

Рекомендовано
Экспертным советом
РГП на ПВХ «Республиканский
центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения
и социального развития
от «30» сентября 2015 года
Протокол №10

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ГЛАЗНИЦЫ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Болезней глазницы

2. Код протокола:

3. Код (ы) МКБ-10:

D31.6 Доброкачественное заболевание глазницы неуточненной части

H05.0 Острое воспаление глазницы

H 05.1 Хронические воспалительные болезни орбиты

H 05.2 Экзофтальмические состояния

H05.8 Другие болезни глазницы

H05.9 Болезнь глазницы неуточненная

H06.1 Паразитарная инвазия глазницы при болезнях, классифицированных в других рубриках

H06.2 Экзофтальм при нарушении функции щитовидной железы

4. Сокращения, используемые в протоколе:

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АСТ – аспартатаминотрансфераза

ВГД – внутриглазное давление

ЗН – зрительный нерв

КТ – компьютерная томография

МРТ – магнитно-резонансная томография

УЗИ – ультразвуковое исследование

5. Дата разработки/пересмотра протокола: 2015 год.

6. Категория пациентов: взрослые и дети.

7. Пользователи протокола: терапевты, педиатры, врачи общей практики, офтальмологи, офтальмохирурги, эндокринологи.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ*

Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций [6].

Шкала уровня доказательности:

Уровень доказательности	Тип доказательности
I	Доказательства получены в результате мета-анализа большого числа хорошо спланированных рандомизированных исследований. Рандомизированные исследования с низким уровнем ложнопозитивных и ложнонегативных ошибок.
II	Доказательства основаны на результатах не менее одного хорошо спланированного рандомизированного исследования. Рандомизированные исследования с высоким уровнем ложнопозитивных и ложнонегативных ошибок
III	Доказательства основаны на результатах хорошо спланированных нерандомизированных исследований. Контролируемые исследования с одной группой больных, исследования с группой исторического контроля и т.д
IV	Доказательства получены в результате нерандомизированных исследований. Непрямые сравнительные, описательно корреляционные исследования и исследования клинических случаев
V	Доказательства основаны на клинических случаях и примерах

Степень	Градация
A	Доказательство I уровня или устойчивые многочисленные данные II, III или IV уровня доказательности
B	Доказательства II, III или IV уровня, считающиеся в целом устойчивыми данными
C	Доказательства II, III, IV уровня, но данные в целом неустойчивые
D	Слабые или несистематические эмпирические доказательства.

8. Определение: Болезни глазницы – группа заболеваний, которые объединяет различные патологические состояния в орбите (истинные и ложные опухоли орбиты, эндокринные поражения и сосудистые заболевания, воспалительные, паразитарные и грибковые поражения) [1].

9. Клиническая классификация. [3]

По происхождению:

- врожденные;
- приобретенные.

По этиологии:

Воспалительные:

- флегмона;
- тромбоз пещеристой пазухи;
- остеопериостит;
- тенонит.

Опухоли (доброкачественные, злокачественные):

- первичные;
- вторичные;
- метастатические;
- ложные.

Сосудистые заболевания:

- заболевания артерий, вен;
- варикозное расширение вен орбиты.

Грибковые поражения;

Эндокринные расстройства:

- тиреотоксический экзофтальм;
- эндокринная офтальмопатия.

Паразитарные заболевания:

- эхинококкоз,
- аскаридоз,
- филяриатоз.

По характеру воспалительного процесса:

Острый;

Хронический:

- гранулематоз Вегенера;
- саркоидоз;
- эозинофильная гранулема;
- амилоидоз.

10. Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:

Показания к экстренной госпитализации: не проводится

Показания для плановой госпитализации:

- боль в орбитальной области;
- наличие новообразования;
- экзофтальм;
- отеки век;
- ограничение подвижности глазного яблока.

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне [3,4,5]:

- визометрия (без коррекции и с коррекцией) (УД – С)[6] *;
- авторефрактометрия или скиоскопия (УД – С)[6];
- тонометрия (бесконтактно) (УД – С)[6];
- биомикроскопия (УД – С)[6];
- офтальмоскопия (УД – С)[6];
- периметрия (УД – С)[6];
- экзофтальмометрия(УД – С)[6]*;

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- УЗИ глазного яблока (УД – С)[6];
- МРТ и КТ орбитальной области (УД – С)[6]*;
- рентгенография глазницы по Резе*.

11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа в области здравоохранения.

11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне при экстренной госпитализации и по истечении сроков более 10 дней с момента сдачи анализов в соответствии с приказом МО:

- визометрия (без коррекции и с коррекцией) (УД – С) [6]*;
- авторефрактометрия или скиоскопия (УД – С) [6];
- тонометрия (бесконтактно) (УД – С) [6];
- биомикроскопия (УД – С) [6];
- офтальмоскопия (УД – С) [6];
- периметрия (УД – С) [6];
- Экзофтальмометрия (УД – С) [6]*.

11.5 Минимальный перечень обследования, проводимые для подготовки оперативному лечению при экстренной госпитализации и по истечении сроков более 10 дней с момента сдачи анализов в соответствии с приказом МО: нет

11.6 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи: не проводится

12. Диагностические критерии постановки диагноза [3,4,5,6]:

12.1 Жалобы и анамнез:

Жалобы:

- боль в глазу с/без иррадиацией в одноименную половину головы, затылочную область, в зубы, верхнюю челюсть;
- ограничение подвижности глазного яблока;
- отёки кожи вокруг век;

- снижение остроты зрения;
- повышение температуры;

Анамнез:

- сведения о перенесенных ранее травмах головы, синдромных, инфекционных, заболеваниях.

12.2 Физикальное обследование:

Пальпация:

- болезненность глазного яблока,
- повышенные/пониженные офтальмотонус (УД – С)[6];
- определение конфигурации, консистенции, подвижности образования орбиты;

Общий осмотр:

- ограничение подвижности глазного яблока;
- выпячивание глаза;
- выпячивания костных стенок орбиты (гиперостаз);
- двоение при фиксации взгляда на объект;
- изменения репозиции глазного яблока;
- изменения положения век (ретракция и птоз);
- воспалительные изменения кожи век (гиперемия, отек, пастозность тканей век);
- нарушение чувствительности роговицы;
- изменение глазного дна;
- снижение зрения;
- изменение пульса (замедление/ускорение).

12.3 Лабораторные исследования:

- общий анализ крови: норма/анемия, эозинофилия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ;
- биохимический анализ крови: белок и белковые фракции – диспротеинемия в сторону увеличения γ фракций.

12.4 Инструментальные исследования:

- визометрия – снижение остроты зрения;
- офтальмоскопия – застойные явления зрительного нерва (сосуды извиты, расширены), вторичная атрофия ЗН;
- тонометрия – изменение ВГД;
- периметрия – появление патологических скотом, сужение поля зрения;
- ультразвуковое исследование орбиты позволяет оценить состояние зрительного нерва, ретробульбарной клетчатки, экстраокулярных мышц глаза, слезной железы;
- КТ и МРТ позволяет выявить нарушение целостности кости, наличие и локализацию инородных тел, объем и локализацию повреждений мягких тканей орбиты и глазного яблока, наличие и расположение опухолей в различных частях орбиты;

12.5 Показания для консультации узких специалистов:

- консультация терапевта – для оценки общего состояния организма;
- консультация эндокринолога – при наличии гипо- или гиперфункции щитовидной железы или другой сопутствующей эндокринной патологии;
- консультация нейрохирурга – при распространении воспалительного процесса в полость черепа;
- консультация онколога – при подозрении на наличие злокачественных опухолей;
- консультация оториноларинголога – для исключения распространения заболевания в околоносовые пазухи.

12.6 Дифференциальный диагноз.

Таблица – 1. Дифференциальная диагностика поражений глазницы с односторонней миопией и мукоцеле придаточных пазух.

Клинический признак	Односторонняя высокая миопия	Мукоцеле придаточных пазух	Поражение глазницы
Экзофтальм	осевой	Со смещением	Осевой или со смещением
Изменение репозиции глазного яблока	Не изменена	Слабо изменена	Резко снижена или отсутствует
боль	отсутствует	отсутствует	Умеренно или резко выражена
энофтальм	отсутствует	отсутствует	Выражен
Ретракция век, птоз	отсутствует	Умеренно выраженный птоз	Резко выражены
Воспалительные изменения кожи век	отсутствует	отсутствует	Умеренно или резко выражены

13. Цели лечения:

- уменьшение отеков, достижение (полной или частичной) репозиции глазного яблока, восстановление (полное или частичное) движения глазного яблока;
- нормализация соотношений анатомо-топографических структур орбиты;

14. Тактика лечения: [3,6,7,8]

14.1 Немедикаментозное лечение:

Режим – III;

Стол – №15.

14.2 Медикаментозное лечение:

- сульфацетамид натрия 30% по 2 капли 6 раз в день 10 дней, противомикробное средство для профилактики п/о воспаления переднего отрезка глаза (УД – С)[6];
- дексаметазон - 0,4%, капли глазные 0,1%, мазь глазная 0,1%,
- синтетический глюкокортикостероид оказывает противовоспалительное, противоаллергическое, десенсибилизирующее, средство для профилактики п/о воспаления глаза и глазницы (УД – С)[6];
- цефазолин 500мг, 1000мг внутримышечно 1 раз в день 7 дней антибактериальное средство для профилактики п/о воспаления глаза и глазницы (УД – С)[6];
- метронидазол 500 мг/100 мл внутривенно 1 раз в день 5 дней, противомикробное средство для профилактики п/о воспаления глаза и глазницы (УД – С)[6];
- диклофенак натрия 0,1% по 2 капли 3 раза в день 15 дней, противовоспалительное средство для профилактики п/о воспаления переднего отрезка глаза (УД – С)[6];
- метилпреднизолон 125 мг, 500мг внутривенно 1 раз в день 3 дня. При системном применении оказывает противовоспалительное, противоаллергическое, десенсибилизирующее, противошоковое, антитоксическое и иммунодепрессивное действие (УД – С)[6];

14.3. Другие виды лечения: нет

14.4. Хирургическое вмешательство:

14.4.1 Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях:

Вид операции:

- орбитотомия (трансконъюнктивальная, транскутанная) (МКБ 9 - 16.09).

Показания:

- наличие новообразования/кисты в орбите;
- наличие инородные тела в глазу;
- ограниченный участок фиброза/склероза (УД – В)[6].

Вид операции:

- экзентерация (МКБ 9 - 16.51)

Показания:

- распространение заболевания из глазницы в глазное яблоко (невозможность сохранить глаз) (УД – В)[6];

Вид операции:

- декомпрессия орбиты (МКБ 9 - 16.98)

Показания:

- отечный экзофтальм (УД – В)[6];

14.5. Профилактические мероприятия:

- соблюдение личной гигиены;
- санация очагов инфекции;
- исключение самолечения;
- строгое соблюдение назначений врача.

14.6. Дальнейшее ведение:

- наблюдения на амбулаторном уровне в течении от 1 недели до месяца;
- антибактериальное и противовоспалительное лечение от 30 дней до 45 дней;
- при развитии рецидива заболевания рекомендовано проведение дополнительного курса лечения.

15. Индикаторы эффективности лечения:

- отсутствие экзофтальма;
- отсутствие деформаций и косоглазия;
- устранение двоения в глазу;
- восстановление объема подвижности глазного яблока;
- уменьшение отека периорбиты.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Долматова Ирина Анатольевна – доктор медицинских наук, заведующая курсом офтальмологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет» г. Алматы.
- 2) Расулов Идрис Рашидович – врач офтальмолог II категории второго отделения, АО «Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней», г. Алматы
- 3) Мажитов Талгат Мансурович – доктор медицинских наук, профессор АО «Медицинский университет Астана» врач клинический фармакологии высшей категории, врач-терапевт высшей категории.

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

18. Рецензенты: Утельбаева Зауреш Турсыновна – доктор медицинских наук, профессор кафедры офтальмологии РГП на ПХВ Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы.

19. Указание условий пересмотра протокола: Пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы (необходимы ссылки валидные исследования на перечисленные источники в тексте протокола).

- 1) Бровкина А.Ф. Болезни орбиты. – М.: Медицинское информационное агентство, 2008. – 5 с.

- 2) Бровкина А.Ф. Эндокринная офтальмопатия М.-2004.-176 с.
- 3) Бровкина А.Ф. Болезни орбиты. – М.: Медицинское информационное агенство, 2008. – 251 с.
- 4) Гундорова Р.А., Малаев А.А., Южаков А.М. Травмы глаза. – М.: Медицина, 2009. – 368 с.
- 5) Хакимова Г.М., Тарасова Л.Н., Дроздова Е.А., Кузнецова Г.В. Особенности клиники целлюлита и субпериостального абсцесса орбиты у детей // Сб. научных работ под редакцией Х.П.Тахчиди «Актуальные проблемы офтальмологии», IV Всероссийская научная конф. молодых ученых. Москва, 2009. С. 69–70.
- 6) Атьков О.Ю., Леонова Е.С. Планы ведения больных «Офтальмология» Доказательная медицина, ГЭОТАР – Медиа, Москва, 2011, С.83-99.
- 7) Blake F., Siegert I., Wedl I. et al. The acute orbit: etiology, diagnosis, and therapy // J. Oral Maxillofac. Surg. 2006. Vol. 64. – № 1. P. 87–93.
- 8) Heufelder A.E., Joba W. Thyroid-associated eye disease //Strabismus.- 2000. -Vol.8. - Vol.101-111.
- 9) Tsujino K., Hirota S., Hagiwara M. et al. Clinical outcomes of orbital irradiation combined with or without systemic high-dose or pulsed corticosteroids for Graves' ophthalmopathy //Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys. - 2000. - Vol.48. - P.857-864