



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН

ФАКУЛТЕТ „ЗДРАВНИ ГРИЖИ” – ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ

КАТЕДРА “ОЧНИ БОЛЕСТИ, УНГ И ЛЧХ С ХС”

ТЕЗИСИ НА ПРАКТИЧЕСКО УПРАЖНЕНИЕ №3

ЗА РЕДОВНО ЗАНЯТИЕ И САМОСТОЯТЕЛНА ДИСТАНЦИОННА ПОДГОТОВКА ПО

„ОЧНИ БОЛЕСТИ”

ЗА СТУДЕНТИ ОТ МУ – ПЛЕВЕН, РЕДОВНО ОБУЧЕНИЕ, СПЕЦИАЛНОСТ

„МЕДИЦИНСКА СЕСТРА”

**ТЕМА: „ПОВЕДЕНИЕ ПРИ СПЕШНИ И ОПЕРИРАНИ БОЛНИ С ОЧНО
ЗАБОЛЯВАНЕ ”**

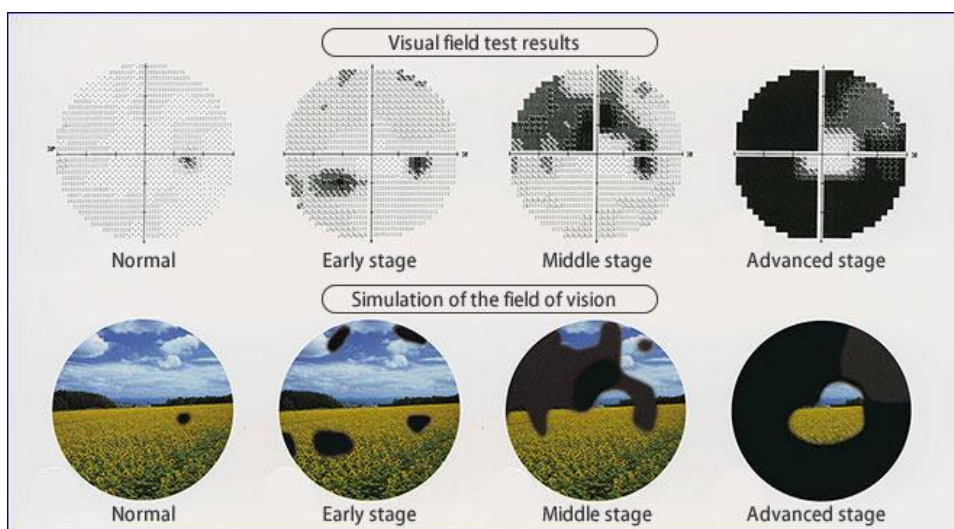
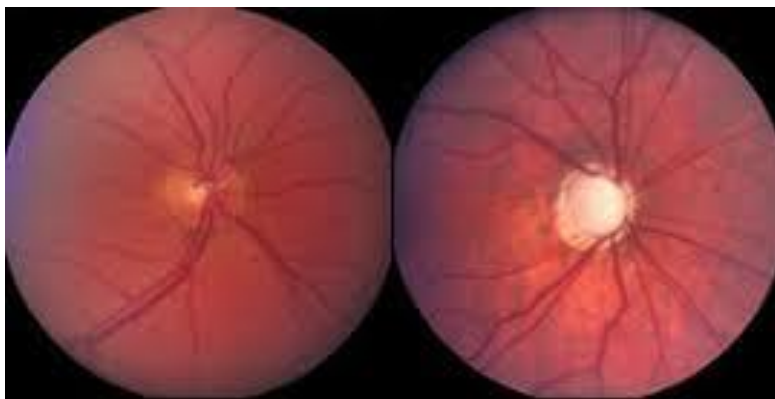
**РАЗРАБОТИЛ: ДОЦ. Д-Р ВЕСЕЛА
ИВАНЧЕВА, ДМ**

Гр. Плевен

2020 год.

ГЛАУКОМА

Глаукомата е **оптична невропатия**. Тя представлява двучно заболяване, при което вътреочното налягане се повишава до стойности, увреждащи зрителния нерв. При нея се развива прогресираща атрофия на папилата, с отпадане на части от зрителното поле до пълна загуба на зрението. Тя се нарежда на второ място, след катарактата, като причина за слепота в световен мащаб, но за разлика от нея причинява необратима слепота („Това което глаукомата вземе – назад не връща”, акад. Пашев).



Към рисковите фактори за развитие на глаукома спадат: повишено вътреочно налягане, потънка роговица, възраст над 40 г., анамнеза за фамилна обремененост, далекогледство, захарен диабет и др.

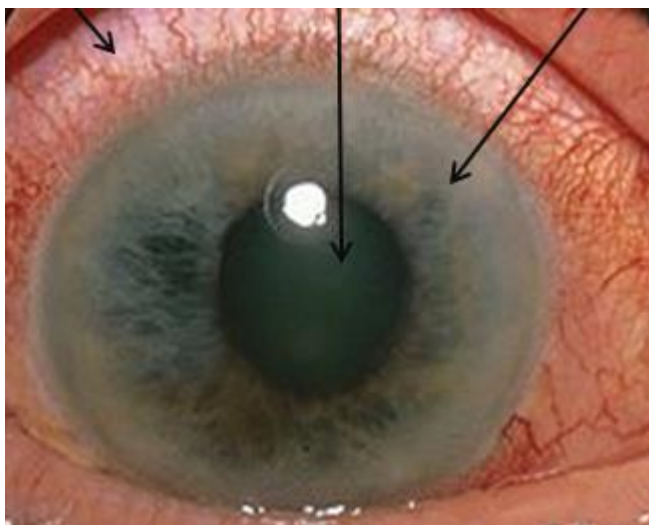
Класификация на глаукомите:

1. Конгенитална глаукома.
2. Първична откритоъгълна глаукома (ПОЪГ):
 - 2.1. ПОЪГ с повишено вътреочно налягане.
 - 2.2. ПОЪГ с нормално вътреочно налягане.
3. Вторична откритоъгълна глаукома (травматична, свързана с отлепване на ретината, от лещен произход).
4. Първична закритоъгълна глаукома (остра – глаукомен пристъп, интермитентна, хронична, малигна).
5. Вторична закритоъгълна глаукома.

Диагнозата **глаукома** се поставя въз основа на данните от тонометрията (повишени стойности на вътреочното налягане), характерни дефекти в зрителното поле (назално стеснен периметър и парацентрални скотоми) и промени в папилата на зрителния нерв.

Първичната откритоъгълна глаукома протича безсимптомно и често болните идват с едно вече ослепяло око. Поради това е много важно насочено да се търси и да се мисли за глаукома. Освен това често в едно око се развиват и глаукома, и катаракта – ако се обърне внимание само на катарактата и се пропусне диагностицирането на глаукомата, докато пациентът чака за операция, окото може да ослепее и след поставянето на изкуствената леща визусът да не се подобри.

Различна е клиничната картина при **закритоъгълната глаукома**. При нея има силна болка, рязко понижение на зрението, пациентът вижда цветни кръгове около светлинни източници, може да има гадене и повръщане – **глаукомен пристъп!**



Лечението на първичните откритоъгълни глаукоми бива:

1. Медикаментозно – с различни групи медикаменти, които намаляват продукцията на вътреочна течност, или подобряват оттичането ѝ.
2. Лазерно – прилага се, когато ефектът от медикаментозното лечение е недостатъчен и не може да се компенсира вътреочното налягане. Ефектът му трае около 1– 2 години.
3. Оперативно – прилага се при недостатъчен ефект от медикаментозното лечение, напредване на процеса с влошаване на зрителните функции и задълбочаване на промените в зрителното поле.

Лечението на острия глаукомен пристъп е чрез локално накапване на медикаменти, понижаващи вътреочното налягане в комбинация с дехидратиращи средства (Mannitol интравенозно), седативни средства и аналгетици. След овладяване на вътреочното налягане се прави лазерна иридектомия.

ОЧЕН ТРАВМАТИЗЪМ

Точната анамнеза е от изключителна важност при травматично болния. Тя трябва да обхваща всички важни моменти, определящи възникването на травмата, областта на засягане, клиничното протичане и изхода.

След снемане на анамнезата се прави оглед (с анестезия)-внимателно, без натиск. Почиства се раната, ако има такава; ако има стърчащи чужди тела-те не се вадят!

Очните травми биват такива без нарушаване целостта на окото (контузии) и такива с нарушаване целостта на окото (рани). Раните на очните придатъци и на булба могат да са без наличие на чуждо тяло и с наличие на чуждо тяло. При съмнение за вътреочно чуждо тяло-винаги се назначава рентгенография и/или компютърна томография!

При **контузиите** на окото увреждането засяга най-често предния очен сегмент, а по-рядко и задния очен сегмент. Могат да се получат кръвонасядания на клепачите и конюнктивата. Понякога хематомите на клепачите са толкова големи, че затварят напълно окото и за оглед на булба е необходимо поставянето на блефаростат. При пресни хематоми се назначават студени компреси. При тенденция за увеличаване на кръвоизливите се назначават кръвоспиращи и се прави компресивна превръзка (ако няма рана на окото).

При контузия на очната ябълка трябва да се изключи руптура на склерата. В тези случаи внимателно се палпира очната ябълка и се изследва тонусът на окото. Внимание трябва да се обърне на предната очна камера-дълбочината и съдържимото ѝ. В нея може да има хифема (кръвоизлив в предна камера) В такива случаи се търсят увреждания на ириса (травматично разширение на зеницата, руптури на зеничния ръб, откъсване на ириса). При пресни хифеми се назначават студени компреси и резорбтивни средства, покой, компресивна превръзка. Обикновено кръвта в предната камера се резорбира за няколко дни.

Ако хифемата е голяма или рецидивира, трябва да се следи вътреочното налягане!

Медикаменти, повлияващи големината на зеницата не се прилагат в първите дни, т.к. може да доведат до ре-кървене.

Неравномерна дълбочина на предната камера може да се дължи на промяна в местоположението на лещата (луksация). Лещата може и да помътнее след травмата-травматична катаракта.

Кръвоизлив може да има и в стъкловидното тяло (хемофтальм), тогава зрението е намалено значително. При тези случаи се търсят и разкъсвания на ретината.

При **непробивните** наранявания на окото може да се получат и ерозии на роговицата, наличие на роговични чужди тела, порезни или разкъсни рани на конюнктивата.

При наличие на очевидна рана в предния очен сегмент със зеещи ръбове, диагнозата е ясна.

Често обаче нарушенията са дискретни, входната рана е малка и трудно се открива. Понижената зрителна острота, пониженият тонус на окото, промяната в дълбочината на предната очна камера, в зеницата, са насочващи за проникващо нараняване.

Проникващите очни наранявания са абсолютна индикация за спешна хоспитализация и специализирана помощ! Първата помощ включва капване на локален анестетик, механично почистване на повърхностните чужди тела по клепачите и миглените ръбове, капване на антибиотични капки, лека стерилна превръзка, поставяне на ТАП. Осигурява се точна медицинска документация и се насочва болния към очно отделение възможно най-рано.

Противопоказани са: опит за отстраняване на забити чужди тела, опит за репониране на пролабирали вътреочни тъкани, каквито и да било промивки, миотици или мидриатици. При съмнение за вътреочно чужо тяло-рентгенова снимка във фас и профил!

Попаднали дребни чужди тела/напрашаване се отстраняват от конюнктивата след капка анестетик чрез обърсване с влажен памучен тампон, напоен с антисептичен разтвор. В окото се поставят антибиотични капки и мехлеми.

Отстраняването на повърхностни чужди тела от роговицата се извършва при асептика.

Отстраняват се след локална анестезия, с памучен тампон, а при невъзможност- със стерилна игла със закривен връх. След екстракцията се поставя антибиотичен мехлем и стерилна превръзка. Болният се контролира до пълна епителизация или разнасяне на инфилтратата.

Изгаряния – делят се на термични и химични.

Термичните се причиняват от горещи течности, нагорещени твърди предмети и др. Изгарянето може да засегне кожата на клепачите, конюнктивата и роговицата. Лечението е с антибиотични капки и епителизиращи средства.

Химичните изгаряния се причиняват от киселини или основи. Сравнително по-малко тежко протичат изгарянията с киселина, които засягат най-често повърхностните тъкани но окото. (От домакинските препарати Кислол съдържа солна киселина)

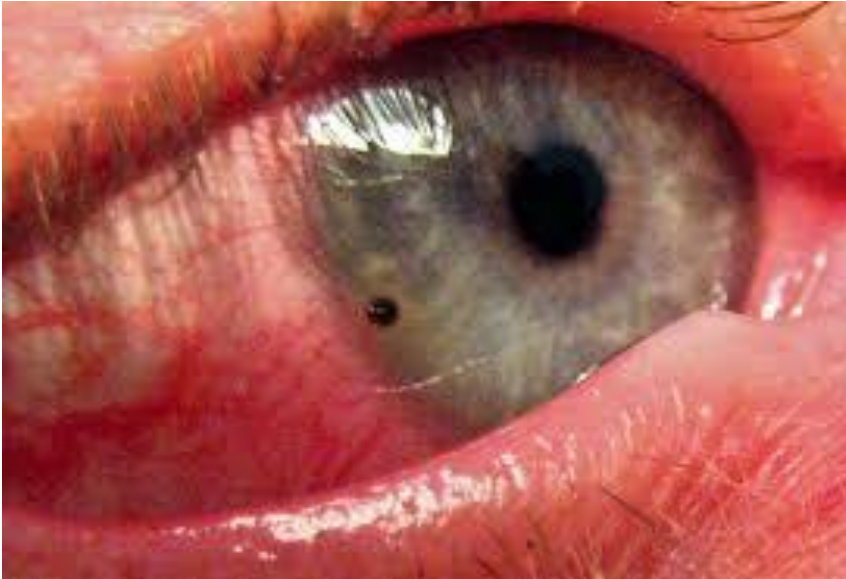
При изгаряне с основи се получава втечняване на некротизиралите тъкани, което позволява проникването на основата в дълбочина на очната ябълка и обуславя по-тежко протичане. (От домакинските препарати Белина съдържа основа.)

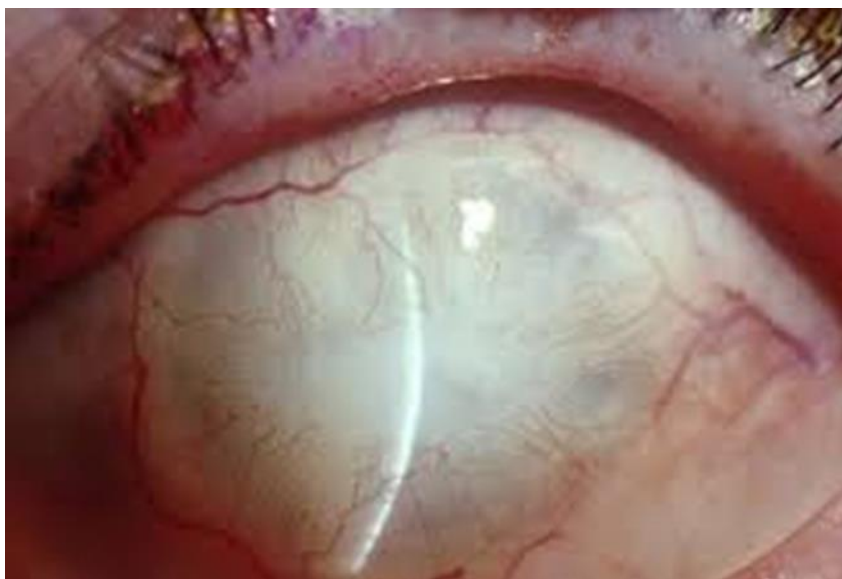
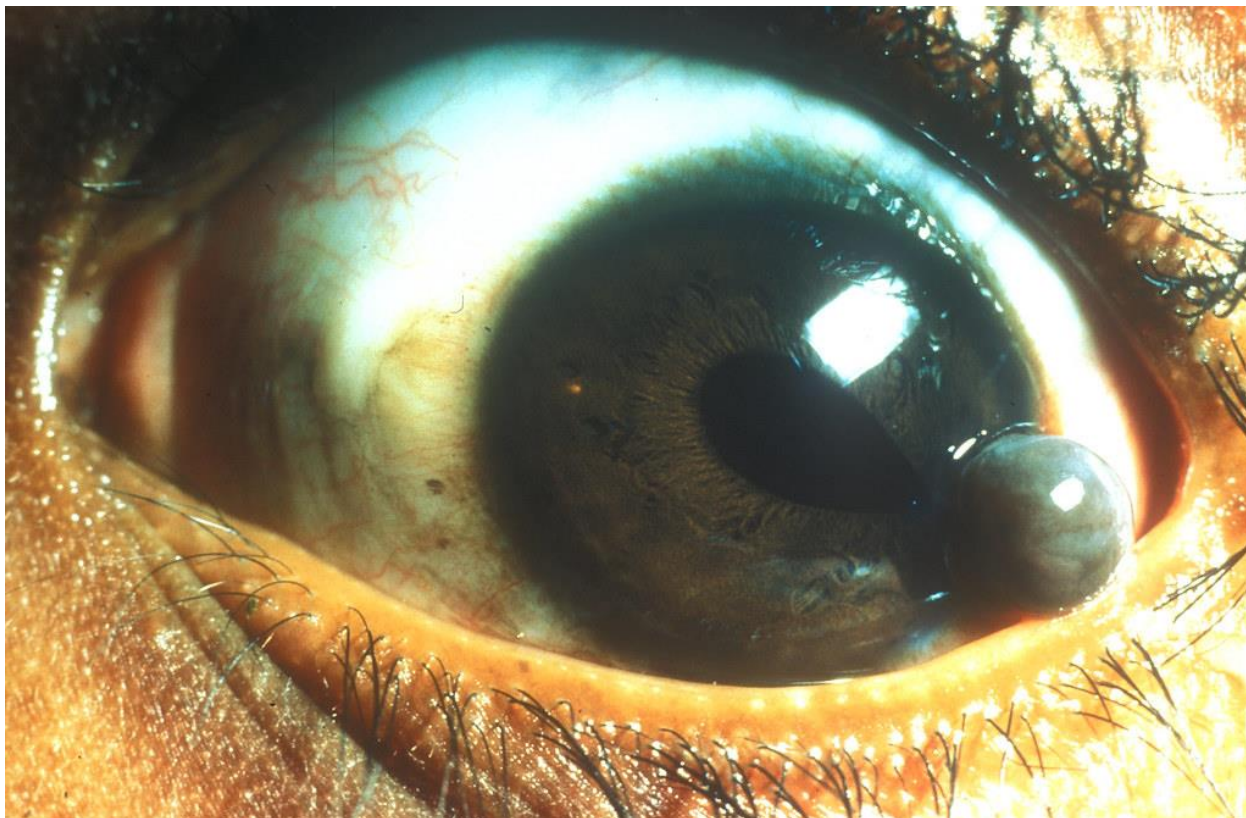
Лечението на химичните изгаряния трябва да започне незабавно с обилна и продължителна промивка, която се прави при обърнати клепачи! След промивката- изследване с лакмусова хартия за установяване на рН. Синя оцветка се наблюдава при основи, а червена-при киселини. Могат да се включат антибиотични капки, съдоразширяващи средства, автокръв, епителизиращи средства. Трябва да се помни, че при химично изгаряне никога не се слага превръзка!

От ключово значение е първата помощ (промивка), както и щателната анамнеза за установяване на агента. При изгаряне с основа промивката се повтаря няколко пъти през различни времеви интервали!









20.04.2020 год.
Гр. Плевен

Изготвили
Доц. Д-р Весела Иванчева, д.м.