

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ
ПРИ ОКЛУЗИЈА НА ЦЕНТРАЛНАТА РЕТИНАЛНА АРТЕРИЈА

Член 1

Со ова упатство за практикување на медицината, заснована на докази се пропишува медицинското згрижување при постоење на оклузија на централната ретинална артерија.

Член 2

Начинот на третман на оклузија на централната ретинална артерија е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на згрижување на оклузија на централната ретинална артерија по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-9348/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ОКЛУЗИЈА НА ЦЕНТРАЛНА РЕТИНАЛНА АРТЕРИЈА

МЗД упатство
5.5.2011

- Основни податоци
- Етиологија
- Симптоми
- Наоди
- Итна прва помош
- Етиолошки испитувања
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Симптоми: ненадеен, безболен едностран губиток на видот.
- Првата помош мора да започне колку што е можно побргу: силен притисок со прст на окото во траење од околу една минута, следено со нагло ослободување на притисокот (инструкциите на пациентот може да се дадат по телефон; бидете сигурни дека пациентот немал скорешен оперативен зафат на окото). Окуларната масажа може да продолжи додека не се започне со друг третман.
- Во центарот за прва помош може да се даде аспирин 250 mg (ако не е контраиндициран).
- Пациентот мора веднаш да се испрати до офталмолошко ургентно одделение. Иреверзибилното ретинално оштетување започнува да се јавува по 1½ час по оклузијата.
- Етиолошките испитувања започнуваат колку што е можно побргу по откривањето на оклузијата, како што се прави и со сите други нарушувања на церебралната циркулација.

ЕТИОЛОГИЈА

- Оклузијата на централната ретинална артерија (ОЦРА) може да биде по потекло од каротидната артерија или може да биде предизвикана од емболус кој потекнува од срцето.
- Историјата за минати заболувања често вклучува епизоди на транзиторни исхемични атаки (ТИА).
 - Окуларна ТИА (amaurosis fugax) е акутен едностран губиток на видот кој трае од неколку минути (3–5 минути) до половина час. Најчеста причина е холестеролски емболус.
 - Циркуларните нарушувања кои ја засегаат вертебробазиларната ареа може да бидат поврзани со потполн или со делумен обостран губиток на видот со траење од < 1 минута и со други придружни симптоми, како што е неразбирлив говор и вртоглавица.
- Типичниот пациент е возрастна лице со кардиоваскуларна болест, поретко е помлад пациент со валвуларен срцев дефект.
- Секогаш мора да се исклучи темпорален артеритис (видот може да биде спасен во соодветното око со кортикостероиди!).
 - Доминантниот симптом кај темпоралниот артеритис е интензивна главоболка. Артеритисот, обично, предизвикува стеснување на видното поле пред да се изгуби видот и губитокот на видот не е нагол (1).

СИМПТОМИ

- Ненадеен, безболен едностран губиток на видот.

НАОДИ

- Видната острина е изгубена до степен на броење на прсти или само перцепција на светлина кај околу 20% од пациентите.
 - Вентралниот вид може да биде зачуван преку цилиоретиналната артерија (се јавува кај околу 10% од популацијата), која ја снабдува макулата.
- Зеницата е полураширена и слабо реагира на светлина.
- Очното дно изгледа нормално во почетокот, но станува млечно бело во текот на еден час. Во макулата станува видлива црвената точка.
 - Кај оклузија на гранка на ретиналната артерија (ОГРА), промените се присутни само периферно на оклузијата со соодветен делумен дефицит на видното поле.
- Артериите се тесни со сегментација на крвниот столб; понекогаш се видливи блескави холестеролски плаки (плаки на Hollenhorst) или калцифицирани емболуси.
 - Во текот на следните недели едемот се намалува и ретината и оптичкиот нерв ќе атрофираат. Артериите ќе останат тесни.

ИТНА ПРВА ПОМОШ

- ***Првата помош мора да започне колку што е можно побргу!***
- Пациентот може да започне со окуларна масажа дома преку повторуваа примена на притисок со прстот на окото во текот на една минута, следено со нагло отпуштање на притисокот. Бидејќи интраокуларниот притисок нагло паѓа кога притисокот се ослободува, ембулусот може да се помести и да се придвижи кон напред во крвниот сад. Тоа може да ја поврати циркулацијата барем на еден дел на централната ретинална артерија, односно, ОЦРА станува ОГРА.
 - Пациентот треба да продолжи со дигиталната очна масажа сè до доаѓањето во медицинска установа.
 - Ако наредбата да се започне со окуларна масажа се дава преку телефон, мора да се утврди дека немало скорешен оперативен зафат на засегнатото око (на пример, операција на катаракта).
- Во центарот за прва помош може орално да се даде аспирин 250 mg (не кај постоење на сулфа алергија), по што пациентот мора да се испрати веднаш во ургентно офталмолошко одделение.
- Може да се изведе парацентеза на предната комора во ургентното офталмолошко одделение, со цел да се намали интраокуларниот притисок.
 - Овие мерки треба да се преземат ако се поминати помалку од 3–8 часа од губитокот на видот.
 - Показано е експериментално дека неповратното ретинално оштетување започнува да се јавува уште по 100 минути по оклузијата.
 - Локалната тромболиза на офталмичката артерија не е ефикасна.

ЕТИОЛОШКИ ИСПИТУВАЊА

- ТИА, плаки на Hollenhorst, дури и кога се асимптоматски, како и ОЦРА и ОГРА се сите предупредувачки знаци за мозочен удар!
 - Ако е возможно, веднаш треба да се консултира невролошка. Испитувањата за откривање на етиологијата на оклузијата и планирањето на секундарната превенција треба да започнат најдоцна следниот ден по поставувањето на дијагнозата.

- Испитувања:
 - Лабораториски тестови: седиментациона рата на еритроцитите (СЕ), CRP, крвна слика, натриум, калиум, липиди, глукоза во плазмата, тест за толеранција на глукозата, аланин аминотрансфераза, гама-глутамил трансфераза, креатинин, INR, АРТТ.
 - Да се мониторира крвниот притисок.
 - Ултразвучен преглед на каротидните артерии (да се определи степенот на меѓната стеноза на каротидите).
 - Рендгенографија на градниот кош (срцева слабост).
 - ЕКГ (на пр., атријална фибрилација, миокарден инфаркт).
 - КТ на мозокот.
 - Ако се смета дека е потребно, испитување на коагулационите фактори се прават кај помладите пациенти (под 50 -годишна возраст) ако етиолошките испитувања не откриваат други фактори кои предиспонираат за оклузија.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

5.5.2011

ЛИТЕРАТУРА

1. Beran DI, Murphy-Lavoie H. Acute, painless vision loss. J La State Med Soc 2009; 161:214-6, 218-23. [PubMed](#)
2. Chen CS, Lee AW. Management of acute central retinal artery occlusion. Nat Clin Pract Neurol 2008 Jul; 4(7):376-83. [PubMed](#)
3. Beatty S, Au Eong KG. Acute occlusion of the retinal arteries: current concepts and recent advances in diagnosis and management. J Accid Emerg Med 2000 Sep;17(5):324-9. [PubMed](#)

Автори: This article is created and updated by the EBMG Editorial Team

Article ID: rel00553 (037.040)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. Körner-Stiefbold U. [Central retinal artery occlusion--etiology, clinical picture, therapeutic possibilities]. Ther Umsch 2001 Jan; 58(1):36-40. [PubMed](#)

Автори: Paula Summanen and Sari Atula

Претходни автори: Anna-Maija Paakkala

Article ID: ebm00815 (037.040), © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines 5.5.2011, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2015 година.**