

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 24 აპრილის N2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2015 წლის 21 მაისის N01-150/ო ბრძანებით

მინისტრული სხეულის უკანა ჩამოცლის, ბადურა გარსის ნახეთქებისა და ცხავისებური დეგენერაციის მართვა

პროტოკოლი

სარჩევი

1. პროტოკოლის დასახელება: მინისებური სხეულის უკანა ჩამოცლის, ბადურა გარსის ნახეთქებისა და ცხავისებური დეგენერაციის მართვა	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია	3
4. პროტოკოლის მიზანი.....	3
5. სამიზნე ჯგუფი	3
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები	4
8. რეკომენდაციები.....	4
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	11
10. აუდიტის კრიტერიუმები	11
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	11
12. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი	11
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	11
14. დანართები.....	12
15. გამოყენებული ლიტერატურა	13
16. პროტოკოლის ავტორები	13

ცხრილი და დანართები

ცხრილი N1. დაავადების მართვის გზამკვლევი	8
ცხრილი N2. დაკვირვების გზამკვლევი	9
დანართი N1. მტკიცებულებათა და კვლევის შედეგების სარწმუნოების დონეები	12
დანართი N2. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი.....	12

1. პროტოკოლის დასახელება: მინისებური სხეულის უკანა ჩამოცლის, ბადურა გარსის ნახეთქებისა და ცხავისებური დეგენერაციის მართვა
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება	ICD 10
მინისებური სხეულის სხვა ავადმყოფობები	H43.8
ბადურის გახლეჩები ჩამოცლის გარეშე	H33.3
ბადურის პერიფერიული დეგენერაცია	H35.4
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
ოფთალმოსკოპია, პირდაპირი	CKXA00
ოფთალმოსკოპია, არაპირდაპირი	CKXA10
თვალის მიკროსკოპია კონტაქტური ლინზებით	CXFA12
თვალის და თვალბუდის ულტრაბგერითი გამოკვლევა	CADE1A
ლაზერის ფოტოკოაგულაცია	CKSC19

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლის შემუშავებისას გამოყენებულია შემდეგი წყაროები:

1. American Academy of Ophthalmology. Posterior Vitreous Detachment, Lattice Degeneration and Retinal Breaks Preferred Practice Pattern Guideline, Copyright September 2008 <http://one.aao.org>;
2. International Council of ophthalmology International Clinical Guideline, Posterior Vitreous Detachment, Retinal Breaks and Lattice Degeneration (Initial and follow-up evaluation) November 2010 <http://www.icoph.org>.

ბ) წყარო რეკომენდაციები აღებულია უცვლელად.

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია ბადურას რეგმატოგენური ჩამოცლის რისკის მქონე პაციენტების დიაგნოსტიკა და მართვა მხედველობის დაკარგვისა და მასთან დაკავშირებული ფუნქციური შეზღუდვის პრევენციის მიზნით:

- ბადურას რეგმატოგენური ჩამოცლის რისკის მქონე პაციენტების გამოვლენა;
- მინისებური სხეულის მწვავე ჩამოცლის სიმპტომების მქონე პაციენტების გამოკვლევა ბადურას ნახეთქების აღმოჩენის და მკურნალობის მიზნით;
- ბადურას ჩამოცლის რისკის მქონე პაციენტების მართვა;
- მაღალი რისკის მქონე პაციენტების ინფორმირება მინისებური სხეულის უკანა ჩამოცლის, ბადურას ნახეთქების და ბადურას ჩამოცლის სიმპტომების შესახებ, ასევე პერიოდული პროფილაქტიკური შემოწმების საჭიროების შესახებ.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის სამიზნე ჯგუფს მიეკუთვნებიან პაციენტები, რომელთა სიმპტომები და კლინიკური ნიშნები მიუთითებს მინისებური სხეულის უკანა ჩამოცლაზე, ბადურას ნახეთქების არსებობაზე, ჰემოფთალმზე ან ბადურას ჩამოცლაზე, ასევე სიმპტომების არმქონე პაციენტები, რომლებსაც აქვთ ბადურას ჩამოცლის მაღალი რისკი.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია ექიმი-ოფთალმოლოგებისთვის.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება ოფთალმოლოგიური სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებში როგორც ამბულატორიულ, ასევე, სტაციონარულ პირობებში. პროტოკოლის გამოყენება იწყება სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის მომართვისთანავე.

8. რეკომენდაციები

დაავადების განმარტება

მინისებური სხეულის უკანა ჩამოცლა მინისებური სხეულის კორტექსის განცალკევებაა ბადურას შიგნითა საზღვროვანი მემბრანისგან. ეს პროცესი ხშირად იწვევს ბადურას რეგმატოგენურ ჩამოცლას. მინისებური სხეულის ტრაქცია ვიტრეორექტინული ადჰეზიის უბნებში ბადურას ნახეთქების წარმოქმნას განაპირობებს, რის შედეგადაც ბადურას ჩამოცლა ვითარდება.

ცხავისებური დეგენერაცია წარმოადგენს ვიტრეორექტინული დეგენერაციის პროცესს ხილული დაზიანების უბნებით, რომელიც საბოლოოდ ბადურას ნახეთქებისა და ჩამოცლის განვითარებას იწვევს

8.1 ბადურას რეგმატოგენური ჩამოცლის წინაპირობები

ბადურას ჩამოცლის წინამორბედი მდგომარეობებია: მინისებური სხეულის უკანა ჩამოცლა, ბადურას სიმპტომური ნახეთქები, ცხავისებური დეგენერაცია, ცისტური და ზონულარული ტრაქციული ჭიმები. ბადურას სპონტანური მიფენა ძალიან იშვიათია, ამიტომ რეგმატოგენური ჩამოცლა დროული მკურნალობის ჩაუტარებლობის შემთხვევაში ყოველთვის იწვევს მხედველობის დაკარგვას. დღეისათვის ბადურას რეგმატოგენური ჩამოცლის შემთხვევათა 95%-ში აღდგენა შესაძლებელია, თუმცა შესაძლოა ერთზე მეტი ჩარევა გახდეს საჭირო. მნიშვნელოვანია ბადურას ნახეთქების დროული დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, სანამ ბადურას და განსაკუთრებით, მაკულას ჩამოცლა განვითარდება. ეს უზრუნველყოფს დაავადების პროგრესის პრევენციას და მხედველობის სიმახვილის შენარჩუნებას.

8.2 მინისებური სხეულის უკანა ჩამოცლა

მინისებური სხეულის უკანა ჩამოცლა ბადურას მრავლობითი ნახეთქების გაჩენის მიზეზს წარმოადგენს, რაც შემდგომში ბადურას ჩამოცლას იწვევს. მინისებური სხეულის უკანა ჩამოცლის სიმპტომებია ფოტოფსიები და მცურავი შემდვრევეები. ასეთი სიმპტომების მქონე პაციენტები ბადურას ჩამოცლის რისკ-ჯგუფში იმყოფებიან. ფოტოფსიები განსაკუთრებით კარგად ჩანს სიბნელეში და მათი წარმოქმნის მიზეზს პერიფერიული ვიტრეორექტინული ტრაქცია წარმოადგენს. მცურავი შემდვრევეების მიზეზი შეიძლება იყოს სისხლი, მინისებური სხეულის კონდენსირებული კოლაგენური ბოჭკოები ან ეპიპაპილარული გლიური ქსოვილი. მინისებური სხეულის მწვავე ჩამოცლის დროს პირველადი დათვალიერებისას პაციენტების დაახლოებით 20%-ში ბადურას ნახეთქები ვლინდება, ხოლო 2%-5%-ს ნახეთქი შესაძლოა

რამდენიმე კვირის განმავლობაში ჩამოყალიბდეს. ასეთი პაციენტების 80%-ს ოფთალმოლოგთან პირველ ვიზიტზე მინისებურ სხეულსა ან ბადურაზე პიგმენტური უჯრედები ან ჰემორაგია აღენიშნება, ან შემდგომში ახალი სიმპტომების გაჩენა, რის გამოც ისინი განმეორებით მიდიან ექიმთან კონსულტაციაზე.

8.3 ბადურას სიმპტომური ნახეთქი

ბადურას სიმპტომური ნახეთქი განიმარტება, როგორც ნახეთქი, რომელიც განვითარდა მინისებური სხეულის მწვავე ჩამოცლისას ვიტრეორექტინული ტრაქციის შედეგად ან ნახეთქი, რომელსაც თან სდევს მრავლობითი ფოტოფსიები და მცურავი შემდვრევები. სიმპტომური ნახეთქების მქონე არანამკურნალევი პაციენტების 50%-ს, რომელთაც უნარჩუნდება ვიტრეორექტინული ტრაქცია (ნალისებური, სარქვლოვანი ნახეთქი) დროული მკურნალობის ჩაუტარებლობის შემთხვევაში ბადურას ჩამოცლა უვითარდებათ. სიმპტომური ნახეთქების დროული მკურნალობა, მის გარშემო ვიტრეორექტინული ადჰეზიების ჩამოყალიბებით, 5 %-მდე ამცირებს ბადურას ჩამოცლის ალბათობას. ტრავმული დიალიზი და მინისებური სხეულის ფუძესთან არსებული ბადურას ნახეთქების მართვა ხდება ისევე, როგორც სიმპტომური ნახეთქების. სიმპტომური თავსახურიანი ნახეთქის დროს, თუ ნახეთქის უბანში მინისებური სხეული არ არის სისხლმარღვთან კონტაქტში, ბადურას ჩამოცლა იშვიათად გვხვდება.

8.4 ბადურას უსიმპტომო ნახეთქი

უსიმპტომო თავსახურიანი ნახეთქი და მრგვალი ხვრელი ძალიან იშვიათად ბადურას ჩამოცლას იწვევს.

მინისებური სხეულის მწვავე ჩამოცლისას შესაძლოა ვლინდებოდეს ატროფიული ნახეთქები, რომლებიც ვიტრეორექტინულ ტრაქციასთან არ არის დაკავშირებული. ეს ნახეთქები განიხილება, როგორც მანამდე არსებული უსიმპტომო ნახეთქები. ამ შემთხვევაში, ზოგიერთი ოფთალმოლოგი მიმართავს პროფილაქტიკურ მკურნალობას, თუმცა, არ არსებობს კლინიკური კვლევა, რომელიც ასეთ შემთხვევაში მოგვაწოდებდა გზამკვლევს პროფილაქტიკური მკურნალობის ეფექტურობის შესახებ.

უსიმპტომო ნალისებური ნახეთქების დაახლოებით 5% ბადურას ჩამოცლით რთულდება.

8.5 ცხავისებური დეგენერაცია

ცხავისებურმა დეგენერაციამ ბადურა გარსის ჩამოცლა შესაძლოა ორი მექანიზმით გამოიწვიოს: მრგვალი ხვრელით, რომელიც არ არის დაკავშირებული მინისებური სხეულის უკანა ჩამოცლასთან და ტრაქციული ნახეთქით, რომელიც დაკავშირებულია მინისებური სხეულის ჩამოცლასთან. ახალგაზრდა მიოპები, რომელთაც აქვთ ცხავისებური დეგენერაცია მრგვალი ხვრელით, საჭიროებენ მუდმივ მეთვალყურეობას, რადგან შესაძლოა მცირე ზომის ლოკალიზებული ბადურას ჩამოცლა განუვითარდეთ, რომელიც თანდათან იზრდება და კლინიკურად მნიშვნელოვანი ბადურას ჩამოცლა ყალიბდება.

ზოგადად ცხავისებურ დეგენერაციაში არსებული ატროფიული მრგვალი ხვრელები და მინიმალური სუბრექტინული სითხე არ საჭიროებს მკურნალობას. კვლევების მიხედვით, ცხავისებური დეგენერაცია მრგვალი ხვრელით ან მის გარეშე არ წარმოადგენს ბადურას ჩამოცლის მნიშვნელოვან რისკ ფაქტორს, თუკი ანამნეზში ბადურას ჩამოცლა არ გვაქვს.

ბადურას ჩამოცლა ცხავისებური დეგენერაციის დროს ძირითადად გვხვდება მაშინ, როცა მინისებური სხეულის უკანა ჩამოცლა ნალისებური ნახეთქის განვითარებას იწვევს. ასეთი ნახეთქი მკურნალობას საჭიროებს.

8.6 ბადურას რეგმატოგენური ჩამოცლის რისკ-ფაქტორები

ბადურას ნახეთქების გარდა, რეგმატოგენური ჩამოცლის მიზეზები შეიძლება იყოს მიოპია, ცხავისებური დეგენერაცია, კატარაქტის ქირურგია, ტრავმა, ანამნეზში ბადურას ჩამოცლა მეორე თვალში. ამ რისკ-ფაქტორების კომბინაცია ერთ თვალში ზრდის ჩამოცლის ალბათობას.

მიოპია

არატრავმული რეგმატოგენული ბადურას ჩამოცლის ნახევარზე მეტი მიოპიურ თვალეებში გვხვდება. რაც უფრო იზრდება თვალის ღერძის სიგრძე, მით უფრო იზრდება ჩამოცლის რისკი. ადამიანებს მსუბუქი ხარისხის მიოპიით (1– 3 დპტრ) 4-ჯერ ეზრდება რისკი, ხოლო მაღალი ხარისხის მიოპიის (>3 დპტრ) მქონე პირებს - არამიოპებთან შედარებით - 10-ჯერ.

ცხავისებური დეგენერაცია

ცხავისებური დეგენერაცია პოპულაციის 6%-8%-ში გვხვდება და ზრდის ბადურას ჩამოცლის რისკს. ბადურას ჩამოცლის მქონე პაციენტების 20-30%-ს ცხავისებური დეგენერაცია აღენიშნება.

კატარაქტის ქირურგია

კატარაქტის ქირურგიის შემდეგ ბადურას ჩამოცლის რისკი დაახლოებით 1%-ია. კატარაქტის ქირურგიის შემდეგ ბადურას ჩამოცლის რისკს შემდეგი პათოლოგიები ზრდის: მამრობითი სქესი, ღერძული მიოპია, უკვე არსებული ვიტრეორექტინული დაავადება, მინისებური სხეულის პროლაფსი წინა საკანში, მინისებური სხეულის დაღვრა, კაფსულოტომიის დროს კაფსულის გახევა. Nd: YAG ლაზერულ კაფსულოტომიასა და ბადურა გარსის რეგმატოგენურ ჩამოცლას შორის ურთიერთდამოკიდებულების შესახებ სარწმუნო კვლევები არ არის.

ტრავმა

თვალის ბლაგვი ან შემავალი ტრავმა, რომელიც მინისებური სხეულის და ბადურას სტრუქტურის გადაგვარებას იწვევს, ზრდის რეგმატოგენური ჩამოცლის ალბათობას. ტრავმის შედეგად განვითარებული ვიტრეორექტინული ცვლილებები შესაძლოა გამოიწვიოს ტრავმის მიღებისთანავე ან წლების შემდეგ.

ბადურას რეგმატოგენური ჩამოცლა მეორე თვალში

პაციენტებს, რომელთაც ბადურას არატრავმული ჩამოცლა აღენიშნებათ (მათ შორის არტიფაკიულ თვალეებზე), 10 %-ით ეზრდებათ ბადურას ჩამოცლის რისკი მეორე თვალში.

სხვა რისკ-ფაქტორები

სხვა რისკ-ფაქტორებს ახალშობილთა რექტინოპათია და სტიკლერის სინდრომი წარმოადგენს. კერატორეფრაქციული ქირურგიის შედეგად ბადურას ჩამოცლის შესახებ საკმარისი ინფორმაცია არ არის.

8.7 პრევენცია და ადრეული დიაგნოსტიკა

ბადურას რეგმატოგენური ჩამოცლის გამომწვევი ცვლილებების პრევენციის ეფექტური საშუალება არ არსებობს. თუკი უსიმპტომო პაციენტის თვალის რუტინული კვლევის დროს აღმოჩენილ იქნა ბადურას ჩამოცლის რისკ-ფაქტორები, საჭიროა ბადურას პერიფერიის დათვალიერება [A:III] .

მაღალი რისკის მქონე პაციენტები უნდა გაიგზავნონ სპეციალიზირებულ ოფთალმოლოგიურ კლინიკებში სრულყოფილი გამოკვლევისთვის, ასევე მათ უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია ბადურას და მინისებური სხეულის უკანა ჩამოცლის სიმპტომების და თვალის პერიოდული შემოწმების საჭიროების შესახებ [A:II].

8.8 პაციენტის მართვის პროცესი

მიზნები

- მაღალი რისკის მქონე პაციენტების გამოვლენა;
- მხედველობის დაკარგვის და ფუნქციური შეზღუდვის პრევენცია;
- ცხოვრების ხარისხის შენარჩუნება.

დიაგნოსტიკა

მაღალი რისკის მქონე პაციენტის შეფასება მოიცავს ყველა სახის ოფთალმოლოგიურ კვლევას, განსაკუთრებული ყურადღებით იმ ასპექტებზე, რომლებიც მინისებური სხეულის უკანა ჩამოცლას, ბადურას ნახეთქებს და ცხავისებურ დეგენერაციას შეეხება.

ანამნეზი

ანამნეზი შემდეგ საკითხებს უნდა მოიცავდეს:

- მინისებური სხეულის უკანა ჩამოცლის სიმპტომები [A:I];
- ოჯახური ანამნეზი [A:II];
- თვალის ტრავმა [A:III];
- მიოპია [A: II];
- თვალის ქირურგია, მათ შორის რეფრაქციული და კატარაქტის ოპერაციები [A:II].

ინსტრუმენტული გამოკვლევები

ინსტრუმენტული გამოკვლევები მოიცავს:

- მინისებური სხეულის გამოკვლევას ჰემოფთალმის, ბადურას ჩამოცლის და პიგმენტური უჯრედების არსებობაზე [A:II];
- ფსკერის პერიფერიის დათვალიერებას სკლერის დეპრესიით [A:III];
- ვინაიდან არ არსებობს სიმპტომები, რომელიც განასხვავებს მინისებური სხეულის უკანა ჩამოცლას ნახეთქით, მინისებური სხეულის უკანა ჩამოცლისგან ნახეთქის გარეშე, ყოველთვის საჭიროა ბადურას პერიფერიის დათვალიერება [A:III]; ვიტრეორეტინული პათოლოგიების შეფასების მეთოდს მიეკუთვნება არაპირდაპირი ოფთალმოსკოპია სკლერის დეპრესიით [A:III]; ნახეთქების მქონე პაციენტების უმეტესობას მინისებურ სხეულში ხშირად სისხლჩაქცევები და პიგმენტური უჯრედები აქვს. სრული დიაგნოსტიკის მიზნით შესაძლოა ნაპრალოვანი სანათითა და არაკონტაქტური ან სარკიანი კონტაქტური ლინზით გამოკვლევა.

სადიაგნოსტიკო ტესტები

თუკი ბადურას პერიფერიის დათვალიერება ვერ ხერხდება, აუცილებელია B-სკანირების ჩატარება ბადურას ნახეთქების, ჩამოცლის და ჰემოფთალმის გამოსარიცხად [A:II]. თუ ცვლილებები არ გამოვლინდა, დინამიკაში დაკვირვება რეკომენდებული [A:III];

მკურნალობა

მკურნალობის მიზანია ბადურას ნახეთქის ან სუბრეტინული სითხის გარშემო მიფენილ ბადურაზე მყარი ქორიორეტინული ადჰეზიის ფორმირება კრიოთერაპიის ან ლაზერული ფოტოკოაგულაციის მეშვეობით.

ნალისებური ნახეთქის გარშემო კოაგულანტები უნდა გაკეთდეს მაქსიმალურად პერიფერიაზე, საჭიროების შემთხვევაში დაკბილულ ხაზამდეც [A:II]. წარუმატებელი მკურნალობის ყველაზე ხშირი მიზეზი კოაგულანტების არასაკმარისად პერიფერიულად განთავსებაა. მინისებური სხეულის ტრაქციამ შესაძლოა გამოიწვიოს ნახეთქის გაფართოება და ბადურას ჩამოცლა. ბადურას დიალიზის მკურნალობისას კოაგულანტების განთავსება უნდა მოხდეს ნახეთქის მთელი სიგრძის გასწვრივ დაკბილულ ხაზამდე.

მტკიცებულებაზე დაფუძნებული რეკომენდაციები არსებობს მხოლოდ მწვავე სიმპტომური ნალისებური ნახეთქის შესახებ. სხვა ვიტრეორეტინული პათოლოგიების მკურნალობასთან დაკავშირებით მტკიცებულებაზე დაფუძნებული ინფორმაცია არასაკმარისია. აქედან გამომდინარე, ვიტრეორეტინული პათოლოგიების, მათ შორის ცხავისებური დეგენერაციისა და უსიმპტომო ნახეთქის მკურნალობისა და მართვის შესახებ გადაწყვეტილების მიღებისას უნდა გავითვალისწინოთ მოსალოდნელი ეფექტები და შესაძლო გართულებები. მკურნალობის მეთოდის მოსალოდნელი სარგებელი (ბადურას ჩამოცლის პრევენცია) უნდა აღემატებოდეს პოტენციურ რისკს. ცხრილში 1 მოცემულია დაავადების მართვის რეკომენდაციები.

ქირურგმა პაციენტს უნდა მიაწოდოს ინფორმაცია მკურნალობის მოსალოდნელი შედეგების, გართულებების და ალტერნატიული მეთოდების შესახებ [A:III]. ბადურას ჩამოცლა შესაძლოა განვითარდეს სწორი მკურნალობის შემდეგაც კი. ვიტრეორეტინულმა ტრაქციამ შეიძლება ამოგლიჯოს ბადურა ნამკურნალებ ზონაში, განსაკუთრებით თუ ნახეთქი დიდია და კავშირშია ბადურას სისხლძარღვთან. განსაკუთრებით საშიშია პირველი თვე მკურნალობის შემდეგ, რადგან ამ ვადამდე არ არის სრულად ჩამოყალიბებული ქორიორეტინული ადჰეზიები. ამას გარდა, პაციენტების 10–16%-ში ბადურას დამატებითი ნახეთქები ვითარდება. არტიფაკიულ თვალეში ნახეთქების განვითარების ალბათობა უფრო მაღალია.

ცხრილი N1. დაავადების მართვის გზამკვლევი

დაზიანების ტიპი	მკურნალობა
მწვავე სიმპტომური ნალისებური ნახეთქები	სასწრაფო მკურნალობა [A:II]
მწვავე სიმპტომური თავსახურიანი ნახეთქები	მკურნალობა არ არის აუცილებელი [A:III]
ტრავმული ბადურას ნახეთქები	ძირითადად ესაჭიროება მკურნალობა [A:III]
უსიმპტომო ნალისებური ნახეთქები	შესაძლებელია დაკვირვება მკურნალობის გარეშე [A:III]
უსიმპტომო თავსახურიანი ნახეთქები	მკურნალობა იშვიათადაა საჭირო [A:III]
უსიმპტომო ატროფიული მრგვალი ხვრელები	მკურნალობა იშვიათადაა საჭირო [A:III]

უსიმპტომო ცხავისებური დეგენერაცია ხვრელების გარეშე	მკურნალობა არ არის საჭირო თუკი მინისებური სხეულის უკანა ჩამოცლამ არ წარმოქმნა ნალისებური ნახეთქი [A:III]
უსიმპტომო ცხავისებური დეგენერაცია ხვრელებით	მკურნალობა ძირითადად არ ესაჭიროება [A:III]
ბადურას უსიმპტომო დიალიზი	არ არსებობს გზამკვლევი
თვალეში ატროფიული ხვრელებით, ცხავისებური დეგენერაციით ან უსიმპტომო ნალისებური ნახეთქით პაციენტებში, რომელთაც ბადურას ჩამოცლა მეორე თვალში აღენიშნებათ	არ არსებობს გზამკვლევი

მკურნალობის გართულებები

მკურნალობის შედეგად შესაძლოა ეპირეტინული მემბრანის განვითარება, თუმცა უცნობია მკურნალობა ზრდის თუ არა მისი განვითარების რისკს.

დაკვირვება

ცხრილში N2 მოწოდებულია დინამიკაში დაკვირვების გზამკვლევი დამატებითი სიმპტომების არ არსებობის შემთხვევაში. პაციენტები, რომელთაც უვითარდებათ ახალი სიმპტომები საჭიროებენ დაკვირვებას იმ ინტერვალებით, რომელიც მოწოდებულია Comprehensive Adult Medical Eye Evaluation PPP-ის მიერ [A:III]. მაღალი რისკის ჯგუფში შემავალი პაციენტები, რომელთაც ახალი სიმპტომები აღენიშნება (ფოტოფსიები, მცურავი შემდვრევეები, პერიფერიული სკოტომები და მხედველობის სიმახვილის დაქვეითება) სასწრაფოდ საჭიროებენ ოფთალმოლოგის კონსულტაციას [A:II].

ახალგაზრდა მიოპი პაციენტები, რომელთაც ცხავისებური დეგენერაცია ხვრელებით აღენიშნებათ საჭიროებენ ბადურას რეგულარულ დათვალიერებას, ვინაიდან მათ შესაძლოა განუვითარდეთ მცირე ზომის ლოკალური ჩამოცლის უბნები. მკურნალობა მიზანშეწონილია იმ შემთხვევაში, თუ ჩამოცლის ზომის მატება დოკუმენტურად არის დამოწმებული [A:III].

პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებათ მინისებური სხეულის მწვავე უკანა ჩამოცლა ნახეთქის გარეშე, აქვთ მომავალში ნახეთქების განვითარების დაბალი რისკი. ამრიგად, ის პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ პიგმენტი მინისებურ სხეულში, სისხლჩაქცევა მინისებურ სხეულში ან ბადურაზე ან ხილული ვიტრეორეტინული ტრაქცია, საჭიროებენ განმეორებით გამოკვლევას სიმპტომების გამოვლენიდან 6 კვირის მანძილზე.

ცხრილი N2. დაკვირვების გზამკვლევი [A:III]

დაზიანების ტიპი	დაკვირვების ინტერვალი
მინისებური სხეულის უკანა ჩამოცლა სიმპტომებით ნახეთქის გარეშე	სიმპტომებიდან, რისკ-ფაქტორებიდან და კლინიკური ნიშნებიდან გამომდინარე პაციენტების დაკვირვება ხდება 1-დან 6 კვირამდე, შემდეგ 6 თვიდან 1 წლამდე.
მწვავე სიმპტომური ნალისებური ნახეთქები	მკურნალობიდან 1-2 კვირაში, შემდეგ 4-6 კვირაში, შემდეგ ყოველწლიურად
მწვავე სიმპტომური თავსახურიანი ნახეთქები	2-4 კვირაში, შემდეგ 1-3 თვეში, შემდეგ 6-12 თვეში, შემდეგ ყოველწლიურად.
ტრავმული ბადურას ნახეთქები	მკურნალობიდან 1-2 კვირაში, შემდეგ 4-6 კვირაში,

	შემდეგ 3 დან 6 თვეში, შემდეგ ყოველწლიურად.
უსიმპტომო ნალისებური ნახეთქები	1–4 კვირაში, შემდეგ 2–4 თვეში, შემდეგ 6–12 თვეში, შემდეგ ყოველწლიურად.
უსიმპტომო თავსახურიანი ნახეთქები	2–4 კვირაში, შემდეგ 1–3 თვეში, შემდეგ 6–12 თვეში, შემდეგ ყოველწლიურად.
უსიმპტომო ატროფიული მრგვალი ხვრელები	1– 2 წელი
უსიმპტომო ცხავისებური დეგენერაცია ხვრელების გარეშე	ყოველწლიურად
უსიმპტომო ცხავისებური დეგენერაცია ხვრელებით	ყოველწლიურად
ბადურას უსიმპტომო დიალიზი	თუ არ არის ნამკურნალევი, 1 თვეში, შემდეგ -3 თვეში, შემდეგ- 6 თვეში, შემდეგ- ყოველ 6 თვეში. მკურნალობის შემთხვევაში, მკურნალობიდან 1 დან 2 კვირამდე, შემდეგ 4 -დან 6 კვირამდე, შემდეგ 3 დან 6 თვემდე, შემდეგ ყოველწლიურად.
თვალეები ატროფიული ხვრელებით, ცხავისებური დეგენერაციით ან უსიმპტომო ნალისებური ნახეთქით პაციენტებში, რომელთაც ბადურას ჩამოცლა მეორე თვალში აღენიშნებათ	ყოველ 6–12 თვეში ერთხელ

პაციენტის ანამნეზი

პაციენტის ანამნეზი უნდა მოიცავდეს:

- მხედველობით სიმპტომებს [A:I];
- თვალის ახალი ტრავმისა და თვალშიდა ქირურგიის ანამნეზი [A:II].

გამოკვლევა

- მხედველობის სიმახვილე [A:III];
- მინისებური სხეულის დათვალიერება პიგმენტის, სისხლჩაქცევის და მინისებური სხეულის დესტრუქციის გამოსარიცხად [A:II];
- ფსკერის პერიფერიის დათვალიერება სკლერის დეპრესიით [A:II];
- B–სკანირება თუკი ოპტიკური არეები გამჭვირვალე არ არის [A:II];
- თუკი პირველი პოსტოპერაციული ვიზიტის დროს, მკურნალობა დამაკმაყოფილებლად ჩაითვალოს, ქორიორეტინული ნაწიბურის შეფასება 3 კვირაში არაპირდებური ოფთალმოლოგით და სკლერის დეპრესიით ხდება;
- თუკი ნახეთქი ან სუბრეტინული სითხე არასრულადაა შემოფარგლული ქორიორეტინული ნაწიბურით, რეკომენდებულია დამატებითი კოაგულაცია [A:III]. თუკი პოსტოპერაციულად ნამკურნალევი ზონის გარეთ ახალი სუბრეტინული სითხე დაგროვდა, რეკომენდებულია დამატებითი კოაგულაცია [A:III];
- ადექვატური მკურნალობის შემდეგაც კი პაციენტები დაკვირვებას საჭიროებენ. პაციენტების 5–14%-ს შესაძლოა ბადურას ნახეთქი კვლავ განუვითარდეს, რაც მკურნალობის ტაქტიკაზე დამოკიდებული არ არის.

9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის დანერგვის შედეგად მოსალოდნელია მხედველობის დაკარგვისა და ფუნქციური შეზღუდვის პრევენცია, მინისებური სხეულის უკანა ჩამოცლის და/ან ცხავისებური დეგენერაციის მქონე პაციენტებისა და ბადურას ჩამოცლის რისკის რისკის მქონე პაციენტების ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენ ოფთალმოლოგიურ დაწესებულებას აქვს აღნიშნული პროტოკოლი?
- საავადმყოფოს რამდენმა ექიმმა გაიარა სწავლება მოცემული პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის თვალსაზრისით?
- რამდენ %-ში გამოვლინდა ბადურას ცხავისებური დეგენერაცია?
- რამდენ %-ში გამოვლინდა ბადურას მრგვალი ნახეთქი?
- რამდენ %-ში გამოვლინდა ბადურას უსიმპტომო სარქვლოვანი ნახეთქი?
- რამდენ %-ში გამოვლინდა ბადურას სიმპტომური სარქვლოვანი ნახეთქი?
- რამდენ %-ში გამოვლინდა მინისებური სხეულის უკანა ჩამოცლა?
- რამდენ %-ში ჩატარდა მკურნალობა?
- რამდენ %-ში გამოვლინდა მკურნალობის გართულება?
- რამდენ %-ში იმყოფება ოფთალმოლოგის მეთვალყურეობის ქვეშ?
- რამდენ %-ში არ ჩატარდა მკურნალობა?
- რამდენ %-ში აღენიშნა დაავადების რეციდივი?
- რამდენ %-ში აღენიშნა ბადურას ჩამოცლა მკურნალობის შემდეგ?
- რამდენ %-ში აღენიშნა ბადურას ჩამოცლა მკურნალობის გარეშე?

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა რეკომენდებულია დამტკიცებიდან 2 წლის ვადაში (თუ მანამდე, გადახედვის შედეგად არ მოხდა რაიმე სიახლის შეტანა).

12. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსების შესახებ ინფორმაცია მოცემულია დანართში N2.

13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

სამუშაო ჯგუფმა განიხილა რა და კრიტიკულად შეაფასა წყაროდ გამოყენებული გზამკვლევები, მიიჩნია, რომ მოცემული რეკომენდაციები ემყარება არსებულ, საუკეთესო მტკიცებულებებს და შესაფერისია საქართველოს ჯანდაცვის ქსელისთვის. შესაბამისად, ეს რეკომენდაციები პროტოკოლში გადმოტანილია უცვლელად.

პროტოკოლის რეკომენდაციების მოდიფიცირება სამედიცინო დაწესებულების დონეზე, იქ არსებული რესურსისა და შესაძლებლობების გათვალისწინებით, არ არის რეკომენდებული.

14. დანართები

დანართი N1. მტკიცებულებათა და კვლევის შედეგების სარწმუნოების დონეები

მტკიცებულების დონე

- დონე A: ძალიან მნიშვნელოვანი
- დონე B: მნიშვნელოვანი
- დონე C: მნიშვნელოვანი, მაგრამ არა კრიტიკული.

კვლევის შედეგების სარწმუნოების დონეები

დონე I შეიცავს მინიმუმ ერთი, სწორად ჩატარებული, სწორი დიზაინის მქონე, რანდომიზებული კვლევის მონაცემებს ან რანდომიზებული, კონტროლირებადი კვლევების მეტა ანალიზს.

დონე II შეიცავს შემდეგ მონაცემებს:

- კარგად ორგანიზებულ არარანდომიზებულ კვლევებს;
- კარგად ორგანიზებულ კოჰორტულ ან კლინიკური შემთხვევების ანალიტიკურ კვლევებს (უმჯობესია ერთზე მეტი ცენტრიდან);

დონე III შეიცავს შემდეგ მონაცემებს:

- აღწერილობით კვლევებს;
- კლინიკურ შემთხვევებს;
- ექსპერტთა კომიტეტების ორგანიზაციების ანგარიშს.

დანართი N2. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური	რესურსის გამოყენების მიზანი	
ოჯახის ექიმი	კლინიკური შეფასება, რეფერალის უზრუნველყოფა	სავალდებულო
ექიმი-ოფთალმოლოგი	კლინიკური შეფასებაპრევენციული ღონისძიებების შერჩევამკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილებამიმდინარე მეთვალყურეობა	სავალდებულო
ექთანი	პაციენტის ინსტრუმენტული გამოკვლევა	სავალდებულო
რეგისტრატორი	პაციენტების გამოძახების უზრუნველყოფა მიმდინარე მეთვალყურეობისთვის	სავალდებულო
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სავალდებულო
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა: პორტატული ელექტოგამანათებელი, მინათა კრებული, სარკიანი ოფთალმოსკოპი 13 დიოპტის ლუპით. ელექტრონული ოფთალმოსკოპი, მხედველობის სიმახვილის განსაზღვრის ცხრილები, ამსლერის ცხრილი, ტონომეტრიული ტვირთი წონით 10გრ, ტვირთის დამჭერი, კოლარგოლის საღებავი და პოლიაკის სახაზავი, მინის ჩხირი, თვალის წვეთების შემცირებული კრებული:		სავალდებულო

<p>საანესთეზიო საშუალება, სადებიინფექციო საშუალება, გუგის გასაფართოებელი საშუალება, გუგის შესავიწრობელი საშუალება, 1-2 სახის თვალის მალამო ტუბებში; ნაპრალოვანი სანათი, ბინოკულური ლუპა, სკიასკოპიური სახაზავები.</p> <p>დამატებითი აღჭურვილობა: მინათა კრებული, არაკონტაქტური და კონტაქტური ფუნდუს ლინზები, დადებითი ასფერული ლინზების კრებული, სკიასკოპიური სახაზავები, ქუთუთოს ამწევი, საოპერაციო მიკროსკოპი, ინსტრუმენტების კრებული, ლაზერული ფოტოკოაგულატორი. A და B სკანერი, ფუნდუს კამერა.</p>		სასურველი
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	სამახსოვროები	სასურველი

15. გამოყენებული ლიტერატურა

1. Coffee RE, Westfall AC, Davis GH, et al. Symptomatic posterior vitreous detachment and the incidence of delayed retinal breaks: case series and meta-analysis. Am J Ophthalmol 2007;144:409-413.
2. van Overdam KA, Bettink-Remeijer MW, Mulder PG, van Meurs JC. Symptoms predictive for the later development of retinal breaks. Arch Ophthalmol 2001;119:1483-6.
3. Wilkinson CP. Interventions for asymptomatic retinal breaks and lattice degeneration for preventing retinal detachment. Cochrane Database Syst Rev 2005, Issue 1. Art. No.: CD003170. DOI: 10.1002/14651858.CD003170.pub2.
4. Erie JC, Raecker MA, Baratz KH, et al. Risk of retinal detachment after cataract extraction, 1980-2004: a population-based study. Ophthalmology 2006;113:2026-32.
5. Russell M, Gaskin B, Russell D, Polkinghorne PJ. Pseudophakic retinal detachment after phacoemulsification cataract surgery: Ten-year retrospective review. J Cataract Refract Surg 2006;32:442-5.
6. Jahn CE, Richter J, Jahn AH, et al. Pseudophakic retinal detachment after uneventful phacoemulsification and subsequent neodymium: YAG capsulotomy for capsule opacification. J Cataract Refract Surg 2003; 29:925-9.
7. Sharma MC, Chan P, Kim RU, Benson WE. Rhegmatogenous retinal detachment in the fellow phakic eyes of patients with pseudophakic rhegmatogenous retinal detachment. Retina 2003;23:37-40.
8. Sharma MC, Regillo CD, Shuler MF, et al. Determination of the incidence and clinical characteristics of subsequent retinal tears following treatment of the acute posterior vitreous detachment-related initial retinal tears. Am J Ophthalmol 2004;138:280-4.
9. Sarrafzadeh R, Hassan TS, Ruby AJ, et al. Incidence of retinal detachment and visual outcome in eyes presenting with posterior vitreous separation and dense fundus-obscuring vitreous hemorrhage. Ophthalmology 2001;108:2273-8.

16. პროტოკოლის ავტორები

- გიორგი ჩიჩუა - მედიცინის დოქტორი, თვალის კლინიკა "მზერა";
- ნიკოლოზ ლაბაური - მედიცინის დოქტორი, თვალის კლინიკა "ახალი მზერა";
- მიხეილ გაბრიჩიძე - შპს "ნიუ ჰოსპიტალსი";
- ნინო კობახიძე - თვალის კლინიკა "მზერა";
- თინათინ ჯიქურაშვილი - მედიცინის დოქტორი, თვალის კლინიკა "მზერა".