

КП № 130 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ ПРИДАТЪЦИТЕ НА ОКОТО С ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

1677	Възстановяване на блефароптоза
	<i>Не включва:</i> реоперация за корекция на предишно възстановяване на блефароптоза (виж блок [1688]) ревизия на шевове на мускул леватор след предишна корекция на блефароптоза ([1687])
45623-00	Корекция птоза на клепач чрез техника с шев на мускул фронталис
45623-02	Корекция птоза на клепач чрез резекция или подобряване на мускул леватор
45623-03	Корекция птоза на клепач чрез друга техника на мускул леватор
45623-04	Корекция птоза на клепач чрез тарзална техника
1688	Реоперация за корекция на предишно възстановяване птоза на клепач
	Реоперация за блефароптоза <i>Не включва:</i> ревизия на шевове на мускул леватор след предишна корекция на блефароптоза (45625-00 [1687])
45624-05	Реоперативна корекция на предишна възстановителна процедура при птоза на клепач, чрез други техники Реоперативна корекция на предишна възстановителна процедура при блефароптоза БДУ
239	Процедури за ектропион или ентропион
42866-00	Възстановяване на ектропион или ентропион чрез опъване или скъсяване на долни ретрактори Репозиция на задна ламела на клепача чрез опъване или скъсяване на долни ретрактори
42866-01	Възстановяване на ектропион или ентропион чрез друго възстановяване на долните ретрактори Репозиция на задна ламела на клепача чрез друго възстановяване на долни ретрактори
45626-01	Корекция на ектропион или ентропион с клиновидна резекция Тарзokonюнктивално диамантно възстановяване на ектропион
1669	Смесен графт
	Хондрокутанен Хондромукозен } графт
45656-02	Смесен графт на клепач Септохондромукозен графт на клепач <i>Не включва:</i> графт при симблефарон (45629-00 [1676])
237	Реконструктивни процедури на клепач
90095-00	Реконструкция на клепач с графт от космени фоликули пренасяне на тарзokonюнктивален ръб от противоположното око
1684	Реконструкция на клепач и ухо

45671-01	Реконструкция на клепач с ламбо, единствен или първи етап Abbe ламбо на клепач, първи етап Frické (чело) ламбо Tripiet (горен клепач) ламбо <i>Кодирай също когато е направена:</i> • септохондромукозен графт на клепач (45656-02 [1669])
45614-00	Реконструкция на клепач Реконструкция на клепач, БДУ <i>Не включва:</i> такава с: • ламбо (45671-01, 45674-01 [1684]) • графт: • космени фоликули (90095-00 [237]) • мукозен (45656-02 [1669]) • кожен (45400-01, 45403-01 [1641], 45400-00 [1642], 45485-00 [1643], 45448-00 [1645], 45451-10 [1648], 45451-00 [1649])
246	Ексцизионни процедури на слъзна система
42593-00	Ексцизия на слъзна жлеза Ексцизия лезия на слъзна жлеза Дакриоаденектомия <i>Включва:</i> инцизия на клепачен лоб
250	Други процедури на слъзната система
90088-00	Други процедури на слъзната система
246	Ексцизионни процедури на слъзна система
42596-01	Ексцизия на слъзен сак Биопсия на слъзен сак Ексцизия на лезия на слъзен сак
247	Възстановителни процедури на слъзна система
90092-00	Възстановяване на слъзен отвор, неклассифицирано другаде
42605-00	Възстановяване на слъзни каналчета
42623-00	Дакриоцисториностомия [DCR] Фистулизация на слъзен сак към носна кухина <i>Кодирай също когато е направена:</i> • създаване проходимост на слъзен канал (42599, 42602 [249]) • поставяне на назолакримална тръба/стент (42608 [242]) <i>Не включва:</i> реоперация, вторична или последваща процедура (42626-00 [248]) такава с оформяне на конюнктивално платно (42629-00 [247])
42629-00	Конюнктиводакриоцисториностомия [КДЦРС] Дакриоцисториностомия с оформяне на конюнктивално платно <i>Кодирай също когато е направена:</i> • създаване на слъзна проходимост (42599-00, 42599-01, 42602-00, 42602-01 [249]) • поставяне на назолакримална тръба/стент (42608-00, 42608-01 [242])
255	Възстановителни процедури на конюнктива

90093-00	Конюнктивопластика
256	Други процедури на конюнктива
90089-00	Други процедури на конюнктива
216	Корекция на страбизъм
	Корекция на страбизъм: • изтегляне • удължаване • вдлъбване • резекция • скъсяване
42833-00	Процедура при страбизъм включваща 1 или 2 мускула, 1 око
42839-00	Процедура при страбизъм включваща □ 3 мускула, 1 око
42839-01	Процедура при страбизъм включваща □ 3 мускула, 2 очи
217	Друго възстановяване на екстраокуларен мускул
42854-00	Възстановяване на руптурирал екстраокуларен мускул Освобождаване на прободен } Лизиране на адхезии } екстраокуларен мускул Възстановяване разкъсване на: • екстра-окуларен мускул или сухожилие • капсула на Tenon
220	Други процедури на екстраокуларен мускул
90081-00	Други процедури на екстраокуларен мускул или сухожилие
222	Орбитотомия
42534-00	Орбитотомия с инсерция на орбитален имплантант
42533-00	Експлоративна орбитотомия Орбитотомия БДУ Включва: дренаж Не включва: такава с: • биопсия (42533-01 [224]) • ексцизия на лезия (42542-00 [224]) • отстраняване на чуждо тяло (42542-01 [224])
164	Вторични процедури след отстраняване на очната ябълка
	Включва: процедури на анофталмична орбита или сак Не включва: такава с: • енуклеация на очна ябълка (42506-01, 42509-00, 42510-00 [161]) • евисцерация на очна ябълка (42515-00 [161])
42528-00	Вторична трансплантация в екзентерационна кухина
42518-01	Поставяне на изкуствен имплант към анофталмична орбита Не включва: интегриран имплант (42521-01 [164])

остеоинтегриран имплант (45794-02 [1698], 45797-02 [1697])

42527-00 Ревизия на анофталмична орбита

Подготовка на контрахирана орбита

Реконструкция контрахирана орбита

Включва: вграждане на:

- калъп
- стент

мукозен мембранен графт

Кодирай също когато е направено:

- вграждане в анофтalmична орбита:
- изкуствен имплант (42518-01, 42521-01 [164])
- съгласувател преди временна\постоянна\протеза (42521-00 [164])

221 Процедури за прилагане, поставяне или премахване върху орбита

90606-02 Премахване на орбитален имплант

Включва:	алопластичен	}	имплант (патч)
	Силиконов	}	
	синтетичен (изкуствен)	}	

Не включва: този от анофтальмична орбита (42518-04 [164])

228 Други възстановителни процедури на орбита

42530-02 Възстановяване рана на орбитата

224 Орбитотомия с биопсия или эксцизия

Не включва: отстраняване и замяна на кост (виж блок [227])

42542-00 Експлоративна орбитотомия, преден аспект, с ексцизия на лезия

1835 Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

11207-01 Светлинна биомикроскопия

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.

При диагнози: C43.1;C 44.1; C49.0, една от диагностичните процедури, за завършване на клиничната пътека задължително е КТ/МРТ с кодове по КСМП – 56013-00/56013-01/56013-02/56013-03/90901-01.

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.

Стикер за вложените импланти само при алогенна трансплантация - алогофт при отчитане на кодове 45671-01, 45656-02, 90095-00 и 42528-00 задължително се залепва в ИЗ.

При липса на залепен в ИЗ стикер за вложен алогофт, пътеката не се счита за завършена.

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

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение минимум II 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. Клиника/отделение по очни болести*
2. Операционен блок/зали, с операционен микроскоп
3. Клинична лаборатория I ниво
4. Апарат за А 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/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия

2. Микробиологична лаборатория на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Еднопътни и двупътни канюли и тръбички за траен терапевтичен ефект	НЗОК не заплаща посочените изделия
Импланти	НЗОК не заплаща посочените изделия
Трансплантати	НЗОК не заплаща посочените изделия
Вискозубстанция; оцветители	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 – двама, за структури от II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Очни болести“;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

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

- лекар със специалност по очни болести – двама, за структури от II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Очни болести“;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

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

Оперативните процедури при деца на възраст до 16 години се извършват препоръчително под обща анестезия.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Лаборатория по клинична патология – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

Апарат за Б ехография – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

Лекарят със специалност по очни болести следва да има една година хирургически стаж след придобиване на специалността (удостоверено чрез декларация от управителя на ЛЗ).

Допълнителна квалификация на специалиста – наличие на сертификат за проведено обучение по ехография на око и придатъци; сертификат за допълнителна квалификация по страбология (допълнителна квалификация по страбология се изисква само за специалисти, които отчитат дейности по кодове както следва: 42833-00; 42833-00; 42833-00; 42833-00; 42833-00; 42833-00; 42833-00; 42839-00, 42839-01; 42839-00, 42839-01; 42833-00; 90081-00.

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 на придатъците на окото с голям обем и сложност при пациенти с:

- остро възпаление на слъзна жлеза, слъзна торбичка и каналикули;
- остро гнойно възпаление на клепачите (абсцес, флегмон, фурункул);
- остро и хронично възпаление на орбита;

- лацero-контузни рани на клепачи и орбита с или без наличие на чуждо тяло в придатъците;
- травматична дезинсерция на очедвигателен мускул;
- тежки термични и химически изгаряния на придатъците от III и IV степен.
- тумори на орбитата или придатъците;
- невъзможност за носене на протеза след енуклеация на очна ябълка;
- вродени и придобити аномалии на слъзната система, изискващи оперативно лечение;
- калкулоза на слъзното каналче или торбичка;
- ектазия и хидпрос на слъзната торбичка;
- хроничен каналикулит и дакриоцистит;
- хронични възпалителни заболявания на клепачите;
- гранулом на орбита;
- деформации и промени в положението на клепачите
- анофтalmична орбита;
- страбизъм подлежащ на оперативно лечение.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични процедури.

Общ офталмологичен статус – задължително изследване на:

зрителна острота, офталмоскопия, светлинна биомикроскопия;

тонометрия – по показания

По индикации:

- ширмер-тест при „сух синдром“;
- ортоптичен статус, изследване на фиксация, изследване на рефракция, кератометрия, координиметрия;
- екзофталмометрия;
- образна диагностика на око и придатъци (рьо графия на глава – орбита, синуси, каналис нерви оптици и села турцика; бял дроб, сърце, кости и стави; ехография на око, орбита и др. локализации, черен дроб; КТ и МРТ).
- вземане на кръв за извършване на клинично-химични и хематологични изследвания;
- вземане на кръв и/или материал от око за извършване на серологично, микробиологично, паразитологично, вирусологично, имунологично, патохистологично изследване;
- консултации с други специалисти (ревматолог, фтизиатър, УНГ, стоматолог, невролог, неврохирург, дерматолог, АГ, уролог, гастроентеролог и др.)

При операции за тумори патологичният материал задължително се изпраща за патоморфологично изследване.

Медикаментозно лечение - по показания:

- мидриатици и миотици;
- циклоплегици;
- антибиотици - локално и/или общо;
- НСПВС - локално и/или общо;
- кортикостероиди - локално и/или общо;
- противовирусни средства;

- туберкулостатици;
- антипаразитни средства;
- антимикотични средства;
- цитостатици, антиметаболити, имуносупресори;
- антихистамини;
- витаминотерапия;
- аминостимулатори;
- лубриканти;
- антиглаукомна терапия;
- локални анестетични колири.

ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СТРАБИЗЪМ

Предоперативни и следоперативни консултативни прегледи от анестезиолог - интензивен терапевт, по показания - детски алерголог.

Хирургичното лечение цели успоредяване на очните оси, което е абсолютно необходимо условие за създаване или възстановяване на бинокулярното зрение. Операцията се състои в достъп до външен очен мускул и прилагане върху него на отслабващи /усилващи или пластични оперативни техники.

ОПЕРАТИВНОТО ЛЕЧЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ И ДОБРОКАЧЕСТВЕНИ ТУМОРИ

на окото и придатъците му има за цел отстраняване на туморната формация в здрава тъкан и възстановяване целостта на тъканите. Диагностичните процедури за доказване наличие на тумор и параметрите на лезията (тумора), освен изброените, които се включват в обстойното офталмологично изследване, са: екзофталмометрия, ехография на око и орбита, КТ на глава и МРТ.

При диагнози: C43.1; C 44.1; C49.0, диагностичните процедури - КТ/МРТ са задължителни.

В зависимост от вида и локализацията на тумора оперативното лечение включва: ексцизия (диатермоексцизия) със или без последваща пластика, евисцерация или енуклеация на очната ябълка и екзентерация на орбитното съдържимо - частична или тотална.

При доброкачествени тумори видовете оперативни процедури могат да бъдат: ексцизия или деструкция на тумори на око и придатъци, със или без пластика.

ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧЕН ДАКРИОЦИСТИТ

1. Външна дакриоцисториностомия (ВДЦРС).

Представлява оперативно съюстие между кухината на слъзната торбичка и средния носов ход, заместващо увреденото от дакриоцистита естествено съюстие на дуктус назолакрималис в долния носов ход. Няма възрастови противопоказания за осъществяване на ВДЦРС.

Прилага се местна или обща анестезия (при деца). Прави се разрез в областта на вътрешния орбитен ръб дълъг 3.0 см (1 см над и 2 см под лиг. палп. мед.) със срязване на лигамента. Открива се медиалната стена на торбичката, назална и лакримална кости, кокто и процесус фронтотис на максилата. Извършва се трепанация в тази област с длето или фрези (с диаметър 11 mm) за формиране на костен отвор - с една изрезка при деца, две застъпващи се при възрастни (16 mm хоризонтално). Н образен разрез на носната лигавица с оформяне на задно и предно ламбо. Такъв разрез се извършва и на насрещната медиална стена на торбичката. Зашиват се задните ламба. Интубират се слъзните каналчета със силиконови, или венкатни тръбички, краищата на които се поставят в лумена на дренажна тръбичка в анастомозата и се извеждат през съответната ноздра навън. Зашиват се и предните ламба. Шев на кожа и подкожие с копринен конец 4/0. Поставя се умерено - компресивна риванолова превръзка за 2 - 4 дни, когато се сменя дренажната тръбичка. Назначава се парантерално широкоспектърен антибиотик. Интубационните тръбички се снемат след 1 до 3 м.

ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ИНФЕКЦИИ И ВЪЗПАЛИТЕЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Инцизията на клепачен или орбитен абсцес е манипулация, целяща евакуиране на гнойното съдържимо и осигуряване на постоянен дренаж.

Диагностичните инвазивни процедури представляват получаване на аспират от предна камера и стъкловидно тяло или биопсия от вътреочни структури, придатъци или орбита с цел етиологично или хистологично изясняване на заболяването. При индикации е възможно диагностичната парацентеза да премине в терапевтична.

Субконюнктивни, субтенонови, пара-, ретробулбарни и интравитреални инжекции целят вкарване на медикамент и постигане на максимален терапевтичен ефект, преодолявайки кръвно-очната бариера. Честотата и вида на приложението се определят в зависимост от заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След рутинните офталмологични изследвания, консултации, проведени допълнителни образни и други изследвания и на база проведеното оперативно лечение.

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:

Пациентът се дехоспитализира след:

- етиологично уточняване;
- добре адаптиран оперативен разрез;
- липса на прояви на възпаление или умерено репаративно възпаление (при тумори);
- възстановена проходимост на слъзни пътища;
- без признаци за отхвърлянена авто-/алотъкани.

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:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

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

3.3. 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)

СТРАБИЗЪМ

Какво представлява страбизмът (кривогледство)?

Страбизъм представлява заболяване, при което очните оси на двете очи не са успоредни. Изкривяването на окото може да е постоянно или непостоянно и отклонението да е навътре, навън, нагоре или надолу. Може да се изкривява само едното око или и двете посменно.

Страбизмът е с честота до 4% сред децата, и засяга еднакво двата пола. Може да е вродено състояние или да се появи в по – късна възраст.

Често в семействата на деца със страбизъм има родственици с кривогледство, “мързеливо” око или рефракционни отклонения.

Как двете очи работят заедно?

За да се вижда нормално, двете очи трябва да гледат в един и същи обект едновременно, като всяко око наблюдава обекта под леко различен ъгъл и до мозъка достигат две отделни изображения. Способността на мозъка да ги слее в единично триизмерно възприятие, се нарича фузия. Мозъкът контролира и очедвигателните мускули (шест мускула във всяко око), които трябва да функционират в координация и синхрон.

Коя е причината за страбизма?

Точната причина за появата на кривогледството не е напълно ясна.

Какво става, когато очите не работят заедно?

Когато действията на очедвигателните мускули не са координирани, едното око се изкривява, двете очи не гледат един и същ обект едновременно и мозъкът не може да слее двете изображения – появява се двойно виждане. Пластичността на нервната система у децата довежда до бързото подтискане на втория по – неясен образ на изкривеното око. Ако това подтискане остане трайно, окото става мързеливо от неупотреба.

Кога може да се изследва едно дете за страбизъм?

Никога не е твърде рано за изследване на дете със съмнение за страбизъм.

Как се поставя диагнозата при кривогледство?

Диагнозата се поставя от специалист по очни болести след щателно изследване. Има състояния, които създават съмнение за страбизъм при наличие на нормално двучно зрение и обратното – наличие на кривогледство, което остава неразпознато. Веднъж поставена диагнозата, трябва незабавно да започне лечение – истинското кривогледство никога не минава от само себе си.

Как се лекува страбизмът?

Лечението не е еднократен акт, а е процес, който се състои от :

- а) консервативно – очила, призми, оклузия (закриване на здравото око) и др.;
- б) оперативно – хирургия на очедвигателните мускули, с което се засилва или отслабва действието им.

При някои видове кривогледство предписването на адекватни очила изправя очните оси и не се стига до хирургично лечение. При други видове операцията е наложителна. В повечето случаи консервативното лечение предшества и последва хирургичното. Понякога са необходими повече от една операция, за да се постигне изправяне на очите.

Каква упойка се използва при операцията за страбизъм?

Може да се използва обща; местна с Лидокаин – 2%; капелна.

Какво трябва да се направи в ранния следоперативен период?

Оперираното око трябва да се почиства с памук и преварена вода, а да не се мие 2 седмици. В него се поставят антибиотични капки и мехлем в комбинация с кортикостероид за 7 – 10 дни.

Какви усложнения могат да възникнат по време или след операцията?

Като всяка хирургическа интервенция, операцията на очедвигателните мускули съдържа известни рискове, като кръвозагуба, инфекция, изпускане на мускул, формиране на сраствания от ръбцова тъкан; много рядко усложнения, свързани със загуба на зрението.

ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ И ДОБРОКАЧЕСТВЕНИ ТУМОРИ НА ОКОТО И ПРИДАТЪЦИТЕ МУ

Какво представляват злокачествените тумори с очна локализация?

Това са група заболявания, които неоткрити и нелекувани своевременно могат да доведат до тежки последици дори с риск за живота.

Може ли да се постави ранна диагноза?

Възможна е ранна диагноза. Част от туморите на клепачите, конюнктивата и роговицата са видими. Туморите, локализирани в орбитата протичат с избутване на очната ябълка напред или встрани, двойно виждане, понякога и със смущения в зрението. Вътреочните тумори могат да се проявят с намаляване на зрението, отпадания в зрителното поле, повишено очно налягане, “бяла, котешка зеница” при деца, кривогледство.

Лечими ли са?

Малките и средно големи тумори, локализирани по клепачите, конюнктивата и роговицата, имат местен растеж. Оперативно отстранени навреме, те са с добра прогноза.

При вътреочните тумори в зависимост от локализацията и големината им, се предвиждат два вида лечение – оперативно отстраняване на очната ябълка заедно с тумора или лечение със съхраняване на окото.

В зависимост от локализацията на туморите на орбитата, оперативното лечение се извършва от офталмолог или от неврохирург.

Някои от злокачествените тумори са обект на комбинирано лечение – оперативно, лъче-, химио- и имунолечение.

Какво представляват доброкачествените тумори с очна локализация?

Това са образувания, които имат местен растеж, не дават разсейки и не представляват опасност за живота на болния.

Защо е необходимо лечението им?

Част от доброкачествените тумори могат да ангажират голяма повърхност от клепачите, конюнктивата или орбитата, като предизвикват козметичен и функционален дефект. Някои имат тенденция да се израждат злокачествено.

Лечими ли са?

Напълно са лечими, най-често по оперативен път.

Кои са видовете оперативно лечение при доброкачествените и злокачествени тумори с очна локализация?

Ексцизия на тумора – оперативно отстраняване на тумора в здрава тъкан. За покриване на получените дефекти се налага пластична хирургия.

Енуклеация - оперативно отстраняване на очната ябълка.

Екзентерация – оперативно отстраняване на орбитното съдържимо, очната ябълка и клепачите.

Каква упойка се използва?

Прилагат се местна или обща упойка.

Какви усложнения могат да възникнат?

По време на операцията може да се получи по-изразена кръвозагуба и да се наложи кръвопреливане.

Енуклеацията и екзентерацията предизвикват козметичен и функционален дефект. Уместно е извършването на протезиране.

ПРОНИКВАЩИ И ПЕРФОРАТИВНИ НАРАНЯВАНИЯ НА ОЧНАТА ЯБЪЛКА

Определение:

- при *проникващите наранявания* на очната ябълка, вследствие на травма с тъп или остър предмет се установява нарушаване на целостта на булба (очната ябълка), с или без пролапс на тъкани; с или без вътреочно чуждо тяло.

- при *перфоративните наранявания* имаме нарушаване целостта и на срещуположната очна стена.

Тези пациенти се преглеждат по спешност от офталмолозите и по спешност се насочват към специализирани лечебни заведения за хоспитализация и хирургична обработка.

Задължително в извънболничната или болничната помощ се прави противотетанична профилактика.

В приемно-консултативния кабинет се извършват рутинните офталмологични изследвания, рентгенография или КАТ на орбитата, по показания ултразвукова диагностика за изключване на интрабулбарно чуждо тяло, хемофтальм или отлепване на ретината и хориоидеята. Рутинни лабораторни изследвания, консултация с кардиолог или анестезиолог

с оглед предстоящо оперативно лечение. При пациенти с алергия се извършва съответната консултация.

План за лечение: при тези травми с нарушаване целостта на булба лечението е оперативно, което се състои в ревизия на раната, преценка за отстраняване на нежизнеспособни тъкани и реконструкция на запазените тъкани, с цел максимално възстановяване на анатомичната, функционалната и естетичната 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).

Посттравматичните състояния се приемат в планов порядък и се провеждат горепосочените изследвания. Прави се оценка на посттравматичния синдром, изготвя се план за реконструктивни интервенции на очните тъкани с цел максимална анатомична, функционална и естетична ефективност.

ИЗГАРЯНИЯ НА ОКОТО И ПРИДАТЪЦИТЕ МУ

Определение: Увреждане на окото и придатъците му вследствие термични, химични или лъчеви агенти.

Термичните изгаряния се получават от предмети с висока или ниска температура.

Химичните изгаряния се получават от заливане с киселини или основи (избухнали акумулатори, гасена или негасена вар, различни химични вещества от промишлеността с киселинен или основен характер и др.)

Лъчевите изгаряния се получават най-вече в йонизиращи радиационни лъчения (α , β и x - лъчите), както и при пряко излагане на слънчева радиация (UV-лъчение и др.).

Всички пациенти с изгаряне се приемат по спешност в извънболничната или болничната помощ. Незабавно се извършва промивка с обикновена вода или физиологичен разтвор. Промивката продължава до неутрализиране на лакмуса при химичните изгаряния, както и отстраняване на повърхностни чужди тела. Поставят се епителотонични капки и гелове и без превръзка пациентите се хоспитализират.

При по тежките изгаряния III или IV степен се налага спешна оперативна интервенция - изрязване на некротичните материи, автопластика на конюнктива, пластика на амнион, кератопластика на топло, блефарорафия. Всички тези оперативни интервенции по преценка на оперативния екип могат да бъдат самостоятелни или комбинирани.

При плановата хоспитализация на посткомбустционните синдроми се извършват рутинните офталмологични изследвания, по показания диагностичен ултразвук и/или ERG.

Изход от лечението:

При изгаряния I, II степен прогнозата е добра с почти пълно възстановяване на функциите. При тежките степени на изгаряне III, IV степен много често имаме частична или пълна загуба на функциите с поэтапни реконструктивни операции.