American Academy of Ophthalmology
The Eye M.D. Association

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 zaniedbań, 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.

Eksperci 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*).

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2012 • www.aao.org

Zez zbieżny (badanie wstępne i badania kontrolne)

Wstępny wywiad (elementy kluczowe)

- Oczne objawy podmiotowe i przedmiotowe [A:III].
- Wywiad okulistyczny (czas pojawienia się i częstość występowania odchylenia, obecność lub brak dwojenia) [A:III].
- Wywiad ogólny (przegląd prenatalnych, okołoporodowych i poporodowych czynników ryzyka) [A:III].
- Wywiad rodzinny (zez, niedowidzenie, rodzaj okularów i wywiad dotyczący ich stosowania, operacje na mięśniach zewnątrzgałkowych, choroby genetyczne) [A:III].

Wstępne badanie fizykalne (elementy kluczowe)

- Ocena charakteru fiksacji i ostrości wzroku [A:III].
- Ocena obuocznego ustawienia gałek ocznych (do bliży i do dali) [A:III].
- Ocena funkcji mięśni zewnątrzgałkowych [A:III].
- Jednooczne i obuoczne badanie oczopląsu optokinetycznego celem wykrycia asymetrii ruchów wodzących [A:III].
- Wykrycie utajonego lub jawnego oczopląsu [A:III].
- Testy sensoryczne [A:III].
- Badanie refrakcji po porażeniu akomodacji [A:III].
- Badanie dna oka [A:III].

Dalsze postępowanie

- Należy uwzględnić wszystkie rodzaje zeza zbieżnego przy wdrażaniu leczenia i uzyskać prawidłowe ustawienie gałek ocznych tak szybko, jak to możliwe [A:III].
- Należy przepisać odpowiednie szkła korekcyjne w każdej klinicznie istotnej wadzie refrakcji [A:I].
- Jeżeli korekcja okularowa i leczenie niedowidzenia są nieskuteczne w leczeniu zeza, wskazany jest zabieg chirurgiczny [A:III].
- Należy rozpocząć leczenie niedowidzenia przed operacją, aby zmienić kąt zeza i/lub zwiększyć szanse na uzyskanie widzenia obuocznego [A:III].

Badania kontrolne

- Okresowa ocena okulistyczna jest konieczna z powodu ryzyka rozwoju niedowidzenia i utraty obuocznego widzenia oraz nawrotu [A:II].
- Dzieci z prawidłowym ustawieniem oczu i bez niedowidzenia mogą być badane co 4-6 miesięcy [A:III].
- Częstość badań kontrolnych może być zmniejszana w miarę dojrzewania dziecka [A:III].
- Nowe, lub zmieniające się wyniki badań mogą wskazywać na konieczność częstszych wizyt [A:III].
- Nadwzroczność powinna być oceniana przynajmniej raz na rok, a częściej w przypadku pogarszania się ostrości wzroku lub powiększania się zeza [A:III].
- Powtórne badanie refrakcji po porażeniu akomodacji jest wskazane w przypadkach kiedy kąt zeza nie zmniejsza się po dotychczasowej korekcji, lub jeśli zez nawraca po operacji [A:III].

Edukacja chorych

- Należy przedyskutować wyniki badań z chorym (o ile to możliwe) i/lub z rodzicami/opiekunami, aby zrozumieli istotę choroby i mogli współpracować w procesie leczenia [A:III].
- Plan leczenia należy ustalać po konsultacji z chorym i jego rodziną/opiekunami [A:III].

Copyright © American Academy of Ophthalmology, October 2012 • www.aao.org