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

# Chirurgia refrakcyjna rogówki (badanie wstępne i badania kontrolne)

## Wstępny wywiad

- Aktualny stan funkcjonalny wzroku [A:III].
- Wywiad okulistyczny [A:III].
- Wywiad ogólny [A:III].
- Przyjmowane leki [A:III].

## Wstępne badanie fizykalne

- Ostrość wzroku do dali bez korekcji i z korekcją [A:III].
- Refrakcja bez oraz, jeśli wskazane, po porażeniu akomodacji [A:III].
- Komputerowa topografia rogówki [A:III].
- Pomiar centralnej grubości rogówki [A:III].
- Ocena filmu łzowego i powierzchni oka [A:III].
- Ocena ruchomości i ustawienia gałek ocznych [A:III].

## Postępowanie lecznicze

- Chory musi przestać nosić soczewki kontaktowe przed badaniem kwalifikacyjnym i operacją [A:III].
- Należy poinformować chorego o potencjalnym ryzyku, korzyściach oraz alternatywnych metodach leczenia, a także rodzajach zabiegów refrakcyjnych [A:III].
- Należy uzyskać i udokumentować świadomą zgodę chorego; chory powinien mieć możliwość uzyskania odpowiedzi na wszystkie zadawane pytania przed zabiegiem [A:III].
- Należy sprawdzić i skalibrować aparaturę przed rozpoczęciem zabiegu [A:III].
- Chirurg powinien potwierdzić tożsamość chorego, które oko jest do operacji oraz sprawdzić, czy do komputera lasera ekscymerowego zostały wprowadzone prawidłowe parametry [A:III].

## Opieka pooperacyjna

- Chirurg wykonujący zabieg jest odpowiedzialny za opiekę pooperacyjną [A:III].
- Dla technik ablacji powierzchniowej badania kontrolne należy wykonać dzień po zabiegu, a później co 2-3 dni aż do pełnego wygojenia się nabłonka rogówki [A:III].
- Dla niepowikłanego zabiegu LASIK badanie kontrolne należy wykonać w ciągu 48 godzin po zabiegu, druga wizyta powinna odbyć się 1-4 tygodnie po zabiegu, a kolejne w zależności od potrzeb [A:III].

## Edukacja chorych

Należy przedyskutować z chorym czynniki ryzyka i korzyści planowanego zabiegu [A:III]. Dyskusja powinna obejmować poniższe elementy:

- Zakres spodziewanej korekcji wady.
- Wadę resztkową.
- Pooperacyjną korekcję do bliży i/lub do dali.
- Utratę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku.
- Objawy uboczne i powikłania (np. bakteryjne zapalenie rogówki, jałowe zapalenie rogówki, keratopatię rozstrzeniową).
- Zmiany funkcji widzenia niekoniecznie oceniane badaniem ostrości wzroku, obejmują olśnienie i funkcjonowanie w warunkach gorszego oświetlenia.
- Objawy subiektywne związane z widzeniem nocnym (zmierzchowym), np. olśnienie, efekt „halo", które mogą pojawić się lub nasilić; należy zwrócić na to szczególną uwagę u chorych z dużą różnowzrocznością lub u osób, które wymagają wysokiej jakości funkcji widzenia w warunkach gorszego oświetlenia.
- Wpływ na położenie oczu względem siebie.
- Objawy subiektywne zespołu suchego oka, które mogą pojawić się lub zaostrzyć.
- Zespół nawracających ubytków nabłonka rogówki.
- Ograniczenia chirurgii refrakcyjnej rogówki w zakresie korekcji starczowzroczności oraz możliwa utrata funkcji widzenia do bliży bez korekcji po wyrównaiu krótkowzroczności.
- Zalety i wady monowizji (dla chorych w wieku presbyopijnym).
- Zalety i wady ablacji konwencjonalnej i z analizą czoła fali.
- Zalety i wady wykonania zabiegu refrakcyjnego rogówki jednoczasowo (tego samego dnia) na obu oczach oraz etapami (najpierw jedno oko, potem drugie). Ponieważ widzenie po jednoczasowej obuocznej fotokeratektomii może być przez jakiś czas gorsze, należy poinformować chorego, że takie działania, jak np. prowadzenie samochodu, mogą być niemożliwe przez kilka tygodni.
- Może wpływać na dokładność wyliczania mocy soczewki wewnątrzgałkowej przy późniejszej operacji zaćmy.
- Plan opieki pooperacyjnej (miejsce i sposoby oraz osoby odpowiedzialne).

Tłumaczenie: dr n. med. Agnieszka Kudasiewicz-Kardaszewska (s. 1-12, 19-22),
prof. dr hab. n. med. Zbigniew Zagórski (s. 13-18)

Opracowanie naukowe: prof. dr hab. n. med. Zbigniew Zagórski

Translators Agnieszka Kudasiewicz-Kardaszewska, MD (p. 1-12, 19-22),
Zbigniew Zagórski , MD (p. 13-18)

Supervisor: Zbigniew Zagórski, MD





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