

АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА № 20 ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ГЛАУКОМА

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9 КМ

189	Ексцизионни процедури на ирис, цилиарно тяло или предна камера
42764-04	Иридектомия Коректомия Ексцизия лезия на ириса БДУ <i>Не включва:</i> деструкция лезия на ириса чрез лазер (42806-00 [188]) ексцизия лезия на цилиарно тяло (42767-00 [189]) иридектомия чрез лазер(42785-00 [188]) такава с: • фистулизация на склера (42746-05 [191]) • ресутура на оперативна рана след предишна вътреочна процедура (42857-01 [163]) • термокаутеризация на склера (42746-03 [191]) • трепанация на склера (42746-02 [191])
191	Процедури при глаукома
	<i>Кодирай също когато е направена:</i> • субконюнктивално прилагане на 5-FU [флуороурацил] (42824-01 [251])
42758-00	Гониотомия
42746-07	Трабекулотомия отвън (Ab externo)
42770-00	Деструкция на цилиарно тяло Циклокриотерапия Циклодиализа Циклодиатермия Циклофотокоагулация <i>Не включва:</i> циклокриотерапия с външна сонда (42818-01 [188])
42746-05	Други филтриращи (фистулизиращи) процедури за глаукома, неklasифицирани другаде Фистулизация на склера при глаукома <i>Включва:</i> иридектомия <i>Не включва:</i> ревизия на процедура за склерална фистулизация (42749-00 [191]) с трабекулектomia (42746-04 [191])
42746-04	Трабекулектomia <i>Включва:</i> периферна иридектомия склерална фистулизация
42746-05	Други филтриращи (фистулизиращи) процедури за глаукома, неklasифицирани другаде Фистулизация на склера при глаукома <i>Включва:</i> иридектомия <i>Не включва:</i> ревизия на процедура за склерална фистулизация (42749-00 [191]) с трабекулектomia (42746-04 [191])
42749-00	Ревизия на склерална фистулизираща процедура Иглено почистваща процедура Ревизия на мехурче за филтриране
90075-00	Други процедури при глаукома
188	Деструктивни процедури на ирис, цилиарно тяло или предна камера
42818-01	Криотерапия на цилиарно тяло с външна сонда

Изискване: : Амбулаторната процедура се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум по една диагностична процедура от три различни групи, **посочени в Приложение № 21**, насочени към основната диагноза.

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис.

I. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНАТА ПРОЦЕДУРА

Амбулаторната процедура 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“.

1. 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* или Лечебни заведения за извънболнична помощ с легла минимум II ниво	
2. Операционен блок/зали, с операционен микроскоп	
3. Клинична лаборатория I ниво	

Структурите по очни болести в ДКЦ, МДЦ и МЦ с легла за краткосрочен престой могат да осъществяват дейности от II и III ниво на компетентност, ако отговарят на изискванията за II или III ниво на компетентност на болничните структури.

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.

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА АМБУЛАТОРНАТА ПРОЦЕДУРА, 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 АПр 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

Импланти	Не се заплащат от НЗОК
Вискосубстанция	Не се заплаща от НЗОК

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНАТА ПРОЦЕДУРА.

Блок 1. 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.

Блок 2. 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.

Блок 3. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- 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;
- лекар със специалност по неонатология – по договор.

II. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

1. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА.

Клинични симптоми

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

При закритоъгълна глаукома: тесен или закрит камерен ъгъл

- субакутна глаукома - преходен очен дискомфорт, замъгlenie 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 може да се развива симптоматика на глаукомни пристъпи поради трайни промени, водещи до затваряне на камерния ъгъл.

- при вторична глаукома – постоянно или пристъпно повишение на ВОН с различна етиопатогенеза.

Диагностика и оперативно лечение при:

- глаукомен пристъп при първична или вторична закритоъгълна глаукома – за хирургично лечение.
- конгенитална глаукома, детска ювенилна глаукома;
- пациенти за хирургично лечение при неефективност от приложеното консервативно и лазерно лечение с диагностицирана:
 - първична откритоъгълна или закритоъгълна глаукома;
 - вторични глаукоми.

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

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

Задължителни диагностични процедури, които се извършват в болничното лечебно заведение: определяне на зрителна острота, биомикроскопия, измерване на вътреочно налягане, периметрия при зрение над 0,1, пахиметрия.

Оперативни методи:

Трабекулектомията е фистулизираща очна операция при глаукомно болни с некомпенсирано от медикаментозно или лазерно лечение вътреочно налягане. Оперативната интервенция се състои в изрязване на корнеосклерална ивичка 3/1 мм под склерално и конюнктивно ламбо и периферна иридектомия, с цел създаване на нов път на отток на вътреочната течност.

Абсолютни контраиндикации – предпоставки за малигнена глаукома.

Непенетриращите антиглаукомни интервенции (дълбока склеректомия, високочаналостомия) се прилагат предимно при откритоъгълните глаукоми, некомпенсирани от консервативно и лазерно лечение (ВОН > 21 мм ж.). Под конюнктивно и склерално ламбо се изрязва малко склерално ламбо с цел да се създаде интрасклерална филтрираща зона, като за предотвратяване на цикатризацията се поставя колагенов имплант (при дълбоката склеректомия) или инжектира вискозостанция в прерязаните краища на Шлемовия канал (при високочаналостомията). Склералното и конюнктивното ламбо се зашиват.

Контраиндикации - закритоъгълни, конгенитални, повечето вторични глаукоми.

Иридектомията е необходима при остър глаукомен пристъп и начална форма на закритоъгълна глаукома, когато гониоскопично камерният ъгъл е в поне 50% отворен. Целта е да се направи периферна иридектомия за подобряване на оттока на вътреочната течност и нормализиране на ВОН.

Контраиндикации - хронична закритоъгълна глаукома, ПОЪГ (първична откритоъгълна глаукома), някои вторични глаукоми.

Трабекулотомия, гониотомия – оперативни интервенции на камерния ъгъл, премахващи пречките на оттока в него и нормализиращи ВОН при конгенитална глаукома.

Имплантационна хирургия - след неуспешни фистулизиращи и други антиглаукомни интервенции, при първична, вторична или конгенитална глаукома.

Циклодеструктивните интервенции (cyclodiathermia, cryoapplicatio, cyclophoto-coagulation), целят да предизвикат циклодеструкция и понижение на вътреочното налягане чрез намаление продукцията на вътреочната течност.

Контраиндикации - начална глаукома, възпалителни заболявания.

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

- мидриатици;
- антибиотици;
- нестероидни противовъзпалителни медикаменти;
- кортикостероидни препарати;
- миотици;
- локални анестетични колири;
- бета – блокери;
- средства, блокиращи карбоанхидразата;
- медикаменти от групата на простагландините – хипотензивни средства;
- локални цитостатици;
- местни и общи анестетици;
- осмотични средства;
- обезболяващи средства.

Хирургичното лечение се записва чрез операционния микроскоп и се съхранява в лечебното заведение за целите на последващ контрол.

2. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА АМБУЛАТОРНАТА ПРОЦЕДУРА:

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

2.2. Лекарят - специалист по очни болести да има една година хирургически стаж след придобиване на специалността (удостоверено чрез декларация от управителя на ЛЗ).

ПРИ ИЗПЪЛНЕНИЕТО НА АМБУЛАТОРНАТА ПРОЦЕДУРА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Не са необходими допълнителни изследвания за поставяне на диагнозата.

4. КОНТРОЛ НА ЗДРАВНОТО СЪСТОЯНИЕ НА ПАЦИЕНТА И МЕДИЦИНСКО ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЗА ЛИПСА НА МЕДИЦИНСКИ РИСК ОТ ПРИКЛЮЧВАНЕ НА ПРОЦЕДУРАТА ВЪЗ ОСНОВА НА ОБЕКТИВНИ ДАННИ ЗА ДОБРО ОБЩО СЪСТОЯНИЕ И:

- добре адаптиран оперативен разрез;
- възстановена предна камера;
- липса на постоперативни усложнения;
- нормализиране на вътреочното налягане.

Довършване на лечебния процес и проследяване

контролни прегледи в лечебното заведение;

Контролните прегледи на пациента се отразяват в дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО АМБУЛАТОРНАТА ПРОЦЕДУРА

1. Отчитането на амбулаторна процедура № 20 се извършва с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА 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”.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

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

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника).

ДОКУМЕНТ № 4

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. 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.нар. ”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.

Кога се налага лазерно или оперативно лечение?

До тях се прибегва когато с медикаментозни средства не се постига желаното понижение на вътреочното налягане и глаукомните увреждания прогресират.

Цел на операцията и оперативен риск

Операциите за глаукома подобряват оттока, създават нов път за отток на вътреочната течност или намаляват продукцията. Успеваемостта от антиглаукомните операции е в зависимост от вида и стадия на глаукомата и може да надхвърли 80-90% (при откритоъгълната глаукома). Те не водят до подобрене на зрението, но могат да го запазят до състоянието, в което е в момента. При всяка оперативна интервенция има малък риск от усложнения като кръвоизливи, възпаление, силно следоперативно понижение на вътреочното налягане, помътнение на лещата и др., но те са несравними с риска от необратима загуба на зрението, в случай че се откаже оперативното лечение при невлияещи се от консервативна терапия пациенти.

След фистулизиращите операции (трабекулектомия) вътреочната течност се оттича през създадена фистула и образува надигане на конюнктивата под горния клепач (филтрационна възглавничка), която може да причини чувство на глождене и дразнене. Необходимо е спазване на нужната хигиена и временна употреба на противовъзпалителни капки и мехлеми.

Само ранното откриване на заболяването и своевременно лечение могат да запазят зрението при болните от глаукома.