

PODSUMOWANIE ZAŁOŻEŃ DLA ZALECANYCH ALGORYTMÓW POSTĘPOWANIA W PRAKTYCE KLINICZNEJ

Wstęp

Jest to podsumowanie wytycznych Amerykańskiej Akademii Okulistyki dla zalecanych algorytmów postępowania (*Preferred Practice Pattern*® – PPP) w praktyce klinicznej. Algorytmy te zostały opracowane w oparciu o trzy podstawowe zasady:

- Każdy zalecany algorytm postępowania powinien być istotny klinicznie i określony w taki sposób, aby dostarczyć użytecznych informacji dla lekarzy praktyków.
- Każda rekomendacja powinna mieć jasno określoną rangę ukazującą jej znaczenie dla optymalnego procesu diagnostyki i leczenia.
- Każda rekomendacja powinna mieć jasno określoną rangę odzwierciedlającą oparcie się na dostępnych aktualnie dowodach klinicznych.

Zalecane algorytmy postępowania stanowią ogólne wskazówki, a nie wzory do stosowania u wszystkich chorych. Podczas gdy obejmują one potrzeby większości chorych, to jednak mogą nie być optymalne dla wszystkich pacjentów. Postępowanie zgodne z tymi wytycznymi nie stanowi gwarancji sukcesu leczenia w większości przypadków. Te wskazówki nie powinny być traktowane jako zbiór wszystkich właściwych metod postępowania, nie wykluczają one również innych, pominiętych tu metod ukierunkowanych na osiągnięcie najlepszych wyników leczenia. U różnych chorych może być konieczne stosowanie różnorodnych sposobów postępowania. Ostateczna ocena i dobór najwłaściwszej metody postępowania u danego chorego w świetle wszystkich okoliczności należy do lekarza. Amerykańska Akademia Okulistyki (*American Academy of Ophthalmology*) pomaga swoim członkom w rozwiązywaniu dylematów natury etycznej, które pojawiają się w ich codziennej praktyce.

Zalecane algorytmy postępowania (*Preferred Practice Pattern*®) nie stanowią standardów medycznych dla wszystkich sytuacji klinicznych. Akademia nie ponosi odpowiedzialności za żaden uraz ani inne uszkodzenie wynikające z zaniechań, ani też nie przyjmuje odpowiedzialności za roszczenia, które mogłyby powstać z tytułu stosowania powyższych rekomendacji lub innych informacji zawartych w niniejszym opracowaniu.

Dla każdej większej jednostki chorobowej streszczono zalecenia dla sposobu leczenia, w tym zbierania wywiadu, badania fizykalnego i stosowania badań dodatkowych, a także ważniejsze rekomendacje dotyczące leczenia, badań kontrolnych oraz edukacji chorych. Dla każdej jednostki przeprowadzono dokładny przegląd piśmiennictwa w języku angielskim w takich źródłach, jak PubMed oraz Biblioteka Cochrane'a (*Cochrane Library*). Wyniki tego przeglądu zostały zweryfikowane przez

panel ekspertów i użyte do opracowania rekomendacji, które zostały sklasyfikowane na dwa sposoby.

Panel najpierw ocenił każdy algorytm według jego znaczenia dla procesu leczenia. Klasyfikacja „znaczenia dla procesu leczenia” przedstawia rekomendacje postępowania mające w istotny sposób poprawić jakość opieki nad chorym. Ocena danej rekomendacji została podzielona na trzy poziomy:

- Poziom A – najważniejszy dla procesu leczenia.
- Poziom B – o pośrednim znaczeniu.
- Poziom C – o znaczeniu istotnym, ale nie krytycznym.

Eksperti oceniali każdą rekomendację również na podstawie wspierających ją dowodów naukowych dostępnych w literaturze. Tutaj również „wiarygodność dowodów” została podzielona na trzy poziomy:

- Poziom I – zawiera dowody uzyskane w przynajmniej jednym, właściwie przeprowadzonym, dobrze zaprojektowanym randomizowanym badaniu klinicznym. Mogły to być również metaanalizy randomizowanych badań klinicznych.
- Poziom II – zawiera dowody uzyskane z następujących źródeł:
 - Dobrze zaprojektowane kontrolowane badanie bez randomizacji.
 - Dobrze zaprojektowane badanie dużej grupy chorych lub analiza serii przypadków, najlepiej z więcej niż jednego ośrodka.
 - Analiza szeregów czasowych przypadków z/lub bez interwencji leczniczej.
- Poziom III zawiera dowody uzyskane z następujących źródeł:
 - Badania opisowe.
 - Opisy przypadków.
 - Raporty komisji/organizacji ekspertów (np. konsensus panelu PPP z zewnętrznym recenzentem).

Algorytmy (PPP) mają służyć jako przewodniki do postępowania z chorymi, z położeniem nacisku na aspekty techniczne. Stosując tę wiedzę należy pamiętać, że doskonałość w sztuce medycznej osiąga się tylko wtedy, gdy umiejętności wykorzystuje się przede wszystkim dla zaspokojenia potrzeb chorego. AAO prowadzi doradztwo dla swoich członków w zakresie problemów natury etycznej, które mogą pojawić się w codziennej praktyce (AAO kodeks etyki – *AAO Code of Ethics*).

Niedowidzenie (badanie wstępne i badania kontrolne)

Wstępny wywiad (elementy kluczowe)

- Oczne objawy podmiotowe i przedmiotowe ^[A:III].
- Wywiad okulistyczny ^[A:III].
- Wywiad ogólny, łącznie z określeniem prenatalnych, okołoporodowych i poporodowych czynników ryzyka ^[A:III].
- Wywiad rodzinny, także dotyczący stanu oczu i ważnych chorób ogólnych ^[A:III].

Wstępne badanie fizykalne (elementy kluczowe)

- Ocena charakteru fiksacji i ostrości wzroku ^[A:III].
- Ocena obuocznego ustawienia i ruchomości oczu ^[A:III].
- Obecność obuocznego różowego refleksu z dna oczu (test Brücknera) ^[A:III].
- Badanie źrenic ^[A:III].
- Ocena makroskopowa ogólna ^[A:III].
- Badanie przedniego odcinka oka ^[A:III].
- Badanie refrakcji po porażeniu akomodacji ^[A:III].
- Badanie dna oka ^[A:III].

Dalsze postępowanie

- Wszystkim dzieciom z niedowidzeniem należy zaoferować próbę leczenia niezależnie od wieku ^[A:III].
- Należy wybrać sposób leczenia w zależności od wieku chorego; ostrości widzenia; współpracy chorego przy dotychczasowym leczeniu; oraz od statusu fizycznego, społecznego i psychologicznego ^[A:III].
- Celem leczenia jest uzyskanie jednakowej ostrości wzroku w obu oczach ^[A:III].
- Po osiągnięciu najlepszej możliwej (maksymalnej) ostrości wzroku intensywność leczenia należy zmniejszać aż do całkowitego zaprzestania ^[A:III].

Badania kontrolne

- Wizyty kontrolne powinny obejmować i oceniać:
 - aktualny wywiad ^[A:III]
 - stosowanie się do zaleceń ^[A:III]
 - uboczne efekty leczenia ^[A:III]
 - ostrość wzroku każdego oka ^[A:III].
- Badania kontrolne zwykle planuje się 2 do 3 miesięcy od rozpoczęcia leczenia ^[A:III].
- Częstotliwość waha się w zależności od intensywności leczenia i wieku dziecka ^[A:III].
- Wskazana jest dalsza stała obserwacja, ponieważ u około ¼ dzieci po skutecznym leczeniu dochodzi do nawrotu po zaprzestaniu leczenia ^[A:III].

Edukacja chorych

- Należy przedyskutować z chorym, jego rodzicami lub opiekunami rozpoznanie, rokowanie oraz omówić plan leczenia ^[A:III].
- Należy wyjaśnić istotę choroby oraz nakłonić rodzinę do ścisłej współpracy przy leczeniu ^[A:III].