни праховидни мътнини пред очите си, “лятящи мухи” или “цигарен дим”, “светкавици”. Тези симптоми говорят за промени в стъкловидното тяло и за тракции на същото върху ретината. При тези симптоми е наложителен преглед от специалист офталмолог за откриване на рискови зони и дефекти в ретината, които могат да доведат до нейното отлепване.

Рискови фактори за отлепване на ретината

Причина за отлепване на ретината са периферни дегенерации на витреоретината, които ако не са обработени предварително с аргон - лазер коагулация или криопексия, могат при тежки физически усилия, миопия или травма да доведат до нейното отлепване.

Как се поставя диагнозата?

Тя се поставя единствено от специалист офталмолог. След разширяване на зеницата, чрез директна или индиректна офталмоскопия или биомикроскопия с триогледалното стъкло на Голдман се установява вида на отлепването, наличието и разположението на ретиненото разкъсване или дефект на ретината.

Как се лекуват дефектите на ретината с/без отлепване на ретината?

При установяване на дефекти на ретината без отлепване, същите се обработват чрез крио- или фотокоагулация, като се предизвиква ретинопексия около мястото на дефекта. Отлепването на ретината се лекува само оперативно, като се предизвиква еписклерално въгване на склерата с пломбиращ материал на мястото на разкъсването и се усилва екватора на очната ябълка със серклагна лента.

Каква упойка се използва?

Болният се оперира чрез местна или обща анестезия със съответните локални и общи анестетици, прилагане общо на седативни медикаменти и обезболяващи.

Какви усложнения могат да възникнат след операция?

Непълнен анатомичен резултат.

Хеморагия – субретинна, хороидна или в стъкловидното тяло.

Възпаление на очната ябълка или орбитното съдържимо.

В около 30% от случаите се налага повторна операция.

ДИАБЕТНА РЕТИНОПАТИЯ

Диабетът е заболяване, при което се увреждат съдовете в целия организъм, но най-тежките поражения са в ретината, периферните нерви и бъбреците (ретинопатия, полиневропатия и нефропатия).

Какво представлява диабетната ретинопатия?

Поради специфичното увреждане на съдовете в ретината съществуват зони, които не се перфузират и отделят фактори, водещи до образуването на нови съдове. Тези съдове първоначално растат на нивото на ретината и поради непълноценния си строеж лесно предизвикват кръвоизливи. На този етап може да се проведе ефективно лечение с лазерна фотокоагулация. Ако лазерното лечение не е проведено навреме или то е неефективно, развитието на съдовете продължава, те формират мембрани, навлизат в стъкловидното тяло, предизвикват кръвоизливи в него, придръпват и отлепват ретината.

Какви са симптомите?

- намаление на зрението;
- плуващи мътнини;
- деформация на образите;
- ограничение на зрителното поле.

Кога се налага хирургично лечение на диабетната ретинопатия?

При чести и нерезорбиращи се кръвоизливи в стъкловидното тяло и ретината, които пречат ефективната лазерна фотокоагулация.

При частично или тотално отлепване на ретината с или без наличието на кръвоизлив в стъкловидното тяло.

При наличието на мембрани, които упражняват тракции върху централните зони на ретината и водят до намаление на зрението.

Други.

Какво представлява хирургичното лечение на диабетната ретинопатия?

При наличието на някое от посочените състояния се извършва отстраняване на стъкловидното тяло, освобождаване на ретината от мембрани и кръвоизливи, ендофотокоагулация и при необходимост – тампонада на ретината с въздух, газ, тежки течности или силиконово масло. Понякога се налага външна криокоагулация на ретината или цилиарното тяло.

Как се поставя диагнозата?

Диагнозата “диабетната ретинопатия” се поставя единствено от специалист офталмолог след снемане на пълен офталмологичен статус, директна или индиректна офталмоскопия или биомикроскопия с триогледалното стъкло на Голдман. В случаите, когато не е възможно да се огледа очното дъно, е наложително ултразвуково изследване. Преценката за оперативното лечение може да се направи от специалист офталмолог с опит във витреоретиналната хирургия.

Каква упойка се използва?

Използва се местна анестезия, обща анестезия, общо приложение на седативни и обезболяващи средства.

Какви усложнения могат да настъпят?

По време на операцията – кръвоизливи, нараняване на лещата, разкъсване на ретината, невъзможност за разгъване на ретината и др.

След операцията – нови кръвоизливи в ретината и стъкловидното тяло, ново отлепване на ретината, възпаление на очната ябълка и придатъците на окото, непълен анатомичен резултат, повишаване на очното налягане и др.

ПРОЛИФЕРАТИВНА ВИТРЕОРЕТИНОПАТИЯ

Какво трябва да знае пациента за тази диагноза?

Пролиферативната витреоретинопатия е състояние на ретината, при която тя е отлепена (надигната) над подлежащата тъкан (в случая хориоидеята) и по този начин тя не може да се изхранва. Причината, за да стои ретината надигната (отлепена), са пролиферации, като мембрани или разраствания, които са се получили над ретината или под нея и са срастнали за нея, като я придърпват по такъв начин, че тя се нагъва, подобно на кожа от “мачкан лак”.

Диагнозата и начинът на оперативно лечение са строго индивидуални и са различни при всеки пациент.

Причините

Причините, за да се получи пролиферативна ретинопатия са:

- старо отлепване на ретината, което няколко месеца не е третирано оперативно;
- третирано вече оперативно отлепване, което не е довело до слягане (залепване) на ретината;
- третирано оперативно отлепване на ретината, което в последствие се е отлепило отново и вече не е възможно да се третира по конвенционалните оперативни методи;
- “гигантски” разкъсвания на ретината, които често водят до масивни разраствания в базата на стъкловидното тяло;
- дезинсерции на ретината (откъсване на ретината от нейната база), най-често вследствие на тъпи травми или други причини;
- травматични наранявания на очната ябълка, например: разкъсни или прободни наранявания, с изтичане на вътреочното съдържимо;
- травматични наранявания на очната ябълка с вътреочни чужди тела, които могат да се екстрахират (извадят) само чрез витректомия;
- наследствени заболявания, засягащи плътността на стъкловидното тяло, като синдром на Вагнер или синдром на Голдман-Фавър.

Не всички отлепвания на ретината, третирани (оперирани) по конвенционалния начин би трябвало да доведат до слягане (залепване) на ретината. Ако това не стане, се налага нова операция, която или е пак конвенционална или е витректомия през плоската част на цилиарното тяло.

Целта на витректомията е да се екстрахира (извади) стъкловидното тяло от кухината на окото, да се “почистят” и отлепят разрастванията и надретинените мембрани, така че ретината да не се придърпва повече. При голям брой от случаите, въпреки освобождаването на ретината от придърпванията на мембраните и пролиферациите, тя не сляга и е необходимо тампониране, т. е. разгъване на ретината. Тампонирането на ретината се осъществява, като в стъкловидната кухина се инжектира силиконово масло. Около 8 до 10 месеца след въвеждането на силиконовото масло в окото, ако то не се екстрахира (извади), е възможно да се получи вторична катаракта, която налага отделно оперативно лечение.

В по-редки случаи разгъването (тампонирането) на ретината може да се осъществи и чрез въвеждане на специален газ във вътрешността на окото, но това става по преценка на лекуващия лекар, според медицинските показания.

Витректомията през плоската част на цилиарното тяло е операция, която се прави само в специализирани очни клиники.

НЕОВАСКУЛАРНИ МЕМБРАНИ В МАКУЛНАТА ЗОНА /МАКУЛНА ДЕГЕНЕРАЦИЯ, ПАЦИЕНТИ С НЕОВАСКУЛАРНА МЕМБРАНА ПРИ МИОПИЯ, ПАЦИЕНТИ С ДИАГНОЗА СТРИЕ АНГИОИДЕС И ПАЦИЕНТИ С ОЧНА ХИСТОПЛАЗМОЗА/

Какво е макулна зона?

Макулната зона е най-централната част от ретината, с която човек чете, вижда част от пространството, което фиксира и е съставена от високо диференцирани клетки, наречени колбички. Тази част от ретината, освен изброените функции, отговаря за възприемането на цветовете в заобикалящия ни свят и качеството на зрение в светлата част на деня.

Какво е неоваскуларна мембрана в макулната зона?

Това е една мембрана с много новообразувани съдове, които унищожават постепенно високо диференцираните клетки колбички и се понижава зрението постепенно до пълна загуба.

Какви са симптомите?

- влошаване на зрението и то в централната част, невъзможност да се чете и вижда в далечината;
- метаморфопсии (деформация на образите);
- фотопсии (светкавици);
- централен дефект на зрителното поле.

Съществува ли възможност за профилактика?

Ако диагнозата е поставена в началото на процеса, чрез антиоксиданти и специално подбран хранителен режим при част от пациентите може да не настъпи динамика на процеса.

Рискови фактори за неоваскуларната мембрана:

- Възраст
- Храни с високо съдържание на масти
- Диабет
- Хипертонична болест
- Атеросклероза
- Генетични фактори
- Стресови ситуации;
- Тютюнопушене
- Раса
- Пол

Как се поставя диагнозата?

Тя се поставя единствено от специалист – офталмолог. След разширяване на зеницата, чрез директна или индиректна офталмоскопия или биомикроскопия с триогледалното стъкло на Голдман се установява вида на патологичния процес в макулната зона. За точната диагноза е необходимо извършването на прецизна периметрия (изследване на зрителното поле) и ФА (флуоресцеинова ангиография).

Как се лекува неоваскуларната мембрана?

При установена диагноза на неоваскуларна мембрана в макулната зона лечението се извършва чрез антиангиогенни препарати, разрешени за употреба в Република България. Съвременните методи на лечение могат да бъдат комбинирани по преценка на лекуващия лекар.

Най-подходящият метод за лечение на пациента се избира от лекуващия лекар.

При част от лечебните процедури лечението се повтаря през различни периоди (трикратно).

Каква упойка се използва?

Повърхностна анестезия с пропаракаин хидрохлорид (Proxymetacaine).

Какви усложнения могат да възникнат след операция?

Непълнен анатомичан субстрат, рядко влошаване.

Хеморагия – субретинна, хороидна или в стъкловидното тяло.

Възпаление на очната ябълка или орбитното съдържимо.

Повишено вътреочно налягане.

Засягане на лещата – развитие на „перде“.

Отлепване на ретината.