

КП № 133 КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ГЛАУКОМА, СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОКОТО И НЕПЕРФОРАТИВНИ ТРАВМИ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Други болести на хориоидеята

H31.3 Руптура на хориоидеята

H31.4 Отлепване на хориоидеята

Оклузия на съдовете на ретината

Не включва: преходна слепота (G45.3)

H34.0 Преходна ретинална артериална оклузия

H34.1 Централна ретинална артериална оклузия

H34.2 Други ретинални артериални оклузии

Петно на Hollenhorst

Ретинална:

- артериална оклузия:
- клонова
- частична
- микроемболия

H34.8 Други ретинални съдови оклузии

Ретинална венозна оклузия:

- централна
- начална
- частична
- на венозен клон

Други болести на ретината

H35.6 Ретинена хеморагия

Глаукома

Не включва: абсолютна глаукома (H44.5)

вродена глаукома (Q15.0)

травматична глаукома при родова травма (P15.3)

H40.0 Суспектна глаукома

Очна хипертензия

H40.1 Първична глаукома с отворен ъгъл

Глаукома (първична) с повишено ВОН:

- капсулирана с псевдоексфолиация на лещата
- с ниско налягане
- пигментна

H40.2 Първична глаукома със затворен ъгъл

Глаукома със затворен ъгъл (първична)(резидуален стадий):

- остра
- хронична
- интермитентна

H40.3 Вторична глаукома, посттравматична

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код.

H40.4 Вторична глаукома, дължаща се на възпалително заболяване на окото

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код.

H40.5 Вторична глаукома, дължаща се на други болести на окото

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код.

H40.6 Вторична глаукома, предизвикана от лекарствени средства

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, предизвикало увреждане, се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Глаукома при болести, класифицирани другаде

H42.0* Глаукома при болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата

Глаукома при:

- амилоидоза (E85.—†)
- синдром на Lowe (E72.0 †)

H42.8* Глаукома при други болести, класифицирани другаде

Глаукома при онхоцеркоза (B73†)

Болести на очната ябълка

Включва: увреждания, обхващащи множество структури на окото

H44.5 Дегенеративни състояния на очната ябълка

Абсолютна глаукома

Атрофия на очната ябълка

Фтиза на булба

Други болести на зрителния [2-я] нерв и зрителните пътища

H47.0 Болести на зрителния нерв, неклассифицирани другаде

Компресия на оптичния нерв

Кръвоизлив в обвивката на зрителния нерв

Исхемична невропатия на зрителния нерв

Други вродени аномалии на окото

Не включва:

вроден нистагъм (H55)
очен албинизъм (E70.3)
пигментен ретинит (H35.5)

Q15.0 Вродена глаукома

Буфталм

Глаукома на новородено

Хидрофталм

Кератоглобус, вроден, с глаукома

Макрофталм при вродена глаукома

Макрокорнея с глаукома

Мегалокорнея с глаукома

Травма на черепномозъчните нерви

S04.1 Травма на околомоторния нерв

Трети черепномозъчен нерв

S04.2 Травма на нервус трохлеарис

Четвърти черепномозъчен нерв

S04.4 Травма на нервус абдуценс

Шести черепномозъчен нерв

Травма на окото и очната орбита

Не включва:

травма на:
• нервус окуломоториус [трети] (S04.1)
• нервус оптикус [втори] (S04.0)
открита рана на клепача и околоочната област (S01.1)
счупване на кости на орбитата (S02.1, S02.3, S02.8)
повърхностна травма на клепача (S00.1—S00.2)

S05.0 Травми на конюнктивата и контузия на роговицата без споменаване на чуждо тяло

Не включва: чуждо тяло в:

- конюнктивалния сак (Т15.1)
- роговицата (Т15.0)

S05.1 Контузия на очната ябълка и околоочната област

Травматична хифема

Не включва: синина в областта на окото (S00.1)
контузия на клепача и околоочната област (S00.1)

Термични и химични изгаряния, ограничени в областта от окото и придатъците му

T26.0 Термично изгаряне на клепача и периокуларната област

T26.1 Термично изгаряне на корнеята и конюнктивалния сак

T26.5 Химично изгаряне на клепача и околоочната област

T26.6 Химично изгаряне на корнеята и конюнктивалния сак

Кодовете на диагнози към рубриката H42, обозначени със знака (*), не могат да се използват самостоятелно, а изискват основен код за диагноза, посочен в скобите след тях и обозначен със знака (+).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1835 Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

11202-00 Гониоскопия

11206-00 Пахиметрия

160 Процедури за изследване на очна ябълка

42503-00 Офталмологичен преглед

Включва: слит лампа (биомикроскоп)

Не включва: изследване на:

- око, чрез импресионна цитология на корнея (11235-00 [1835])
 - очни дъна (11212-00 [1835])
- при всяка друга процедура на окото – пропусни кода

1990 Друга ангиография

96188-00 Друга фотография на око

Фотография на преден очен сегмент

Включва: интравенозно инжектиране на багрило
множество експозиции
едно или двете очи

204 Аспирация на течно или стъкловидно тяло

Включва: такава чрез парацентеза

42740-01 Диагностична аспирация на стъкловидно тяло

1940 Ултразвук на глава или шия

55030-00 Ултразвук на орбитално съдържание

Ултразвук на око (двупланово) (еднопланово)

1990	Друга ангиография
11215-00	Ретинална фотография на 1 око <i>Включва:</i> интравенозно инжектиране на багрило множество експозиции
11218-00	Ретинална фотография на двете очи <i>Включва:</i> интравенозно инжектиране на багрило множество експозиции
1835	Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания
11212-00	Изследване на очно дъно <i>Включва:</i> венозно инжектиране на багрило офталмоскопия
1952	Компютърна томография на мозък
	Компютърна томография на глава БДУ <i>Не включва:</i> компютърна томография: • при спирална ангиография (57350 [1966]) - при сканиране на: • гръден кош (57001, 57007 [1957]) • и корем (57001-01, 57007-01 [1957]) • лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956]) • средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955]) • орбита (56013-02, 56013-03 [1954]) • питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])
56001-00	Компютърна томография на мозък
56007-00	Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст
2015	Магнитно резонансен образ
90901-08	Магнитно резонансна томография на друго място <i>Включва:</i> кръвоснабдяване на костен мозък
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък <i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
90901-01	Магнитно резонансна томография на глава <i>Включва:</i> лице орбита синуси (етмоидален) (фронтален) (максиларен) (сфеноидален) черепна кост <i>Не включва:</i> такава на мозък: • функционални (90901-09 [2015]) • БДУ (90901-00 [2015])
1835	Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания
92016-00	Тонометрия Измерване на вътреочно налягане
1855	Друга електрокардиография [ЕКГ]
	<i>Не включва:</i> амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854]) тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])

11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
1910	Мозъчна анестезия
92514-19	Обща анестезия Соматично здрав пациент неспешно или не е известно
92514-10	Обща анестезия Соматично здрав пациент процедура, изпълнена по спешност
92514-29	Обща анестезия Пациент с леко системно нарушение неспешно или не е известно
92514-20	Обща анестезия Пациент с леко системно нарушение процедура, изпълнена по спешност
92514-39	Обща анестезия Пациент с тежко системно заболяване, ограничаващо активността му неспешно или не е известно
92514-30	Обща анестезия Пациент с тежко системно заболяване, ограничаващо активността му процедура, изпълнена по спешност
1832	Периметрия
11221-00	Изследване на зрително поле Пълна количествена компютризирана периметрия, двустранна
96040-00	Мануална периметрия, едностранно
96041-00	Мануална периметрия, двустранно
11224-00	Пълна количествена компютризирана периметрия, едностранна
1967	Рентгенография на глава или шия
	<i>Не включва:</i> на шиен гръбнак (58100-00 [1968])
57924-00	Рентгенография на око <i>Не включва:</i> орбита (57912-00 [1967])
1835	Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания
96044-00	Измерване на очната подвижност и бинокулярна функция
11204-00	Електроретинография [ЕРГ] <i>Не включва:</i> схема на електроретинография (11210-00 [1835])
11205-00	Електроокулография [ЕОГ]
92015-00	Визуален евокиран потенциал [ВЕП]
11203-00	Тонография за глаукома <i>Включва:</i> използване на електрическа тонографска машина, даваща директен запис
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

251 Процедури за прилагане, поставяне или премахване върху конюнктива

42824-01 Субконюнктивално приложение на агент
Включва: инжекция на 5-FU [флуорорацил]
Не включва: локални средства – пропусни кода

221 Процедури за прилагане, поставяне или премахване върху орбита

42824-00 Ретробулбарно приложение на алкохол или други лекарства

1876 Умения, придобити по време на движение

Двигателна терапия
 Работа с нарастваща натовареност/трудни условия
Включва: оценка на прогреса
Забележка: Тренинг, включващ умения, изискващи асистирание или наблюдение на клиента при изпълнение на упражнения, с цел подобряване кондицията на тялото, подобряване на здравето или поддържане на форма или като средство за корекция на деформитет или възстановяване на органни и телесни функции до състояние на здраве.

96116-00 Терапия с упражнение, очни мускули

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
 • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
 • фармакологичен агент за:
 • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 • имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 • перфузия (виж блок [1886])
 • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
 хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагуланти

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагуланти

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
 Кортикостероиди

Не включва: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (-00)

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Кортикостероиди

Не включва: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (-00)

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна терапевтична 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 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. Очна клиника/отделение*
2. Клинична лаборатория I ниво

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

6) 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”.

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”.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Пахиметър – на територията на лечебното заведение, изпълнител на клиничната пътека.

Компютърен или кугел-периметър - на територията на лечебното заведение, изпълнител на клиничната пътека.

Апаратурата по т. 4.1. и 4.2. се изисква за ЛЗ, в които се отчита дейност по консервативно лечение на глаукома.

Апаратура за флуоресцеинова ангиография или ангиоскопия на око – допуска се договор с друго ЛЗ за осигуряване на дейността.

КТ/МРТ - допуска се договор с друго ЛЗ за осигуряване на дейността.

5. а ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата по 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.

Клинични симптоми:

При откритоъгълна глаукома: некомпенсирано вътреочно налягане, със или без глаукомни дефекти в зрителното поле и промени в диска на зрителния нерв (глаукомна екскавация), открит камерен ъгъл.

При закритоъгълна глаукома: тесен или закрит камерен ъгъл

- субакутна глаукома - преходен очен дискомфорт, замъгление на зрението при повишение на очното налягане, поради преходен зеничен блок и непълно блокиране на камерния ъгъл.

- при глаукомен пристъп – болки в окото и съответната половина на главата, гадене, повръщане, зачервяване на окото, намаление на зрението, силно повишено вътреочно налягане, поради зеничен блок и пълно блокиране на камерния ъгъл.

- при хронична закритоъгълна глаукома – постоянно повишено вътреочно налягане, на фона на което могат да се развива симптоматика на глаукомни пристъпи поради трайни промени, водещи до затваряне на камерния ъгъл.

При съдови заболявания:

Субективни:

- внезапно намаление на зрението или отпадане на част от зрителното поле.

Обективни:

- исхемичен оток в очното дъно (при артериална оклузия);
- обилни хеморагии в сектор или в цялото очно дъно (при венозните оклузии);
- едем на главата на зрителния нерв (при предна исхемична оптикопатия).

При неперфоративни травми:

- намаление или загуба на зрението;
- кръвоизлив в предната камера.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Консервативно лечение на пациенти с:

- **при глаукома:**
 - глаукомен пристъп при първична или вторична закритоъгълна глаукома – за консервативно лечение.
 - с глаукома инсуспектум, с наличие на три от следните рискови фактори: некомпенсирано ВОН, съмнителни за глаукома промени в ДЗН и зрителното поле, фамилна обремененост за глаукома;
 - с некомпенсирана глаукома;
- **при съдови заболявания на окото:**
 - пресни оклузии на артериален съд;
 - оклузия на венозен съд;
 - предна исхемична оптикопатия;
 - ретинална хеморагия
- **руптура и отлепване на хориоидеята**
- **при неперфоративни очни травми:**
 - контузионен синдром на зрителния анализатор;
 - термични и химични изгаряния на зрителния анализатор.
- **болести на зрителния нерв**
- **травма на ЧМН**
- **консервативно лечение на пациенти след преживени неперфоративни очни травми при:**
 - постконтузионни синдроми;
 - състояния след термични и химични изгаряния.

Пациенти с глаукома постъпват за лечение по клиничната пътека еднократно – с оглед диагностично уточняване.

При изследване на деца под 14 години, при необходимост се прилага обща анестезия за извършване на необходимите изследвания и манипулации. Извършва се задължителна консултация със специалист по АИЛ и се попълва Документ № 2.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

**Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план
ПРИ ГЛАУКОМНО БОЛНИ:**

Диагностични методи:

- светлинна биомикроскопия;
- гониоскопия - задължително;
- офталмоскопия - задължително;
- тонометрия - задължително;
- автоматична или изоптерна периметрия - задължително;
- пахиметрия и изследване на неврофибрилерен слой – препоръчително;
- зрителна острота.

Медикаментозно лечение:

- парасимпатикомиметици (миотици) – директни, индиректни
- симпатикомиметици: адреналин, епинефрин;
- бета – блокери ;
- карбоанхидразни инхибитори: локални и общи;
- алфа-2-агонисти;
- простагландинови аналози;
- хиперосмотични средства: манитол, глицерин и др.
- медикаменти за обща анестезия (при деца);
- болкоуспокояващи средства.

ПРИ СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОКОТО:

Задължителни диагностични методи:

- зрителна острота;
- офталмоскопия;
- тонометрия.

Флуоресцеинова ангиография – по преценка и при възможност от страна на окото.

Медикаментозното лечение включва средства, подобряващи ретинната циркулация – съдоразширяващи, приложени системно; антикоагуланти, съчетани с перорален антиагрегант; съдоукрепващи средства, резорбтивна терапия при масивни хеморагии.

ПРИ НЕПЕРФОРАТИВНИ ОЧНИ ТРАВМИ:

Задължителни диагностични методи:

- зрителна острота;
- биомикроскопия;
- тонометрия – при възможност да се извърши изследването;
- офталмоскопия (при възможност от страна на окото).

Допълнителни изследвания – по преценка.

При контузии на очната ябълка, причинени от различни предмети и предизвикващи различни по клиничен характер синдроми, пациентите се приемат по спешност. Извършват се рутинните офталмологични изследвания, рентгенография или КТ на орбитата за изключване на чуждо интрабулбарно тяло; лабораторни изследвания; консултация с кардиолог и с анестезиолог, с оглед евентуално възникване на индикация за оперативно лечение.

При постконтузионни синдроми на зрителния анализатор пациентите се приемат в планов порядък. Освен рутинните офталмологични изследвания, може да се наложи допълнително изследване на зрително поле с автоматична периметрия, флуоресцеинова ангиография, електроретинография. Прави се план за лечение, съдържащ освен медикаментозно лечение, терапия с аргон или диоден лазер. Тежките химични и термични изгаряния на клепачите, конюнктивата, корнеята, склерата и други тъкани на окото, се приемат по спешност.

При химичните изгаряния на пациента се извършва спешна промивка с обикновена вода, дестилирана вода или физиологичен разтвор. Промивката продължава до неутрализиране на лакмуса. Поставят се антибиотични и/или антисептични капки, епителотонични капки/гелове и се приемат за болнично лечение.

В болнични условия промивките продължават и на следващия ден, ако лакмусът не показва неутралност. Добавят се и други допълнителни медикаменти, като кортикостероиди, нестероидни противовъзпалителни средства, витамини, по преценка на лекуващия лекар.

При пациенти с тежки химични и термични изгаряния, в продължение на една година може да възникнат три или четири посткомбустионни увеити или вторична глаукома, както и цикатрициални промени между клепачи и очна ябълка. В тези случаи пациентите се приемат за терапевтично повлияване с консервативни средства на гореизброените клинични форми.

При пациентите с данни за алергия се извършва консултация с алерголог или интензивен терапевт.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

При глаукома:

Не са необходими допълнителни изследвания за поставяне на диагнозата.

При съдови заболявания:

След получаване на резултатите от проведените изследвания.

При неперфоративни очни травми:

Окончателната диагноза се поставя след рутинните офталмологични изследвания, допълнителните високоспециализирани очни изследвания, ако се наложат такива.

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:

1. уточняване на диагнозата при болни с глаукома, уточняване на консервативното лечение и честотата на следболничното проследяване на състоянието на пациента, евентуално насочване за диспансеризация на болния или отхвърляне на диагнозата;

2. приключване на интравенозните вливания и преминаване на перорална терапия при съдови заболявания, а при усложнени случаи - уточняване на усложненията и лечебния процес;

3. стабилизиране на зрителната острота при неперфоративни очни травми (която не винаги може да остане 1), нормализиране на вътреочното налягане, резорбция на кръв в предна камера, затихване на посттравматичния възпалителен процес;

4. стабилизиране на зрителна острота при планови постконтузионни синдроми (която не винаги може да остане 1), нормализиране на вътреочното налягане, затихване на възпалителния процес;

5. след затихване на възпалителните процеси при спешните химични и термични изгаряния, нормализиране на вътрешното налягане, стабилизиране на зрителната острота (която не винаги може да остане 1);

6. затихване на възпалителния процес при планови посткомбустионни синдроми, нормализиране на вътрешното налягане, стабилизиране на зрителната острота (която не винаги може да остане 1) и стабилизиране на цикатриксиалните процеси.

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.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

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 от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

“Глаукома” е термин употребяван за група невродегенеративни заболявания, причиняващи типични увреждания на зрителния нерв и зрителното поле. В 2/3 от случаите тези промени се дължат на повишено вътреочно налягане, а в 1/3 от случаите - на съдови промени.

Кое вътреочно налягане е нормално? За всеки пациент съществува индивидуална норма за вътреочно налягане (ВОН). Нормално е това налягане при което не съществува опасност от увреждане на зрителния нерв и зрителното поле. Счита се, че границите за нормално вътреочно налягане са между 10 и 21 мм.ж., но при някои състояния като напреднала глаукома с изразени увреждания на зрителния нерв и наличието на други фактори, като атеросклероза, диабет и др. понякога се налага ВОН да се понижи в границите на 10-15 мм ж., за да се спре прогресирането на глаукомните увреждания.

Какви видове глаукома има? Когато глаукомата се развива веднага или наскоро след раждането тя е “вродена” или “конгенитална”. В по-късна възраст различаваме “детска” или “юношеска” глаукома. Най-разпространена е глаукомата след 40 годишна възраст, която не е свързана с други очни заболявания – т.н. “първична глаукома”. Ако заболяването се дължи на други очни заболявания като възпаления, промени в лещата, травми и др. тя се нарича – вторична глаукома.

Какви са глаукомните симптоми? В зависимост от вида глаукомата може да протече почти безсимптомно подобно на “старческото перде” (катаракта), без болки и други оплаквания освен намаление на зрението, дефекти и стеснение на зрителното поле или протича с пристъпи от силно повишение на вътреочното налягане. То се съпровожда с болки в съответното око, слепоочие и половината глава, притъмняване, намаление на зрението, цветни кръгове около лампата, гадене, повръщане. Ако заболяването не се лекува глаукомните уврежданията на зрителния нерв и зрителното поле необратимо прогресират до пълна слепота.

Какви изследвания са необходими за диагностициране на заболяването? Това са: измерване на вътреочното налягане, оглед на зрителния нерв чрез офталмоскопия, изследване на зрителното поле (периметрия), оглеждане на предния очен сегмент и камерния ъгъл (гониоскопия).

Лечение. Основната му цел е чрез лекарства, лазерни интервенции или операции да се нормализира вътреочното налягане и да се спре прогресирането на глаукомните увреждания.

СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОКОТО

Оклузията на ретинна артерия представлява запушване на клон или на ствола на централната ретинна артерия, която храни ретината (очното дъно). Това запушване може да се причини от ембол, тромб или спазъм.

Заболяванията, които могат да доведат до артериална ретинна оклузия, са: високото кръвно налягане, артериосклерозата, диабета, някои анемии и други кръвни заболявания, които водят до повишена съсирваемост на кръвта, продължителното приемане на противозачатъчни средства, някои възпалителни заболявания, стрес и много други.

Заболяването протича без болка, обикновено сутрин на събуждане, със загуба на зрението, когато е запушен ствола на артерията, и с частично отпадане на зрителното поле - при клоновите оклузии.

В очното дъно се вижда жълтеникав исхемичен оток, който покрива цялото очно дъно при стволите оклузии, или зоната, която се храни от оклузияния клон.

Това заболяване, което се нарича още и "инфаркт" на очното дъно, изисква спешна помощ от очен лекар, тъй като ретината е нервна тъкан и не може да остане продължително време без кръвоснабдяване.

Лечението е насочено към бързо разширяване на съдовете и медикаменти за улесняване на протичането на кръвта в съдовете. Подобрене се очаква в първите дни, въпреки че лечението продължава през целия живот. Периодично трябва да се измерва вътреочното налягане, тъй като това е едно от възможните усложнения.

Оклузията на ретинна вена представлява запушване на клон или на ствола на централната ретинна вена, която дренира кръвта от ретината (очното дъно). Това запушване се причинява най – често от тромб.

Заболяванията, които могат да доведат до венозна ретинна оклузия, са: високо кръвно налягане, артериосклероза, захарен диабет, някои анемии и други кръвни заболявания, водещи до повишена съсирваемост на кръвта, някои възпалителни заболявания, продължителното приемане на противозачатъчни средства и други. От очните заболявания глаукомата предразполага към венозни оклузии.

Венозните оклузии протичат без болка, със значително намаление на зрението (когато е запушен ствола на вената) и с частично отпадане на зрителното поле (при клоновите оклузии). През преходните дни понякога се усещат временни примъгल्याвания.

При изследване в очното дъно се виждат множество кръвоизливи на мястото на запушената вена. Ако центърът на очното дъно (макулата) е покрита от кръвоизливи, зрението е силно намалено, въпреки че е запушен само венозен клон.

Лечението е насочено към улесняване на протичането на кръвта в съдовете и разнасянето на кръвоизливите, и основно към предотвратяване на усложненията, които могат да доведат до развитие на нови слаби съдове, кръвоизлив в цялото око, повишение на вътреочното налягане с болки, и в най – лошия случай до загуба на окото. Тези усложнения се предотвратяват чрез проследяване на заболяването с контрастни снимки на очното дъно – флуоресцеинова ангиография, и при необходимост - провеждане на лазерно лечение. През цялото време е необходимо да се провежда медикаментозно лечение. В повечето случаи зрението остава намалено, но при правилно проследяване и водене на лечението се избягват тежките усложнения.

След като веднъж се е получило запушване на венозен съд, трябва да се поддържа медикаментозно лечение през целия живот за улесняване на протичането на кръвта в съдовете и да се спазват стриктно назначените контролни прегледи.

Предната исхемична оптикопатия се причинява от запушване на съдове, които хранят главата на зрителния нерв.

Исхемичната оптикопатия може да се предизвика от редица системни заболявания: артериосклероза, повишено кръвно налягане, захарен диабет, темпорален артериит, кръвни заболявания и много други.

Заболяването засяга едното, по – рядко и двете очи. Обикновено сутрин на събуждане се установява намаление на зрението и тъмно петно, разположено обикновено долу към носа, което постепенно нараства и за няколко дни може да закрие цялото око.

Очният лекар констатира оток на главата на зрителния нерв с малки кръвоизливи. Изследването на зрителното поле очертава дефектите, а контрастното образно изследване (флуоресцеинова ангиография) поставя диагнозата и диференцира заболяването от други сходни засягания на зрителния нерв.

Лечението е само медикаментозно, но много продължително. За цял живот се предписват лекарства, които улесняват протичането на кръвта в съдовете. До шестия месец от началото на заболяването могат да се очакват подобрения, въпреки че те настъпват в още първите дни.

След три до шест месеца отокът на главата на зрителния нерв претърпява обратно развитие и заболяването преминава в атрофичния стадий, при който остават трайни петна в зрителното поле, а зрението може да варира от нормално до усещане само за светлина.

Налагат се редовни контролни прегледи при очен лекар и допълнителни изследвания, ако се появят смущения и във второто око.

ТРАВМИ, ТЕРМИЧНИ И ХИМИЧНИ ИЗГАРЯНИЯ НА ОКОТО И ПРИДАТЪЦИТЕ МУ

Неперфоративни травми

Определение: непенетриращи наранявания на очната ябълка – това са тези състояния на очната ябълка, при които вследствие на външни агенти (взривна вълна, удар с тъп предмет, юмрук, топка и др. агенти) не се получава разкъсване на очните структури и стената на булба, но се получава временно или трайно увреждане на функциите.

Тук се отнасят контузията на окото причинена вследствие на твърд предмет, както непенетриращите травматични увреждания на очната ябълка с или без чуждо тяло.

Може да бъде увредена роговицата с получаване на оток или гънки на десцеметовата мембрана, да се получат разкъсвания на ириса с кръвоизлив в предната камера (хифема), дислокация на лещата, кръвоизлив в стъкловидното тяло, разкъсвания на хороидеята и ретината, травматичен оток на ретината, откъсване на зрителния нерв от булба.

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

Постконтузионите синдроми се приемат в планов порядък.

Извършват се рутинните офталмологични изследвания, рентгенография или КАТ на орбитата за изключване на интрабулбарно чуждо тяло, рутинни лабораторни изследвания, консултация с кардиолог или анестезиолог с оглед евентуално възникване на индикация за оперативно лечение. При пациенти с алергия се извършва съответната консултация. Освен рутинните офталмологични изследвания, може да се наложи допълнителното изследване на зрителното поле с автоматична периметрия, флуоресцеинова ангиография, електроретенография.

План за лечение: антибиотици общо и локално, нестероидни противовъзпалителни средства (НПВС), кортикостероиди, антиглаукомни средства, изкуствени сълзи.

Изход от лечението: При повърхностни наранявания на окото и леки контузионни синдроми се очаква пълно възстановяване на функциите.

При по-тежките контузионни синдроми и непроникващи наранявания се очаква частична, понякога пълна загуба на функциите.

Изгаряния

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

Термичните изгаряния се получават от вещества 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, без превръзка и тежко увредените пациенти 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 поетапни реконструктивни операции.