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

Zaćma (badanie wstępne i badania kontrolne)

Wstępny wywiad

- Objawy podmiotowe [A:II].
- Wywiad okulistyczny [A:III].
- Wywiad ogólny [A:III].
- Ocena widzenia funkcjonalnego [A:II].

Wstępne badanie fizykalne

- Ostrość wzroku z aktualną korekcją [A:III].
- Pomiar najlepszej skorygowanej ostrości widzenia (BCVA) (z badaniem refrakcji, o ile jest to wskazane) [A:III].
- Badanie powierzchni i przydatków oka [A:III].
- Badanie ustawienia i ruchomości oczu [A:III].
- Reakcje źrenic i ich funkcja [A:III].
- Pomiar ciśnienia śródgałkowego [A:III].
- Badanie w lampie szczelinowej [A:III].
- Badanie soczewki, plamki, obwodu siatkówki, nerwu wzrokowego i ciała szklistego po rozszerzeniu źrenic [A:III].
- Ocena istotnych aspektów stanu medycznego i fizycznego pacjenta [B:III].

Postępowanie

- Leczenie jest wskazane, kiedy funkcje wzrokowe chorego są niewystarczające w stosunku do jego potrzeb, a operacja zaćmy może ten stan poprawić [A:II].
- Usunięcie zaćmy jest także wskazane, gdy istnieją dowody, że soczewka jest przyczyną choroby oka lub kiedy należy uwidocznić dno w oku, które ma jakiś potencjał widzenia [A:III].
- Nie należy wykonywać zabiegu chirurgicznego w następujących okolicznościach [A:III]: korekcja refrakcji jest tolerowana i zapewnia choremu widzenie wystarczające w stosunku do jego oczekiwań i potrzeb; zabieg chirurgiczny nie przyniesie poprawy widzenia, a nie ma innych wskazań do usunięcia soczewki; nie można u chorego przeprowadzić bezpiecznie zabiegu z powodu współistniejących chorób ogólnych i okulistycznych; nie można zapewnić właściwej opieki pooperacyjnej; chory lub jego opiekun prawny nie jest w stanie udzielić świadomej zgody na zabieg planowy.
- Wskazania do operacji drugiego oka są takie same, jak w przypadku oka pierwszego [A:II] (z uwzględnieniem potrzeby zapewnienia obuocznego widzenia).

Opieka przedoperacyjna

Okulista, który wykonuje zabieg ma następujące obowiązki:

- Zbadanie chorego przed zabiegiem [A:III].
- Upewnienie się, że ocena przedoperacyjna dokładnie dokumentuje objawy podmiotowe, badanie fizykalne oraz wskazania do leczenia [A:III].
- Poinformowanie chorego o ryzyku, korzyściach oraz spodziewanych rezultatach zabiegu [A:IIII].
- Opracowanie planu operacyjnego, w tym wybór soczewki wewnątrzgałkowej (*intraocular lens* – IOL) [A:III].
- Przegląd wyników badań przedzabiegowych oraz badań diagnostycznych z udziałem chorego [A:III].
- Opracowanie planu opieki pooperacyjnej oraz poinformowanie o nim chorego [A:III].

Badania kontrolne

- Chorzy z grupy wysokiego ryzyka powinni być zbadani w ciągu 24 godzin od zabiegu [A:III].
- Chorzy po operacji zaćmy niepowikłanej nieobciążeni innymi chorobami o wysokim ryzyku powinni być zbadani w ciągu 48 godzin od zabiegu [A:III].
- Częstość i czas kolejnych kontroli zależy od wyników refrakcji, funkcji widzenia oraz klinicznego stanu oka.
- Częstsze kontrole są konieczne u chorych z grupy wysokiego ryzyka.
- Każde badanie pooperacyjne powinno zawierać:
  - aktualny wywiad, w tym nowe objawy oraz stosowanie leków po zabiegu [A:III];
  - ocenę funkcji widzenia przez chorego [A:III];
  - ocenę obiektywną funkcji widzenia (ostrość wzroku z korekcją lub stenopeicznie) [A:III];
  - pomiar ciśnienia śródgałkowego [A:III];
  - badanie w lampie szczelinowej [A:III].

Kapsulotomia laserem Nd-YAG

- Leczenie jest wskazane, gdy ostrość wzroku obniżona z powodu zmętnienia torebki tylnej soczewki nie jest wystarczająca w stosunku do potrzeb chorego lub gdy w sposób istotny zmętnienie torebki przeszkadza w ocenie dna oka [A:III].
- Należy poinstruować chorego o objawach podmiotowych tylnego odłączenia ciała szklistego, obecności przedarcia siatkówki lub odwarstwienia siatkówki oraz o konieczności natychmiastowego zgłoszenia się do badania, jeżeli objawy te wystąpią [A:III].

Edukacja chorych

- Należy dokładnie omówić korzyści i ryzyko zabiegu z chorymi, którzy są funkcjonalnie jednooczni, włączając w to ryzyko ślepoty [A:III].

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