

Алгоритм дії лікаря при наданні медичної допомоги пацієнтам із первинною відкритокутовою глаукомою

Наприкінці 2012 р. в Україні офіційно започатковано процес стандартизації медичної допомоги, в основу якого лягає створення медико-технологічних документів (МТД), що базуються на засадах доказової медицини з урахуванням найкращих світових практик. Виконання вимог МТД є обов'язковим для усіх практикуючих лікарів незалежно від закладу, в якому вони працюють, а також фізичних осіб-підприємців. Редакція «Українського медичного часопису» пропонує увазі читачів більш зручну форму інформації щодо необхідних дій лікарів загальної практики — сімейної медицини та лікарів-офтальмологів при наданні медичної допомоги хворим на первинну відкритокутову глаукому відповідно до вимог наказу Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 23.11.2011 р. № 816, підготовленого мультидисциплінарною робочою групою, до складу якої ввійшли фахівці зі спеціальностей «Загальна практика — сімейна медицина», «Офтальмологія», «Сестринська справа», за методичної підтримки Департаменту стандартизації медичних послуг ДП «Державний експертний центр МОЗ України».

Первинна відкритокутова глаукома (ПВКГ) — це хронічне прогресуюче захворювання, що уражує зоровий нерв із розвитком специфічної оптичної нейропатії, характерних змін в полі зору, у деяких випадках супроводжується періодичним або стійким підвищенням внутрішньоочного тиску (ВОТ).

Глаукома є прогресуючою зоровою нейропатією, яка призводить до структурних змін у диску зорового нерва (ДЗН) і порушення поля зору, що може спричинити серйозні порушення зору і сліпоту.

ПВКГ — найпоширеніша форма глаукоми серед населення України.

Дії лікаря загальної практики відповідно до вимог МОЗ України

Діагностика

Діагноз глаукоми (первинної чи вторинної) встановлює на підставі отриманих даних щодо характерних дегенеративних змін у ДЗН разом з порушенням поля зору, яке прогресує, і розвитком скотом чи сліпих плям у полі зору лише спеціаліст з відповідною кваліфікацією і досвідом.

Діагностику глаукоми проводять на вторинному рівні надання медичної допомоги.

Дії лікаря

Обов'язкові

1. Збір скарг та анамнезу (генетичний, травматичний анамнез, запальні процеси та судинні катастрофи в оці, прийом препаратів, що можуть підвищувати ВОТ, наявність супутньої патології).

Фактори ризику

Фактори ризику, що впливають на виникнення та прогресування глаукоми, ділять на загальні та місцеві. До перших належать: вік старше 60–65 років, неблагополучна спадковість, цукровий діабет, артеріальна гіпотонія, гіпотиреоз, дiencephalic патологія. Місцеві фактори ризику включають зміни в оці, викликані міопією,

дистрофією райдужки, псевдоексfoliативним синдромом, синдромом пігментної дисперсії.

До факторів ризику належать також більше значення відношення діаметра екскавації до діаметра ДЗН ($E/D > 0,5$), періпапілярна β -зона. Виявлення факторів ризику важливе як для діагностики глаукоми, так і для призначення адекватного лікування в кожному конкретному випадку.

2. Перевірка гостроти зору (візометрія).

Бажані

Визначення ВОТ (тонометрія).

За неможливості застосування лікарем загальної практики методів діагностики — термінове направлення пацієнта до офтальмолога.

Лікування

Питання щодо призначення лікування вирішує лікар-офтальмолог (за місцем проживання пацієнта).

Спеціалізована допомога хворим на ПВКГ здійснюється виключно в мережі спеціалізованих офтальмологічних закладів.

Дії лікаря

Під час обстеження та спеціального лікування лікар загальної практики — сімейної медицини має сприяти виконанню пацієнтом всіх рекомендацій лікаря-офтальмолога та інших фахівців.

Подальше спостереження

Усі пацієнти, у яких діагностовано будь-який вид глаукоми (первинна чи вторинна), мають перебувати під постійним спостереженням лікаря-офтальмолога та лікаря загальної практики.

Існують докази щодо можливості збереження зорових функцій (гостроти зору, поля зору), рівня ВОТ у межах норми на час лікування глаукоми, а також забезпечення відсутності прогресування атро-

фії зорового нерва протягом тривалого часу (табл. 1, 2).

Дії лікаря

Обов'язкові

1. Перевірка під час контрольного огляду дотримання пацієнтом рекомендацій офтальмолога, правильності застосування лікарських препаратів. Періодичність контрольних оглядів встановлює лікар загальної практики.

2. Періодичне підвищення ВОТ вище норми при відповідному лікуванні протягом декількох відвідувань зобов'язує лікаря загальної практики вжити заходи для повторного огляду пацієнта офтальмологом поліклініки для корекції терапії.

3. У разі виявлення декомпенсації ВОТ та дестабілізації функцій пацієнт повинен бути вчасно направлений до офтальмолога для визначення подальшої стратегії лікування.

Бажані

Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії (з урахуванням його стану), якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує на час лікування.

Первинна профілактика

Існують докази, що виявлення глаукоми на ранніх стадіях та своєчасне направлення до спеціалістів з метою призначення адекватного лікування знижує ризик дестабілізації ВОТ, порушення зорових функцій, ранньої інвалідизації.

Обов'язкові

1. Виявлення загальних і місцевих факторів ризику, які впливають на виникнення та прогресування глаукоми.

2. Надання інформації пацієнтам щодо глаукоми та її наслідків і необхідності контролю ВОТ та функції зорового нерва, особливо в групах ризику.

Бажані

Забезпечення пацієнтів інформаційним листом «Пам'ятка для пацієнтів. Що таке глаукома?» (табл. 3).

Дії лікаря-офтальмолога в амбулаторних умовах відповідно до вимог МОЗ України

Діагностика

Діагноз глаукоми (первинної чи вторинної) встановлюють на підставі отриманих даних щодо характерних дегенеративних змін у ДЗН разом з порушенням поля зору, яке прогресує, і розвитком скотом чи сліпих плям у полі зору. Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для

оптимального оцінювання структур, які містяться за райдужною оболонкою, включно із зоровим нервом.

1. Збір скарг та анамнезу (звернути увагу на генетичний, травматичний анамнез, запальні процеси та судинні катастрофи в оці, прийом препаратів, що можуть підвищувати ВОТ, наявність супутньої патології).

2. Оцінка факторів ризику.

3. Візометрія.

4. Рефрактометрія.

5. Біомікроскопія (за необхідності — ультразвукова біомікроскопія — OCT Visante).

6. Офтальмоскопія (за необхідності — аналізатори шару нервових волокон, оптична когерентна томографія — HRT, OCT, GDx).

7. Документування огляду зорового нерва.

8. Тонометрія (добова, за Гольдманом, очний аналізатор відгуку — ocular response analyzer — ORA).

9. Периметрія (кампіметрія, комп'ютерна).

10. Тонотографія.

11. Гоніоскопія.

12. Кератопахіметрія.

13. Ультразвукова біометрія.

14. За необхідності — ультразвукова доплерографія судин голови, шиї, очного яблука.

Вимірювання ВОТ (тонометрія) у різних категоріях осіб віком >40 років або за наявності характерних для глаукоми скарг дозволяє виявити глаукому на ранніх стадіях, вчасно детально обстежити пацієнта та призначити адекватне лікування.

Тонотографія дає можливість точніше виявити рівень гідродинамічних порушень, а відтак, підібрати максимально ефективне лікування (табл. 4, 5).

Дії лікаря

Обов'язкові

1. Збір скарг та анамнезу (генетичний, травматичний анамнез, запальні процеси в оці, прийом препаратів, що можуть підвищувати ВОТ, наявність супутньої патології).

2. Оцінка факторів ризику.

3. Перевірка гостроти зору (візометрія).

4. Визначення ВОТ (тонометрія за методами Маклакова та Гольдмана).

5. Обстеження зіниці: реакції на світло, стан пігментної облямівки, наявність ексфолюації (біомікроскопія).

6. Гоніоскопія: огляд кута передньої камери, визначення ширини кута зору, зон, що доступні для огляду, характеру пігментації.

7. Офтальмоскопія: обстеження зорового нерва та нервових волокон сітківки.

8. Статична периметрія: оцінка змін поля зору.

9. Оцінка показників гідродинаміки ока (тонотографія): стан продукції та відтоку внутрішньоочної рідини, коефіцієнт Бекера.

Бажані

1. Динамічна периметрія.

2. Кератопахіметрія (визначення товщини центральної зони рогівки).

3. Ультразвукова біометрія (визначення топографії структур та топометрії).

4. Оптична когерентна томографія — HRT, OCT, GDx, OCT Visante.

Лікування

Медикаментозне лікування

Доведено, що зниження рівня ВОТ зменшує ризик порушення гостроти зору та звуження поля зору. Підвищений ВОТ

Таблиця 1

Інтервали моніторингу для пацієнтів з офтальмогіпертензією чи з підозрою на ПВКГ, яким рекомендовано лікування

Клінічна оцінка			Інтервал спостереження, міс	
ВОТ на рівні цільового ¹	Ризик переходу в ПВКГ ²	Результат ³	Тільки ВОТ ⁴	ВОТ, стан ДЗН, поля зору
Так	Низький	Без змін у плані лікування	–	12–24
Так	Високий	Без змін у плані лікування	–	6–12
Ні	Низький	Переглянути цільовий ВОТ чи змінити план лікування	1–4	6–12
Ні	Високий	Переглянути цільовий ВОТ чи змінити план лікування	1–4	4–6

¹Проліковані пацієнти, в яких ВОТ на рівні чи менше цільового. Якщо ВОТ не може бути адекватно контрольованим медикаментозно, слід звернутися до офтальмолога.

²Клінічно враховувати вік, ВОТ, наявність системної стероїдної терапії, стан ДЗН.

³Для зміни плану лікування звернутися до лікувальних рекомендацій.

⁴Для пацієнтів, яким вперше призначили лікування, контроль ВОТ у 1–4-й місяць після початку терапії.

Таблиця 2

Інтервал моніторингу для пацієнтів із ПВКГ

Клінічна оцінка			Інтервал спостереження, міс	
ВОТ на рівні цільового ¹	Ризик переходу в ПВКГ ²	Результат ³	Тільки ВОТ ⁴	ВОТ, стан ДЗН, поля зору
Так	Ні ⁵	Без змін у плані лікування	–	6–12
Так	Так	Переглянути цільовий ВОТ чи змінити план лікування	1–4	2–6
Так	Імовірно	Без змін у плані лікування	–	2–6
Ні	Ні ⁵	Переглянути цільовий ВОТ чи змінити план лікування	1–4	6–12
Ні	Так/імовірно	Змінити план лікування	1–2	2–6

¹ВОТ на рівні чи нижче цільового.

²Прогресування – збільшення ушкоджень зорового нерва або зміни полів зору, підтвержені повторюваними тестами.

³Для зміни плану лікування звертатися до лікувальних рекомендацій.

⁴Для людей, які вперше розпочали лікування, контроль ВОТ у 1–4-й місяць після початку терапії.

⁵Ні – не виявлено чи не оцінено, якщо ВОТ визначено тільки після зміни лікування.

Таблиця 3

Пам'ятка для пацієнтів

Що таке ГЛАУКОМА? Глаукома – це хронічне захворювання, що характеризується поступовою втратою зорових функцій, що веде до повної та необоротної сліпоти, якщо вчасно не встановлений діагноз та не проведена відповідна терапія.

Глаукома – це хронічна хвороба, особи з якою потребують постійного контролю та спостереження лікарів.

Хворий на глаукому отримує від лікаря відповідні рекомендації щодо лікування (місцевого, загального), режиму праці, способу життя та ін.

Запорукою успішного лікування є суворе дотримання призначень та рекомендацій лікаря.

Хворий не повинен самостійно, без узгодження з лікарем, змінювати режим, кратність прийому ліків.

Лікар призначає регулярні огляди, графік яких встановлює індивідуально.

Пацієнт повинен інформувати лікаря про усі зміни зорових функцій та відчуттів та повідомляти про загальний стан

Таблиця 4

Клінічна класифікація ПВКГ

Форма	Стадія	Стан ВОТ	Динаміка зорових функцій
Відкритокутова	Початкова (I)	Нормальний (A)	Стабілізована
	Розвинута (II)	Помірно підвищений (B)	Нестабілізована
	Занедбана (III)	Високий (C)	
	Термінальна (IV)		
Підозра на глаукому			

Таблиця 5

Додаткова схема класифікації ПВКГ

Форма глаукоми	Різновид	Місце основного блоку відтоку
ПВКГ	Звичайна (проста)	Трабекулярна зона
	Псевдоексфолюативна	Інтраксклеральна зона
	Пігментна	Шлемів канал
Змішана		Комбіновані ураження
Преглаукома		

можна стабілізувати медикаментозно, за допомогою лазерної, фільтраційної чи циклодеструктивної хірургії.

Цільовий VOT — це VOT для певного пацієнта з ПВКГ, при якому градчаста пластинка займає своє фізіологічне положення, не відбувається прогресування глаукомної екскавації ДЗН та погіршення зорових функцій.

Обсяг медикаментозної терапії має відповідати тяжкості перебігу глаукомного процесу.

За відсутності компенсації VOT та стабілізації функцій при максимальному режимі гіпотензивної терапії хворий має бути направлений до хірургічного відділення.

Вибір методу лікування в кожному окремому випадку визначають індивідуально з урахуванням перебігу захворювання та стану пацієнта.

Алгоритм лікування

Початкова стадія — проводять визначення оптимального (цільового) рівня VOT, який забезпечить збереження зорового нерва та зорових функцій.

Рекомендований рівень VOT — на 25% (а при глаукомі з нормальним VOT — на 30%) нижчий від рівня, при якому виникло ураження. Цільовий VOT — динамічний показник, який необхідно контролювати протягом періоду спостереження і лікування та змінювати за потреби.

Медикаментозна терапія спрямована на досягнення гіпотензивного (цільового VOT) та нейропротекторного (корекція трофічних та циркуляторних порушень) ефекту. Як препарати першої лінії гіпотензивної терапії застосовують аналоги простагландинів та блокатори бета-адренорецепторів.

Первинний контроль проводять через тиждень лікування.

При досягненні цільового VOT та стабілізації або покращенні зорових функцій (поле зору) у подальшому щоквартально контролюють гостроту та поле зору, VOT, стан ДЗН, якість життя пацієнта.

За відсутності ефекту перевіряють виконання пацієнтом рекомендацій лікаря та застосовують комбінації препаратів різних груп: препарати простагландинів, блокатори бета-адренорецепторів, холіноміметики, інгібітори карбоангідрази місцевої та системної дії або фіксовані комбіновані форми препаратів. Рекомендовано комбінувати препарати, що мають різний механізм дії.

При недосягненні ефекту (звуження поля зору, прогресування оптичної нейропатії, зниження гостроти зору, погіршення показників тонографії) рекомендовано контроль виконання пацієнтом вказівок лікаря, проведення лазерного (лазерна трабекулопластика або лазерна селективна трабекулопластика, трабекулоспазис, циклотрабекулоспазис) або хірургічного лікування (глибока неперфоруєча склеректомія та її різновиди, віскоканалостомія, синустрабекулектомія тощо). З метою нейропротекції рекомендовано 1 раз на рік проведення медикаментозного лікування, направлено

на корекцію трофічних та циркуляторних порушень.

Розвинена та занедбана стадія. Рекомендоване зниження VOT — на 30–50% від рівня, при якому виникло ураження. Цільовий VOT — динамічний показник, який необхідно контролювати протягом періоду спостереження і лікування та змінювати за потреби.

При неефективності медикаментозної терапії (див. вище), тобто відсутності стабілізації глаукомного процесу (звуження поля зору та зниження гостроти зору, прогресування оптичної нейропатії, погіршення показників тонографії), — фільтруючі антиглаукоматозні операції (можливо, із застосуванням антиметаболітів, дренажів). З метою нейропротекції рекомендовано 2 рази на рік проведення медикаментозного лікування, спрямованого на корекцію трофічних та циркуляторних порушень, за показаннями з цією ж метою можливе хірургічне лікування.

Термінальна глаукома — YAG-лазерна циклофотокоагуляція, циклодіаліз, циклокріотерапія, субсклеральна цикловітректомія, дренажування кута передньої та задньої камери ока, алкоголізація цилиарного вузла, ретробульбарне введення хлорпромазину, енуклеація.

Схема медикаментозного лікування

1. Препарати першої лінії гіпотензивної терапії — препарати простагландинів та блокатори бета-адренорецепторів.

Первинний контроль проводять через тиждень лікування.

2. При досягненні цільового VOT та стабілізації або покращенні зорових функцій в подальшому щоквартально контролюють стан ДЗН, гостроту та поле зору, VOT, якість життя пацієнта.

За відсутності ефекту:

- контроль виконання пацієнтом рекомендацій лікаря;
- використання комбінації препаратів різних груп (аналогі простагландинів, блокатори бета-адренорецепторів, холіноміметики, інгібітори карбоангідрази місцевої та системної дії або фіксовані комбіновані форми препаратів).

Рекомендовано комбінувати препарати, що мають різний механізм дії.

4. При подальшому недосягненні ефекту (звуження поля зору, прогресування оптичної нейропатії, зниження гостроти зору, погіршення показників тонографії) рекомендовано контроль виконання пацієнтом рекомендацій лікаря, проведення **інших видів лікування**.

При переході до інших видів лікування (лазерна пластика трабекули, фільтруюча хірургічна операція — неперфоруєча або перфоруєча, циклодеструктивна хірургічна операція) застосовують **супутню** медикаментозну терапію (протизапальна, антибактеріальна, судинна, десенсибілізуюча, тканинна, гіпотензивна тощо).

5. З метою нейропротекції рекомендовано 1 раз на рік проведення медикаментозного лікування, направлено на корекцію трофічних та циркуляторних порушень.

Дії лікаря

Обов'язкові

1. Контроль за виконанням рекомендацій згідно з призначеннями та випискою зі стаціонару.

2. Модифікація способу життя: обмеження фізичного навантаження, роботи з нервовим напруженням, роботи в нічний час, дотримання водної дієти, обмеження вживання стимулювальних напоїв.

3. Пацієнти непрацездатні протягом 2 тиж, після оперативного втручання — 3 тиж.

4. Диспансеризація — контроль VOT, гостроти зору, поля зору, стану зорового нерва, показників топографії, виконання пацієнтом рекомендацій лікаря.

5. Періодичність контрольних оглядів встановлюють відповідно до показників досягнення цільового VOT та ознак прогресування.

Бажані

Санаторно-курортне лікування у профільних санаторіях для офтальмологічних хворих.

Первинна профілактика

Існують докази, що виявлення глаукоми на ранніх стадіях та своєчасне направлення до спеціалістів з метою призначення адекватного лікування знижує ризик дестабілізації VOT, порушення зорових функцій, ранньої інвалідизації.

Алгоритм профілактики

Для того щоб підходи до здійснення профілактики були успішними, їх слід спеціально пристосувати до місцевого рівня і розглянути перешкоди у вирішенні зазначеної проблеми, які потребують при цьому перебудови системи медичної допомоги. Для профілактики глаукоми необхідно:

1. Обов'язково документувати стан і функції зорового аналізатора під час огляду.

2. Розрахувати значення VOT, нижче якого навряд чи буде відбуватися подальше ураження зорового нерва. Тобто це цільовий показник, VOT, якого слід досягти.

3. Підтримувати VOT на цьому (чи більш низькому) рівні шляхом відповідних терапевтичних втручань.

4. Проводити моніторинг стану зорового нерва для виявлення можливих уражень і при погіршенні стану — зниження цільового VOT до нижчого рівня.

5. Звести до мінімуму побічні ефекти лікування та їхній вплив на зір, загальний стан і якість життя пацієнтів.

6. Інформувати пацієнта про наслідки глаукоми.

7. Навчити та залучити пацієнтів до самостійного контролю зорових функцій.

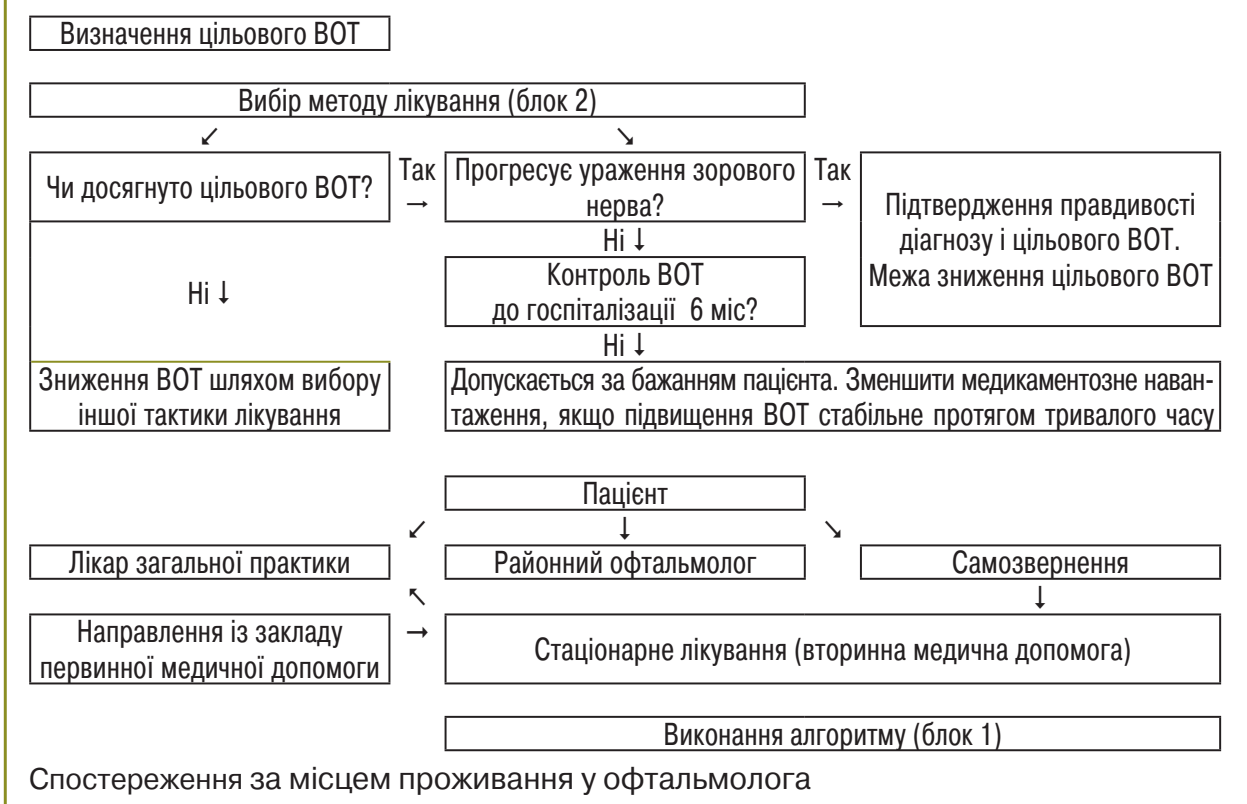
8. Інформувати населення щодо причин, ранніх ознак, методів профілактики, лікування та наслідків глаукоми.

9. Забезпечити пацієнтів спеціальними брошурами на цю тему (рисунки).

Дії лікаря

Обов'язкові

1. Виявлення загальних і місцевих факторів ризику, які впливають на виникнення і прогресування глаукоми.

Рисунок

2. Надання інформації пацієнтам щодо глаукоми та її наслідків і необхідності контролю VOT і функції зорового нерва, особливо в групах ризику.

Бажані

Забезпечення пацієнтів інформаційним листком «Пам'ятка для пацієнтів. Що таке глаукома?» (див. табл. 3).

Дії лікаря-офтальмолога в умовах стаціонару відповідно до вимог МОЗ України**Організація надання медичної допомоги лікарем-офтальмологом стаціонару**

Усі пацієнти із ПВКГ за відсутності компенсації VOT при максимальному режимі гіпотензивної терапії мають бути направлені до спеціалізованого стаціонару для визначення оптимального методу подальшого лікування.

Усі дії спеціалістів мають бути регламентовані затвердженим локальним протоколом лікувально-профілактичного закладу.

За неможливості досягнення цільового VOT медикаментозними засобами збереження рівня VOT в межах норми, зорових функцій, якості життя пацієнта можливе шляхом призначення інших видів лікування (лазерного, хірургічного, циклодеструктивних втручань).

Дії лікаря

Наявність документа про показання та протипоказання щодо інвазивних втручань у хворих на ПВКГ.

Визначення факторів ризику (вік, загальні супутні захворювання, соціальний статус пацієнта) та запобігання можливій шкоди внаслідок оперативного втручання.

Ретельне передопераційне обстеження (очне та загальне, консультації суміжних спеціалістів за необхідності), бесіда з пацієнтом стосовно серйозності захворювання та можливих методів подальшого лікування, прогнозу, імовірності можливих ускладнень, важливості післяопераційної терапії.

Інформована згода пацієнта перед операцією.

Догоспітальний етап

Проведення загальних, спеціалізованих обстежень, консультацій суміжних спеціалістів відповідно до локального протоколу медичної допомоги, крім ургентних випадків госпіталізації.

Передопераційна підготовка, яка включає виявлення і лікування вогнищ хронічної інфекції, гострих станів, тяжких супутніх захворювань, запобігає можливим післяопераційним ускладненням.

Дії лікаря

1. Наявність документа, що відображує перебіг захворювання, медикаментозні призначення, показання до госпіталізації.

2. Проведення досліджень:

- загальний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі;
- аналіз крові на RW, HBsAg;
- визначення рівня глюкози в крові, сечі;
- визначення артеріального тиску.

3. Консультації спеціалістів за показаннями:

- терапевта;
- невропатолога;
- ендокринолога;
- оториноларинголога.

4. Компенсація хронічних станів (нормалізація артеріального тиску, глюкози в крові тощо).

Госпіталізація

Пацієнт має бути ознайомлений та згодний з метою госпіталізації до стаціонару, обсягом можливих/запланованих втручань.

Ретельна підготовка хворого до госпіталізації значно знижує ризик інтра- та післяопераційних ускладнень, що є запорукою успішного лікування та сталого результату в майбутньому.

Дії лікаря

1. Наявність у пацієнта необхідної супровідної документації.

2. Наявність підписаної пацієнтом «Поінформованої згоди на медичну допомогу».

Виняток можуть становити випадки ургентної госпіталізації.

Діагностика

Обсяг діагностичних заходів та їх проведення мають бути регламентовані затвердженим локальним протоколом лікувально-профілактичного закладу щодо ведення хворих на глаукому.

Ретельні передопераційні обстеження пацієнта (фізикальні, лабораторні) запобігають можливим негативним наслідкам лікування та погіршенню стану хворого внаслідок можливої лікарської помилки.

Дії лікаря**Обов'язкові**

1. Збір скарг та анамнезу (генетичний, травматичний анамнез, запальні процеси та судинні катастрофи в оці, прийом препаратів, що можуть підвищувати VOT, наявність супутньої патології).

2. Спеціальні методи:

- візометрія;
- рефрактометрія;
- біомікроскопія (за необхідності — ультразвукова біомікроскопія);
- офтальмоскопія (за необхідності — аналізатори шару нервових волокон, оптична когерентна томографія — HRT, OCT, Gdx);
- тонометрія (добова, за Гольдманом);
- периметрія (кампіметрія, комп'ютерна периметрія);
- тонографія;
- гоніоскопія;
- кератопахіметрія;
- ультразвукова біометрія.

3. Оцінка факторів ризику.

4. Диференційна діагностика із захворюваннями, що мають подібну клінічну картину або можуть провокувати підвищення VOT.

Бажані

За необхідності — ультразвукова доплерографія судин голови, шиї, очного яблука.

Лікування**Хірургічне лікування**

Усі види оперативних втручань виконують на підставі даних діагностики відповідно до затвердженого локального протоколу медичної допомоги за показаннями, з урахуванням об'єктивних клінічних показників: стадії процесу, ступеня декомпенсації VOT тощо.

Дії лікаря

1. Одержання інформованої згоди пацієнта перед операцією.

2. Хірургічні маніпуляції та післяопераційний догляд:

- лазерна пластика трабекули;
- фільтруюча хірургічна операція (неперфоруюча і перфоруюча);
- циклодеструктивна хірургічна операція.

3. Медикаментозна супровідна терапія відповідно до стану хворого.

Виписка з рекомендаціями на післягоспітальний період

Усі хворі, прооперовані з приводу ПВКГ, отримують виписку з історії хвороби

і рекомендації щодо подальшого лікування та спостереження.

Мета та кінцевий результат лікування: нормалізація ВОТ, складання плану подальшого лікування, стабілізація зорових функцій, збереження якості життя пацієнта.

Алгоритм виписки зі стаціонару

1. Досягнута мета лікування: нормалізація ВОТ, встановлення гіпотензивного режиму, стабілізація зорових функцій, збереження якості життя пацієнта.

2. Пацієнт отримує виписку з історії хвороби, детальні рекомендації щодо подальшого лікування.

3. Працездатні особи отримують лікарняний лист, який подовжує дільничний лікар.

4. Призначають щонайменше один контрольний огляд.

Критерії виписки зі стаціонару

Хворий на ПВКГ може бути виписаний зі стаціонару за умов задовільного загального стану, компенсації ВОТ (досягнення запланованого ВОТ), відсутності запального процесу в оперованому оці та за відсутності потреби у парентеральних методах лікування.

Дії лікаря

1. Пацієнт отримує виписку з історії хвороби, детальні рекомендації щодо подальшого лікування.

2. Працездатні особи одержують лікарняний лист, що подовжує дільничний лікар.

3. Призначають щонайменше один контрольний огляд.

Реабілітація

Хворий на ПВКГ після медичних втручань має повернутися до максимально повноцінного способу життя.

Глаукома є хронічним захворюванням. Хворий на ПВКГ має перебувати під спостереженням лікарів протягом всього життя задля збереження сталої компенсації ВОТ та зорових функцій. У разі виявлення прогресування захворювання необхідно провести корекцію терапії або застосувати інші заходи, спрямовані на повернення ВОТ в межі запланованого та стабілізацію зорових функцій.

Алгоритм реабілітації

1. ПВКГ — хронічне захворювання, особи з яким потребують спостереження протягом усього життя.

2. Хворі непрацездатні упродовж 2 тиж, після оперативного втручання — 3 тиж.

3. Періодичність контрольних оглядів встановлює лікар загальної практики або поліклінічний лікар-офтальмолог не рідше ніж 1 раз на 3 міс, якщо лікар стаціонару не призначив інший термін.

4. Періодичне підвищення ВОТ вище норми при відповідному лікуванні протягом декількох відвідувань зобов'язує лікаря-офтальмолога поліклініки коригувати терапію, за необхідності — направляти в стаціонар для виконання повторного оперативного втручання.

5. Диспансеризація — контроль ВОТ, гостроти зору, поля зору, стану зорового нерва, показників топографії, виконання пацієнтом рекомендацій лікаря.

6. Пацієнту показано: обмеження фізичного навантаження, роботи, що передбачає нервові напруження, роботи в нічний час, дотримання водної дієти, обмеження стимулювальних напоїв.

Вимоги до дієтичних призначень і обмежень: згідно з консультацією.

Дії лікаря

1. Контроль за виконанням рекомендацій згідно з призначеннями/випискою зі стаціонару.

2. Модифікація способу життя: обмеження фізичного навантаження, роботи, що передбачає нервові напруження, роботи в нічний час, дотримання водної дієти, обмеження стимулювальних напоїв.

3. Пацієнти непрацездатні протягом 2 тиж, після оперативного втручання — 3 тиж.

4. Диспансеризація — контроль ВОТ, гостроти зору, поля зору, стану зорового нерва, показників топографії, виконання пацієнтом рекомендацій лікаря.

5. Періодичність контрольних оглядів встановлюють відповідно до показників досягнення цільового ВОТ.

Бажані

Санаторно-курортне лікування у профільних санаторіях для офтальмологічних хворих.

Використана література

Міністерство охорони здоров'я України (2011) Наказ МОЗ України від 23.11.2011 р. № 816 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги на засадах доказової медицини».