

Razširjeni strokovni kolegij za oftalmologijo

Očesna klinika
Grablovičeva 46
1000 Ljubljana

Z A P I S N I K

34. sestanka Razširjenega strokovnega kolegija za oftalmologijo z dne 18.6.2025 ob 14.30 v knjižnici Očesne klinike

PRISOTNI: prof.dr. Mojca Globočnik Petrovič, dr.med., prof.dr. Tomaž Gračner, dr.med., prof.dr. Polona Jaki Mekjavič, dr.med., prof.dr. Nataš Vidović Valentinčič, dr.med., Franc Šalamun, dr.med.

prof. dr. Dušica Pahor poda pisno mnenje, ker se zaradi opravičljivih razlogov seje ni mogla udeležiti.

Sestanek je sklicala prof.dr. Mojca Globočnik Petrovič, dr.med. in je predlagala:

DNEVNI RED:

1. Potrditev zapisnika 33. sestanka RSK za oftalmologijo
2. Priporočila za obravnavo in vodenje bolnikov na sekundarni ravni in stopnje nujnosti napotitev na terciar za: uveitis, vitreoretinalne bolezni, glavkom
3. Algoritem za obravnavo travmatske hifeme, anteriornega uveitisa (pregledano in potrjeno Nataša Vidović Valentinčič, Pia Klobučar, Maja Potrč, Katja Kuhta), epiretinalne membrane (pregledano in potrjeno Mojca Globočnik Petrovič, Neža Čokl, Marko Šulak, Peter Ferme). Zdravljenje neonatalne oftalmije, Preprečevanje neonatalne oftalmije
4. Razno

K točki 1: Člani RSK so potrdili zapisnik 33. sestanka RSK z dne 12.5.2025

K točki 2: Priporočila za obravnavo bolnikov:

- pri stopnjah nujnosti napotitev v priporočilih se doda pojasnilo, da se urgentne napotitve usmerjajo v urgentno ambulantno, saj subspecialistične ambulante niso vedno dostopne.
- Priporočila za obravnavo in vodenje bolnikov na sekundarni ravni in stopnje nujnosti napotitev na terciar za področja:
 - uveitis,
 - vitreoretinalne bolezni in
 - bolezni mrežnice

so sprejete z zgoraj omenjenim popravkom glede urgentnih napotitev.

- Priporočila za glavkom ostajajo v obravnavi, predlogi za premislek o dopolnitvah prof.dr. Pahor se podajo pripravljalcem priporočil (priponka).

Sklep 1-34/2025: RSK potrdi Priporočila za obravnavo in vodenje bolnikov na sekundarni ravni in stopnje nujnosti napotitev na terciar za uveitis, vitreoretinalne bolezni in bolezni mrežnice. Pri vseh priporočilih se doda pojasnilo glede urgentnih napotitev v urgentno ambulantno.

K točki 3: Algoritmi obravnave in zdravljenja

Pregledani so bili algoritmi obravnave in zdravljenja:

- anteriornega uveitisa,
- obravnave travmatske hifeme in
- epiretinalne membrane so pregledani
- preprečevanje neonatalne oftalmije

Pripomb ni.

V algoritmu zdravljenja neonatalne oftalmije razpravljajo o izbiri antibiotika za zdravljenje neonatalne oftalmije.

Sklep 2-34/2025: RSK potrdi Algoritem za preprečevanje neonatalne oftalmije, zdravljenje anteriornega uveitisa, travmatske hifeme in epiretinalne membrane.

Prof. Manco Tekavčič Pompe se pozove k strokovni utemeljitvi izbire antibiotika za zdravljenje neonatalne oftalmije.

K točki 4: Razno

Člani ugotavljajo, da se očne poškodbe v večini regionalnih bolnišnic ne obravnavajo, tudi v času, ko sicer poteka redni operativni program, razen v redkih izjemah. Oskrbo poškodb praviloma zagotavlja Splošna bolnišnica Nova Gorica.

Neprekinjeno zdravstveno varstvo (NZV) na področju oftalmologije trenutno izvajajo izključno le v obeh UKC-jih. Število urgentnih napotitev na Očesno kliniko UKC Ljubljana in Oddelek za očne bolezni UKC Maribor se povečuje. V terciarnih ustanovah, kjer poteka predvsem subspecialistična diagnostika in zdravljenje, je zagotavljanje kadra za urgentne preglede, ki terjajo tudi kontrolne preglede problematično. Člani RSK soglasno poudarjajo nujnost krepitve NZV na področju oftalmologije na regionalni ravni.

Kot rešitev predlagajo vzpostavitev urgentnih oftalmoloških ambulant v sklopu urgentnih centrov regionalnih bolnišnic.

Sklep 3-34/2025: RSK pripravi poziv MZ za vključitev oftalmoloških ambulant v urgentne centre do septemberske seje.

Predsednica RSK za oftalmologijo:
prof.dr. Mojca Globočnik Petrovič, dr.med.



MREŽNICA

Sekcija za mrežnico Združenje oftalmologov Slovenije

OBRAVNAVA IN VODENJE BOLNIKOV Z BOLEZNIMI MREŽNICE NA SEKUNDARNI RAVNI

1. **Bolniki z boleznimi mrežnice** (starostna degeneracija makule (SDM), centralna serozna horioretinopatija (CSHR), zapora mrežnične vene, zapora mrežnične arterije, očesni ishemični sindrom (OIS)...)
 2. **Obseg pregleda/preiskav:**
 - Anamneza, ki vsebuje oceno trajanja simptomatike, če je prisotna
 - Določitev najboljše (korigirane) vidne ostrine
 - Tonometrija
 - Sprednja biomikroskopija
 - Zadnja biomikroskopija v medikamentozni midriazi
 - OCT makul
 - Gonioskopija v primeru ishemične bolezni mrežnice
3. **Kaj naj vsebuje izvid ob napotitvi v ambulanto za bolezni mrežnice**
 - Anamnezo,
 - Vidno ostrino,
 - Status,
 - **Opis zadnjega OCT,**
 - **Priložiti sliko zadnjega OCT,** po presoji tudi predhodne OCT ali rezultate drugih diagnostičnih preiskav.

DIAGNOZA	obravnavna na sek. ravni	napotitev v Ambulanto za bolezni mrežnice (ABM)	opomba
suha SDM	- redno spremljanje na 3-12 mesecev (klinično in z OCT), - samokontrola z Amslerjevo mrežo, - podporna terapija z AREDS2	ni indikacije za napotitev v ABM, razen pri utemeljenem sumu na MNV	
neovaskularna SDM	- napotitev v ABM	nujno: funkcionalno boljše oko, bilateralna MNV zelo hitro: unilateralna MNV	
napredovala SDM	- BCVA $\leq 0,05$ z brazgotino/	ni indikacije za napotitev v ABM	- v primeru BCVA $\leq 0,3$ na

	ireverzibilnimi spremembami v makuli		boljšem očesu ev. napotitev v CRSS
neaktivna SDM po ivt zdravljenju	- redno spremljanje na 3-6 mesecev, - samokontrola z Amslerjevo mrežo,	nujno: če je utemeljeni sum na reaktivacijo MNV na funkcionalno boljšem očesu zelo hitro: sum na reaktivacijo MNV	
miopa MNV	- redno spremljanje na 4-6 mesecev (klinično in z OCT), - samokontrola z Amslerjevo mrežo,	nujno: akutna metamorfopsija oz. simptomi/znaki aktivne MNV	
centralna serozna horioretinopatija	- spremljanje glede na stanje - samokontrola z Amslerjevo mrežo - izogibanje kortikosteroidom/stresu	zelo hitro: sum na MNV hitro: vztrajanje subretinalne tekočine (> 3 mesece) kljub terapiji z MPL	
zapora mrežnične vene	kontrola srčno-žilnih dejavnikov tveganja	zelo hitro: če prisoten CME/NV hitro: če je potrebna ocena ishemije	nujno za dnevni sprejem: akutna RVO pri ≤ 50 let
zapora mrežnične arterije	spremljaj 1. mesec, nato /3 mesece 1. leto	zelo hitro: če NV irisa ali NV zakotja; če ni NV, ni indikacije za napotitev v ABM	nujno: nevrolog nujno: revmatolog (sum na GCA)
postoperativni makularni edem	topikalna terapija s steroidi in NSAID vsaj 6 tednov,	zelo hitro: v primeru nezadostnega odziva na topikalno terapijo po 6 tednih	napotitev v refraktivno amb. v primeru suma na CME zaradi trenja IOL ob iris
diabetični makularni edem	po navodilih iz Amb. za diabetično retinopatijo (DR)	hitro: kadar je potrebna dodatna očesna diagnostika, oz. po navodilu iz Amb. za DR	
epimakularna membrana	po navodilih iz Amb. za vitreoretinalno kirurgijo (VRK)	ni indikacije za napotitev v ABM, razen po navodilu iz Amb za VRK	
foramen makule	po navodilih Amb. za vitreoretinalno kirurgijo (VRK)	ni indikacije za napotitev v ABM, razen po navodilu iz Amb za VRK	

ABM – ambulantna za bolezni mrežnice, BCVA – najboljša korigirana vidna ostrina, OCT – optična koh. tomografija, MNV – makularna neovaskularizacija, CME – cistoidni makularni edem, NV – neovaskularizacija, GCA – gigantocelični arteritis, RVO – zapore mrežnične vene, DR – diabetična retinopatija, CRSS – nacionalni center za celovito rehabilitacijo slepih in slabovidnih, VRK – vitreoretinalna kirurgija, NSAID – nesteroidni antirevmatiki

STOPNJA NUJNOSTI NAPOTITVE V AMBULANTO ZA BOLEZNI MREŽNICE IN URGENTNO OFTALMOLOŠKO AMBILANTO

NUJNO

1. Aktivna miopa makularna neovaskularizacija
2. Aktivna makularna neovaskularizacija na edinem funkcionalnem očesu
3. Aktivna makularna neovaskularizacija na obeh očeh

ZELO HITRO

1. Aktivna makularna neovaskularizacija na enem očesu
2. Zapora mrežnične vene z makularnim edemom
3. Pooperativni edem v makuli, če po 6 tednih ni odziva na topikalno terapijo
4. Neovaskularizacija irisa zaradi ishemične bolezni mrežnice, kjer je indicirano zdravljenje z zaviralci VEGF, ob že znižanem IOP

HITRO

1. **CSHR**, kjer vztraja subretinalna tekočina > 3 mesece in po MPL ni odziva
2. **Ocena aktivnosti uveitisa**/odziva na terapijo po navodilu iz Amb. za uveitis
3. **Ocena ishemije oz. zadostnosti laserske terapije mrežnice** pri žilnih patologijah brez makularnega edema (DR, RVO, OIS, vaskulitis, Coats,...)

REDNO

1. **Posvet** glede primerov, ki so ugotovljeni naključno oz. ni na voljo zdravljenja

NAPOTITVE NA OČESNO KLINIKO UKC LJUBLJANA

Napotitev na obravnavo v sklopu dnevne bolnišnice OČESNE KLINIKE UKCL nujno/zelo hitro po dogovoru s sprejemnim zdravnikom na tel.: 01 522 8773 (VZS 2323 - sprejem v bolnišnico (razen operacije))

1. nadaljna diagnostika zapore mrežničnega žilja pri mlajših od 50 let,
2. nadaljnja diagnostika vaskulitisa mrežničnega žilja,
3. nadaljnja diagnostika nepojasnjene horio-retinopatije

UVEITIS

Nataša Vidovič Valentinčič, Pia Klobučar, Maja Potrč, Katja Kuhta

OBRAVNAVA IN VODENJE BOLNIKOV Z UVEITISOM, SUMOM NA UVEITIS NA SEKUNDARNEM NIVOJU

1. (Novo odkriti) bolniki: (anteriorni, intermediarni, posteriorni, pan-) **uveitis, sum na uveitis**
2. **Obseg pregleda/preiskav:**
 - Določitev (korigirane) vidne ostrine
 - Tonometrija (Tpn/ Icare/ Tapl)
 - Sprednja in zadnja biomikroskopija (v med. midriazi), kompleten očesni status z oceno eksudacije/ potencialnih (post)vnetnih sprememb v očesnem stausu (endotel, sinehije, leča, spremembe na očesnem ozadju)
 - Slikovne metode (OCT makule, po potrebi papile, FA+ICGA v primeru (suma) na intermed./posteriorni uveitis, če je dostopno v ustanovi)
 - Presejalne uveitične preiskave: (v primeru granulomskega ant. uveitisa, tudi negranulomskega, če je le ta obojestranski, fibrinozen, hud, ob znanih simptomih sistemske bolezni, vedno v primeru intermediarnega/ posteriornega uveitisa/ panuveitisa, če je to dostopno, sicer napotitev v regionalni očesni center:
 - o Pri negranulomskih anteriornih uveitisih:
HLA B 27 in rentgen sakroiliakalnih sklepov
 - o Pri granuloskem anteriornem in neanteriornim uveitisih: osnovna
 - o (presejalna uveitična) diagnostika: SR, CRP, KKS, elektroliti, sACE, RTG pc, kvantiferon, RTG pc, serologija sifilis, borelija
 - če ne pojasni zadovoljivo očesnega stanja, potem napotitev na razširjeno diagnostiko/zdravljenje v uveitično ambulanto/Očesno kliniko.
3. **Terapija in spremljanje** (topična/lokalna/sistemska terapija, sprednja in zadnja biomikroskopija, OCT makul, FA+ICGA na 1-2 leti v primeru umirjenega stanja pred ukinitvijo morebitne sistemske terapije)
4. **Pri vztrajanju vnetja napotitev:**
 - Na regionalni očesni oddelek za diagnostiko ali zdravljenje
 - V Uveitično amb. Očesne klinike: po opravljeni diagnostiki v regionalnih očesnih oddelkih, bolniki na sistemskih KS (Medrol) z dozo <6 mg po 3 mesecih – progresija ali slab odgovor na zdravljenje
 - Na obravnavo v sklopu dnevnega hospitala v primeru potrebe po dodatni diagnostiki in zdravljenju, ko le-te ni možno opraviti v ustanovi, ki pacienta

napotuje.

5. Pri progresiji ali slabem odgovoru na zdravljenje/potrebi po sistemskem zdravljenju napotitev na terciar

6. Napotitev na obravnavo v sklopu dnevnega hospitala (VZS sprejem v bolnišnico (razen operacije) – pod hitro (datum v 1-2 tednih)

- anteriorni/intermediarni/posteriori/panuveitis/sum na PVRL, ki potrebuje nadaljnjo diagnostiko (presejalne preiskave, ko le-teh ni možno opraviti v ustanovi, ki pacienta napotuje)

7. Pri vseh napotitvah uveitičnega pacienta v Ambulanti za uveitis/na Očesno kliniko je potreben izvid z zgoraj navedenimi podatki in naštetimi preiskavami.

STOPNJE NUJNOSTI NAPOTITVE v AMBULANTO ZA UVEITIS ALI V URGENTNO OFTALMOLOŠKO AMBULANTO

NUJNO

1. Otroci z znaki uveitisa, ki akutno ogroža vid
2. Hud eno/obojestranski zagon ant. In intermediarnega in/ali posteriornega uveitisa/panuveitisa z izrazitim poslabšanjem vidne ostrine na boljšem funkcionalnem očesu
3. Imunokompetenten bolnik: ARN, toksoplazemski posteriori uveitis v coni 1 (makula, vidni živec), Behcetova bolezen, VKH, sum na simpatično oftalmijo
4. Imunokompromitiran bolnik z uveitisom
5. Če je trenutno zdravljenje združeno s hudimi neželjenimi stranskimi učinki, tako sistemskimi kot lokalnimi, ki zahtevajo prekinitev zdravljenja in bi taka prekinitev pomenila akutno poslabšanje stanja, ki bi ogrozilo vid

ZELO HITRO

1. Lečeči oftalmolog se za vrsto zdravljenja ne more odločiti, ker je etiologija negotova in je lahko ogrožen vid v 1-2 tednih

2. Če je trenutno zdravljenje združeno s hudimi neželjenimi stranskimi učinki, tako sistemskimi kot lokalnimi, ki zahtevajo prekinitev zdravljenja in bi taka prekinitev pomenila poslabšanje stanja, ki bi lahko v dveh tednih ogrozilo vid.

HITRO

1. Intermediarni/posteriorni uveitis/panuveitis po treh mesecih zdravljenja s steroidi, ko se kljub ustrezni vzdrževalni dozi zdravila (Medrol 6 mg) ne doseže umiritve vnetja
2. Če je bil bolnik predhodno v diagnostičnem postopku in etiologija ni bila jasno opredeljena, zdravljenje pa je že ob prvi kontroli neučinkovito
3. Zagoni ant. uveitis (z ali brez znane sistemske prizadetosti) več kot 3-4x letno
4. Če je trenutno zdravljenje združeno s hudimi neželjenimi stranskimi učinki, tako sistemskimi kot lokalnimi, ki zahtevajo prekinitev zdravljenja in bi taka prekinitev pomenila poslabšanje stanja, ki bi lahko v treh mesecih ogrozilo vid.

REDNO

Posvet

VITREORETINALNA KIRURGIJA

Mojca Globočnik Petrovič, Neža Čokl Jenko, Marko Šulak, Peter Ferme

OBRAVNAVA IN VODENJE BOLNIKOV Z VITREORETINALNO SIMPTOMATIKO NA SEKUNDARNI RAVNI

1. Obseg pregleda/preiskav na sekundarni ravni

- Anamneza
- Določitev najboljše (korigirane) vidne ostrine
- Tonometrija (Tpn/ Icare/ Tapl)
- Sprednja in zadnja biomikroskopija
- OCT

2. Kaj naj vsebuje izvid ob napotitvi v vitreoretinalno ambulantno

- Izvid v opredeljenem obsegu in OCT

3. Obravnava bolnikov po vitrektomiji

1. Prvi pregled po vitrektomiji

Vse operirane bolnike prvič pregleda vitreoretinalni kirurg (VRK). Če je stanje po operaciji primerno in predvidoma ni pričakovati pooperativnih zapletov se nadaljnje spremljanje opravi pri napotnem oftalmologu na sekundarni ravni. Če so potrebni pogostejši očesni pregledi, če pričakujemo zaplete, paciente obravnava VRK kirurg do stabilizacije stanja, nato so napoteni na sekundarno raven k napotnemu oftalmologu.

2. Drugi pregled 1-2 tedna po operaciji, tretji en mesec po drugem pregledu, četrti in peti pregled 4-6 mesecev po vitrektomiji.

3. Pogostejši pregledi po kompleksnih vitrektomijah, predvsem v primeru povišanega očesnega pritiska, vnetja, drugih znakov in simptomov, ki lahko ogrozijo uspeh operacije.

4. Napotitev v vitreoretinalno ambulantno po opravljeni vitrektomiji:

- vnetje ali povišan očesni pritisk ostaja kljub medikamentozni terapiji
- krvavitev, ki onemogoča pregled mrežnice
- nezaptje formana
- odstop mrežnice in drugi zapleti

STOPNJE NUJNOSTI NAPOTITVE V VITREORETINALNO AMBULANTO ALI V URGENTNO OFTALMOLOŠKO AMBULANTO

NUJNO

1. Endoftalmitis
2. Odstop mrežnice- regmatogeni
3. Zaplet operacije katarakte
4. Subretinalna krvavitev v makuli

ZELO HITRO

1. Foramen makule, VMT z grozečim foramnom
2. Trakcijski odstop, ki zajame makulo ali je makula ogrožena
3. Očesna stanja, kjer je vitrektomija indicirana in je najboljša vidna ostrina manjša od 0,5

HITRO

Epiretinalna membrana, vitreomalularni trakcijski sindrom s poslabšanjem vidne ostrine in metamorfopsijo, brez grozečega foramna

REDNO

Konzultacije, posvet glede primerov, ki ne zahtevajo zgodnje kirurške obravnave

NAPOTITVE NA OČESNO KLINIKO UKC LJUBLJANA

1. Postopek obveščanja nujnih napotitev na Očesno kliniko UKCL

1. ENDOFTALMITIS

Takoj napotiti in takoj obvestiti o napotitvi; ob delavnikih do 15.00 ure sprejemnega zdravnika na tel. številko (01) 522-9477, sicer dežurnega zdravnika na tel. št. (01) 522-8789

posredovanje podatkov:

- IME, PRIIMEK, DATUM ROJSTVA
- ŠTEVILKA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA
- TELEFONSKA ŠTEVILKA, na katero je pacient dosegljiv
- PODROBNOSTI O etiologiji endoftalmitisa in klinično stanje

2. ODPSTOP MREŽNICE; ZAPLET OPERACIJE KATARAKTE, SUBRETINALNA KRVAVITEV V MAKULI

Napotovanje pacientov z odstopom mrežnice ali zapletom med operacijo katarakte ali subretinalno krvavitvijo pod nujno v vitreoretinalno ambulantno le v primeru nejasnosti. V kolikor je postavljena jasna indikacija za operativno zdravljenje, bolnike po dogovoru napotimo direktno na operacijo pod zelo hitro (VZS...). V tem primeru velja naslednji postopek obveščanja:

Pred napotitvijo na Očesno kliniko, klic v dopoldanskem času do 15.00 ure sprejemnega zdravnika na tel. številko (01) 522-9477, popoldne, prazniki, vikendi dežurnega zdravnika na tel. št. (01) 522-8789, posredovanje podatkov:

- IME, PRIIMEK, DATUM ROJSTVA
- ŠTEVILKA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA
- TELEFONSKA ŠTEVILKA, na katero je pacient dosegljiv
- VRSTA ŽELJENE ANESTEZIJE (splošna a li regionalna)
- morebitna ANTIAGREGACIJSKA/ANTIAGOAGULANTNA ALI ANTIGLIKEMIČNA TERAPIJA, ki jo je potrebno pravočasno ukiniti pred posegom
- PODROBNOSTI O
 - a) ODPSTU MREŽNICE: desno ali levo oko, trajanje poslabšanje vida, vidna ostrina,

opis odstopa in če makula leži ali ne, pomembna druga stanja kot npr. edino funkcionalno oko, druge očesne diagnoze.

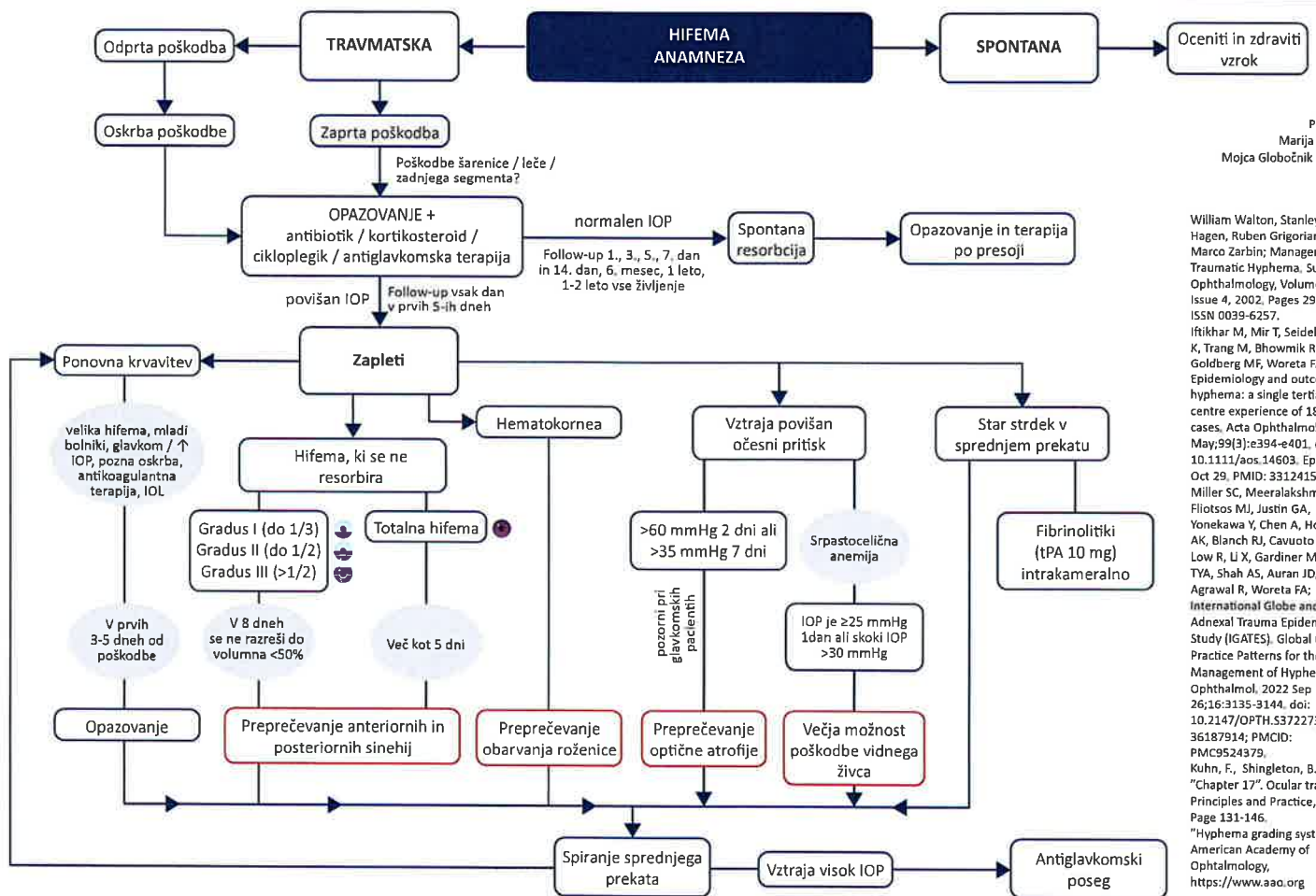
b) ZAPLETU OPERACIJE KATARAKTE: desno ali levo oko in podrobnosti, ki narekujejo stopnjo nujnosti

c) SUBRETINALNI KRVAVITVI: desno ali levo oko, vidna ostrina, trajanje, posredovati OCT

Napotni zdravnik ali bolj verjetno pacient sam dobi obvestilo kdaj pride pacient za sprejem na Očesno kliniko. Pacientu se ob napotitvi posreduje tudi pisna navodila glede operacije in sprejema (obrazec: NAVODILA PRED OPERACIJO), ki ste jih prejeli na mail in so dostopna na spletni strani ZOS.

TRAVMATSKA HIFEMA - ALGORITEM OBRAVNAVE

RSK za oftalmologijo 18.6.2025



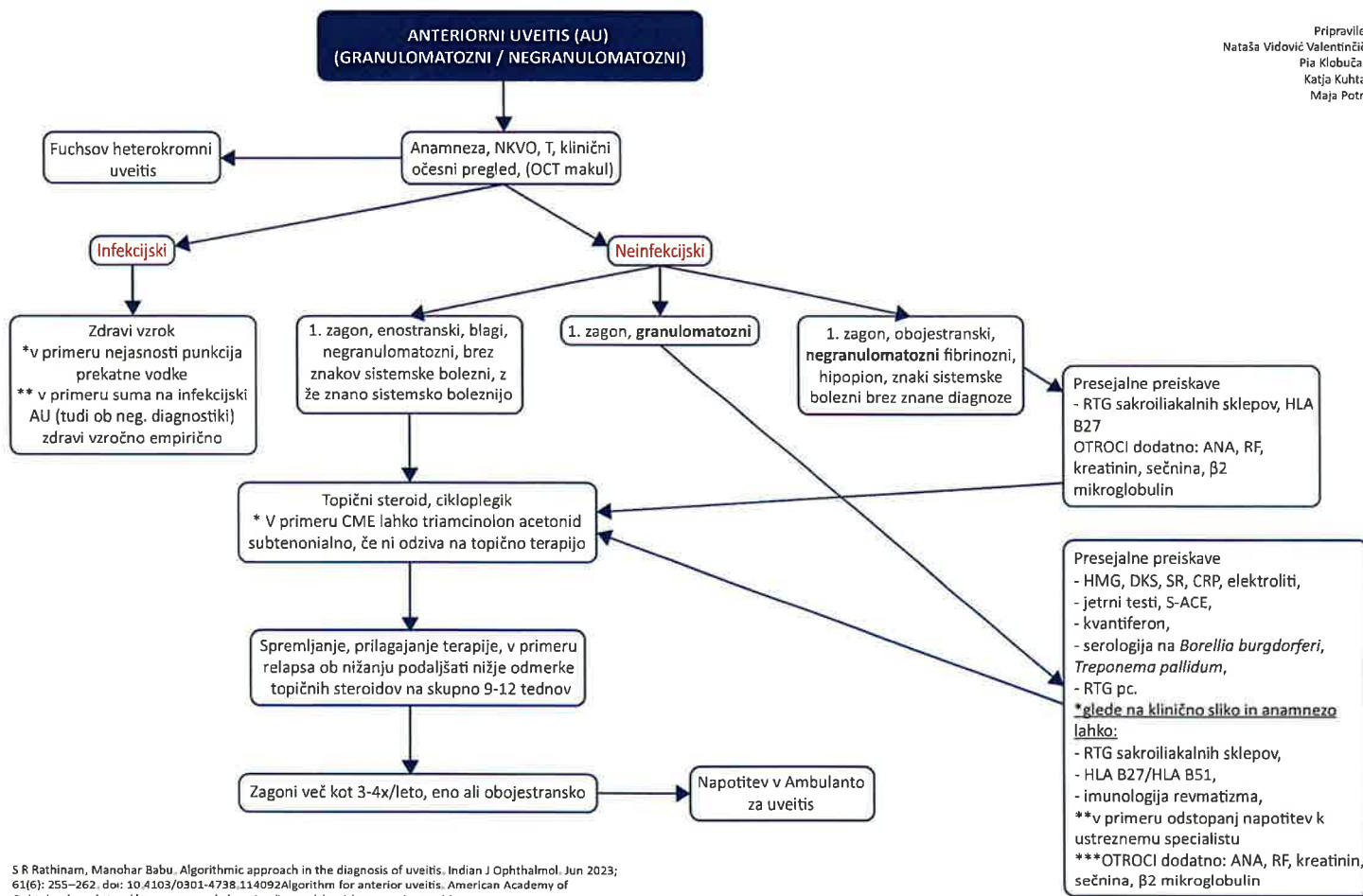
Pripravili:
Marija Ilievska,
Mojca Globočnik Petrovič

William Walton, Stanley Von Hagen, Ruben Grigorian, Marco Zarbin; Management of Traumatic Hyphema. Survey of Ophthalmology, Volume 47, Issue 4, 2002. Pages 297-334, ISSN 0039-6257.
Ifikhar M, Mir T, Seidel N, Rice K, Trang M, Bhowmik R, Chun J, Goldberg MF, Woreta FA. Epidemiology and outcomes of hyphema: a single tertiary centre experience of 180 cases. Acta Ophthalmol. 2021 May;99(3):e394-e401. doi: 10.1111/aos.14603. Epub 2020 Oct 29. PMID: 33124159.
Miller SC, Meeralakshmi P, Filiotis MJ, Justin GA, Yonekawa Y, Chen A, Hoskin AK, Blanch RJ, Cavuoto KM, Low R, Li X, Gardiner M, Liu TYA, Shah AS, Auran JD, Agrawal R, Woreta FA; International Globe and Adnexal Trauma Epidemiology Study (IGATES). Global Current Practice Patterns for the Management of Hyphema. Clin Ophthalmol. 2022 Sep 26;16:3135-3144. doi: 10.2147/OPTH.S372273. PMID: 36187914; PMCID: PMC9524379.
Kuhn, F., Shingleton, B.J. "Chapter 17". Ocular trauma, Principles and Practice, 2002. Page 131-146.
"Hyphema grading system". American Academy of Ophthalmology, <https://www.aao.org>

ALGORITEM OBRAVNAVE BOLNIKA Z ANTERIORNIM UVEITISOM

RSK za oftalmologijo 18.6.2025

Pripravile:
Nataša Vidović Valentinčič,
Pia Klobučar,
Katja Kuhla,
Maja Potrč

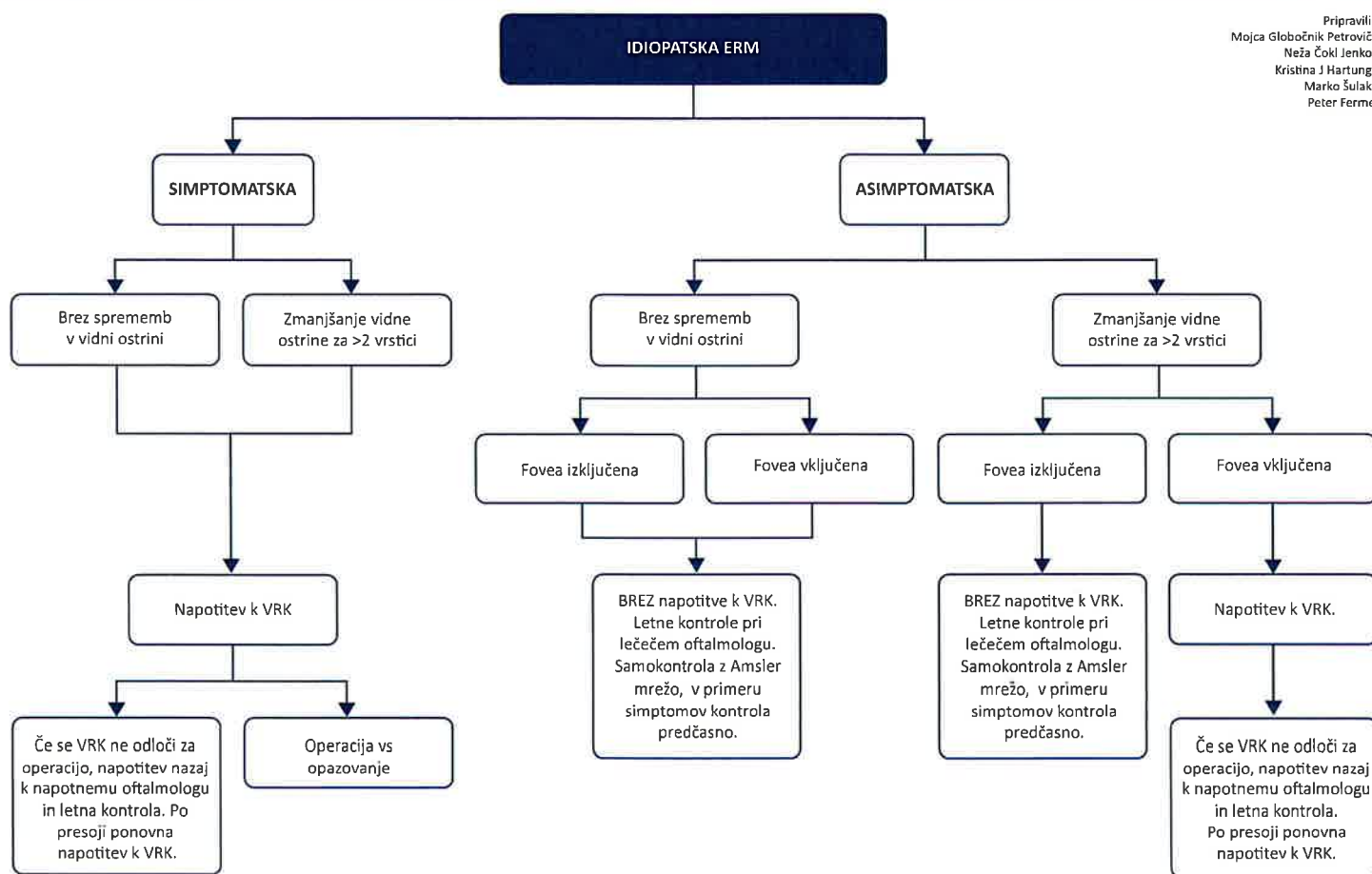


S R Rathinam, Manohar Babu. Algorithmic approach in the diagnosis of uveitis. Indian J Ophthalmol. Jun 2023; 61(6): 255–262. doi: 10.4103/0301-4738.114092 Algorithm for anterior uveitis. American Academy of Ophthalmology, <https://www.aao.org/education/image/algorithm-anterior-uveitis>

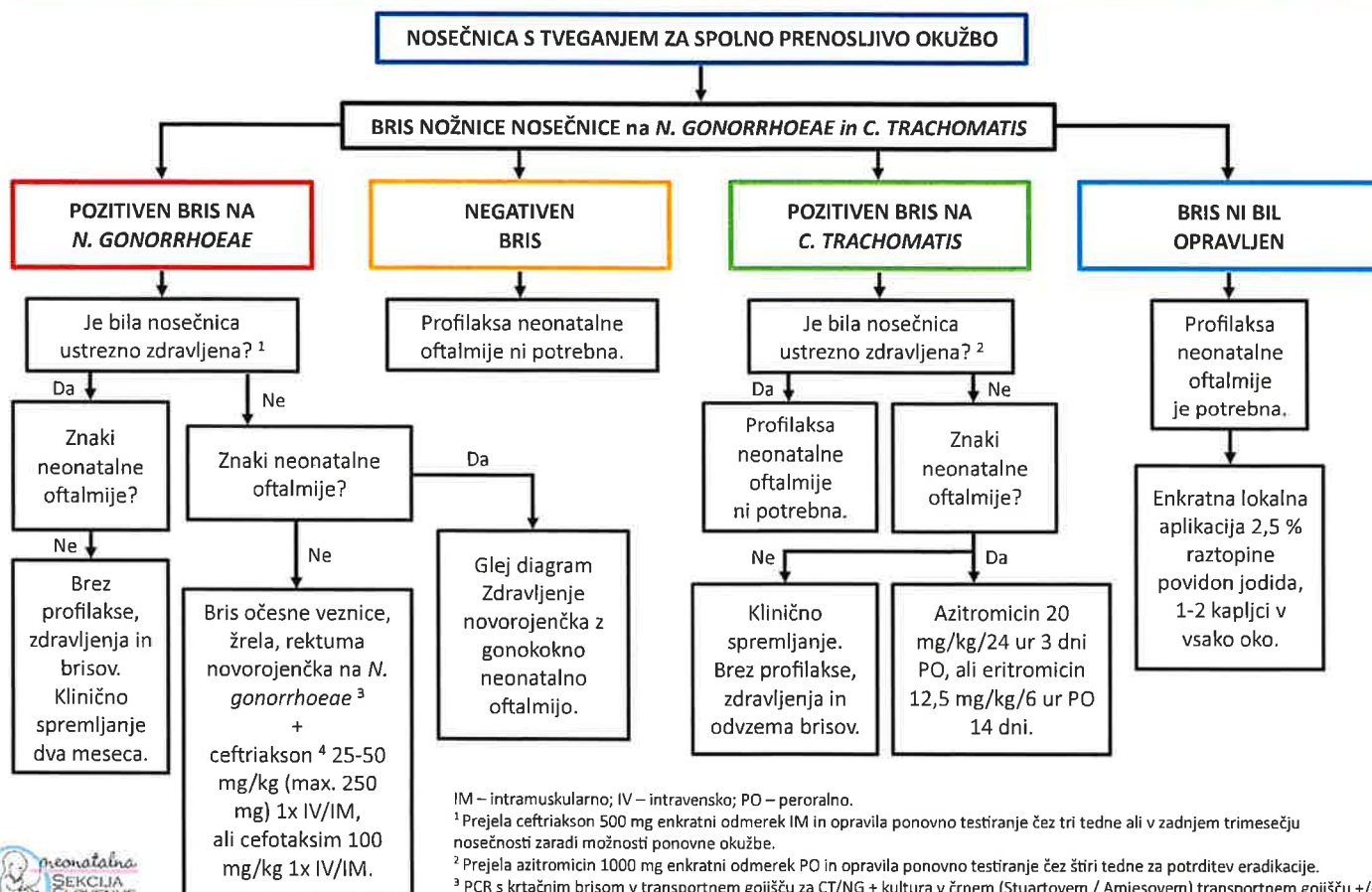
EPIRETINALNA MEMBRANA - ALGORITEM OBRAVNAVE

RSK za oftalmologijo 18.6.2025

Pripravili:
Mojca Globočnik Petrovič,
Neža Čokl Jenko,
Kristina J Hartung,
Marko Šulak,
Peter Ferme



PREPREČEVANJE NEONATALNE OFTALMIJE



IM – intramuskularno; IV – intravensko; PO – peroralno.

¹ Prejela ceftriakson 500 mg enkratni odmerek IM in opravila ponovno testiranje čez tri tedne ali v zadnjem trimesečju nosečnosti zaradi možnosti ponovne okužbe.

² Prejela azitromicin 1000 mg enkratni odmerek PO in opravila ponovno testiranje čez štiri tedne za potrditev eradikacije.

³ PCR s krtačnim brisom v transportnem gojišču za CT/NG + kultura v črnem (Stuartovem / Amiesovem) transportnem gojišču +/- gramski razmaz.

⁴ Ceftriakson kontraindiciran pri nedonošenčkih, donošenih novorojenčkih s hiperbilirubinemijo in pri zdravljenju z IV kalcijem.

