

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказом МОЗ України
від «23» листопада 2011р. № 816

УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ГЛАУКОМА ПЕРВИННА ВІДКРИТОКУТОВА

ПЕРВИННА ТА ВТОРИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

2011

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ В ПРОТОКОЛІ

МОЗ –	Міністерство Охорони Здоров'я
МКХ –	Міжнародна класифікація хвороб
ПВКГ –	Первинна відкритокутова глаукома
ВОТ –	Внутрішньо очний тиск
ЛПЗ –	Лікувально-профілактичні заклади
ПМД –	Первинна медична допомога
ВМД –	Вторинна медична допомога
ЛЗП –	Лікарі загальної практики
ФР –	Фактор ризику
КПК –	Кут передньої камери
ЗН –	Зоровий нерв
ДЗН –	Диск зорового нерву

А.1 ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

А.1.1 Діагноз

Первинна відкритокутова глаукома

А.1.2 Код МКХ-10:

H40.0 Підозра на глаукому

H40.1 Первинна відкритокутова глаукома

А.1.3 Протокол призначений для лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів-офтальмологів

А.1.4 Мета протоколу організація надання медичної допомоги хворим на глаукому

А.1.5 Дата складання протоколу Листопад 2011 р.

А.1.6 Дата перегляду протоколу Листопад 2013 р.

А.1.7 Список та контактна інформація осіб, які брали участь в розробці протоколу

Риков С.О.	Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Офтальмологія»
Шилкіна О.О.	Начальник Відділу методичного забезпечення нових технологій в охороні здоров'я ДП «Державний експертний центр МОЗ України»
Бакабардіна І.І.	Лікар-офтальмолог відділення реконструктивної мікрохірургії Київської міської клінічної офтальмологічної лікарні «Центр мікрохірургії ока»
Вершиніна М.Д.	Доцент курсу офтальмології Івано-Франківського НМУ
Вітовська О.П.	Доцент кафедри офтальмології НМУ ім. О.О. Богомольця
Владіміров Д.В.	Лікар-офтальмолог Київської міської клінічної лікарні «Центр мікрохірургії ока»
Гавриш Т.Ю.	Доцент кафедри терапії і сімейної медицини факультету післядипломної освіти Івано-Франківського НМУ
Глушко Л.В.	Завідувач кафедри терапії і сімейної медицини факультету післядипломної освіти Івано-Франківського НМУ
Збітнєва С.В.	Лікар-офтальмолог Київської міської клінічної лікарні «Центр мікрохірургії ока»
Кумчай С.К.	Представник пацієнтів
Малюга В.Д.	Головний лікар Калинівської амбулаторії загальної практики – сімейної медицини Васильківського району Київської області
Матюха Л.Ф.	Головний позаштатний спеціаліст МОЗ України – координатор груп спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина»
Москаленко Н.С.	Медсестра кабінету глаукоми Київської міської клінічної лікарні «Центр мікрохірургії ока»

Панько О.М	Доцент курсу офтальмології Івано-Франківського НМУ
Родіна В.М.	Пацієнт
Степанюк Г.І.	Лікар-статистик Київської міської клінічної офтальмологічної лікарні "Центр мікрохірургії ока"
Шаргородська І.В.	Доцент кафедри офтальмології НМАПО ім. П.Л. Шупика

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Степаненко А.В.	Консультант ДП «Державний експертний центр МОЗ України»
Ліщишина О.М.	Директор Департаменту стандартизації медичних послуг ДП «Державний експертний центр МОЗ України»
Горох Є.Л.	Начальник Відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій ДП «Державний експертний центр МОЗ України»
Кравець О.М.	Начальник Відділу доказової медицини ДП «Державний експертний центр МОЗ України»

Рецензенти

Жабосдов Геннадій Дмитрович, доктор медичних наук, член-кор. НАМН України, професор, завідувач кафедрою офтальмології Національного медичного університету імені О.О.Богомольця;

Сергієнко Микола Маркович, доктор медичних наук, член-кор. НАН та НАМН України, професор, професор кафедри офтальмології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика;

Кондратенко Юрій Миколайович, доктор медичних наук, професор, професор кафедри офтальмології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика.

А.1.8 Коротка епідеміологічна інформація – загальна поширеність патології, поширеність серед окремих груп населення (віко-статевих та ін., фактори ризику, прогноз).

Первинна відкритокутова глаукома – це хронічне прогресуюче захворювання, що уражує зоровий нерв з розвитком специфічної оптичної нейропатії, характерних змін в полі зору, в ряді випадків супроводжується періодичним, або стійким підвищенням внутрішнього очного тиску (ВОТ).

Глаукома є прогресуючою зорової нейропатією, що призводить до структурних змін у диску зорового нерва (ДЗН) і порушення поля зору (ПЗ), що може призвести до серйозних порушень зору і сліпоти.

Первинна відкритокутова глаукома є найбільш поширеною формою глаукоми серед населення України.

За даними 2009 року поширеність глаукоми серед населення України віком від 15 до 100 років - 443,5 на 100 тис. (у 2006 році - 393,5), на диспансерному обліку - 396,9 на 100 тис. Глаукома займає 2-е місце серед причин первинної інвалідності і складає 16,0%.

А.2 ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

А.2.1 Для установ, що надають первинну медичну допомогу

ПОЛОЖЕННЯ ПРОТОКОЛУ	ОБГРУНТУВАННЯ	НЕОБХІДНІ ДІЇ
1.Первинна профілактика	Існують докази, що виявлення глаукоми на ранніх стадіях та своєчасне скерування до спеціалістів з метою призначення адекватного лікування знижує ризик дестабілізації ВОТ, зниження зорових функцій, запобігають ранній інвалідизації	<p>Обов'язкові:</p> <p>Виявлення загальних і місцевих факторів ризику, які впливають на виникнення і прогресування глаукоми</p> <p>Надання інформації пацієнтам щодо глаукоми та її наслідків і необхідності контролювання ВОТ і функції зорового нерва, особливо в групах ризику.</p> <p>Бажані:</p> <p>Забезпечення пацієнтів інформаційним листком «Пам'ятка для пацієнтів. Що таке глаукома?» (додаток 3)</p>
2.Діагностика	Діагноз глаукоми (первинної чи вторинної) встановлюється на підставі отриманих даних щодо характерних дегенеративних змін у диску зорового нерва, разом з втратою поля зору, яка прогресує, і розвитком скотом чи сліпих плям у полі зору, і може бути поставлений тільки спеціалістом з відповідною кваліфікацією і досвідом	<p>Діагностика глаукоми проводиться на вторинному рівні медичної допомоги. Лікар загальної практики–сімейної медицини має виконати:</p> <p>Обов'язково:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Збір скарг та анамнезу (генетичний, травматичний анамнез, запальні процеси та судинні катастрофи в оці, прийом препаратів, що можуть підвищувати ВОТ, наявність супутньої патології). – Перевірка гостроти зору (візометрія). <p>Бажані:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Визначення внутрішньоочного тиску (тонометрія). <p>При неможливості проведення лікарем</p>

ПОЛОЖЕННЯ ПРОТОКОЛУ	ОБГРУНТУВАННЯ	НЕОБХІДНІ ДІЇ
		загальної практики методів діагностики – термінове скерування пацієнта до лікаря офтальмолога.
<p>3. Методи лікування</p> <p>Вирішення питання щодо призначення лікування здійснюється лікарем офтальмологом за місцем проживання</p>	<p>Спеціалізована допомога хворим на ПВКГ здійснюється виключно в спеціалізованій офтальмологічній мережі</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p>Під час обстеження та спеціального лікування лікар загальної практики–сімейної медицини має сприяти виконанню пацієнтом всіх рекомендацій лікаря офтальмолога та інших фахівців.</p>
<p>4. Подальше спостереження</p> <p>Всі пацієнти, яким діагностовано будь-який вид глаукоми (первинна чи вторинна) мають знаходитись під постійним спостереженням лікаря офтальмолога та лікаря загальної практики.</p>	<p>Існують докази щодо можливості збереження функцій (гостроти зору, поля зору), рівня VOT в межах норми на час лікування глаукоми, відсутність прогресування атрофії зорового нерва протягом тривалого часу.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Перевірка під час контрольного огляду дотримання пацієнтом рекомендацій офтальмолога, правильності застосування лікарських препаратів. Періодичність контрольних оглядів встановлюється лікарем загальної практики – Періодичне підвищення VOT вище норми при відповідному лікуванні протягом декількох відвідувань зобов'язує лікаря загальної практики вжити заходи для повторного огляду пацієнта офтальмологом поліклініки для корекції лікування – У разі виявлення декомпенсації VOT та дестабілізації функцій пацієнт повинен бути вчасно скерований до офтальмолога для вирішення подальшої стратегії лікування <p>Бажані:</p> <p>Пацієнту надається</p>

ПОЛОЖЕННЯ ПРОТОКОЛУ	ОБГРУНТУВАННЯ	НЕОБХІДНІ ДІЇ
		допомога у виборі іншої професії, (з урахуванням стану пацієнта), якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.

А.2.2 ДЛЯ УСТАНОВ, ЩО НАДАЮТЬ ВТОРИННУ АМБУЛАТОРНУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ

1. ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА		
ПОЛОЖЕННЯ ПРОТОКОЛУ	ОБГРУНТУВАННЯ	НЕОБХІДНІ ДІЇ
Для того, щоб підходи до здійснення профілактики зробити успішними, вони повинні бути спеціально пристосовані до місцевого рівня.	Існують докази, що виявлення глаукоми на ранніх стадіях та своєчасне скерування до спеціалістів з метою призначення адекватного лікування знижує ризик дестабілізації ВОТ, зниження зорових функцій, запобігають ранній інвалідизації	Обов'язкові: Виявлення загальних і місцевих факторів ризику, які впливають на виникнення і прогресування глаукоми Надання інформації пацієнтам щодо глаукоми та її наслідків і необхідності контролювання ВОТ і функції зорового нерва, особливо в групах ризику. Бажані: Забезпечення пацієнтів інформаційним листком «Пам'ятка для пацієнтів. Що таке глаукома?» (додаток 3)
2. ДІАГНОСТИКА		
Діагноз глаукоми (первинної чи вторинної) встановлюється на підставі отриманих даних щодо характерних дегенеративних змін у диску зорового нерва, разом з втратою поля зору, яка 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 – зоровий нерв.	Вимірювання внутрішньоочного тиску (тонометрія) у різних категоріях пацієнтів після 40 років або при наявності характерних для глаукоми скарг дозволяє виявити глаукому на ранніх стадіях, вчасно детально обстежити пацієнта та призначити адекватне лікування. Тонографія дозволяє більш точно виявити рівень гідродинамічних порушень, а від так, підібрати максимально ефективне лікування	Обов'язкові: – Збір скарг та анамнезу (генетичний, травматичний анамнез, запальні процеси в оці, прийом препаратів, що можуть підвищувати ВОТ, наявність супутньої патології). – Оцінка факторів ризику. – Перевірка гостроти зору (візометрія). – Визначення внутрішньоочного тиску (тонометрія по Маклакову та Гольдману). – Обстеження зіниці: реакції на світло, стан пігментної кайми, наявність ексфолюцій

		<p>(біомікроскопія).</p> <ul style="list-style-type: none"> – Гоніоскопія: огляд кута передньої камери, визначення ширини кута, зон, що доступні огляду, характеру пігментації. – Офтальмоскопія: обстеження зорового нерва та нервових волокон сітківки. – Статична периметрія: оцінка змін поля зору (Humphrey) – Оцінка показників гідродинаміки ока (тонографія): стан продукції та відтоку внутрішньоочної рідини, коефіцієнт Бекера. <p>Бажані:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Динамічна периметрія, – Кератопахіметрія (визначення товщини центральної зони рогівки), – Ультразвукова біометрія (визначення топографії структур та топоетрії), – Оптична когерентна томографія – HRT, OCT, GDx, OCT Visante
3. АМБУЛАТОРНЕ ЛІКУВАННЯ, ВКЛЮЧАЮЧИ ПРОЦЕС РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ		
Медикаментозне лікування	<p>Доведено, що зниження рівня ВОТ зменшує ризик зниження гостроти зору та звуження поля зору. Підвищений ВОТ можна стабілізувати медикаментозно, за допомогою лазерної, фільтраційної чи циклодеструктивної хірургії. Обсяг медикаментозної терапії має відповідати важкості перебігу глаукомного процесу. За умов відсутності компенсації ВОТ та стабілізації функцій на максимальному режимі гіпотензивної терапії, хворий має бути скерований до хірургічного відділення.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Визначити цільовий показник ВОТ, вище якого навряд чи буде відбуватися подальше ураження зорового нерва. – Під час підбору гіпотензивної терапії пацієнт проходить контрольні огляди раз на 10 діб. – Перевірка правильного використання пацієнтом препаратів під час лікування – Контроль за функціональним станом зорового аналізатора відповідно до термінів

	Вибір методу лікування в кожному окремому випадку визначається індивідуально з урахуванням перебігу захворювання, та стану пацієнта.	диспансеризації. – Запропонувати альтернативне медикаментозне лікування, якщо ВОР не змінюється достатньо – Після двох спроб альтернативного медикаментозного лікування, якщо ВОР не змінюється достатньо, пропонується хірургічне лікування
--	--	--

4. ДИСПАНСЕРНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ, ВКЛЮЧАЮЧИ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ХАРЧУВАННЯ, РЕЖИМУ ПРАЦІ, ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ТА САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ

ПОЛОЖЕННЯ ПРОТОКОЛУ	ОБГРУНТУВАННЯ	НЕОБХІДНІ ДІЇ
Пацієнти, яким діагностовано ПВКГ повинні знаходитися під постійним спостереженням лікаря загальної практики, лікаря - офтальмолога, або у глаукомному кабінеті поліклініки.	Існують докази щодо можливості збереження функцій (гостроти зору, поля зору), рівня ВОР в межах норми, відсутність прогресування атрофії зорового нерва протягом тривалого часу при постійному спостереженні за станом пацієнта і своєчасному коригуванні лікування..	<p>Обов'язкові:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Контроль за виконанням рекомендацій згідно призначень та виписки зі стаціонару – Модифікація способу життя: обмеження фізичного навантаження, роботи з нервовим напруженням, роботи в нічний час, водна дієта, обмеження стимулюючих напоїв – Пацієнти непрацездатні – 2 тижні, після оперативного втручання – 3 тижні. – Диспансеризація – контроль внутрішньоочного тиску, гостроти зору, поля зору, стану зорового нерва, показників топографії, контроль виконання пацієнтом рекомендацій лікаря. – Періодичність контрольних оглядів встановлюється відповідно до показників досягнення цільового ВОР та ознак прогресування. <p>Бажані: Санаторно-курортне лікування у профільних санаторіях для офтальмологічних хворих</p>

А.2.3 ДЛЯ УСТАНОВ, ЩО НАДАЮТЬ ВТОРИННУ СТАЦІОНАРНУ ДОПОМОГУ

ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЛІКАРЕМ-ОФТАЛЬМОЛОГОМ СТАЦІОНАРУ		
ПОЛОЖЕННЯ ПРОТОКОЛУ	ОБГРУНТУВАННЯ	НЕОБХІДНІ ДІЇ
<p>Всі пацієнти з ПВКГ за відсутності компенсації VOT на максимальному режимі гіпотензивної терапії мають бути направлені до спеціалізованого стаціонару для визначення оптимального методу подальшого лікування</p> <p>Усі дії спеціалістів мають бути регламентовані затвердженим локальним протоколом ЛПЗ.</p>	<p>При неможливості досягнення цільового VOT медикаментозними засобами збереження рівня VOT в межах норми, зорових функцій, якості життя пацієнта можливе шляхом призначення інших видів лікування: лазерне, хірургічне, циклодеструктивні втручання.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p>Наявність документа про показання та протипоказання щодо інвазивних втручань у хворих з ПВКГ.</p> <p>Визначення ФР (вік, загальні супутні захворювання, соціальний статус пацієнта) та запобігання можливої шкоди внаслідок оперативного втручання:</p> <p>Ретельне передопераційне обстеження (очне та загальне, консультації суміжних спеціалістів за необхідності), обговорення з пацієнтом стосовно серйозності захворювання та можливих методів подальшого лікування, прогнозу, імовірності можливих ускладнень, важливості післяопераційної терапії.</p> <p>Інформована згода пацієнта перед операцією.</p>
1. ДОГОСПІТАЛЬНИЙ ЕТАП		
<p>Проведення загальних обстежень, спеціалізованих обстежень, консультацій суміжних спеціалістів відповідно до ЛПМД, за виключенням ургентних випадків госпіталізації.</p>	<p>Передопераційна підготовка, яка включає виявлення і лікування вогнищ хронічної інфекції, гострих станів, важких супутніх захворювань запобігає можливим післяопераційним ускладненням</p>	<p>Обов'язкові:</p> <p>Наявність документа, що відображує перебіг захворювання, медикаментозні призначення, показання до госпіталізації.</p> <p>Проведення досліджень:</p> <ul style="list-style-type: none"> - загальний аналіз крові - загальний аналіз сечі - кров на RW, HBsAg - цукор в крові, сечі - рівень АТ

		<ul style="list-style-type: none"> – Консультації спеціалістів за показаннями: <ul style="list-style-type: none"> - терапевта - невропатолога - ендокринолога - оториноларинголога – Компенсація хронічних станів (нормалізація АТ, цукру крові, тощо)
2. ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ		
Пацієнт має бути ознайомлений та згодний з метою госпіталізації до стаціонару, обсягом можливих/запланованих втручань.	Ретельна підготовка хворого до госпіталізації значно зменшує ризик інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, що є запорукою успішного лікування та сталого результату у майбутньому.	<p>Обов'язкові:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Наявність у пацієнта необхідної супровідної документації – Наявність підписаної пацієнтом «Поінформованої згоди на медичну допомогу» <p>Винятком можуть бути випадки ургентної госпіталізації.</p>
3. ДІАГНОСТИКА		
Обсяг діагностичних заходів та їх проведення мають бути регламентовані затвердженим локальним протоколом ЛПЗ щодо ведення хворих з глаукомою.	Ретельні передопераційні обстеження стану пацієнта (фізикальні, лабораторні) запобігають можливим негативним наслідкам лікування та погіршанню стану хворого внаслідок можливої лікарської помилки.	<p>Обов'язкові:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Збір скарг та анамнезу (генетичний, травматичний анамнез, запальні процеси та судинні катастрофи в оці, прийом препаратів, що можуть підвищувати ВОТ, наявність супутньої патології). – Спеціальні методи: <ul style="list-style-type: none"> • візометрія • рефрактометрія • біомікроскопія (при необхідності – ультразвукова біомікроскопія) • офтальмоскопія (при необхідності — аналізатори шару нервових волокон, оптична когерентна томографія - HRT, OCT, Gdx) • тонометрія (добова), по Гольдману • периметрія (кампіметрія, комп'ютерна периметрія) • тонографія

		<ul style="list-style-type: none"> • гоніоскопія. • кератопахіметрія • ультразвукова біометрія <ul style="list-style-type: none"> – Оцінка факторів ризику. – Диференційна діагностика із захворюваннями, що мають подібну клінічну картину, або можуть провокувати підвищення ВОТ. <p>Бажані: При необхідності – ультразвукова доплерографія судин голови, шиї, очного яблука.</p>
4. ЛІКУВАННЯ		
Хірургічне лікування	Усі види оперативних втручань виконуються на підставі даних діагностики відповідно до затвердженого ЛПМД за показаннями, з урахуванням об'єктивних клінічних даних: стадії процесу, ступеню декомпенсації ВОТ тощо.	<p>Обов'язкові</p> <ul style="list-style-type: none"> – Інформована згода пацієнта перед операцією. – Хірургічні маніпуляції та післяопераційний догляд. <ul style="list-style-type: none"> • лазерна пластика трабекули. • фільтруюча хірургічна операція (неперфоруюча і перфоруюча). • циклодеструктивна хірургічна операція. – Медикаментозна супровідна терапія відповідно до стану хворого
5. ВИПИСКА З РЕКОМЕНДАЦІЯМИ НА ПІСЛЯГОСПІТАЛЬНИЙ ПЕРІОД		
Усі хворі, що були 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.	<p>Обов'язкові:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Пацієнт отримує виписку з історії хвороби, детальні рекомендації щодо подальшого лікування. – Працездатні отримують лікарняний лист, що подовжується дільничним лікарем. – Призначається щонайменше один контрольний огляд.

6. РЕАБІЛІТАЦІЯ

<p>Хворий на ПВКГ після медичних втручань має повернутися до максимально повноцінної якості життя.</p>	<p>Глаукома є хронічним захворюванням. Хворий на ПВКГ має знаходитися під наглядом лікарів протягом всього життя задля збереження сталої компенсації ВОР та збереження зорових функцій. У разі виявлення прогресування захворювання повинна відбутися корекція терапії або застосовані інші заходи, спрямовані на повернення ВОР в межі запланованого та стабілізації зорових функцій.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Контроль за виконанням рекомендацій згідно призначень/ виписки з стаціонару – Модифікація способу життя: обмеження фізичного навантаження, роботи з нервовим напруженням, роботи в нічний час, водна дієта, обмеження стимулюючих напоїв – Пацієнти непрацездатні – 2 тижні, після оперативного втручання – 3 тижні. – Диспансеризація – контроль внутрішньоочного тиску, гостроти зору, поля зору, стану зорового нерва, показників топографії, контроль виконання пацієнтом рекомендацій лікаря. – періодичність контрольних оглядів встановлюється відповідно до показників досягнення цільового ВОР <p>Бажані:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Санаторно-курортне лікування у профільних санаторіях для офтальмологічних хворих
--	--	---

А.3 ЕТАПИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ

А.3.1 Алгоритм діагностики

Таблиця 1. Інтервали моніторингу для пацієнтів з офтальмогіпертензією чи з підозрою на ПВКГ, яким рекомендоване лікування

КЛІНІЧНА ОЦІНКА			ІНТЕРВАЛ СПОСТЕРЕЖЕННЯ В МІСЯЦЯХ	
ВОТ на рівні цільового ^a	Ризик переходу в ПВКГ ^b	результат ^c	Тільки ВОТ ^d	ВОТ, стан ДЗН, поля зору
ТАК	НИЗЬКА	Без змін в плані лікування	-	12-24
ТАК	ВИСОКА	Без змін в плані лікування	-	6-12
НІ	НИЗЬКА	Переглянути цільовий ВОТ, чи змінити план лікування	1-4	6-12
НІ	ВИСОКА	Переглянути цільовий ВОТ, чи змінити план лікування	1-4	4-6

a – проліковані пацієнти, в яких ВОТ на рівні чи менше цільового. Якщо ВОТ не може бути адекватно контрольованим медикаментозно, звернутись до офтальмолога

b – клінічно враховувати вік, ВОТ, ССТ, стан ДЗН

c – для зміни плану лікування звернутись до лікувальних рекомендацій

d – для пацієнтів, яким вперше призначили лікування, контроль ВОТ 1-4 місяця після початку лікування.

Таблиця 2. Інтервал для моніторингу пацієнтів з ПВКГ

КЛІНІЧНА ОЦІНКА			ІНТЕРВАЛ СПОСТЕРЕЖЕННЯ В МІСЯЦЯХ	
ВОТ на рівні цільового ^a	Ризик переходу в ПВКГ ^b	результат ^c	Тільки ВОТ ^d	ВОТ, стан ДЗН, поля зору
ТАК	НІ ^e	Без змін в плані лікування	-	6-12
ТАК	ТАК	Переглянути цільовий ВОТ, чи змінити план лікування	1-4	2-6
ТАК	НЕВПЕВНЕНО	Без змін в плані лікування	-	2-6
НІ	НІ ^e	Переглянути цільовий ВОТ, чи змінити план лікування	1-4	6-12
НІ	ТАК / НЕВПЕВНЕНО	змінити план лікування	1-2	2-6

a – ВОТ на рівні чи нижче цільового

b – Прогресія = збільшення ушкоджень зорового нерву /або зміни полів зору, підтверджені повторюваними тестами.

c – Для зміни плану лікування звертатись до лікувальних рекомендацій

d – Для людей, які вперше розпочали лікування, контроль ВОР 1-4 місяця після початку лікування.

e – Ні = не знайдено чи не оцінено, якщо ВОР визначено тільки після зміни лікування.

ОПИС ОСОБЛИВОСТЕЙ ДІАГНОСТИКИ.

Діагноз ПВКГ встановлюється на підставі отриманих даних щодо характерних дегенеративних змін у диску зорового нерва, разом з втратою поля зору, яка 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 – зоровий нерв.

Для установ, що надають вторинну амбулаторну та вторинну стаціонарну медичну допомогу:

1. Збір скарг та анамнезу (звернути увагу на генетичний, травматичний анамнез, запальні процеси та судинні катастрофи в оці, прийом препаратів, що можуть підвищувати ВОР, наявність супутньої патології).
2. Оцінка факторів ризику.
3. Візометрія.
4. Рефрактометрія.
5. Біомікроскопія (при необхідності – ультразвукова біомікроскопія, OCT Visante).
6. Офтальмоскопія (при необхідності — аналізатори шару нервових волокон, оптична когерентна томографія - HRT, OCT, GDx).
7. Документування огляду зорового нерва.
8. Тонометрія, добова, по Гольдману, ORA.
9. Периметрія (кампіметрія, комп'ютерна).
10. Тonoграфія.
11. Гоніоскопія.
12. Кератопахіметрія.
13. Ультразвукова біометрія.
14. При необхідності - ультразвукова доплерографія судин голови, шиї, очного яблука.

А.3.2. Алгоритм лікування

Початкова стадія – проводиться визначення оптимального (цільового) рівня ВОР, який забезпечить збереження зорового нерва та зорових функцій.

Рекомендований рівень ВОР – на 25% (а при глаукомі з нормальним ВОР – на 30%) нижче від рівня, при якому виникло ураження. Цільовий ВОР – динамічний показник, який необхідно контролювати протягом спостереження і лікування та змінювати при потребі. Медикаментозна терапія спрямовується на досягнення гіпотензивного (цільового ВОР) та нейропротекторного (корекція трофічних та циркуляторних порушень) ефекту. Як препарати першої лінії гіпотензивної терапії застосовуються аналоги простагландинів та бета-блокатори.

Первинний контроль відбувається через тиждень. При досягненні цільового ВОР та стабілізації, або покращенні зорових функцій (поле зору) в подальшому щоквартально контролюється гострота та поле зору, ВОР стан ДЗН, якість життя пацієнта. При відсутності ефекту контролюють виконання пацієнтом рекомендацій лікаря та використовують комбінації препаратів різних груп: препарати простагландинів, бета-блокатори, холіноміметики, інгібітори карбоангідрази

місцевої дії та системної дії або фіксовані комбіновані форми препаратів. Рекомендовано комбінувати препарати, що мають різний механізм дії. При недосягненні ефекту (погіршення поля зору, прогресування оптичної нейропатії, зниження гостроти зору, погіршення показників тонографії) рекомендовано контроль виконання пацієнтом рекомендацій лікаря, проведення лазерного лікування (лазерна трабекулопластика або лазерна селективна трабекулопластика, трабекулоспазис, циклотрабекулоспазис), або хірургічне лікування (глибока неперфоруєча склеректомія та її різновиди, віскоканалостомія, сінустрабекулоектомія тощо). З метою нейропротекції рекомендовано 1 раз на рік проведення медикаментозного лікування, направлено на корекцію трофічних та циркуляторних порушень.

Розвинена та далекозайдена стадії – Рекомендоване зниження ВОТ – на 30 – 50% від рівня, при якому виникло ураження. Цільовий ВОТ – динамічний показник, який необхідно контролювати протягом спостереження і лікування та змінювати при потребі. При неефективності медикаментозної терапії (див. вище), тобто відсутності стабілізації глаукомного процесу (погіршення поля та гостроти зору, прогресування оптичної нейропатії, погіршення показників тонографії) – фільтруючі антиглаукоматозні операції (можливо з 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 камери та задньої камери ока, алкоголізація циліарного вузла, ретробульбарне введення хлорпромазину, енуклеація.

А.3.3. Схема медикаментозного лікування

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

Первинний контроль відбувається через тиждень.

2. При досягненні цільового ВОТ та стабілізації, або покращенні зорових функцій в подальшому щоквартально контролюється стан ДЗН, гострота та поле зору, ВОТ, якість життя пацієнта.
3. При відсутності ефекту:
 - а) контроль виконання пацієнтом рекомендацій лікаря;
 - б) використання комбінації препаратів різних груп: аналоги простагландинів, бета-блокатори, холіноміметики, інгібітори карбоангідрази місцевої дії та системної дії або фіксовані комбіновані форми препаратів.

Рекомендовано комбінувати препарати, що мають різний механізм дії.

4. При подальшому недосягненні ефекту (погіршення 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 (неперфоріруюча або перфоруюча), циклодеструктивна хірургічна операція) застосовується СУПУТНЯ медикаментозна терапія (протизапальна, антибактеріальна, судинна, десенсибілізуюча, тканинна, гіпотензивна, тощо)

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

А.3.4. 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 отримують лікарняний лист, що подовжується дільничним лікарем.
4. Призначається 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 у разі відсутності потреби у парентеральних методах лікування.

А.3.5. Алгоритм реабілітації

1. ПВКГ – хронічне захворювання, що потребує нагляду на протязі всього життя.
2. Хворі непрацездатні – 2 тижні, після оперативного втручання – 3 тижні.
3. Періодичність контрольних оглядів встановлюється лікарем загальної практики або поліклінічним лікарем-офтальмологом не рідше ніж 1 раз на 3 місяці, якщо лікарем стаціонару не призначено інший термін.
4. Періодичне підвищення ВОТ вище норми при відповідному лікуванні протягом декількох відвідувань зобов'язує лікаря-офтальмолога поліклініки до корекції лікування, в разі необхідності, направляти в стаціонар для виконання повторного оперативного втручання.
5. Диспансеризація – контроль внутрішньоочного тиску, гостроти зору, поля зору, стану зорового нерва, показників топографії, контроль виконання пацієнтом рекомендацій лікаря.
6. Показані: обмеження фізичного навантаження, роботи з нервовим напруженням, роботи в нічний час, водна дієта, обмеження стимулюючих напоїв.
7. Вимоги до дієтичних призначень і обмежень: згідно консультації.

А.3.6. Алгоритм профілактики

Для того, щоб підходи до здійснення профілактики зробити успішними, вони повинні бути спеціально пристосовані до місцевого рівня і мають розглядати

бар'єри у наведеному питанні, потребує при цьому перебудови системи медичної допомоги. Для профілактики глаукоми необхідно:

1. Обов'язково документувати стан і функції зорового аналізатора під час огляду.
2. Розрахувати показник VOT, нижче якого навряд чи буде відбуватися подальше ураження зорового нерва. Це цільовий показник, тобто 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 показника цільового VOT до нижчого показника.
5. Звести до мінімуму побічні ефекти лікування та їхній вплив на зір, загальний стан і ЯЖ 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 з цієї теми.

A.4 РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИКОНАННЯ ПРОТОКОЛУ

A.4.1 ВИМОГИ ДЛЯ УСТАНОВ, ЯКІ НАДАЮТЬ ПЕРВИННУ ДОПОМОГУ

A.4.1.1 Кадрові ресурси:

Лікар загальної практики - сімейний лікар, який має сертифікат, пройшов післядипломну підготовку в дворічній інтернатурі або на 6-місячному циклі спеціалізації; медична сестра загальної практики

A.4.1.2 Матеріально-технічне забезпечення.

Відповідно до наказу МОЗ № 404 від 20.06.2006 року щодо табельного оснащення амбулаторій загальної практики - сімейної медицини має бути наступне офтальмологічне обладнання: апарат Рота повногабаритний з таблицями Сивцева-Голована та таблиця Рабкіна, лупа біноклярна, тонометр очний, набір пробних очкових лінз (малий), оправа пробна універсальна.

A.4.2. ВИМОГИ ДЛЯ УСТАНОВ, ЯКІ НАДАЮТЬ ВТОРИННУ ДОПОМОГУ

A.4.2.1 Кадрові ресурси (кваліфікаційні вимоги).

Кваліфікація персоналу, який надає допомогу: лікар офтальмолог, лікар офтальмолог-хірург, медична сестра. Медичний персонал суміжних спеціальностей. Організатори охорони здоров'я. Молодший медичний персонал.

A.4.2.2 Матеріально-технічне забезпечення.

Обладнання: офтальмоскоп, щілинна лампа, лінза Гольдмана, гоніоскоп, тонометр Маклакова, тонометр Гольдмана, пневмотонометр, ORA, тонограф, статичний периметр Humphrey, рефрактокератометр, пахіметр, операційні мікроскопи, лазер, оптикокогерентні томографи заднього відрізка ока, скануючий лазерний поляриметр, скануюча лазерна конфокальна система HRT, прилади ультразвукової біомікроскопії, оптикокогерентної томографії переднього відділу ока та шемпфлюг сканування. При наданні медичної допомоги пацієнтам з ПВКГ в процесі спеціального лікування потрібно: перев'язувальний матеріал, препарати простагландинів, бета-адреноблокатори, інгібітори карбоангідрази, холіноміметики, симпатоміметики для лікування глаукоми, комбіновані лікарські препарати, препарати для супровідної терапії, рідкий азот для операції, лабораторні реактиви і обладнання, дезінфікуючі і миючі засоби, етанолу розчин, шприци, піпетки, витратні матеріали, бланки медичних документів, техніка для роботи з інформацією.

A.5 КЛІНІЧНІ ІНДИКАТОРИ

5.1.1. Назва індикатора.

Наявність у сімейного лікаря, лікаря офтальмолога локального протоколу ведення хворого з глаукомою первинною відкритокутовою

5.1.2. Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Глаукома первинна відкритокутова» (первинна та вторинна медична допомога).

5.1.3. Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор.

Регіональне управління охорони здоров'я

5.1.4. Організація (заклад охорони здоров'я), яка надає необхідні вихідні дані.

Дані надаються сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), лікарями офтальмологами, розташованими в районі обслуговування, до регіонального управління охорони здоров'я.

5.1.5. Характеристики знаменника індикатора.

5.1.5.1. Джерело (первинний документ).

Звіт регіонального управління охорони здоров'я, який містить інформацію про кількість сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), лікарів офтальмологів, зареєстрованих в районі обслуговування

5.1.5.2. Опис знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), лікарів офтальмологів, зареєстрованих в районі обслуговування.

5.1.6. Характеристики чисельника індикатора.

5.1.6.1. Джерело (первинний документ).

ЛПМД, наданий сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги), лікарем офтальмологом

5.1.6.2. Опис чисельника.

Чисельник індикатора складає загальна кількість сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), лікарів офтальмологів, зареєстрованих в районі обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу медичної допомоги хворим на глаукому первинну відкритокутову (наданий екземпляр ЛПМД).

5.1.7. Алгоритм обчислення індикатора.

5.1.7.1. Тип підрахунку.

Ручне обчислення.

5.1.7.2. Детальний опис алгоритму.

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження інформації від всіх сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), лікарів офтальмологів, зареєстрованих в районі обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника на наводиться у відсотках.

5.1.8. Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) на первинному і вторинному рівні охорони здоров'я регіону. Якість медичної допомоги хворим на глаукому первинну відкритокутову, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинним УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД в закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора :

2012 рік – 50%

2013 рік – 90%

2014 рік та подальший період – 100%.

5.2.1. Назва індикатора.

Відсоток пацієнтів, для яких отримано інформацію про медичний стан протягом звітного періоду

5.2.2. Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Глаукома первинна відкритокутова» (первинна та вторинна медична допомога).

5.2.3. Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор.

Сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги).

Регіональне управління охорони здоров'я.

5.2.4. Організація (заклад охорони здоров'я), яка надає необхідні вихідні дані.

Дані про кількість хворих, які складають чисельник та знаменник індикатора, надаються сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими в районі обслуговування, до регіонального управління охорони здоров'я.

5.2.5. Характеристики знаменника індикатора.

5.2.5.1. Джерело (первинний документ).

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о)

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о)

5.2.5.2. Опис знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають під диспансерним наглядом у сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), з діагнозом «Глаукома первинна відкритокутова».

5.2.6. Характеристики чисельника індикатора.

5.2.6.1. Джерело (первинний документ).

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0), вкладний листок №2 "Щорічний епікриз на диспансерного хворого")

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о) (пункт "7.Контроль відвідувань")

5.2.6.2. Опис чисельника.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), з діагнозом «Глаукома первинна відкритокутова», для яких наведена інформація про медичний стан хворого із зазначенням відсутності або наявності прогресування захворювання).

5.2.7. Алгоритм обчислення індикатора.

5.2.7.1. Тип підрахунку.

Ручне обчислення.

При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольній карті диспансерного нагляду (форма 030/о) – автоматизована обробка.

5.2.7.2. Детальний опис алгоритму.

Індикатор обчислюється сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) шляхом ручного або

автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольних карт диспансерного нагляду (форма 030/0).

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження від всіх сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих в регіоні обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини), з діагнозом «Глаукома первинна відкритокутова», а також тих з них, для яких наведена інформація про медичний стан хворого протягом звітного періоду.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника та наводиться у відсотках.

5.2.8. Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

При аналізі індикатора слід враховувати неприпустимість формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих хворих, для яких не проводилося медичного огляду сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) протягом звітного періоду. В первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду хворого, а також наявність або відсутність повторних проявів (рецидивів) захворювання.

Хворі, для яких такі записи в медичній документації відсутні, не включаються до чисельника індикатора, навіть у випадку, якщо сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги) має достовірну інформацію про те, що хворий живий та перебуває на території обслуговування (за відсутності даних медичного огляду).

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

5.3.1. Назва індикатора.

Відсоток пацієнтів, направлених до спеціалізованого стаціонару протягом звітного періоду

5.3.2. Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Глаукома первинна відкритокутова» (вторинна медична допомога).

5.3.3. Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор.

Заклад охорони здоров'я вторинного рівня.
Регіональне управління охорони здоров'я.

5.3.4. Організація (заклад охорони здоров'я), яка надає необхідні вихідні дані.

Дані про кількість хворих, які складають чисельник та знаменник індикатора, надаються закладами охорони здоров'я вторинного рівня, розташованими в районі обслуговування, до регіонального управління охорони здоров'я.

5.3.5. Характеристики знаменника індикатора.

5.2.5.1. Джерело (первинний документ).
Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о)
Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о)

5.3.5.2. Опис знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з діагнозом «Глаукома первинна відкритокутова», які отримали лікування (консультацію) в закладі охорони здоров'я протягом звітного періоду.

Пацієнти, які отримали стаціонарне лікування (для яких наявна Медична карта стаціонарного хворого з датою вибуття зі стаціонара в межах звітного періоду) відносяться до чисельника та знаменника індикатора в тому випадку, коли діагноз «Глаукома первинна відкритокутова» вказаний як заключний клінічний основний діагноз (пункт 11а ф. 003/о).

5.3.6. Характеристики чисельника індикатора.

5.3.6.1. Джерело (первинний документ).
Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0), вкладний листок №2 "Щорічний епікриз на диспансерного хворого")
Медична карта стаціонарного хворого (форма 003/о)

5.3.6.2. Опис чисельника.

Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів закладу охорони здоров'я з діагнозом «Глаукома первинна відкритокутова», для яких наведена інформація про направлення до спеціалізованого закладу охорони здоров'я (третинний рівень) для консультації або лікування.

5.3.7. Алгоритм обчислення індикатора.

5.3.7.1. Тип підрахунку.
Ручне обчислення.

При наявності автоматизованої технології ЗОЗ, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0) або Медичній карті стаціонарного хворого (форма 003/0) – автоматизована обробка.

5.3.7.2. Детальний опис алгоритму.

Індикатор обчислюється організаційно-методичним відділом закладу охорони здоров'я шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0) або Медичних карт стаціонарного хворого (форма 003/0).

Індикатор обчислюється регіональним управлінням охорони здоров'я після надходження від всіх закладів охорони здоров'я вторинного рівня, зареєстрованих в регіоні обслуговування, інформації щодо загальної кількості пацієнтів закладу з діагнозом «Глаукома первинна відкритокутова», а також тих з них, для яких наведена інформація про направлення хворого до спеціалізованого закладу охорони здоров'я третинного рівня протягом звітного періоду.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника та наводиться у відсотках.

5.3.8. Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор має надати загальну інформацію щодо кількості та складу пацієнтів, які направляються до спеціалізованого стаціонару (третинний рівень). Обґрунтованість таких направлень може бути предметом подальшого більш детального аналізу.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Б. БІБЛІОГРАФІЯ

1. Електронний документ «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Глаукома первинна відкритокутова», 2011
2. Наказ від 27.07.1998 р. № 226 "Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критерії якості лікування дітей. "
3. Наказ від 15.03.2007 р. № 117 "Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Офтальмологія»"
4. Наказ від 06.02.2008 р. № 56 "Про затвердження клінічних протоколів санаторно-курортного лікування в санаторно-курортних закладах (крім туберкульозного профілю) для дорослого населення"
5. Наказ від 07.02.2008 р. № 57 "Про затвердження державних соціальних нормативів у сфері реабілітації інвалідів
6. Наказ МОЗ України від 20.06.2006 № 404 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 22.05.06 р. № 308 Про затвердження таблицю оснащення фельдшерсько - акушерських пунктів, лікарських амбулаторій (у т.ч. амбулаторій загальної практики-сімейної медицини) та підрозділів первинної медико - санітарної допомоги лікувально-профілактичних закладів»

**Директор Департаменту
лікувально-профілактичної допомоги
МОЗ України**

Хобзей М.К.

В. ДОДАТКИ

ДОДАТОК № 1.

Таблиця 1. Клінічна класифікація ПВКГ*

Форма	Стадія	Стан ВОТ	Динаміка зорових функцій
	Початкова (I)	Нормальний (А)	Стабілізована
Відкритокутова	Розвинута (П)	Помірно підвищений (В)	Нестабілізована
	Далекозайдена (III)	Високий (С)	
	Термінальна (IV)		
Підозра на глаукому			

Таблиця 2. Додаткова схема класифікації ПВКГ*

Форма глаукоми	Різновид	Місце основного блоку відтоку
ПВКГ	Звичайна (Проста) Псевдоексфоліативна Пігментна	Трабекулярна зона Інтрасклеральна зона Шлемов канал
Змішана		Комбіновані ураження
Преглаукома		

* Национальное руководство по глаукоме, Москва, 2008.

ДОДАТОК № 2.

ВИЗНАЧЕННЯ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ У ПРОТОКОЛІ

Первинна відкритокутова глаукома – це хронічне прогресуюче захворювання, що уражує зоровий нерв з розвитком специфічної оптичної нейропатії, характерних змін в полі зору, в ряді випадків супроводжується періодичним, або стійким підвищенням внутрішнього очного тиску (ВОТ).

Фактори ризику

Фактори ризику, що впливають на виникнення та прогресування глаукоми, ділять на загальні і місцеві. До перших належать вік старше 60-65 років, неблагополучна спадковість, цукровий діабет, артеріальна гіпотонія, гіпотиреоз, дienceфальна патологія.

Місцеві фактори ризику включають зміни в оці, викликані міопією, дистрофією райдужки, псевдоексfolіативним синдромом, синдромом пігментної дисперсії. До факторів ризику відносять також більшу величину відношення діаметру екскавації до діаметру ДЗН ($E / D > 0,5$), періпапілярну β - зону. Виявлення факторів ризику має значення як для діагностики глаукоми, так і для призначення адекватного лікування в кожному конкретному випадку.

Цільовий ВОТ – це ВОТ для даного окремого пацієнта з ПВКГ, при якому градчата пластинка займає своє фізіологічне положення, не відбувається прогресування глаукомної екскавації ДЗН, та погіршення зорових функцій.

ДОДАТОК № 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 було встановлено діагноз та проведена відповідна терапія.

1. Глаукома – це хронічне захворювання, яке потребує постійного контролю та спостереження лікарів.
2. Хворий на глаукому отримує від лікаря відповідні рекомендації щодо лікування (місцевого, загального, режиму праці, способу життя та інші).
3. Запорукою успішного лікування є суворе дотримання призначень та рекомендацій лікаря.
4. Хворий не повинен самостійно, без узгодження з лікарем змінювати режим, кратність прийому ліків.
5. Лікарем призначаються регулярні огляди, графік яких встановлюється індивідуально.
6. Пацієнт повинен інформувати лікаря про усі зміни зорових функцій та відчуттів, як він їх відчуває, та повідомляти про загальний стан

ДОДАТОК № 4.

**Форма поінформованої згоди пацієнта на медичну допомогу
(стандартизована форма, затверджена МОЗ)**

**Розписка
про згоду пацієнта на проведення оперативного втручання у ЦМХО**
На підставі статті 43 "Основ законодавства України про охорону здоров'я",

Я _____
(прізвище, ім'я, по батькові пацієнта)

ознайомлений лікуючим лікарем з необхідністю проведення операції

(назва операції)

і усвідомлюю можливість ускладнень (до видалення ока включно), можливість проведення додаткового оперативного втручання (видалення ІОЛ, проведення вітректомії та інших допоміжних хірургічних втручань), прогнозом перебігу захворювання і необхідністю подальшого лікування після виписки із стаціонару у очного лікаря за місцем проживання. Я даю згоду на проведення цієї операції.

Підпис пацієнта

Примітка: 1. Якщо пацієнт не досяг 15-річного віку (або визнаний судом недієздатним, або за фізичним станом здоров'я не може самостійно приймати рішення), оперативне втручання можливе при згоді батьків, або інших законних представників пацієнта.

2. У віці від 15 до 18 років (або у визнаних судом обмежено дієздатними) оперативне втручання проводиться при згоді пацієнта та згоді батьків, або інших законних представників пацієнта.

(Прізвище, ім'я, по батькові родича або представника пацієнта)

Підпис законного представника пацієнта

(Прізвище, ім'я, по батькові лікаря)

Підпис лікуючого лікаря

ДОДАТОК №5.

Додаток до медичної картки амбулаторного хворого (ф.025/о).

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

№ карти _____ Поліклінічне консультативно-діагностичне відділення
 Дата оформлення карти «___» _____ 200__ р.

МЕДИЧНА КАРТА ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО ХВОРОГО

1. П.І.Б. _____
2. Стать (ч-1, ж-2) _____ Вік _____ Місце проживання (к-1, у-2, з-3) _____
3. Адреса _____

- Телефон _____
4. Місце роботи, професія _____
5. Ким направлений _____
6. Діагноз консультативного відділення _____
 OD _____
 OS _____
7. Діагноз при
 направленні _____
 OD _____
 OS _____
8. Перебіг захворювання: (одуж.-1, покращення – 2, без змін – 3, погіршення – 4,
 переведений – 5 куди _____, помер – 6)

Додаток до медичної картки стаціонарного хворого (ф.003/о).

КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ОФТАЛЬМОЛОГІЧНА ЛІКАРНЯ «ЦЕНТР МІКРОХІРУРГІЇ ОКА»

Додаток 1.

№ медичної картки _____

Скарги: _____

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ

(з якого часу вважає себе хворим, де і коли обстежився у окуліста, який діагноз був встановлений, де лікувався – консервативне чи хірургічне лікування, описати усе, що стосується хвороби та лікування очей)

СТРАХОВИЙ АНАМНЕЗ

Зі слів хворого, знаходиться на лікарняному листі з _____ по _____ днів. Останній лікарняний лист № _____ виданий з _____ по _____.

Зі слів хворого, з приводу іншого захворювання на л/листі _____.

Зі слів хворого, групи інвалідності _____.

Зі слів хворого, протягом останнього року зміни умов праці, переведення на повний чи неповний робочий день не було.

Хворий заперечує наявність шкідливих або небезпечних умов праці, професійних захворювань.

Підпис пацієнта _____

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ

Хвороби дитинства: (не пам'ятає) _____

ТВС, вензахворювання, спадкові хвороби (спадковість не обтяжена) _____

Хвороба Боткіна (та інші гепатити) _____

Загальні соматичні хвороби (супутні): цукровий діабет - немає, страждає з _____

гіпертонічна хвороба - немає, страждає з _____ АТ- _____

Підвищена чутливість або непереносимість препарату: (немає), до - _____

ЗАГАЛЬНИЙ ОБ'ЄКТИВНИЙ СТАТУС

Шкіра та стан слизових оболонок: (не змінені) _____

Органи грудної порожнини (скарг немає): _____

Органи черевної порожнини (скарг немає): _____

Фізіологічні відправлення _____

Офтальмологічний статус

VISUS																				
VOT		мм	рт	ст	Кольор. спр.	N	Ч	С	З	мм	рт	ст	Кольор. спр.	N	Ч	С	З			
Повіки		Не змінені. Гіперемія, набряк, болюча при пальпації. Вузлик (припухання): халязіон – зовнішній, внутрішній, ячмінь, абсцес, кіста, ксантелазма, новоутворення. Блефароспазм. Ектропіон. Ентропіон. Птоз. Ретракція. Колобома. Трихіаз. Мадароз. Анкілоблефарон. Блефарофімоз. Контагіозний молоск. Епікантус.								Не змінені. Гіперемія, набряк, болюча при пальпації. Вузлик (припухання): халязіон – зовнішній, внутрішній, ячмінь, абсцес, кіста, ксантелазма, новоутворення. Блефароспазм. Ектропіон. Ентропіон. Птоз. Ретракція. Колобома. Трихіаз. Мадароз. Анкілоблефарон. Блефарофімоз. Контагіозний молоск. Епікантус.										

<p>Положення ока</p>	<p>Нормальне. Езодевіація. Екзодевіація. Рух очей: нормальний, обмежений (абдукція, аддукція, вертикальна девіація — тип "А" або "V"), дисоціація рухів, ністагм. Екзофтальм. Проптоз. Енофтальм</p>	<p>Нормальне. Езодевіація. Екзодевіація. Рух очей: нормальний, обмежений (абдукція, аддукція, вертикальна девіація - тип "А" або "V"), дисоціація рухів, ністагм. Екзофтальм. Проптоз. Енофтальм</p>
<p>Сльозові органи</p>	<p>Сльозова крапка: нормальна, положення правильне, дислокація, звужена, еверсія, атрезія. Фістула каналця, мішка. Сльозові шляхи: проходимі, епіфора, каналікуліт, дакріоліт. Дакріонистит: новонародженого, гострий, хронічний. Сльозова залоза: дакріоаденіт, дакріоліс, новоутворення. Розрив каналця. Стороннє тіло.</p>	<p>Сльозова крапка: нормальна, положення правильне, дислокація, звужена, еверсія, атрезія. Фістула каналця, мішка. Сльозові шляхи: проходимі, епіфора, каналікуліт, дакріоліт. Дакріонистит: новонародженого, гострий, хронічний. Сльозова залоза: дакріоаденіт, дакріоліс, новоутворення. Розрив каналця. Стороннє тіло.</p>
<p>Кон'юнктива</p>	<p>Блідо-рожева. Ін'єкція судин: перикорнеальна, кон'юнктивальна, змішана. Розширення епісклеральних судин. Хемоз. Субкон'юнктивальний крововилив. Птеригій. Пінгвекула. Симблефарон. Стороннє тіло Фільтраційна подушечка (плоска, пухирчата)</p>	<p>Блідо-рожева. Ін'єкція судин: перикорнеальна, кон'юнктивальна, змішана. Розширення епісклеральних судин. Хемоз. Субкон'юнктивальний крововилив. Птеригій. Пінгвекула. Симблефарон. Стороннє тіло Фільтраційна подушечка (плоска, пухирчата)</p>
<p>Рогівка</p>	<p>Прозора, сферична, гладка, блискуча, дифузно каламутна, набрякла, помутніння: крапчаті, передніх шарів рогівки, стріми, рубець, більмо – у центрі, на периферії, преципітати. Гемосидероз. Десцеметова оболонка: складки, розриви, відшарування. Нитчатий кератит. Форма – кератоконус, кератоглобус. Мікрокорнеа. Мегалокорнеа. Ектазія. Стафілома. Виразка (проста, гнійна). Ерозія. Десцеметоцеле. Вростання судин (поверхневі, глибокі). Стороннє тіло.</p>	<p>Прозора, сферична, гладка, блискуча, дифузно каламутна, набрякла, помутніння: крапчаті, передніх шарів рогівки, стріми, рубець, більмо - у центрі, на периферії, преципітати. Гемосидероз. Десцеметова оболонка: складки, розриви, відшарування. Нитчатий кератит. Форма – кератоконус, кератоглобус. Мікрокорнеа. Мегалокорнеа. Ектазія. Стафілома. Виразка (проста, гнійна). Ерозія. Десцеметоцеле. Вростання судин (поверхневі, глибокі). Стороннє тіло.</p>
<p>Передня камера</p>	<p>Середньої глибини, глибока, мілка, нерівномірна, рідина прозора, гіпопіон, гіфема - часткова, тотальна, фібрин, кришталикові маси, проростання новоутворення. Стороннє тіло</p>	<p>Середньої глибини, глибока, мілка, нерівномірна, рідина прозора, гіпопіон, гіфема - часткова, тотальна, фібрин, кришталикові маси, проростання новоутворення. Стороннє тіло</p>
<p>Райдужна оболонка</p>	<p>Без змін. Колір: блакитний, сірий, жовто-зелений, коричневий, жовто-коричневий, темно-коричневий. Дистрофічні зміни стріми: помірні, виражені, атрофія знічного краю, ексфоліації, задні (передні). Синехії, рубеоз, іридошизис, іридодіаліз, іридоноз, іридоколобома, псевдополікорія, пігментне новоутворення, меланоз, аніридія. Розрив знічного краю. Стороннє тіло</p>	<p>Без змін. Колір: блакитний, сірий, жовто-зелений, коричневий, жовто-коричневий, темно-коричневий. Дистрофічні зміни стріми: помірні, виражені, атрофія знічного краю, ексфоліації, задні (передні). Синехії, рубеоз, іридошизис, іридодіаліз, іридоноз, іридоколобома, псевдополікорія, пігментне новоутворення, меланоз, аніридія. Розрив знічного краю. Стороннє тіло</p>
<p>Зіниця</p>	<p>Округла, в центрі, реакція на світло жива, мідріаз, полікорія, коректопія, лейкокорія</p>	<p>Округла, в центрі, реакція на світло жива, мідріаз, полікорія, коректопія, лейкокорія</p>
<p>Кришталік</p>	<p>Прозорий. Мікрофакія. Лентиконус. Лентиглобус. Колобома. Дислокація (часткова, повна, у ПК, у СТ). Змутніння: полярне, ядерне, зонулярні, кортикальні, пливчаті, дифузні, поліморфні, крапчаті, вакуолі, задні капсулярні, кульки Адамюка-Ельшніга, Морганьові. Стороннє тіло. Афакія. Артифакія, положення ІОЛ - правильне, неправильне. Задня капсула: прозора, каламутна, ціла, з дефектом, відсутня. Модель ІОЛ.</p>	<p>Прозорий. Мікрофакія. Лентиконус. Лентиглобус. Колобома. Дислокація (часткова, повна, у ПК, у СТ). Змутніння: полярне, ядерне, зонулярні, кортикальні, пливчаті, дифузні, поліморфні, крапчаті, вакуолі, задні капсулярні, кульки Адамюка-Ельшніга, Морганьові. Стороннє тіло. Афакія. Артифакія, положення ІОЛ - правильне, неправильне. Задня капсула: прозора, каламутна, ціла, з дефектом, відсутня. Модель ІОЛ.</p>

Скliste тіло	Прозоре. Деструкція: нитчата, зерниста. Переднє, заднє відшарування. Плаваючі помутніння. Пігментні гранули. Мембрани. СТ. Проліферативні зміни. Фібрин. Фіброз. Крововилив. Гемофтальм (частковий, повний). Стороннє тіло. Не офтальмоскопується.	Прозоре. Деструкція: нитчата, зерниста. Переднє, заднє відшарування. Плаваючі помутніння. Пігментні гранули. Мембрани. СТ. Проліферативні зміни. Фібрин. Фіброз. Крововилив. Гемофтальм (частковий, повний). Стороннє тіло. Не офтальмоскопується.
Очне дно	<p>Нормальнє. Не офтальмоскопується.</p> <p>Очагові зміни: pars planitis, пігментні вогнища на периферії, біло-крупчаті, жовто-плямисті, друзи, хоріоретинальні вогнища, ватоподібні, плями Рота, перифлебїт Ілса, неоваскуляризація, ретиношизис (ювенільний, сєнїльний). Стороннє тіло.</p> <p>Макула: нормальна, отвір, кіста. Дистрофія: суха, друзи, Гєтчинсона, Кунта-Юнїуса, Бєста, Штаргардта, крововилив, зморшки сїтківки, набряк, атрофія. Дисплазія, мікроанєврїзми, фігура зїрки (жовта, біла), серознє відшарування, субретинальний ексудат.</p> <p>Крововиливи: прєретинальні, ретинальні, субретинальні, хорїоїдальні. Берлінївськє помутнїння.</p> <p>Хорїоїдєя: колобома, дифузна атрофія, вогнищєва, розрив, ангіодні змужки, складки. Судини: хїд нормальний, звївїстїсть артерїї, калїбр незмінєний, змінєний, А/В _____, дїлятація вен, симптом мїдного, сїрїлого дрота, симптоми Салюса: 1, 2, 3 ступєня. Артерїї дїлятированї, сосископодїбні, судинні кулі, субретинальний ексудат, макро-, мікроанєврїзми, телеангієктазїї. Спазм артерїї. Емболїя: гїлки, ЦАС. Тромбоз вен: гїлки, ЦВС (симптом "помїдора"). Перифлебїт.</p> <p>Периферичні дєгенєрації: кістовидна, рєшїтчата, палїсадна, слїд "слимака", брукївкоподїбна, гїперпїгмєнтація. Вїдшарування сїтківки: рєгматогєннє, тракційнє, ексудативна, площина: 1, 2, 3, 4 (квадранта). ДЗН: блїдо-рожевий, сїруватий, гїперемований, блїдий, (скронєвої частини), шємїзований, контури чїткі, стушованї, набряк, новоутворєні судини, рїст сполучної тканини, крововилив. Екскавація: фізіологїчна, склеротична, глаукомна, прорив екскавації, оголовання рєшїтчатої пластївки, глаукоматознє гало. Стороннє тіло.</p>	<p>Нормальнє. Не офтальмоскопується.</p> <p>Очагові зміни: pars planitis, пігментні вогнища на периферії, біло-крупчаті, жовто-плямисті, друзи, хоріоретинальні вогнища, ватоподібні, плями Рота, перифлебїт Ілса, неоваскуляризація, ретиношизис (ювенільний, сєнїльний). Стороннє тіло.</p> <p>Макула: нормальна, отвір, кіста. Дистрофія: суха, друзи, Гєтчинсона, Кунта-Юнїуса, Бєста, Штаргардта, крововилив, зморшки сїтківки, набряк, атрофія. Дисплазія, мікроанєврїзми, фігура зїрки (жовта, біла), серознє відшарування, субретинальний ексудат.</p> <p>Крововиливи: прєретинальні, ретинальні, субретинальні, хорїоїдальні. Берлінївськє помутнїння.</p> <p>Хорїоїдєя: колобома, дифузна атрофія, вогнищєва, розрив, ангіодні змужки, складки. Судини: хїд нормальний, звївїстїсть артерїї, калїбр незмінєний, змінєний, А/В _____, дїлятація вен, симптом мїдного, сїрїлого дрота, симптоми Салюса: 1, 2, 3 ступєня. Артерїї дїлятированї, сосископодїбні, судинні кулі, субретинальний ексудат, макро-, мікроанєврїзми, телеангієктазїї. Спазм артерїї. Емболїя: гїлки, ЦАС. Тромбоз вен: гїлки, ЦВС (симптом "помїдора"). Перифлебїт.</p> <p>Периферичні дєгенєрації: кістовидна, рєшїтчата, палїсадна, слїд "слимака", брукївкоподїбна, гїперпїгмєнтація. Вїдшарування сїтківки: рєгматогєннє, тракційнє, ексудативна, площина: 1, 2, 3, 4 (квадранта). ДЗН: блїдо-рожевий, сїруватий, гїперемований, блїдий, (скронєвої частини), шємїзований, контури чїткі, стушованї, набряк, новоутворєні судини, рїст сполучної тканини, крововилив. Екскавація: фізіологїчна, склеротична, глаукомна, прорив екскавації, оголовання рєшїтчатої пластївки, глаукоматознє гало. Стороннє тіло.</p>
Дїагноз		
Примїтка:	<p>Невказану симптоматику - треба вписати.</p> <p>У хворих на глаукому обов'язково внутрішньоочний тиск та поле зору обох очей повинні бути перевірєними їнструментальним методом дослїдження у цєй же день. При вписцї - ВОТ оперованого ока.</p> <p>У хворих на катаракту можливо викорїстати данї поля зору, тонометрїї та їншї данї, якщо вони були визначєні на догоспїтальному етапї обстеження (особливо у ЦМХО), але не бїльш як за мїсяць до госпїталїзації (їз записом про цє в їсторїї хвороби ї дати дослїдження).</p> <p>У хворих з захворюванням заднього вїддїлу ока (BCO, увєїти, зорового нерва, ускладнена мїопїя та їншї) - обов'язковє дослїдження поля зору у стаціонарї (при надходженнї та вписцї).</p>	

План обстеження: (OD, OS) _____

План лїкування (консервативнє, хїрургїчне - назва операції; OD, OS) _____

ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНИЙ ЕПКРИЗ: _____

Пїдпис лїкаря _____

ДОДАТОК № 6.

Нагляд за місцем проживання у (офтальмолога)



