



Загальні вказівки для настанов «Моделі Клінічної Практики» (МКП)

Скорочення:

RGP	:	Жорсткі газопроникні лінзи
DALK	:	Передня глибока ламелярна кератопластика
GRADE	:	Система градації якості аналізу, розробки та оцінки рекомендацій
GQ	:	Хороша якість доказової бази
MQ	:	Помірна якість доказової бази
IQ	:	Недостатня якість доказаної бази
SR	:	Сильна рекомендація
DR	:	Директивна рекомендація
SIGN	:	Шотландська міжвузівська мережа з розробки методичних настанов
ARED	:	Дослідження Age-Related Eye Disease Study (вивчення вікових захворювання ока)
MPS	:	Дослідження Macular Photocoagulation Study (вивчення фотокоагуляції макули)
VEGF	:	Фактор росту ендотелію судин
AAO	:	Американська академія офтальмології
GCA	:	Брохіоцефальні артерії
AAO	:	Американська академія офтальмології
BЦА	:	Брохіоцефальні артерії
ВДМ	:	Вікова дегенерація макули
ВЛК	:	Верхній лімбаальний кератокон'юнктивіт
ВМТ	:	Вітреомакулярна тракція
ВМТ	:	Вітреомакулярна тракція
ВОТ	:	Внутрішньоочний тиск
ВС	:	Відшарування сітківки
ВУФ	:	Фотодинамічна терапія з вертепорфіном
ГНЗК	:	Гострий напад закриття кута передньої камери
ЕДТК	:	Етилендіамінтетраоцтова кислота
ЕРМ	:	Епіретинальна мембрана
ЕРМ	:	Епіретинальна мембрана
ЗВСТ	:	Задне відшарування скловидного тіла
ЗВСТ	:	Задне відшарування скловидного тіла
ІОЛ	:	Інтраокулярна лінза
КНМ	:	Клінічний набряк макули
КП	:	Кератичні преципітати
КП	:	Кератичні преципітати
ЛАСІК	:	Лазерний кератомільоз
ЛВФ	:	Лікування вікової дегенерації макули
МКП	:	Моделі клінічної практики (Preferred Practical Pattern®)
МСГЗ	:	Максимальна скоригована гострота зору
НВД	:	Неоваскуляризація на диску зорового нерва
НВС	:	Неоваскуляризація сітківки
НМ	:	Набряк макули
НПДР	:	Непроліферативна діабетична ретинопатія
ОВС	:	Оклюдія вен сітківки
ОГАС	:	Оклюдія гілки артерії сітківки
ОГВС	:	Оклюдія гілки вени сітківки
ОКТ	:	Оптична когерентна томографія
ОАА	:	Оклюдія очної артерії
ОЦАС	:	Оклюдія центральної артерії сітківки
ОЦВС	:	Оклюдія центральної вени сітківки
ОЦВС	:	Оклюдія центральної вени сітківки
ПВГ	:	Первинна відкритокутова глаукома
ПДР	:	Проліферативна діабетична ретинопатія
ПЕК	:	Пігментний епітелій клітин
ПЕС	:	Пігментний епітелій сітківки
РКД	:	Рандомізоване контрольоване дослідження
ФДТ	:	Фотодинамічна терапія
ФТВ	:	Фотодинамічна терапія з вертепорфіном
ХНВ	:	Хороїдальна неоваскуляризація

Передмова

Нижче представлені загальні вказівки для настанов «Моделі Клінічної Практики» (МКП або PPP від зареєстрованої англійської назви Preferred Practical Pattern®) Американської академії офтальмології. Серія настанов МКП базується на трьох основних принципах:

- Кожна МКП має бути клінічно важливою і досить конкретною, щоб практикуючий лікар міг отримати корисну інформацію;
- Разом з кожною рекомендацією вказується чіткий рейтинг, який відображає важливість процесу лікування та ведення пацієнта;
- Також рекомендації наводяться разом із чітким рейтингом, який показує надійність доказів, що підтримують цю рекомендацію та відображають поточний рівень науки у відповідній області.

МКП містять настанови для моделей практики, а не для лікування чи догляду окремого пацієнта. Ці рекомендації розроблялись з урахування потреб більшості пацієнтів, і вони не можуть враховувати всі потреби всіх хворих. Точне виконання цих МКП не гарантує успішності результату у всіх конкретних випадках. Ці МКП містять не всі можливі методи лікування, і не виключають, що використання за відповідних показань якихось не вказаних тут методів, забезпечить хороші результати. Можливі випадки, коли задоволення специфічних потреб пацієнта буде вимагати інших підходів. Лікар і лише лікар приймає остаточне рішення стосовно лікування та ведення конкретного пацієнта відповідно до всіх супутніх обставин конкретного випадку. Американська академія офтальмології надає своїм членам допомогу у вирішенні етичних питань, які можуть виникати в офтальмологічній практиці.

Настанови МКП не є медичним стандартом, який обов'язково необхідно виконувати у всіх конкретних ситуаціях. Академія прямо вказує, що вона не несе відповідальності за будь-які травми чи інші збитки будь-якої природи, що можуть виникати при використанні рекомендацій або іншої викладеної тут інформації.

Для кожного основного захворювання, наводяться загальні рекомендації щодо процесу лікування і ведення пацієнтів, включаючи історію, фізикальне обстеження та додаткові тести, а також основні рекомендації з лікування, спостереження віддалених наслідків, та інформування пацієнта. При складанні кожної МКП виконувалась розширений літературний пошук в PubMed та Кокранівській бібліотеці відповідних статей англійською мовою. Результати пошуку переглядалися експертною групою і використовувались для підготовки рекомендацій. За наявності достатньої доказової бази рекомендації наводяться разом з рейтингом сили доказів.



Загальні вказівки для настанов «Моделі Клінічної Практики» (МКП)

Рейтинг окремих статей визначався за шкалою, запропонованою Шотландською міжвузівською мережею з розробки методичних настанов (SIGN). Використовувались наступні визначення та рівні доказів при оцінці рейтингу окремих досліджень:

- I++: високоякісні метааналізи, систематичні огляди рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) або РКД з дуже низьким ризиком систематичної похибки оцінки;
- I+: добре сплановані мета-аналізи, систематичні огляди РКД, або РКД з низьким ризиком систематичної похибки оцінки;
- I-: мета-аналізи, систематичні огляди РКД або РКД з високим ризиком систематичної похибки оцінки;
- II++: високоякісні систематичні огляди когортних досліджень або досліджень «випадок-контроль», високоякісні когортні дослідження або дослідження «випадок-контроль» з дуже низьким ризиком змішування чи систематичної похибки оцінки та з високою ймовірністю, що зв'язки є причинно-наслідкові;
- II+: добре сплановані когортні дослідження або дослідження «випадок-контроль» з низьким ризиком змішування чи систематичної похибки оцінки, та суттєвим ризиком, що зв'язки не є причинно-наслідкові;
- II-: когортні дослідження або дослідження «випадок-контроль» з високим ризиком змішування чи систематичної похибки оцінки та суттєвим ризиком, що зв'язки не є причинно-наслідкові;
- III: неаналітичні дослідження (наприклад, звіти про окремі випадки захворювання, опис серії випадків);

Рекомендації щодо лікування та ведення пацієнтів складались на основі доказової бази. Рейтинг якості доказової бази відповідно до системи оцінки GRADE (Система градації якості аналізу, розробки та оцінки рекомендацій) визначається наступним чином:

- Хороша якість (GQ). Дуже низька ймовірність, що подальші дослідження змінять переконання у достовірності оцінки ефекту;
- Помірна якість (MQ): Існує певна ймовірність, що подальші дослідження зможуть суттєво вплинути на переконання у достовірності оцінки ефекту і зможуть змінити цю оцінку;
- Недостатня якість (IQ). Існує велика ймовірність, що подальші дослідження суттєво вплинуть на переконання у достовірності оцінки ефекту і, ймовірно, змінять цю оцінку; наявні оцінки ефекту непереконливі.

Основні рекомендації щодо лікування та ведення пацієнтів визначаються в GRADE наступним чином:

- Сильна рекомендація (SR): використовується, коли бажані ефекти втручання виразно переважають над небажаними ефектами або виразні небажані ефекти відсутні;
- Директивна рекомендація (DR): Використовується у компромісних варіантах - або через низьку якість доказів, або через тісну збалансованість бажаних та небажаних ефектів;

В МКП до 2011 року експертна група оцінювала рекомендації відповідно до їх важливості для процесу лікування та ведення пацієнтів. Використовуваний рейтинг «важливості для процесу лікування та ведення пацієнтів» відображав заходи, які на думку експертної групи, покращували якість лікування та ведення пацієнтів. Рейтинг важливості поділявся на три рівні.

- Рівень А, найважливіший;
- Рівень В, помірно важливий
- Рівень С, релевантний, але не критичний

Експертна група також оцінювала рекомендації за силою доказів у доступній літературі, які підтримували запропоновані рекомендації. "Рейтинг сили доказів" також поділявся на три рівні.

- Рівень I включав докази, отримані принаймні з одного належним чином проведеного, добре спланованого рандомізованого контрольованого дослідження. Також до цього рівня відносились метааналізи рандомізованих контрольованих досліджень.
- Рівень II включав докази, отримані з:
 - Добре спланованих контрольованих досліджень без рандомізації;
 - Добре спланованих аналітичних досліджень за схемою «випадок-контроль» або когортних досліджень, бажано багатоцентричних;
 - Серій випадків за різні періоди часу з втручанням чи без.
- Рівень III включав докази, отримані з:
 - Описових досліджень;
 - Звітів про окремі випадки захворювань;
 - Звітів експертних комітетів / організацій (наприклад, консенсусної групи МКП з підтвердженням зовнішніми експертами);

Проте цей попередній підхід поступово буде трансформуватись відповідно до затвердження ААО систем рейтингової оцінки та класифікації SIGN і GRADE.

МКД мають розглядатись як загальні рекомендації з лікування та ведення пацієнтів, в яких основний акцент зроблено на технічних аспектах цього процесу. При застосуванні цих знань треба розуміти, що реальної медичної користі можна досягти лише тоді, коли основною метою застосування всіх відповідних навичок та засобів є задоволення потреб конкретного пацієнта. ААО надає своїм членам допомогу у вирішенні етичних питань, які можуть виникати в офтальмологічній практиці. (Етичний кодекс ААО);

Глаукома

Первинна відкритокутова глаукома (початкова оцінка)

Історія початкових обстежень (основні елементи);

- Офтальмологічний анамнез;
- Раса та етнічна приналежність;
- Сімейний анамнез;
- Історія системних захворювань;
- Аналіз записів, що стосуються конкретного випадку;
- Лікарські засоби, які пацієнт приймає на поточний момент;
- Перенесені операції на очах.

Первинне фізикальне обстеження (основні елементи)

- Визначення гостроти зору;
- Обстеження зіниць;
- Біомікроскопія щілинною лампою переднього сегменту;
- Вимірювання внутрішньоочного тиску (ВОТ);
- Вимірювання центральної товщини рогівки;
- Гоніоскопія;
- Оцінка голівки зорового нерва та шару нервових волокон сітківки за допомогою стереоскопічної візуалізації з біомікроскопією щілинною лампою та на розширеній зіниці (I+, MQ, SR);
- Вимагається послідовна реєстрація даних обстеження зовнішнього вигляду голівки зорового нерва кольоровою стереофотографією або комп'ютерного аналізу зображень (I+, MQ, SR);
- Оцінка очного дна (на розширеній зіниці, якщо можливо);
- Оцінка поля зору, бажано за допомогою статичної порогової комп'ютерної периметрії;
- Оцінка диску зорового нерва;
- Стоншення нейроретинального паса у нижньому та (або) верхньому сегменті.

План лікування хворих з показаннями до терапії

- Встановлюють початкове значення цільового внутрішньоочного тиску не менш ніж на 25% нижче від ВОТ до лікування. За тяжких уражень зорового нерва можна вибрати менші значення цільового ВОТ.
- Впродовж подальшого перебігу хвороби виконують вимірювання цільового внутрішньоочного тиску та його коригування відповідно до особливостей конкретного пацієнта (III, IQ, DR);
- Метою лікування є утримання ВОТ в діапазоні, за якого звуження поля зору не буде істотно погіршувати пов'язану із здоров'ям якість життя впродовж очікуваної тривалості життя пацієнта (II+, MQ, DR);
- Сьогоднішнім основним початковим втручанням для зниження ВОТ є медикаментозна терапія; вибирають схему лікування, що з максимальною ефективністю та найкращою переносимістю знизить ВОТ до потрібного діапазону у конкретного пацієнта, звертаючи увагу на баланс між профілем побічних дій та ефективністю.
- Якщо незважаючи на підтримку цільового ВОТ починається прогресування, перевіряють ретельність дотримання хворим призначеної схеми лікування та можливо невиявлені раніше флуктуації ВОТ, після чого коригують цільовий ВОТ в бік зменшення.
- Виконують оцінку пацієнта, якщо у нього під час медикаментозного лікування глаукоми виникають місцеві офтальмологічні чи системні побічні дії або прояви токсичності;
- Для окремих хворих або у якості альтернативи для пацієнтів з високою ймовірністю недотримання призначеної схеми лікування, які не можуть чи не хочуть регулярно приймати призначені ліки через їх високу вартість, проблеми з пам'яттю, фізичну неспроможність застосовувати або непереносимість лікарських засобів, у якості початкової терапії може бути показана лазерна трабекулопластика (I+, GQ, DR);
- В окремих випадках у якості початкової терапії може бути ефективною трабекулотомія; зазвичай цю процедуру використовують за недостатньої ефективності медикаментозного лікування чи лазерної терапії (I+, GQ, SR).

Хірургія та післяопераційне ведення хворих при лазерній трабекулопластиці

- Перш ніж проводити хірургічне втручання офтальмолог має виконати наступне:
 - Отримати інформовану згоду пацієнта на проведення операції;
 - Перекопатись, що передопераційна оцінка підтверджує показання до хірургії;
 - Виконати хоча б по одному вимірюванню ВОТ за 30 хвилин до операції та за 2 години потім;
 - Виконати післяопераційне обстеження пацієнта за 6 тижнів після операції або раніше, якщо цього будуть вимагати ураження зорового нерва, спричинені високим ВОТ.

Хірургія та післяопераційне ведення пацієнтів при хірургічному витині глаукоми

- Перш ніж проводити хірургічне втручання офтальмолог має виконати наступне:
 - Отримати інформовану згоду пацієнта на проведення операції;
 - Перекопатись, що передопераційна оцінка точно документує дані та показання до хірургії;
 - Призначити місцеві кортикостероїди у післяопераційний період;
 - Виконати післяопераційну оцінку у перший день після операції (впродовж 12 – 36 годин після операції) та хоча б одне обстеження у перші 1-2 тижні;
 - За відсутності ускладнень призначити хворому декілька додаткових післяопераційних візитів впродовж 6-тижневого періоду;
 - Якщо необхідно, пацієнтам з післяопераційними ускладненнями призначають більш частий графік візитів;
 - За необхідно провести додаткові лікування, щоб максимально збільшити шанси на успішний віддалений наслідок.

Інформування пацієнтів з питань медикаментозної терапії

- Обговорення діагнозу, тяжкості хвороби, прогнозу та плану лікування, а також можливості довічної терапії;
- Інструктаж про правильне стюлювання повік та стискання слізного мішка у ділянці медіального кута ока (носослізна оклюзія) при закапуванні місцевих офтальмологічних лікарських засобів для зменшення ризику системного всмоктування;
- Попередження пацієнтів про необхідність повідомляти офтальмолога про всі зміни фізичного та емоціонального стану, які можуть виникати під час медикаментозної терапії глаукоми.

Первинна відкритокутова глаукома (оцінка віддалених наслідків)**Історія обстежень та досліджень**

- Інтервальний офтальмологічний анамнез;
- Інтервальна історія системних захворювань;
- Побічні ефекти офтальмологічних лікарських засобів;
- Режим застосування останніх лікарських засобів, що знижують ВОТ; перегляд застосування медикаментозних засобів.

Фізикальне обстеження

- Визначення гостроти зору;
- Біомікроскопія щільною лампою
- Вимірювання внутрішньоочного тиску;
- Оцінка голівки зорового нерва та поля зору (див. таблицю нижче);
- Вимірювання центральної товщини рогівки; це вимірювання повторюють після кожної події, що могла мати вплив на цей параметр (наприклад, після рефракційної хірургії);

План лікування для пацієнтів на медикаментозній терапії

- Під час кожного обстеження записують дозу та частоту прийому, розпитують про ретельність дотримання пацієнтом призначеної схеми лікування та відношення до рекомендацій з терапевтичних альтернатив або діагностичних процедур;
- За підозри закриття, зменшення об'єму чи інших патологічних відхилень кута передньої камери або ж у разі незрозумілих змін ВОТ, виконують гоніоскопію. Цю процедуру повторюють з певною періодичністю.
- Якщо не вдається досягти цільового ВОТ або ж переваги переходу на нову терапію переважають потенційні ризики, виконують перегляд схеми лікування.
- Коригують цільовий внутрішньоочний тиск в бік зменшення при прогресуванні змін диску зорового нерва, шару нервових волокон сітківки або поля зору.
- В межах окремого рекомендованого періоду частота проведення оцінок залежить від наступних факторів: тяжкість уражень, швидкість прогресування, величину, на яку ВОТ перевищує цільовий внутрішньоочний тиск, а також кількість та значимість інших факторів ризику ураження зорового нерва.

Інформування пацієнтів

- Пацієнта інформують про сутність патологічного процесу, причини та цілі терапевтичного втручання, стан його здоров'я та відносні переваги і ризики альтернативних втручань з тим, щоб пацієнт мав можливість свідомо долучитись до розробки відповідного плану дій;
- Пацієнтів із сильним погіршенням зору або сліпотою направляють до соціальних служб та відповідних програм реабілітації зору;
- Пацієнтів, яких направляють на кераторефракційну хірургію, інформують, що після лазерної корекції зору може послабитись контрастна чутливість ока та зменшитись точність вимірювань ВОТ.

Віддалені наслідки:**Консенсусна настанова з оцінки віддаленого стану глаукоми за параметрами зорового нерва та поля зору***

Досягнуто цільовий ВОТ?	Прогресування уражень?	Тривалість контролю, міс.	Приблизна періодичність оцінки віддалених наслідків, міс. **
Так	Ні	≤ 6	6
Так	Ні	> 6	12
Так	Так	НС	1-2
Ні	Так	НС	1-2
Ні	Ні	НС	3-6

ВОТ = внутрішньоочний тиск; НС = даного випадку не стосується.

* Оцінка полягає у клінічному обстеженні пацієнта, зокрема виконується оцінка голівки зорового нерва (регулярною кольоровою стереофотографією та комп'ютерною візуалізацією зорового нерва і будови шару нервових волокон сітківки), а також вимірювання поля зору.

** Для пацієнтів з прогресуючим ураженням або більшим ризиком виникнення первинної відкритокутової глаукоми впродовж очікуваної тривалості життя оцінка може проводитись частіше. Такі оцінки можна проводити з періодичністю, що відповідає максимально рекомендованому часу між оцінками.

Підозрювана первинна відкритокутова глаукома (початкова оцінка та оцінка віддалених наслідків)**Історія початкових обстежень (основні елементи)**

- Офтальмологічний анамнез;
- Сімейний анамнез;
- Історія системних захворювань;
- Аналіз записів, що стосуються конкретного випадку;
- Лікарські засоби, які пацієнт приймає на поточний момент;
- Перенесені операції на очах.

Первинне фізикальне обстеження (основні елементи)

- Визначення гостроти зору;
- Обстеження зіниць;
- Біомікроскопія щільною лампою переднього сегменту;
- Вимірювання BOT;
- Вимірювання центральної товщини рогівки;
- Гоніоскопія;
- Оцінка голівки зорового нерва та шару нервових волокон сітківки за допомогою стереоскопічної візуалізації з біомікроскопією щільною лампою та на розширеній зіниці;
- Документування зовнішнього вигляду голівки зорового нерва та, за можливості, шару нервових волокон сітківки (II++, GQ, SR);
- Оцінка очного дна (на розширеній зіниці, якщо можливо);
- Оцінка поля зору, бажано за допомогою статичної порогової комп'ютерної периметрії;
- Оцінка диску зорового нерва;
- Стоншення нейроретинального паска у нижньому та (або) верхньому сегменті.

План лікування хворих з показаннями до терапії

- Згідно критеріїв дослідження офтальмогіпертензії (Ocular Hypertension Study) початковий цільовий BOT встановлюють на 20% нижче від середнього значення декількох початкових вимірювань BOT (I+, MQ, DR);
- Метою лікування є утримання BOT в діапазоні, за якого звуження поля зору не буде істотно погіршувати пов'язану із здоров'ям якість життя впродовж очікуваної тривалості життя пацієнта (II+, MQ, DR);
- Рекомендується повторити перевірку при першому виявленні глаукоматозного зменшення поля зору у пацієнтів з підозрюваною глаукомою (II++, GQ, SR);
- Рішення про план лікування пацієнта клініцист має приймати на підставі результатів цифрової візуалізації та всіх даних периметрії й іншої інформації про будову ока (III, IQ, SR).

Історія досліджень та обстежень у період спостереження віддалених наслідків

- Інтервальний офтальмологічний анамнез;
- Інтервальна історія системних захворювань та можливі зміни прийому системних лікарських засобів;
- Побічні ефекти офтальмологічних лікарських засобів, якщо пацієнт вже отримує офтальмологічне лікування;
- Якщо пацієнт вже отримує протиглаукомне лікування, то режим застосування останніх протиглаукомних препаратів і перегляд їх застосування.

Фізикальне обстеження у період спостереження віддалених наслідків

- Гострота зору;
- Біомікроскопія щільною лампою;
- Вимірювання внутрішньоочного тиску;
- Підозри наявності закритокутового компоненту, зменшення об'єму передньої камери або інші незрозумілі зміни BOT є показаннями до гоніоскопії;

Періодичність обстежень та досліджень у період спостереження віддалених наслідків

- Частота візитів до офтальмолога залежить від перебігу хвороби у конкретного пацієнта, тому визначається на індивідуальній основі;
- Періодичність обстежень голівки зорового нерва та поля зору визначається оцінкою ризиків. Найбільш ретельного (і частого) спостереження вимагають пацієнти із стоншеною рогівкою, високими значеннями BOT, крововиливами в зоні диску зорового нерва, великим співвідношенням діаметрів екскавації та диску зорового нерва, великим середнім значенням патерн-стандартного відхилення або за обтяженого сімейного анамнезу.

Інформування пацієнтів з питань медикаментозної терапії

- Обговорення діагнозу, кількості та тяжкості факторів ризику, прогнозу, плану лікування, а також можливості довічної терапії;
- Інформування пацієнта про сутність патологічного процесу, причини та цілі терапевтичного втручання, стан його здоров'я та відносні переваги й ризики альтернативних втручань;
- Інструктаж про правильне стюювання повік та стискання слізного мішка у ділянці медіального кута ока (носослізна оклюзія) при закапуванні місцевих офтальмологічних лікарських засобів для зменшення ризику системного всмоктування;
- Попередження пацієнтів про необхідність повідомляти офтальмолога про всі зміни фізичного та емоціонального стану, що виникають під час медикаментозної терапії глаукоми.

Первинне закриття кута передньої камери (початкова оцінка та терапія)**Історія початкових обстежень (основні елементи)**

- Офтальмологічний анамнез (симптоми, що вказують на можливість епізодичних нападів закриття кута передньої камери);
- Сімейна історія гострої закритокутової глаукоми;
- Історія системних захворювань (зокрема прийом системних або місцевих лікарських засобів).

Первинне фізикальне обстеження (основні елементи)

- Стан рефракції;
- Зіниці;
- Біомікроскопія щілинною лампою:
 - Гіперемія кон'юнктиви (гострі випадки);
 - Зменшення глибини передньої камери в центрі та на периферії;
 - Запалення передньої камери, що вказує на недавній чи поточний напад;
 - Набряк рогівки (у гострих випадках часто виникає набряк строми рогівки або мікрокістозний набряк);
 - Патологічні порушення райдужки, зокрема, дифузна чи фокальна атрофія, задня синехія, порушення функції зіниці, неправильна форма зіниці та наполовину розширені зіниці (що може вказувати на недавно перенесений або поточний напад);
 - Зміни кришталика, зокрема катаракта або глаукомні плями (glaukomflecken);
 - Відмирання клітин ендотелію рогівки.
- Вимірювання внутрішньоочного тиску;
- Гоніоскопія та (або) візуалізація переднього сегменту для обох очей;
- Оцінка дна та голівки зорового нерва за допомогою прямого офтальмоскопу або біомікроскопією щілинною лампою з лінзами для непрямої офтальмоскопії.

План лікування для пацієнтів, яким показана іридотомія

- Іридотомія показана при первинному закритті кута передньої камери або при первинній закритокутовій глаукомі (I++, GQ, SR);
- Через краще співвідношення користі/ризиків при лікуванні гострого нападу закриття кута передньої камери (ГНЗК) рекомендується віддавати перевагу лазерній іридотомії, а не хірургії (II+, MQ, SR);
- При ГНЗК спочатку проводять медикаментозну терапію, спрямовану на зниження ВОТ, послаблення болю та зменшення набряку рогівки. Після цього якомога скоріше виконують іридотомію (III, GQ, SR);
- У випадку анатомічно вузького кута передньої камери іридотомію профілактично також виконують і на другому оці, оскільки за статистикою приблизно в половині випадків на другому оці впродовж 5 років також трапляється ГНЗК (II++, GQ, SR);

Хірургія та післяопераційне ведення пацієнтів при іридотомії

- Перш ніж проводити хірургічне втручання офтальмолог має виконати наступне:
 - Отримати інформовану згоду пацієнта на проведення операції;
 - Переконались, що передопераційна оцінка підтверджує показання до хірургії;
 - Виконати хоча б по одному вимірюванню ВОТ за 30 хвилин, безпосередньо перед операцією та за 2 години потім;
 - Призначити місцеві кортикостероїди у післяопераційний період;
 - Забезпечити належне післяопераційне ведення пацієнта;
- Оцінка віддалених наслідків має включати:
 - Оцінку ефективності іридотомії за допомогою візуалізації передньої капсули кришталика;
 - Вимірювання внутрішньоочного тиску;
 - Гоніоскопію з втисканням/вдавленням склери, якщо вона не виконувалась відразу після іридотомії;
 - Розширення зіниць для зменшення ризику утворення задніх синей;
 - За наявності клінічних показань – обстеження очного дна.
- У післяопераційний період призначають лікарські засоби, що попереджують різке підвищення ВОТ, особливо пацієнтам з тяжким ступенем захворювання.

Спостереження віддалених наслідків після іридотомії

- Після іридотомії, ведення пацієнтів з глаукоматозною нейропатією зорового нерва здійснюється відповідно до МКП «Первинна відкритокутова глаукома»;
- Після іридотомії ведення пацієнтів із залишковим відкриттям кута або з поєднанням відкритого кута та периферичних передніх синей певного ступеню (незалежно від наявності глаукоматозної нейропатії зорового нерва) має включати обстеження хоча б один раз на рік; особлива увага приділяється регулярній гоніоскопії.

Інформування пацієнтів, якщо іридотомія не виконується

- У разі підозри первинного закриття кута передньої камери пацієнтів, яким не виконується іридотомія, попереджують про ризик ГНЗК, а також, що певні лікарські засоби можуть спричинити розширення зіниць і провокувати ГНЗК (III, MQ, DR);
- Пацієнтів інформують про симптоми ГНЗК та попереджують про необхідність негайно звернутись до офтальмолога у разі виникання цих симптомів (III, MQ, SR).