

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
08.12.2015 № 827

**УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ПЕРВИННОЇ,
ВТОРИННОЇ (СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ), ТРЕТИННОЇ
(ВИСОКОСПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ)
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**ПОРУШЕННЯ РЕФРАКЦІЇ ТА АКОМОДАЦІЇ:
МІОПІЯ, ГІПЕРМЕТРОПІЯ, АСТИГМАТИЗМ, АНІЗОМЕТРОПІЯ,
ПРЕСБІОПІЯ, ПОРУШЕННЯ АКОМОДАЦІЇ, АМБЛІОПІЯ,
КЕРАТОКОНУС, КОНТАКТНА КОРЕКЦІЯ ЗОРУ**

Вступ

Під амбліопією розуміють різні за походженням форми зниження зору, причиною яких переважно є функціональні порушення зорового аналізатора. Порушення рефракції та амбліопія як їх наслідок можуть призводити до слабкості та сліпоти, яких можна уникнути, і тому важливим постає питання ранньої діагностики, лікування та профілактики ускладнень.

Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Порушення рефракції та акомодатії: міопія, гіперметропія, астигматизм, анізометропія, пресбіопія, порушення акомодатії, амбліопія, кератоконус, контактна корекція зору» (УКПМД) за своєю формою, структурою та методичним підходом щодо використання вимог доказової медицини створено згідно методики, затвердженої наказом Міністерства охорони здоров'я України № 751 від 28.09.2012 р. «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313.

УКПМД розроблений на основі медико-технологічного документа «Порушення рефракції та акомодатії. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах». В УКПМД зосереджено увагу на основних етапах надання медичної допомоги пацієнтам з порушеннями рефракції та акомодатії, підходи щодо діагностики та лікування визначено з урахуванням можливостей системи охорони здоров'я відповідно до рекомендацій клінічних настанов:

1. Amblyopia. American Academy of Ophthalmology, 2012 – Амбліопія. Американська академія офтальмології, 2012 рік.

2. Refractive errors and refractive surgery. American Academy of Ophthalmology, 2012 – Порушення рефракції та рефракційна хірургія. Американська академія офтальмології, 2012 рік .

3. Care of the patient with presbyopia. American Optometric Association, 2010 – Допомога пацієнтам з пресбіопією. Американська академія офтальмології, 2010 рік.

Ознайомитися з адаптованою клінічною настановою «Порушення рефракції та акомодатії» можна за посиланням <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>.

Перелік скорочень та визначень, що застосовані у протоколі

АВП	-	аберація вищого порядку
АТ	-	артеріальний тиск
ВЗП	-	викликані зорові потенціали
ВОТ	-	внутрішньоочний тиск
ЗОЗ	-	заклад охорони здоров'я

ЛПМД	- локальний протокол медичної допомоги
МРТ	- магнітно-резонансна томографія
ОСТ	- оптично-когерентна томографія
ФАГ	- флуоресцентна ангіографія
ЦНС	- центральна нервова система
УКПМД	- уніфікований клінічний протокол медичної допомоги

I. Паспортна частина.

1.1. Діагноз: Міопія, гіперметропія, астигматизм, анізометропія, пресбіопія, порушення акомодациї, амбліопія, кератоконус, контактна корекція зору.

1.2. Код згідно з МКХ-10: H52.0; H52.1; H52.2; H52.3; H52.4; H52.5; H53.0; H53.1; H53.2; H53.3; H44.2; H18.6.

1.3. Користувачі: лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі: терапевти дільничні, педіатри, педіатри дільничні, офтальмологи, офтальмологи дитячі.

1.4. Мета: надання діагностичної та лікувальної допомоги хворим на міопію, гіперметропію, астигматизм, анізометропію, пресбіопію, порушення акомодациї, амбліопією, кератоконус та при контактній корекції зору.

1.5. Дата складання протоколу: серпень 2015 року.

1.6. Дата перегляду протоколу: серпень 2018 року.

1.7. Список та контактна інформація осіб, які брали участь у розробці протоколу:

Хобзей Микола директор Департаменту реформ та розвитку медичної
Кузьмич допомоги МОЗ України, д.м.н., голова робочої групи до
19.05.2014;

Кравченко в.о. директора Медичного департаменту МОЗ України;
Василь
Віталійович

Риков Сергій завідувач кафедри офтальмології Національної медичної
Олександрович академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.м.н.,
професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України
зі спеціальності «Офтальмологія» (згідно з наказом
МОЗ України від 10.12.2012 № 526-к), заступник голови
робочої групи з клінічних питань до 29.05.2014;

Вітовська завідувач кафедри офтальмології Національного
Оксана медичного університету імені О.О. Богомольця, д.м.н.,
Петрівна професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України
зі спеціальності «Офтальмологія» (згідно з наказом МОЗ
України від 29.05.2015 № 196-к);

Степаненко Алла Василівна	професор кафедри Української військово-медичної академії МЗС України, д.м.н., професор, заступник голови робочої групи з методології;
Алеєва Наталія Миколаївна	лікар-офтальмолог Київської міської клінічної лікарні «Центр мікрохірургії ока»;
Барінов Юрій Вікторович	директор центру дитячої офтальмології Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» МОЗ України, к.м.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Дитяча офтальмологія» (згідно з наказом МОЗ України від 29.05.2015 № 196-к);
Бойчук Ірина Михайлівна	співробітник лабораторії порушень біокулярного зору Інституту очних хвороб та тканинної терапії імені В.П. Філатова НАМН України, к.м.н.;
Войтко Леся Олександрівна	лікар-офтальмолог Українського медичного центру дитячої офтальмології та мікрохірургії ока Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» МОЗ України;
Горова Елла Володимирівна	заступник начальника управління – начальник відділу контролю якості медичної допомоги управління ліцензування та якості медичної допомоги МОЗ України;
Денисюк Любов Ігорівна	головний лікар Київської міської клінічної офтальмологічної лікарні «Центр мікрохірургії ока»;
Коробов Костянтин Володимирович	лікар-офтальмолог Київської міської клінічної офтальмологічної лікарні «Центр мікрохірургії ока»;
Матюха Лариса Федорівна	завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, професор, д.м.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Загальна практика – сімейна медицина» (згідно з наказом МОЗ України від 10.12.2012 № 526-к);
Медведовська Наталія Володимирівна	доцент кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, д.м.н.;
Терещенко Лариса Степанівна	начальник відділу організації медичної допомоги дітям Управління материнства та дитинства Медичного департаменту МОЗ України;

- Шаргородська Ірина Василівна доцент кафедри офтальмології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, к.м.н., доцент;
- Усенко Катерина Олександрівна лікар-офтальмолог Київської міської клінічної офтальмологічної лікарні «Центр мікрочірургії ока».

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

- Ліщишина Олена Михайлівна директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», к.м.н., ст.н.с.;
- Горох Євгеній Леонідович начальник відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
- Мельник Євгенія Олександрівна начальник відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України»;
- Шилкіна Олена Олександрівна начальник відділу методичного забезпечення нових технологій в охороні здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України».

Адреса для листування:

Департамент стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр МОЗ України», 03151, м.Київ, вул.Ушинського, 40. Електронна адреса: medstandards@dec.gov.ua.

Електронну версію документу можна завантажити на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я:

<http://www.moz.gov.ua> та <http://www.dec.gov.ua/mtd/>

Рецензенти

Сергієнко
Микола
Маркович

професор кафедри офтальмології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, членкор. НАН та НАМН України, д.м.н.;

Бездітко
Павел
Андрійович

завідувач кафедри офтальмології Харківського національного медичного університету, д.м.н., професор.

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

За даними ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» щодо кількості зареєстрованих випадків міопії серед всього населення у 2014 році поширеність міопії склала 1341,9 на 100 тис. населення, захворюваність – 253,6 на 100 тис. населення (без урахування тимчасово окупованих територій АР Крим та м. Севастополя та з урахуванням лише підконтрольних Україні територій Донецької та Луганської областей).

В 2008 році в Україні зареєстровано 10028 інвалідів по зору, тобто слабкозорих та сліпих. Переважно це діти шкільного віку (7–15 років). Основними причинами слабкозорості серед учнів спеціалізованих корекційних шкіл для дітей з порушенням зору є ускладнення аномалії рефракції (52-54% випадків). Серед них перше місце посідає міопія високого ступеня – 67-74%. Серед інвалідів по зору від 25% до 44,6% осіб мають короткозорість високого ступеня. Далекозорість високого ступеня і гіперметропічний астигматизм, ускладнені амбліопією, виявляються у 16.4 % пацієнтів.

II. Загальна частина

Даний уніфікований клінічний протокол розроблений на основі адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах, «Порушення рефракції та акомодатії», в якій наведена найкраща практика надання медичної допомоги пацієнтам із порушеннями рефракції та акомодатії та амбліопією. Положення і обґрунтування уніфікованого клінічного протоколу, побудовані на доказах, спрямовані на створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам із порушеннями рефракції та акомодатії та амбліопією і охоплюють всі етапи. Заходи з раннього (своєчасного) виявлення порушень рефракції та акомодатії і амбліопії дозволяють суттєво поліпшити та зменшити витрати на медичну допомогу.

Амбліопія – це одностороннє або, рідше, двостороннє зниження гостроти зору при оптимальній корекції, що виникає при умові нормального парного ока, або як структурна аномалія ока чи зорових провідних шляхів, яка супроводжується зниженням гостроти зору, що виникає не лише через структурні порушення. Очі з амбліопією можуть також мати дефіцит контрастної чутливості та акомодатії. Часто інше око є нормальним, але має тонкі недоліки.

Амбліопія спричиняється ненормальним зоровим досвідом придбаним раніше у житті. Традиційно класифікується відповідно до виду порушення чи поєднання порушень, що можуть її спричинити:

- внаслідок косоокості (стробологічна);
- рефракційна:
 - анізотропічна,
 - високі білатеральні аномалії рефракції;
- зорове пригнічення.

Діагноз щодо порушень рефракції та акомодатії і амбліопію встановлюється на основі комплексної оцінки офтальмо статусу із взяттям до уваги факторів ризику амбліопії, таких як косоокість, анізетропія, сімейного анамнезу та присутність помутніння середовищ чи структурних дефектів

Порушення рефракції (аметропія) існує, коли паралельні промені світла, що потрапляють в око без акомодатії, не фокусуються на сітківці. Візуальний ефект – розмите зображення. Короткозорість є частим оптичним відхиленням, при якому око має занадто багато оптичної потужності і паралельні промені світла з віддалених зображень орієнтовані на точку попереду сітківки. Далекозорість також є частим відхиленням, при якому око не вистачає оптичної сили, і дальні промені світла попадають на сітківку і сходяться за сітківкою.

Астигматизм та інші форми оптичних відхилень виникають, коли падаючі промені світла не фокусуються в одній точці. Тотальний (загальний) рефракційний астигматизм можна розділити на рогівковий (або кератометричний) астигматизм, кришталіковий астигматизм і астигматизм сітківки. Більшість астигматизму має рогівкове походження. Кришталіковий астигматизм розвивається внаслідок нерівномірної кривизни, нахилу кришталіка і різних показників рефракції в кришталіку.

При правильному (прямому) астигматизмі рефракційна сила змінюється послідовно від одного меридіана до іншого, і кожен меридіан має рівномірну кривизну в кожній вхідній точці зіниці. Меридіани найбільшої та найменшої сили, так звані основні меридіани, знаходяться на 90 градусів один від одного.

При неправильному (непрямому) астигматизмі величина і вісь астигматизму змінюються від точки до точки входу зіниці (наприклад, після кератопластики, радіальної кератотомії чи ускладненої кераторефракційної операції). Це може бути клінічно значущим в таких умовах як кератоконус та інших ектазіях рогівки, дистрофії епітелію рогівки, базальної мембрани і строми, рубцювання рогівки і в післяопераційній рогівці. Неправильний астигматизм є прикладом типу оптичних аберацій, який називається аберацією вищого порядку (АВП). АВП не можна повністю виправити сфероциліндричними очковими лінзами. Методи опису АВП включають поліноми Церніке і аналіз Фур'є.

В цьому протоколі від низьких до помірних рефракційних порушень визначаються як менш 6,00 діоптрій (D) короткозорості, менше 3,00 D далекозорості і менше 3,00 D правильного астигматизму. Високе порушення рефракції визначається як 6,00 D або більше короткозорості, 3,00 D або більше далекозорості і 3,00 D або більше правильного астигматизму.

Пресбіопія є станом, який розвивається з віком і призводить до недостатньої акомодатії при роботі на близькій відстані у пацієнта, відстань рефракції якого повністю виправлена. Пресбіопія, хоч насправді і не є порушенням рефракції, та її корекція схожа на корекцію порушень рефракції.

Основними причинами для лікування аномалій рефракції є поліпшення гостроти зору пацієнта, зорових функцій і зорового комфорту. У одного пацієнта може бути бажаним виправлення дуже невеликого порушення, в той час як інший пацієнт з таким же порушенням рефракції може обходитись без корекції такого порушення рефракції, не відчуючи ніякого дискомфорту. Пацієнти з порушенням рефракції середнього та високого ступеня зазвичай потребують корекції для досягнення задовільного зору. Інші причини для лікування включають зміцнення бінокулярного зору (наприклад, для безпеки водія), косоокість (наприклад, акомодційна езотропія) і, на рівні суспільства, запобігання економічним втратам продуктивності, пов'язаних з некорегованими порушеннями рефракції. У пацієнтів після завершення процесу формування зору некореговані порушення рефракції не призводять до амбліопії. У будь-якому віці некореговані порушення рефракції не призводять до структурних уражень очей або до погіршення стану рефракції.

III. Основна частина

МІОПІЯ

3.1. Для закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
<p>Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з міопією позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.</p>	<p>Існують докази, що виявлення міопії на ранніх стадіях та своєчасне скерування до спеціалістів з метою призначення адекватного лікування знижує ризик розвитку амбліопії, зниження зорових функцій, запобігають ранній інвалідизації.</p> <p>Оскільки багато очних і загальних проблем зі здоров'ям можуть вплинути на рефракцію і акомодацию, необхідно проводити комплексну оцінку здоров'я очей і пов'язаних з ними структур (придаткового апарату ока, зорових шляхів).</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування міопії. (розділ 4.1.1). 2. Надавати інформацію щодо міопії та її наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику міопії, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування міопії (додаток 7).
2. Діагностика		
<p>Діагноз міопії встановлюється у закладі охорони здоров'я (ЗОЗ), що надає спеціалізовану /високоспеціалізовану медичну допомогу на підставі отриманих даних щодо характерних змін та комплексної оцінки офтальмо статусу. Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для оптимального</p>	<p>Початкова оцінка міопії включає комплексну оцінку офтальмо статусу із взяттям до уваги факторів ризику міопії, таких як косоокість, анізометропія, сімейного анамнезу та присутність помутніння середовищ чи структурних дефектів. Діагноз міопії може бути поставлений тільки спеціалістом з відповідною кваліфікацією і досвідом.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Збір скарг та анамнезу (генетичний, травматичний анамнез, запальні процеси, наявність супутньої патології). 2. Перевірка гостроти зору (візометрія). 3. При неможливості проведення діагностики – термінове скерування пацієнта до лікаря офтальмолога, лікаря дитячого офтальмолога. <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Визначення гостроти зору

оцінювання структур, які містяться за райдужною оболонкою, включно – зоровий нерв.		(візометрія).
3. Лікування		
Лікування призначається і проводиться лікарем дитячим офтальмологом, лікарем офтальмологом за місцем проживання / реєстрації.	Лікування міопії може покращити гостроту зору у дітей. Лікування міопії здійснюється за допомогою корегування зорових рефракційних аномалій та визначення причин зорової деривації. Метою лікування є досягнення однакової гостроти зору для обох очей, запобігання або зменшення прогресування міопії. Лікувальні заходи визначають з урахуванням віку дитини, гостроти зору, попереднього лікування, а також фізичного, соціального та психологічного стану дитини.	Обов'язкові: Під час обстеження та лікування сприяти виконанню пацієнтом усіх рекомендацій лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та інших фахівців.
4. Реабілітація та диспансерне спостереження		
Пацієнти з міопією потребують диспансерного спостереження у лікаря загальної практики – сімейного лікаря/дільничного терапевта/дільничного педіатра, який веде необхідну медичну документацію та сприяє виконанню пацієнтом плану диспансеризації та рекомендацій спеціалістів.	Існують докази щодо можливості збереження функцій (гостроти зору) в межах норми на час лікування міопії, відсутності прогресування та ускладнень міопії протягом тривалого часу за умови лікування та усунення причин, що призвели до їх виникнення.	Обов'язкові: 1. Перевірка під час контрольного огляду дотримання пацієнтом рекомендацій дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога, правильності застосування оптичної корекції та лікування. 2. Періодичність контрольних оглядів встановлюється лікарем загальної практики відповідно до рекомендацій лікаря дитячого офтальмолога / лікаря офтальмолога. 3. У разі виявлення дестабілізації зорових функцій пацієнт повинен бути вчасно скерований до лікаря дитячого офтальмолога / лікаря офтальмолога для вирішення подальшої стратегії лікування. 4. При відсутності динаміки

		<p>пацієнт повинен бути вчасно скерований до лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога для вирішення подальшої стратегії лікування</p> <p>Бажані: 5. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії/ навчання (з урахуванням стану пацієнта), якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.</p>
--	--	---

3.2. Для закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з міопією позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.	Існують докази, що виявлення міопії в ранньому віці та своєчасне призначення оптичної корекції та лікування знижує ризик виникнення амбліопії та явищ астенопії, запобігають ранній інвалідизації.	<p>Обов'язкові.</p> <p>1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування міопії. (розділ 4.1.1).</p> <p>2. Надавати інформацію щодо міопії та її наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику міопії, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування міопії (додаток 7).</p>
2. Діагностика		
Діагноз міопії встановлюється на підставі отриманих даних щодо характерних аномалій рефракції, динаміки змін гостроти зору. Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для оптимального	Оцінка міопії вимагає як оцінки статусу рефракції ока, поточний вид корекції у пацієнта, симптомів і потреб зору. Оцінка міопії часто проводиться в поєднанні з комплексною медичною оцінкою очей, для виключення та лікування захворювань ока, що призводять до розвитку	<p>Обов'язкові.</p> <p>1. Збір анамнезу (розділ 4.2.);</p> <p>2. Фізикальне обстеження (розділ 4.2.)</p> <p>Бажані:</p> <p>3. Динамічна рефрактометрія.</p> <p>4. Динамічна візометрія.</p> <p>5. Динамічне визначення біокулярності.</p> <p>6. Визначення ригідності рогівки</p>

<p>оцінювання статичної рефракції, оптичних середовищ, виявлення захворювань, що можуть призвести до розвитку амбліопії.</p>	<p>цих порушень. На підставі сукупних результатів обстежень роблять висновки про перебіг захворювання, відповідність призначеного лікування та можливу необхідність хірургічного втручання тощо.</p>	<p>(за можливості). 7. Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).</p>
<h3>3. Лікування</h3>		
<p>Початкова терапія залежить від причини виникнення міопії. Зазвичай необхідна оптична корекція суттєвої рефракційної аномалії(-й). Методи лікування міопії:</p> <ul style="list-style-type: none"> — оптична корекція; — контактна корекція зору; — хірургічне втручання для усунення причин виникнення міопії. 	<p>Лікування міопії може покращити гостроту зору у дітей. Лікування міопії здійснюється за допомогою корегування зорових рефракційних аномалій та визначення причин зорової деривації. Метою лікування є досягнення однакової гостроти зору для обох очей. Лікувальні заходи визначають з урахуванням віку дитини, гостроти зору, попереднього лікування, а також фізичного, соціального та психологічного стану дитини.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. За наявності суттєвої рефракційної аномалії(-й) призначається оптична або контактна корекція (розділ 4.3.) 2. За необхідності проведення хірургічного лікування причин, що призвели до міопії та у разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт скеровується до ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу. <p>Бажані.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Направлення дитини до спеціалізованого офтальмологічного дошкільного закладу.
<h3>4. Реабілітація та диспансерне спостереження</h3>		
<p>Всі пацієнти, у яких діагностовано міопію, мають знаходитись під постійним спостереженням лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та лікаря загальної практики. Після проведення консервативного лікування пацієнтам необхідно повернутися до повноцінного життя.</p>	<p>Лікування міопії повинне бути постійним, довготривалим та безперервним. Рекомендації щодо лікування базуються на віці дитини, її фізичному та психологічному розвитку, а також необхідно враховувати необхідність соціальної адаптації дитини.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подальша оцінка має проводитись через 2-3 місяці після початку лікування, але тривалість цього періоду може змінюватись в залежності від інтенсивності лікування та віку дитини. 2. На основі результату подальшої оцінки результатів дотримання лікування, режим лікування може потребувати змін, а саме: <ul style="list-style-type: none"> — сили оптичної корекції; — лазерної терапії можливих ускладнень на очному дні. 3. У разі відсутності ефекту від лікування чи неможливості

		<p>виконання плану диспансерного спостереження необхідно направити пацієнта до ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу.</p> <p>Бажані 4. Направлення на санаторно-курортне лікування за наявності показань та відсутності протипоказань (додатки 2, 5).</p>
--	--	--

3.3. Для закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) амбулаторну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з міопією позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.	Існують докази, що виявлення міопії в ранньому віці та своєчасне призначення оптичної корекції та лікування знижує ризик виникнення амбліопії та явищ астенопії, запобігають ранній інвалідизації.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування міопії. (розділ 4.1.1). 2. Надавати інформацію щодо міопії та її наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику міопії, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування міопії (додаток 7).
2. Діагностика		
Діагноз міопії встановлюється на підставі отриманих даних щодо характерних аномалій рефракції, динаміки змін гостроти зору. Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для оптимального оцінювання статичної рефракції, оптичних	Оцінка міопії вимагає як оцінки статусу рефракції ока, поточний вид корекції у пацієнта, симптомів і потреб зору. Оцінка міопії часто проводиться в поєднанні з комплексною медичною оцінкою очей, для виключення та лікування захворювань ока, що призводять до розвитку цих порушень. Опитувальники можуть	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Збір анамнезу (розділ 4.2.); 2. Фізикальне обстеження (розділ 4.2.) <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Динамічна рефрактометрія. 4. Динамічна візометрія. 5. Динамічне визначення бінокулярності. 6. Визначення ригідності рогівки (за можливості). 7. Визначення біомеханічних

<p>середовищ, виявлення захворювань, що можуть призвести до розвитку амбліопії.</p>	<p>бути корисними у виявленні симптомів, але повинні бути використані разом з анамнезом та результатами обстежень при прийнятті рішення щодо призначення виду лікування.</p> <p>На підставі сукупних результатів обстежень роблять висновки про перебіг захворювання, відповідність призначеного лікування та можливу необхідність хірургічного втручання тощо.</p>	<p>властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).</p>
---	---	--

3. Лікування

<p>Початкова терапія залежить від причини виникнення міопії. Зазвичай необхідна оптична корекція суттєвої рефракційної аномалії(-й). Методи лікування міопії:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Оптична корекція — Контактна корекція зору — Хірургічне втручання для усунення причин виникнення міопії 	<p>При лікуванні міопії, офтальмолог намагається покращити гостроту зору за допомогою однієї чи більше з наступних стратегій.</p> <p>Першим є визначення причин зорової депривації. Другим є корегування зорових рефракційних аномалій.</p> <p>Хоча це не завжди досягається, метою є досягнення однакової гостроти зору для обох очей. Рекомендації щодо лікування базуються на віці дитини, гостроті зору та дотриманні попереднього лікування, а також фізичному, соціальному та психологічному стані дитини.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. За наявності суттєвої рефракційної аномалії(-й) призначається оптична або контактна корекція (розділ 4.3.) 2. За необхідності проведення хірургічного лікування причин, що призвели до міопії та у разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт скеровується на до ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу. <p>Бажані.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Направлення дитини до спеціалізованого офтальмологічного дошкільного закладу.
---	--	---

4. Реабілітація та спостереження після лікування

<p>Всі пацієнти, у яких діагностовано міопію, мають знаходитись під постійним спостереженням лікаря дитячого</p>	<p>Лікування міопії повинне бути постійним, довготривалим та безперервним. Рекомендації щодо лікування базуються на віці дитини, її фізичному</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подальша оцінка має проводитись через 2-3 місяці після початку лікування, але цей період буде варіюватись, в залежності від інтенсивності лікування та віку
--	---	---

<p>офтальмолога, лікаря офтальмолога та лікаря загальної практики. Після проведення консервативного лікування пацієнтам необхідно повернутися до повноцінного життя.</p>	<p>та психологічному розвитку, а також необхідно враховувати необхідність соціальної адаптації дитини. Метою подальшої оцінки є контроль реакції на терапію та корегування плану лікування, у разі необхідності. Визначення гостроти зору міопічного ока є основною метою подальшої діагностики, але також важливо включити історію за певний проміжок часу, особливо дотримання плану лікування, побічні ефекти від лікування та гостроту зору на другому оці. Використання подібних схем при забезпеченні комфортних умов для дітей дає можливість отримати надійні результати під час огляду. Гострота зору на будь-якому оці може відрізнитись, через зміни у рефракційних аномаліях.</p>	<p>дитини. 2. На основі оцінки результатів дотримання лікування, режим лікування може потребувати змін, а саме: – зміна оптичної корекції аметропії; – лазерної терапії змін на сітківці. 3. Гострота зору повинна бути повторно перевірена для визначення, чи повернулася вона до рівня, який був до лікування, для відновлення лікування міопії.</p> <p>Бажані 4. Направлення на санаторно-курортне лікування за наявності показань та відсутності протипоказань (додатки 2, 5).</p>
--	---	---

3.4. Для закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) стаціонарну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Догоспітальний стан		
<p>Направлення на операцію за наявності показань та відсутності протипоказань може бути ініційоване офтальмологом або лікарем загальної практики (розділ 4.3). Проведення загальних обстежень, спеціалізованих обстежень, консультацій суміжних</p>	<p>Передопераційна підготовка, яка включає виявлення і лікування вогнищ хронічної інфекції, гострих станів, важких супутніх захворювань запобігає можливим післяопераційним ускладненням.</p>	<p>Обов'язкові. 1. Наявність документа, що відображає перебіг захворювання, медикаментозні призначення, показання та протипоказання до госпіталізації. 2. Проведення необхідних досліджень і консультацій перед операцією (розділ 4.3.3.) 3. Компенсація хронічних станів (нормалізація АТ, цукру крові, тощо). 4. Обговорення з пацієнтом</p>

<p>спеціалістів. Рішення про операцію повинно прийматися пацієнтом при обговоренні з офтальмологом.</p>		<p>серйозності захворювання та можливих методів подальшого лікування, прогнозу, ймовірності можливих ускладнень, важливості післяопераційної терапії. 5. Отримання інформованої згоди пацієнта перед операцією (додаток 8).</p>
<h2>2. Госпіталізація</h2>		
<p>Пацієнт має бути ознайомлений та згодний з метою госпіталізації до стаціонару, обсягом можливих/запланованих втручань. У пацієнта має бути наявна необхідна супровідна документація (розділ 4.3.3).</p>	<p>Ретельна підготовка хворого до госпіталізації значно зменшує ризик інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, що є запорукою успішного лікування та сталого результату у майбутньому.</p>	<p>Обов'язкові: 1. Необхідно обговорити з пацієнтом: – ризики та користь операції, включаючи будь-які ризики, характерні для цієї операції; – переважну мету рефракції і необхідний баланс рефракції між двома очима; – тип анестезії; – якщо пацієнт згодний на операцію, йому призначають дату операції; – вибір засобів профілактики інфекції. 3. Отримання інформованої згоди на операцію, якщо це не зроблено під час передопераційної оцінки.</p>
<h2>3. Діагностика</h2>		
<p>Діагностичні заходи спрямовані на визначення комплексного маршруту надання медичної допомоги) та передбачають: – визначення пацієнта і ока на операцію разом із зовнішнім оглядом очей; – визначення змін в загальному стані здоров'я або здоров'ї очей з моменту останньої перевірки і, за необхідності, провести повторне обстеження.</p>	<p>Раннє виявлення та лікування причин, що призвели до виникнення міопії сприяють успішному їх лікуванню та досягненню високих зорових функцій (гостроти зору). Ретельні передопераційні обстеження стану пацієнта (фізикальні, лабораторні) запобігають можливим негативним наслідкам лікування та погіршанню стану хворого внаслідок можливої лікарської помилки.</p>	<p>Обов'язкові: 1. Збір анамнезу (розділ 4.2.) 2. Провести комплексне дослідження очей із застосуванням загальних та спеціальних методів (розділ 4.2.2.) 3. За наявності супутньої очної патології або супутньої патології, що може впливати на функціонування зорового апарату, призначити додаткові методи обстеження (ОСТ, ФАГ, МРТ головного мозку та орбіти, ВЗП, А та В-сканування та інші). Бажані: – Динамічна рефрактометрія. – Динамічна візометрія. – Динамічне визначення</p>

<p>Для зручності пацієнтів час прибуття повинен, при можливості, бути встановлений, але пацієнти повинні прибути для проведення операції за певний час до початку операції, щоб забезпечити адекватну підготовку.</p> <p>Якщо хірург, який проводить операцію, не провів оцінку стану пацієнта до операції особисто, то він забов'язаний до початку операції ознайомитися зі станом пацієнтом, його захворюванням, будь-якими іншими супутніми захворюваннями.</p>		<p>бінокулярності.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Визначення ригідності рогівки (за можливості). – Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).
--	--	---

4. Лікування

<p>Мета та кінцевий результат лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> – усунення причин, що призвели до міопії, – підвищення гостроти зору, – складання плану подальшого лікування, – стабілізація зорових функцій, – збереження якості життя пацієнта. <p>Усі види оперативних втручань виконуються за показаннями, при відсутності протипоказань (розділ 4.3), на підставі даних, отриманих при проведенні діагностичних заходів, та за результатами обговорення з пацієнтом</p>	<p>Усі види оперативних втручань виконуються за показаннями, з урахуванням об'єктивних клінічних даних: стадії процесу, ступеню декомпенсації внутрішньоочного тиску (ВОТ) тощо.</p> <p>Перед рефракційною хірургією повинна оцінюватися топографія рогівки та її біомеханічні властивості на предмет неправильного астигматизму, викривлення рогівки або аномалій, які свідчать про кератоконус або інші ектазії рогівки. Всі ці умови можуть бути пов'язані з непередбачуваними результатами рефракції, кератоконуса і ектазії з прогресуванням ектазії</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хірургічні маніпуляції виконуються відповідно до визначених задач: корекція аномалії рефракції, усунення помутніння оптичних середовищ, усунення косоокості. 2. Післяопераційний догляд та медикаментозна супровідна терапія призначається відповідно до стану хворого. 3. Післяопераційне обстеження, в тому числі біомікроскопія рогівки за допомогою щілинної лампи, бажано провести на наступний день після операції і кожні 2-3 дні після цього, поки не пройде процес повної епіталізації. Епітелізація зазвичай завершується протягом 5 днів після операції. <p>Якщо використовуються бандажні контактні лінзи, їх використання можна припинити, як тільки виникає значна реепітелізація.</p>
---	---	--

<p>Метод хірургічного лікування визначається основною причиною виникнення міопії та направлений на усунення цих причин (корекція аномалії рефракції, усунення помутніння оптичних середовищ, усунення косоокості).</p>	<p>після кераторефракційної хірургії. При розгляді внутрішньоочної рефракційної хірургії для оцінки оптичних характеристик рогівки важливо вимірювання топографії та біомеханічних властивостей рогівки Це також актуально, якщо процедура кераторефракційної хірургії повинна оптимізувати результат рефракції після операції або для імплантації торичних інтраокулярних лінз. Відсутні дані щодо взаємозв'язку між діаметром низькоосвітленої зіниці і симптомами нічного зору після операції.</p>	<p>4. Пацієнти повинні бути проінформовані, що існує ризик погіршення нічного зору після кераторефракційної операції. 5. У разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт перенаправляється на вищий рівень надання медичної допомоги.</p> <p>Бажані: 6. Хірургічне та консервативне лікування причин, що можуть призвести до розвитку міопії.</p>
--	---	---

5. Виписка з рекомендаціями на післягоспітальний період

<p>Виписка пацієнта здійснюється після завершення всіх запланованих лікувальних заходів, відсутності ускладнень та можливості подальшого післяопераційного спостереження амбулаторно. Усі хворі, які були прооперовані отримують з медичної карти хворого (ф. 027/о) із зазначенням діагнозу, результатів проведеного лікування та обстеження.</p>	<p>У післяопераційному періоді виникає більшість ускладнень і спостерігається найбільша стабілізація зорових функцій. Офтальмолог, який проводив операцію, зобов'язаний повідомити пацієнта про відповідні ознаки й симптоми можливих ускладнень, засоби захисту ока, заходи, медикаменти, обов'язкові відвідування лікаря й надати докладну інформацію щодо доступу до невідкладної допомоги. Офтальмолог також повинен повідомити хворого про необхідність дотримання рекомендацій наданих йому після операції, та своєчасне повідомлення</p>	<p>Обов'язкові. 1. Оформити Виписку із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о). 2. Призначається план (частота) післяопераційних оглядів, який передбачає:</p> <ul style="list-style-type: none"> - збір анамнезу, включаючи післяопераційне застосування медикаментів, наявність нових симптомів, самооцінку зору; - вимірювання параметрів зорової функції (наприклад, гостроти зору, включаючи тест зі стенопеїчним отвором, і рефракції за можливості); - вимірювання ВОТ; - біомікроскопію із щільною лампою. <p>Перший післяопераційний огляд має бути призначений не пізніше 6-ти місяців після операції або раніше (за необхідності).</p>
--	---	---

	офтальмолога про будь-які проблеми. У пацієнта завжди має бути доступ до офтальмолога для отримання належної допомоги у випадку виникнення ускладнень. Обстеження через 3 місяці після операції не є обов'язковим. Більшість пацієнтів слід обстежувати приблизно через 6 місяців після операції.	3. Має бути складений індивідуальний план подальшого лікування та консультування / просвіти пацієнта або осіб, які за ним доглядають.
6. Реабілітація		
<p>Стабільний зір і рефракція не може бути досягнута протягом багатьох місяців. Необхідно проводити періодичні огляди з метою контролю стану ока, а також побічних ефектів, які можуть виникнути при тривалому застосуванні кортикостероїдів, наприклад, підвищений ВОТ.</p> <p>Пацієнт після рефракційної хірургії порушень рефракції має повернутися до максимально повноцінної якості життя.</p>	<p>Післяопераційне ведення є невід'ємною частиною результату будь-якої хірургічної процедури і відповідальністю хірурга, який проводив операцію. Місцеві антибіотики застосовуються для зведення до мінімуму ризику післяопераційних інфекцій.</p> <p>Застосування місцевих кортикостероїдів зазвичай починається відразу після операції і зменшуються впродовж декількох днів або тижнів, іноді – місяців. Якщо лікування кортикостероїдами тривале, необхідно контролювати ВОТ. Легке мінуче підвищення ВОТ може контролюватися місцевою терапією, але моніторинг дуже важливий, оскільки контроль ВОТ можна легко втратити при тривалому застосуванні кортикостероїдів.</p>	<p>Обов'язкові</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Медикаментозна супровідна терапія призначається відповідно до стану хворого. 2. Контроль за функціональним станом зорового аналізатора та виконанням рекомендацій згідно призначень/ виписки з стаціонару здійснюється відповідно до складеного плану <p>Бажані</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Санаторно-курортне лікування у профільних санаторіях для офтальмологічних хворих призначається за відсутності протипоказань (додатки 2, 5) 2. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії відповідно до стану пацієнта, якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.
7. Спостереження після лікування		
Пацієнт з міопією має проходити	Оскільки міопія може прогресувати з часом,	Обов'язкові 1. Забезпечити записи в Медичній

<p>диспансеризацію згідно з індивідуальним планом спостереження на підставі призначень/ виписки зі стаціонару. Хворий на міопію після медичних втручань має повернутися до максимально повноцінної якості життя.</p>	<p>важливо, щоб пацієнти розуміли, що своєчасне обстеження і лікування важливі для правильного прийняття рішень і втручання, щоб запобігти подальшу втрату зору.</p>	<p>карті амбулаторного хворого (форма № 025/о)).</p> <p>2. Контроль за виконанням рекомендацій згідно призначень/ виписки зі стаціонару.</p> <p>3. Надавати рекомендації щодо модифікації способу життя: обмеження фізичного навантаження, роботи з нервовим напруженням, роботи в нічний час, обмеження стимулюючих напоїв тощо.</p> <p>4. Контроль внутрішньоочного тиску, гостроти зору, поля зору, стану зорового нерва, показників топографії, контроль виконання пацієнтом рекомендацій лікаря.</p> <p>Бажані:</p> <p>5. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії / навчання відповідно до стану пацієнта, якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.</p> <p>6. Проводиться моніторинг змін біомеханічних властивостей рогівки та фіброзної капсули ока.</p>
--	--	---

ГІПЕРМЕТРОПІЯ

3.1. Для закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
<p>Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з гіперметропією позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.</p>	<p>Існують докази, що виявлення гіперметропії на ранніх стадіях та своєчасне скерування до спеціалістів з метою призначення адекватного лікування знижує ризик розвитку амбліопії, зниження зорових функцій, запобігають ранній інвалідизації.</p> <p>Оскільки багато очних і загальних проблем зі здоров'ям можуть вплинути на рефракцію і акомодацию, необхідно проводити комплексну оцінку здоров'я очей і пов'язаних з ними структур (придаткового апарату ока, зорових шляхів).</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування гіперметропії. (розділ 4.1.1). 2. Надавати інформацію щодо гіперметропії та її наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику гіперметропії, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування гіперметропії (додаток 7).
2. Діагностика		
<p>Діагноз гіперметропії встановлюється у закладі охорони здоров'я (ЗОЗ), що надає спеціалізовану /високоспеціалізовану медичну допомогу на підставі отриманих даних щодо характерних змін та комплексної оцінки офтальмо статусу.</p> <p>Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для оптимального оцінювання структур, які містяться за</p>	<p>Початкова оцінка гіперметропії включає комплексну оцінку офтальмо статусу із взяттям до уваги факторів ризику гіперметропії, таких як косоокість, гіперметропія, сімейного анамнезу та присутність помутніння середовищ чи структурних дефектів.</p> <p>Діагноз гіперметропії може бути поставлений тільки спеціалістом з відповідною кваліфікацією і досвідом.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Збір скарг та анамнезу (генетичний, травматичний анамнез, запальні процеси, наявність супутньої патології). 2. Перевірка гостроти зору (візометрія). 3. При неможливості проведення діагностики – термінове скерування пацієнта до лікаря офтальмолога, лікаря дитячого офтальмолога. <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Визначення гостроти зору (візометрія).

райдужною оболонкою, включно – зоровий нерв.		
3. Лікування		
Лікування призначається і проводиться лікарем дитячим офтальмологом, лікарем офтальмологом за місцем проживання / реєстрації.	Лікування гіперметропії може покращити гостроту зору у дітей. Лікування гіперметропії здійснюється за допомогою корегування зорових рефракційних аномалій та визначення причин зорової деривації. Метою лікування є досягнення однакової гостроти зору для обох очей, запобігання або зменшення прогресування гіперметропії. Лікувальні заходи визначають з урахуванням віку дитини, гостроти зору, попереднього лікування, а також фізичного, соціального та психологічного стану дитини.	Обов'язкові: Під час обстеження та лікування сприяти виконанню пацієнтом всіх рекомендацій лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та інших фахівців.
4. Реабілітація та диспансерне спостереження		
Пацієнти з гіперметропією потребують диспансерного спостереження у лікаря загальної практики – сімейного лікаря/дільничного терапевта/дільничного педіатра, який веде необхідну медичну документацію та сприяє виконанню пацієнтом плану диспансеризації та рекомендацій спеціалістів.	Існують докази щодо можливості збереження функцій (гостроти зору) в межах норми на час лікування гіперметропії, відсутності прогресування та ускладнень гіперметропії протягом тривалого часу за умови лікування та усунення причин, що призвели до їх виникнення.	Обов'язкові: 1. Перевірка під час контрольного огляду дотримання пацієнтом рекомендацій дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога, правильності застосування оптичної корекції та лікування. 2. Періодичність контрольних оглядів встановлюється лікарем загальної практики відповідно до рекомендацій лікаря дитячого офтальмолога / лікаря офтальмолога. 3. У разі виявлення дестабілізації зорових функцій пацієнт повинен бути вчасно скерований до лікаря дитячого офтальмолога / лікаря офтальмолога для вирішення подальшої стратегії лікування. 4. При відсутності динаміки пацієнт повинен бути вчасно

		<p>скерований до лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога для вирішення подальшої стратегії лікування</p> <p>Бажані: 5. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії/ навчання (з урахуванням стану пацієнта), якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.</p>
--	--	---

3.2. Для закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з гіперметропією позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.	Існують докази, що виявлення гіперметропії в ранньому віці та своєчасне призначення оптичної корекції та лікування знижує ризик виникнення амбліопії та явищ астенопії, запобігають ранній інвалідизації.	<p>Обов'язкові.</p> <p>1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування гіперметропії. (розділ 4.1.1).</p> <p>2. Надавати інформацію щодо гіперметропії та її наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику гіперметропії, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування гіперметропії (додаток 7).</p>
2. Діагностика		
Діагноз гіперметропії встановлюється на підставі отриманих даних щодо характерних аномалій рефракції, динаміки змін гостроти зору. Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для оптимального	Оцінка гіперметропії вимагає як оцінки статусу рефракції ока, поточний вид корекції у пацієнта, симптомів і потреб зору. Оцінка гіперметропії часто проводиться в поєднанні з комплексною медичною оцінкою очей, для виключення та лікування захворювань ока, що	<p>Обов'язкові.</p> <p>1. Збір анамнезу;</p> <p>2. Фізикальне обстеження (розділ 4.2.)</p> <p>Бажані:</p> <p>3. Динамічна рефрактометрія.</p> <p>4. Динамічна візометрія.</p> <p>5. Динамічне визначення біокулярності.</p> <p>5. Визначення ригідності рогівки</p>

<p>оцінювання статичної рефракції, оптичних середовищ, виявлення захворювань, що можуть призвести до розвитку амбліопії.</p>	<p>призводять до розвитку цих порушень. На підставі сукупних результатів обстежень роблять висновки про перебіг захворювання, відповідність призначеного лікування та можливу необхідність хірургічного втручання тощо.</p>	<p>(за можливості). 7. Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).</p>
--	---	---

3. Лікування

<p>Початкова терапія залежить від причини виникнення гіперметропії. Зазвичай необхідна оптична корекція суттєвої рефракційної аномалії(-й). Методи лікування гіперметропії:</p> <ul style="list-style-type: none"> — оптична корекція, оклюзія за наявності амбліопії; — хірургічне лікування; — зорова терапія – за наявності амбліопії, плеоптичне лікування. 	<p>Лікування гіперметропії може покращити гостроту зору у дітей. Лікування гіперметропії здійснюється за допомогою корегування зорових рефракційних аномалій та визначення причин зорової деривації. Метою лікування є досягнення однакової гостроти зору для обох очей. Лікувальні заходи визначають з урахуванням віку дитини, гостроти зору, попереднього лікування, а також фізичного, соціального та психологічного стану дитини.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Призначається оптична корекція — оклюзія за наявності амбліопії (розділ 4.3). 2. Призначається зорова терапія – плеоптичне лікування за наявності амбліопії (розділ 4.3). 3. За необхідності проведення хірургічного лікування причин, що призвели до гіперметропії, та у разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт скеровується до ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу. <p>Бажані.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Направлення дитини до спеціалізованого офтальмологічного дошкільного закладу.
--	--	--

4. Реабілітація та диспансерне спостереження

<p>Всі пацієнти, у яких діагностовано гіперметропію, мають знаходитись під постійним спостереженням лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та лікаря загальної практики. Після проведення консервативного лікування пацієнтам необхідно повернутися</p>	<p>Лікування гіперметропії повинне бути постійним, довготривалим та безперервним. Рекомендації щодо лікування базуються на віці дитини, її фізичному та психологічному розвитку, а також необхідно враховувати необхідність соціальної адаптації дитини.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подальша діагностика має проводитись через 2-3 місяці після початку лікування, але тривалість цього періоду може змінюватись в залежності від інтенсивності лікування та віку дитини. 2. На основі результату подальшої діагностики та оцінки результатів дотримання лікування, режим лікування може потребувати змін, а саме: <ul style="list-style-type: none"> — сили оптичної корекції;
--	--	--

до повноцінного життя.		<p>– за необхідності оклюзія та плеоптичне лікування.</p> <p>3. У разі відсутності ефекту від лікування чи неможливості виконання плану диспансерного спостереження необхідно направити пацієнта до ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу.</p> <p>Бажані:</p> <p>4. Направлення на санаторно-курортне лікування за наявності показань та відсутності протипоказань (додатки 2, 5).</p>
------------------------	--	---

3.3. Для закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) амбулаторну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
<p>Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з гіперметропією позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.</p>	<p>Існують докази, що виявлення гіперметропії в ранньому віці та своєчасне призначення оптичної корекції та лікування знижує ризик виникнення амбліопії та явищ астенопії, запобігають ранній інвалідизації.</p>	<p>1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування гіперметропії. (розділ 4.1.1).</p> <p>2. Надавати інформацію щодо гіперметропії та її наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику гіперметропії, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування гіперметропії (додаток 7).</p>
2. Діагностика		
<p>Діагноз гіперметропії встановлюється на підставі отриманих даних щодо характерних аномалій рефракції, динаміки змін гостроти зору. Огляд за наявності розширеної зіниці є</p>	<p>Оцінка гіперметропії вимагає як оцінки статусу рефракції ока, поточний вид корекції у пацієнта, симптомів і потреб зору. Оцінка гіперметропії часто проводиться в поєднанні з комплексною медичною оцінкою очей, для</p>	<p>Обов'язкові.</p> <p>1. Збір анамнезу;</p> <p>2. Фізикальне обстеження (розділ 4.2.)</p> <p>Бажані:</p> <p>3. Динамічна рефрактометрія.</p> <p>4. Динамічна візометрія.</p> <p>5. Динамічне визначення</p>

<p>необхідним для оптимального оцінювання статичної рефракції, оптичних середовищ, виявлення захворювань, що можуть призвести до розвитку амбліопії.</p>	<p>виключення та лікування захворювань ока, що призводять до розвитку цих порушень. Опитувальники можуть бути корисними у виявленні симптомів, але повинні бути використані разом з анамнезом та результатами обстежень при прийнятті рішення щодо призначення виду лікування. На підставі сукупних результатів обстежень роблять висновки про перебіг захворювання, відповідність призначеного лікування та можливу необхідність хірургічного втручання тощо.</p>	<p>бінокулярності. 5. Визначення ригідності рогівки (за можливості). 7. Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).</p>
<h3>3. Лікування</h3>		
<p>Початкова терапія залежить від причини виникнення гіперметропії. Зазвичай необхідна оптична корекція суттєвої рефракційної аномалії(-й). Методи лікування гіперметропії:</p> <ul style="list-style-type: none"> — оптична корекція; — хірургічне лікування; — зорова терапія. 	<p>При лікуванні гіперметропії, офтальмолог намагається покращити гостроту зору за допомогою однієї чи більше з наступних стратегій. Першим є визначення причин зорової депривації. Другим є оклюзія та за потребою плеоптичне лікування. Хоча це не завжди досягається, метою є досягнення однакової гостроти зору для обох очей. Рекомендації щодо лікування базуються на віці дитини, гостроті зору та дотриманні попереднього лікування, а також фізичному, соціальному та психологічному стані дитини.</p>	<p>Обов'язкові: 1 Обов'язкові: 1. Призначається оптична корекція — оклюзія за наявності амбліопії (розділ 4.3). 2. Призначається зорова терапія – плеоптичне лікування за наявності амбліопії (розділ 4.3). 3. За необхідності проведення хірургічного лікування причин, що призвели до гіперметропії, та у разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт скеровується до ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу.</p> <p>Бажані. 4. Направлення дитини до спеціалізованого офтальмологічного дошкільного закладу.</p>
<h3>4. Реабілітація та спостереження після лікування</h3>		

<p>Всі пацієнти, у яких діагностовано гіперметропію, мають знаходитись під постійним спостереженням лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та лікаря загальної практики. Після проведення консервативного лікування пацієнтам необхідно повернутися до повноцінного життя.</p>	<p>Лікування гіперметропії повинне бути постійним, довготривалим та безперервним. Рекомендації щодо лікування базуються на віці дитини, її фізичному та психологічному розвитку, а також необхідно враховувати необхідність соціальної адаптації дитини. Метою подальшої оцінки є контроль реакції на терапію та корегування плану лікування, у разі необхідності. Визначення гостроти зору гіперметропічного ока є основною метою подальшої діагностики, але також важливо включити історію за певний проміжок часу, особливо дотримання плану лікування, побічні ефекти від лікування та гостроту зору на другому оці. Використання подібних схем при забезпечені комфортних умов для дітей дає можливість отримати надійні результати під час огляду. Гострота зору на будь-якому оці може відрізнятись, через зміни у рефракційних аномаліях.</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подальша оцінка має проводитись через 2-3 місяці після початку лікування, але цей період буде варіюватись, в залежності від інтенсивності лікування та віку дитини. 2. На основі результату подальшої оцінки результатів дотримання лікування, режим лікування може потребувати змін, а саме: <ul style="list-style-type: none"> – сили оптичної корекції; – за відсутності ефекту від проведеної терапії призначити плеоптичне лікування. 3. Гострота зору повинна бути повторно бути перевірена для визначення, чи повернулась вона до рівня, який був до лікування, для відновлення лікування гіперметропії (додаток 7). <p>Бажані</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Направлення на санаторно-курортне лікування за наявності показань та відсутності протипоказань (додатки 2, 5).
---	---	---

3.4. Для закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) стаціонарну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Догоспітальний стан		
<p>Направлення на операцію за наявності показань та відсутності протипоказань може бути ініційоване офтальмологом або лікарем загальної</p>	<p>Передопераційна підготовка, яка включає виявлення і лікування вогнищ хронічної інфекції, гострих станів, важких супутніх захворювань запобігає можливим</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наявність документа, що відображає перебіг захворювання, медикаментозні призначення, показання та протипоказання до госпіталізації. 2. Проведення необхідних

<p>практики (розділ 4.3). Проведення загальних обстежень, спеціалізованих обстежень, консультацій суміжних спеціалістів. Рішення про операцію повинно прийматися пацієнтом при обговоренні з офтальмологом.</p>	<p>післяопераційним ускладненням.</p>	<p>досліджень і консультації перед операцією (розділ 4.3.3.) 3. Компенсація хронічних станів (нормалізація АТ, цукру крові, тощо). 4. Обговорення з пацієнтом серйозності захворювання та можливих методів подальшого лікування, прогнозу, ймовірності можливих ускладнень, важливості післяопераційної терапії. 5. Отримання інформованої згоди пацієнта перед операцією (форма, додаток 8).</p>
<h2>2. Госпіталізація</h2>		
<p>Пацієнт має бути ознайомлений та згодний з метою госпіталізації до стаціонару, обсягом можливих/запланованих втручань. У пацієнта має бути наявна необхідна супровідна документація (розділ 4.3.3).</p>	<p>Ретельна підготовка хворого до госпіталізації значно зменшує ризик інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, що є запорукою успішного лікування та сталого результату у майбутньому.</p>	<p>Обов'язкові: 1. Необхідно обговорити з пацієнтом: – ризики та користь операції, включаючи будь-які ризики, характерні для цієї операції; – переважну мету рефракції і необхідний баланс рефракції між двома очима; – тип анестезії; – якщо пацієнт згодний на операцію, йому призначають дату операції; – вибір засобів профілактики інфекції. 3. Отримання інформованої згоди на операцію, якщо це не зроблено під час передопераційної оцінки.</p>
<h2>3. Діагностика</h2>		
<p>Діагностичні заходи спрямовані на визначення комплексного маршруту надання медичної допомоги) та передбачають: – визначення пацієнта і ока на операцію разом із зовнішнім оглядом очей; – визначення змін в загальному стані здоров'я або здоров'ї очей з</p>	<p>Раннє виявлення та лікування причин, що призвели до виникнення гіперметропії сприяють успішному їх лікуванню та досягненню високих зорових функцій (гостроти зору). Ретельні передопераційні обстеження стану пацієнта (фізикальні, лабораторні) запобігають можливим негативним наслідкам лікування та погіршанню стану хворого внаслідок</p>	<p>Обов'язкові: 1. Збір анамнезу (розділ 4.2.) 2. Провести комплексне дослідження очей із застосуванням загальних та спеціальних методів (розділ 4.2.2.) 3. За наявності супутньої очної патології або супутньої патології, що може впливати на функціонування зорового апарату, призначити додаткові методи обстеження (ОСТ, ФАГ, МРТ головного мозку та орбіти, ВЗП, А та В-сканування та</p>

<p>моменту останньої перевірки і, за необхідності, провести повторне обстеження.</p> <p>Для зручності пацієнтів час прибуття повинен, при можливості, бути встановлений, але пацієнти повинні прийти для проведення операції за певний час до початку операції, щоб забезпечити адекватну підготовку.</p>	<p>можливої лікарської помилки.</p>	<p>інші).</p> <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Динамічна рефрактометрія. 5. Динамічна візометрія. 6. Динамічне визначення біокулярності. 7. Визначення ригідності рогівки (за можливості). 8. Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).
<h4>4. Лікування</h4>		
<p>Мета та кінцевий результат лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> — усунення причин, що призвели до гіперметропії, — підвищення гостроти зору, — складання плану подальшого лікування, — стабілізація зорових функцій, — збереження якості життя пацієнта. <p>Усі види оперативних втручань виконуються за показаннями, при відсутності протипоказань (розділ 4.3), на підставі даних, отриманих при проведенні діагностичних заходів, та за результатами обговорення з пацієнтом</p> <p>Метод хірургічного лікування визначається основною причиною виникнення гіперметропії та направлений на усунення цих причин</p>	<p>Усі види оперативних втручань виконуються за показаннями, з урахуванням об'єктивних клінічних даних: стадії процесу, ступеню декомпенсації ВОТ тощо. Перед рефракційною хірургією повинна оцінюватися топографія рогівки та її біомеханічні властивості на предмет неправильного астигматизму, викривлення рогівки або аномалій, які свідчать про кератоконус або інші ектазії рогівки. Всі ці умови можуть бути пов'язані з непередбачуваними результатами рефракції, кератоконуса і ектазії з прогресуванням ектазії після кераторефракційної хірургії.</p> <p>При розгляді внутрішньоочної рефракційної хірургії для оцінки оптичних характеристик рогівки важливо вимірювання топографії та біомеханічних</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хірургічні маніпуляції виконуються відповідно до визначених задач: корекція аномалії рефракції, усунення помутніння оптичних середовищ, усунення косоокості. 2. Післяопераційний догляд та медикаментозна супровідна терапія призначається відповідно до стану хворого. 3. Післяопераційне обстеження, в тому числі біомікроскопія рогівки за допомогою щілинної лампи, бажано провести на наступний день після операції і кожні 2-3 дні після цього, поки не пройде процес повної епіталізації. Епіталізація зазвичай завершується протягом 5 днів після операції. Якщо використовуються бандажні контактні лінзи, їх використання можна припинити, як тільки виникає значна реепіталізація. 4. Пацієнти повинні бути проінформовані, що існує ризик погіршення нічного зору після кераторефракційної операції. 5. У разі неможливості надання допомоги на даному рівні

<p>(корекція аномалії рефракції, усунення помутніння оптичних середовищ, усунення косоокості).</p>	<p>властивостей рогівки Це також актуально, якщо процедура кераторефракційної хірургії повинна оптимізувати результат рефракції після операції або для імплантації торичних інтраокулярних лінз. Відсутні дані щодо взаємозв'язку між діаметром низькоосвітленої зіниці і симптомами нічного зору після операції.</p>	<p>пацієнт перенаправляється на вищий рівень надання медичної допомоги.</p> <p>Бажані: 6. Хірургічне та консервативне лікування причин, що можуть призвести до розвитку гіперметропії.</p>
<p>5. Виписка з рекомендаціями на післягоспітальний період</p>		
<p>Виписка пацієнта здійснюється після завершення всіх запланованих лікувальних заходів, відсутності ускладнень та можливості подальшого післяопераційного спостереження амбулаторно. Усі хворі, які були прооперовані отримують з медичної карти хворого (ф. 027/о) із зазначенням діагнозу, результатів проведеного лікування та обстеження.</p>	<p>У післяопераційному періоді виникає більшість ускладнень і спостерігається найбільша стабілізація зорових функцій. Офтальмолог, який проводив операцію, зобов'язаний повідомити пацієнта про відповідні ознаки й симптоми можливих ускладнень, засоби захисту ока, заходи, медикаменти, обов'язкові відвідування лікаря й надати докладну інформацію щодо доступу до невідкладної допомоги. Офтальмолог також повинен повідомити хворого про необхідність дотримання рекомендацій наданих йому після операції, та своєчасне повідомлення офтальмолога про будь-які проблеми. У пацієнта завжди має бути доступ до офтальмолога для отримання належної допомоги у випадку виникнення ускладнень Обстеження через 3 місяці після операції не є обов'язковим. Більшість</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оформити Виписку із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о). 2. Призначається план (частота) післяопераційних оглядів, який передбачає: <ul style="list-style-type: none"> – збір анамнезу, включаючи післяопераційне застосування медикаментів, наявність нових симптомів, самооцінку зору; – вимірювання параметрів зорової функції (наприклад, гостроти зору, включаючи тест зі стенопійним отвором, і рефракції за можливості); вимірювання ВОТ; біомікроскопію із щілинною лампою. <p>Перший післяопераційний огляд має бути призначений не пізніше 6-ти місяців після операції або раніше (за необхідності).</p> 3. Має бути складений індивідуальний план подальшого лікування та консультування / просвіти пацієнта або осіб, які за ним доглядають.

	пацієнтів слід обстежувати приблизно через 6 місяців після операції.	
6. Реабілітація		
<p>Стабільний зір і рефракція може бути досягнута протягом багатьох місяців. Необхідно проводити періодичні огляди з метою контролю стану ока, а також побічних ефектів, які можуть виникнути при тривалому застосуванні кортикостероїдів, наприклад, підвищений ВОТ.</p> <p>Пацієнт після рефракційної хірургії порушень рефракції має повернутися до максимально повноцінної якості життя.</p>	<p>Післяопераційне ведення є невід'ємною частиною результату будь-якої хірургічної процедури і відповідальністю хірурга, який проводив операцію. Місцеві антибіотики застосовуються для зведення до мінімуму ризику післяопераційних інфекцій.</p> <p>Застосування місцевих кортикостероїдів зазвичай починається відразу після операції і зменшуються впродовж декількох днів або тижнів, іноді – місяців. Якщо лікування кортикостероїдами тривале, необхідно контролювати ВОТ. Легке мінуче підвищення ВОТ може контролюватися місцевою терапією, але моніторинг дуже важливий, оскільки контроль ВОТ можна легко втратити при тривалому застосуванні кортикостероїдів.</p>	<p>Обов'язкові</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Медикаментозна супровідна терапія призначається відповідно до стану хворого. 2. Контроль за функціональним станом зорового аналізатора та виконанням рекомендацій згідно призначень/ виписки з стаціонару здійснюється відповідно до складеного плану <p>Бажані</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Санаторно-курортне лікування у профільних санаторіях для офтальмологічних хворих призначається за відсутності протипоказань (додаток 2-5) 2. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії відповідно до стану пацієнта, якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.
7. Спостереження після лікування		
<p>Пацієнт з гіперметропією має проходити диспансеризацію згідно з індивідуальним планом спостереження на підставі призначень/ виписки зі стаціонару. Хворий на гіперметропію після медичних втручань має</p>	<p>Оскільки гіперметропія може прогресувати з часом, важливо, щоб пацієнти розуміли, що своєчасне обстеження і лікування важливі для правильного прийняття рішень і втручання, щоб запобігти подальшу втрату зору.</p>	<p>Обов'язкові</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о)). 2. Контроль за виконанням рекомендацій згідно призначень/ виписки зі стаціонару. 3. Надавати рекомендації щодо модифікації способу життя: обмеження фізичного навантаження, роботи з

<p>повернутися до максимально повноцінної якості життя.</p>		<p>нервовим напруженням, роботи в нічний час, обмеження стимулюючих напоїв тощо.</p> <p>4. Контроль внутрішньоочного тиску, гостроти зору, поля зору, стану зорового нерва, показників топографії, контроль виконання пацієнтом рекомендацій лікаря.</p> <p>Бажані:</p> <p>5. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії / навчання відповідно до стану пацієнта, якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.</p> <p>6. Проводиться моніторинг змін біомеханічних властивостей рогівки та фіброзної капсули ока.</p>
---	--	--

АСТИГМАТИЗМ

3.1. Для закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
<p>Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з астигматизмом позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.</p>	<p>Існують докази, що виявлення астигматизму на ранніх стадіях та своєчасне скерування до спеціалістів з метою призначення адекватного лікування знижує ризик розвитку астигматизму, зниження зорових функцій, запобігають ранній інвалідизації.</p> <p>Оскільки багато очних і загальних проблем зі здоров'ям можуть вплинути на рефракцію і акомодацию, необхідно проводити комплексну оцінку здоров'я очей і пов'язаних з ними структур (придаткового апарату ока, зорових шляхів).</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування астигматизму. (розділ 4.1.1). 2. Надавати інформацію щодо астигматизму та його наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику астигматизму, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування астигматизму (додаток 7).
2. Діагностика		
<p>Діагноз астигматизму встановлюється у закладі охорони здоров'я (ЗОЗ), що надає спеціалізовану /високоспеціалізовану медичну допомогу на підставі отриманих даних щодо характерних змін та комплексної оцінки офтальмо статусу. Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для оптимального оцінювання структур, які містяться за</p>	<p>Початкова оцінка астигматизму включає комплексну оцінку офтальмо статусу із взяттям до уваги факторів ризику астигматизму, таких як косоокість, астигматизм, сімейного анамнезу та присутність помутніння середовищ чи структурних дефектів.</p> <p>Діагноз астигматизму може бути поставлений тільки спеціалістом з відповідною кваліфікацією і досвідом.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Збір скарг та анамнезу (генетичний, травматичний анамнез, запальні процеси, наявність супутньої патології). 2. Перевірка гостроти зору (візометрія). 3. При неможливості проведення діагностики – термінове скерування пацієнта до лікаря офтальмолога, лікаря дитячого офтальмолога. <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Визначення гостроти зору (візометрія).

райдужною оболонкою, включно – зоровий нерв.		
3. Лікування		
Лікування призначається і проводиться лікарем дитячим офтальмологом, лікарем офтальмологом за місцем проживання / реєстрації.	Лікування астигматизму може покращити гостроту зору у дітей. Лікування астигматизму здійснюється за допомогою корегування зорових рефракційних аномалій та визначення причин зорової деривації. Метою лікування є досягнення однакової гостроти зору для обох очей, запобігання або зменшення прогресування астигматизму. Лікувальні заходи визначають з урахуванням віку дитини, гостроти зору, попереднього лікування, а також фізичного, соціального та психологічного стану дитини.	Обов'язкові: Під час обстеження та лікування сприяти виконанню пацієнтом всіх рекомендацій лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та інших фахівців.
4. Реабілітація та диспансерне спостереження		
Пацієнти з астигматизмом потребують диспансерного спостереження у лікаря загальної практики – сімейного лікаря/дільничного терапевта/дільничного педіатра, який веде необхідну медичну документацію та сприяє виконанню пацієнтом плану диспансеризації та рекомендацій спеціалістів.	Існують докази щодо можливості збереження функцій (гостроти зору) в межах норми на час лікування міопії, відсутності прогресування та ускладнень міопії протягом тривалого часу за умови лікування та усунення причин, що призвели до їх виникнення	Обов'язкові: 1. Перевірка під час контрольного огляду дотримання пацієнтом рекомендацій дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога, правильності застосування оптичної корекції та лікування. 2. Періодичність контрольних оглядів встановлюється лікарем загальної практики відповідно до рекомендацій лікаря дитячого офтальмолога / лікаря офтальмолога. 3. У разі виявлення дестабілізації зорових функцій пацієнт повинен бути вчасно скерований до лікаря дитячого офтальмолога / лікаря офтальмолога для вирішення подальшої стратегії лікування. 4. При відсутності динаміки пацієнт повинен бути вчасно

		<p>скерований до лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога для вирішення подальшої стратегії лікування</p> <p>Бажані: 5. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії/ навчання (з урахуванням стану пацієнта), якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.</p>
--	--	---

3.2. Для закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з астигматизмом позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.	Існують докази, що виявлення астигматизму в ранньому віці та своєчасне призначення оптичної корекції та лікування знижує ризик виникнення астигматизму та явищ астенопії, запобігають ранній інвалідизації.	<p>Обов'язкові.</p> <p>1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування астигматизму. (розділ 4.1.1).</p> <p>2. Надавати інформацію щодо астигматизму та його наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику астигматизму, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування астигматизму (додаток 7).</p>
2. Діагностика		
Діагноз астигматизм встановлюється на підставі отриманих даних щодо характерних аномалій рефракції, динаміки змін гостроти зору. Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для оптимального	Оцінка астигматизму вимагає як оцінки статусу рефракції ока, поточний вид корекції у пацієнта, симптомів і потреб зору. Оцінка астигматизму часто проводиться в поєднанні з комплексною медичною оцінкою очей, для виключення та лікування захворювань ока, що	<p>Обов'язкові.</p> <p>1. Збір анамнезу;</p> <p>2. Фізикальне обстеження (розділ 4.2.)</p> <p>Бажані:</p> <p>3. Динамічна рефрактометрія.</p> <p>4. Динамічна візометрія.</p> <p>5. Динамічне визначення біокулярності.</p> <p>6. Визначення ригідності рогівки</p>

оцінювання статичної рефракції, оптичних середовищ, виявлення захворювань, що можуть призвести до розвитку астигматизму (амбліопії).	призводять до розвитку цих порушень. На підставі сукупних результатів обстежень роблять висновки про перебіг захворювання, відповідність призначеного лікування та можливу необхідність хірургічного втручання тощо.	(за можливості). 7. Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).
--	--	---

3. Лікування

<p>Початкова терапія залежить від причини виникнення астигматизму. Зазвичай необхідна оптична корекція суттєвої рефракційної аномалії(-й).</p> <p>Методи лікування астигматизму:</p> <ul style="list-style-type: none"> — оптична корекція, оклюзія; — хірургічне лікування; — зорова терапія: плеоптичне лікування. 	<p>Лікування астигматизму може покращити гостроту зору у дітей. Лікування астигматизму здійснюється за допомогою корегування зорових рефракційних аномалій та визначення причин зорової деривації. Метою лікування є досягнення однакової гостроти зору для обох очей. Лікувальні заходи визначають з урахуванням віку дитини, гостроти зору, попереднього лікування, а також фізичного, соціального та психологічного стану дитини.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Призначається оптична корекція, оклюзія (розділ 4.3). 2. Призначається плеоптичне лікування (розділ 4.3). 3. За необхідності проведення хірургічного лікування причин, що призвели до астигматизму та у разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт скеровується у ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу. <p>Бажані.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Направлення дитини до спеціалізованого офтальмологічного дошкільного закладу.
---	--	---

4. Реабілітація та диспансерне спостереження

<p>Всі пацієнти, у яких діагностовано астигматизм, мають знаходитись під постійним спостереженням лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та лікаря загальної практики. Після проведення консервативного лікування пацієнтам необхідно повернутися до повноцінного життя.</p>	<p>Лікування астигматизму повинне бути постійним, довготривалим та безперервним. Рекомендації щодо лікування базуються на віці дитини, її фізичному та психологічному розвитку, а також необхідно враховувати необхідність соціальної адаптації дитини.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подальша діагностика має проводитись через 2-3 місяці після початку лікування, але тривалість цього періоду може змінюватись в залежності від інтенсивності лікування та віку дитини. 2. На основі результату подальшої діагностики та оцінки результатів дотримання лікування, режим лікування може потребувати змін, а саме: <ul style="list-style-type: none"> — сили оптичної корекції; — режиму оклюзії. 3. У разі відсутності ефекту від лікування чи неможливості
---	---	---

		<p>виконання плану диспансерного спостереження необхідно направити пацієнта до ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу.</p> <p>Бажані 4. Направлення на санаторно-курортне лікування за наявності показань та відсутності протипоказань (додатки 2, 5).</p>
--	--	--

3.3. Для закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) амбулаторну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з астигматизмом позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.	Існують докази, що виявлення астигматизму в ранньому віці та своєчасне призначення оптичної корекції та лікування знижує ризик виникнення астигматизму та явищ астенопії, запобігають ранній інвалідизації.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування астигматизму. (розділ 4.1.1). 2. Надавати інформацію щодо астигматизму та його наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику астигматизму, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування астигматизму (додаток 7).
2. Діагностика		
Діагноз астигматизм встановлюється на підставі отриманих даних щодо характерних аномалій рефракції, динаміки змін гостроти зору. Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для оптимального оцінювання статичної рефракції, оптичних середовищ, виявлення	Оцінка астигматизму вимагає як оцінки статусу рефракції ока, поточний вид корекції у пацієнта, симптомів і потреб зору. Оцінка астигматизму часто проводиться в поєднанні з комплексною медичною оцінкою очей, для виключення та лікування захворювань ока, що призводять до розвитку цих порушень. На підставі сукупних	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Збір анамнезу; 2. Фізикальне обстеження (розділ 4.2.) <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Динамічна рефрактометрія. 4. Динамічна візометрія. 5. Динамічне визначення бінокулярності. 6. Визначення ригідності рогівки (за можливості). 7. Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули

захворювань, що можуть призвести до розвитку астигматизму.	результатів обстежень роблять висновки про перебіг захворювання, відповідність призначеного лікування та можливу необхідність хірургічного втручання тощо.	ока (за можливості).
3. Лікування		
<p>Початкова терапія залежить від причини виникнення астигматизму. Зазвичай необхідна оптична корекція суттєвої рефракційної аномалії(-й).</p> <p>Методи лікування астигматизму:</p> <ul style="list-style-type: none"> — оптична корекція, оклюзія; — хірургічне лікування; — зорова терапія: плеоптичне лікування. 	<p>При лікуванні астигматизму, офтальмолог намагається покращити гостроту зору за допомогою однієї чи більше з наступних стратегій.</p> <p>Першим є визначення причин зорової депривації. Другим є корегування зорових рефракційних аномалій.</p> <p>Хоча це не завжди досягається, метою є досягнення однакової гостроти зору для обох очей. Рекомендації щодо лікування формуються в залежності від віку дитини, гостроті зору та дотримання попереднього лікування, а також фізичного, соціального та психологічного стану дитини.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Призначається оптична корекція, оклюзія (розділ 4.3). 2. Призначається плеоптичне лікування (розділ 4.3). 3. За необхідності проведення хірургічного лікування причин, що призвели до астигматизму та у разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт скеровується у ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу. <p>Бажані.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Направлення дитини до спеціалізованого офтальмологічного дошкільного закладу.
4. Реабілітація та спостереження після лікування		
<p>Всі пацієнти, у яких діагностовано астигматизм, мають знаходитись під постійним спостереженням лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та лікаря загальної практики.</p> <p>Після проведення консервативного лікування пацієнтам необхідно повернутися до повноцінного життя.</p>	<p>Лікування астигматизму повинне бути постійним, довготривалим та безперервним. Рекомендації щодо лікування базуються на віці дитини, її фізичному та психологічному розвитку, а також необхідно враховувати необхідність соціальної адаптації дитини.</p> <p>Метою подальшої оцінки є контроль реакції на терапію та корегування плану лікування, у разі</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подальша діагностика має проводитись через 2-3 місяці після початку лікування, але цей період буде варіюватись, в залежності від інтенсивності лікування та віку дитини. 2. На основі результату подальшої діагностики та оцінки результатів дотримання лікування, режим лікування може потребувати змін, а саме: <ul style="list-style-type: none"> – зміни оптичної корекції; – режиму оклюзії. 3. Гострота зору повинна бути

	<p>необхідності. Визначення гостроти зору астигматичного ока є основною метою подальшої діагностики, але також важливо включити історію за певний проміжок часу, особливо дотримання плану лікування, побічні ефекти від лікування та гостроту зору на другому оці. Використання подібних схем при забезпеченні комфортних умов для дітей дає можливість отримати надійні результати під час огляду. Гострота зору на будь-якому оці може відрізнитись, через зміни у рефракційних аномаліях.</p>	<p>повторно бути перевірена для визначення, чи повернулася вона до рівня, який був до лікування, для відновлення лікування астигматизму (додатки 1,7).</p> <p>Бажані 4. Направлення на санаторно-курортне лікування за наявності показань та відсутності протипоказань (додатки 2, 5).</p>
--	---	---

3.4. Для закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) стаціонарну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Догоспітальний стан		
<p>Направлення на операцію за наявності показань та відсутності протипоказань може бути ініційоване офтальмологом або лікарем загальної практики (розділ 4.3). Проведення загальних обстежень, спеціалізованих обстежень, консультацій суміжних спеціалістів. Рішення про операцію повинно прийматися пацієнтом при обговоренні з офтальмологом.</p>	<p>Передопераційна підготовка, яка включає виявлення і лікування вогнищ хронічної інфекції, гострих станів, важких супутніх захворювань запобігає можливим післяопераційним ускладненням.</p>	<p>Обов'язкові. 1. Наявність документа, що відображає перебіг захворювання, медикаментозні призначення, показання та протипоказання до госпіталізації. 2. Проведення необхідних досліджень і консультації перед операцією (розділ 4.3.3.) 3. Компенсація хронічних станів (нормалізація АТ, цукру крові, тощо). 4. Обговорення з пацієнтом стосовно серйозності захворювання та можливих методів подальшого лікування, прогнозу, ймовірності можливих ускладнень, важливості післяопераційної терапії. 5. Отримання інформованої згоди пацієнта перед операцією (додаток 8).</p>

2. Госпіталізація		
<p>Пацієнт має бути ознайомлений та згодний з метою госпіталізації до стаціонару, обсягом можливих/запланованих втручань.</p> <p>У пацієнта має бути наявна необхідна супровідна документація (розділ 4.3.3).</p>	<p>Ретельна підготовка хворого до госпіталізації значно зменшує ризик інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, що є запорукою успішного лікування та сталого результату у майбутньому.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Необхідно обговорити з пацієнтом: <ul style="list-style-type: none"> – ризики та користь операції, включаючи будь-які ризики, характерні для цієї операції; – переважну мету рефракції і необхідний баланс рефракції між двома очима; – тип анестезії; – якщо пацієнт згодний на операцію, йому призначають дату операції; – вибір засобів профілактики інфекції. 3. Отримання інформовану згоду на операцію, якщо це не зроблено під час передопераційної оцінки.
3. Діагностика		
<p>Діагностичні заходи спрямовані на визначення комплексного маршруту надання медичної допомоги) та передбачають:</p> <ul style="list-style-type: none"> – визначення пацієнта і ока на операцію разом із зовнішнім оглядом очей; – визначення змін в загальному стані здоров'я або здоров'ї очей з моменту останньої перевірки і, за необхідності, провести повторне обстеження. <p>Для зручності пацієнтів час прибуття повинен, при можливості, бути встановлений, але пацієнти повинні прибути для проведення операції за певний час до початку</p>	<p>Раннє виявлення та лікування причин, що призвели до виникнення астигматизму сприяють успішному їх лікуванню та досягненню високих зорових функцій (гостроти зору).</p> <p>Ретельні передопераційні обстеження стану пацієнта (фізикальні, лабораторні) запобігають можливим негативним наслідкам лікування та погіршанню стану хворого внаслідок можливої лікарської помилки.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Збір анамнезу (розділ 4.2.) 2. Провести комплексне дослідження очей із застосуванням загальних та спеціальних методів (розділ 4.2.2.) 3. За наявності супутньої очної патології або супутньої патології, що може впливати на функціонування зорового апарату, призначити додаткові методи обстеження (ОСТ, ФАГ, МРТ головного мозку та орбіти, ВЗП, А та В-сканування та інші). <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Динамічна рефрактометрія. 5. Динамічна візометрія. 6. Динамічне визначення біокулярності. 7. Визначення ригідності рогики (за можливості). 8. Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).

операції, щоб забезпечити адекватну підготовку.		
4. Лікування		
<p>Мета та кінцевий результат лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> — усунення причин, що призвели до астигматизму, — підвищення гостроти зору, — складання плану подальшого лікування, — стабілізація зорових функцій, — збереження якості життя пацієнта. <p>Усі види оперативних втручань виконуються за показаннями, при відсутності протипоказань (розділ 4.3), на підставі даних, отриманих при проведенні діагностичних заходів, та за результатами обговорення з пацієнтом</p> <p>Метод хірургічного лікування визначається основною причиною виникнення астигматизму та направлений на усунення цих причин (корекція аномалії рефракції, усунення помутніння оптичних середовищ, усунення косоокості).</p>	<p>Усі види оперативних втручань виконуються за показаннями, з урахуванням об'єктивних клінічних даних: стадії процесу, ступеню декомпенсації ВОТ тощо. Перед рефракційною хірургією повинна оцінюватися топографія рогівки та її біомеханічні властивості на предмет неправильного астигматизму, викривлення рогівки або аномалій, які свідчать про кератоконус або інші ектазії рогівки. Всі ці умови можуть бути пов'язані з непередбачуваними результатами рефракції, кератоконуса і ектазії з прогресуванням ектазії після кераторефракційної хірургії.</p> <p>При розгляді внутрішньоочної рефракційної хірургії для оцінки оптичних характеристик рогівки важливо вимірювання топографії та біомеханічних властивостей рогівки</p> <p>Це також актуально, якщо процедура кераторефракційної хірургії повинна оптимізувати результат рефракції після операції або для імплантації торичних інтраокулярних лінз.</p> <p>Відсутні дані щодо взаємозв'язку між діаметром низькоосвітленої зіниці і симптомами</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хірургічні маніпуляції виконуються відповідно до визначених задач: корекція аномалії рефракції, усунення помутніння оптичних середовищ, усунення косоокості. 2. Післяопераційний догляд та медикаментозна супровідна терапія призначається відповідно до стану хворого. 3. Післяопераційне обстеження, в тому числі біомікроскопія рогівки за допомогою щілинної лампи, бажано провести на наступний день після операції і кожні 2-3 дні після цього, поки не пройде процес повної епіталізації. Епітелізація зазвичай завершується протягом 5 днів після операції. <p>Якщо використовуються бандажні контактні лінзи, їх використання можна припинити, як тільки виникає значна реепітелізація.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Пацієнти повинні бути проінформовані, що існує ризик погіршення нічного зору після кераторефракційної операції. 5. У разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт перенаправляється на вищий рівень надання медичної допомоги. <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Хірургічне та консервативне лікування причин, що можуть призвести до розвитку астигматизму.

	нічного зору після операції.	
5. Виписка з рекомендаціями на післягоспітальний період		
<p>Виписка пацієнта здійснюється після завершення всіх запланованих лікувальних заходів, відсутності ускладнень та можливості подальшого післяопераційного спостереження амбулаторно. Усі хворі, які були прооперовані отримують з медичної карти хворого (ф. 027/о) із зазначенням діагнозу, результатів проведеного лікування та обстеження.</p>	<p>У післяопераційному періоді виникає більшість ускладнень і спостерігається найбільша стабілізація зорових функцій. Офтальмолог, який проводив операцію, зобов'язаний повідомити пацієнта про відповідні ознаки й симптоми можливих ускладнень, засоби захисту ока, заходи, медикаменти, обов'язкові відвідування лікаря й надати докладну інформацію щодо доступу до невідкладної допомоги. Офтальмолог також повинен повідомити хворого про необхідність дотримання рекомендацій наданих йому після операції, та своєчасне повідомлення офтальмолога про будь-які проблеми. У пацієнта завжди має бути доступ до офтальмолога для отримання належної допомоги у випадку виникнення ускладнень. Обстеження через 3 місяці після операції не є обов'язковим. Більшість пацієнтів слід обстежувати приблизно через 6 місяців після операції.</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> Оформити Виписку із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о). Призначається план (частота) післяопераційних оглядів, який передбачає: <ul style="list-style-type: none"> - збір анамнезу, включаючи післяопераційне застосування медикаментів, наявність нових симптомів, самооцінку зору; - вимірювання параметрів зорової функції (наприклад, гостроти зору, включаючи тест зі стенопеїчним отвором, і рефракції за можливості); - вимірювання ВОР; - біомікроскопію із щільною лампою. <p>Перший післяопераційний огляд має бути призначений не пізніше 6-ти місяців після операції або раніше (за необхідності).</p> <ol style="list-style-type: none"> Має бути складений індивідуальний план подальшого лікування та консультування / просвіти пацієнта або осіб, які за ним доглядають.
6. Реабілітація		
<p>Стабільний зір і рефракція може бути досягнута протягом багатьох місяців. Необхідно проводити періодичні огляди з метою контролю стану</p>	<p>Післяопераційне ведення є невід'ємною частиною результату будь-якої хірургічної процедури і відповідальністю хірурга, який проводив операцію. Місцеві антибіотики</p>	<p>Обов'язкові</p> <ol style="list-style-type: none"> Медикаментозна супровідна терапія призначається відповідно до стану хворого. Контроль за функціональним станом зорового аналізатора та виконанням рекомендацій згідно

<p>ока, а також побічних ефектів, які можуть виникнути при тривалому застосуванні кортикостероїдів, наприклад, підвищений ВОТ.</p> <p>Пацієнт після рефракційної хірургії порушень рефракції має повернутися до максимально повноцінної якості життя.</p>	<p>застосовуються для зведення до мінімуму ризику післяопераційних інфекцій.</p> <p>Застосування місцевих кортикостероїдів зазвичай починається відразу після операції і зменшуються впродовж декількох днів або тижнів, іноді – місяців. Якщо лікування кортикостероїдами тривале, необхідно контролювати ВОТ. Легке минуче підвищення ВОТ може контролюватися місцевою терапією, але моніторинг дуже важливий, оскільки контроль ВОТ можна легко втратити при тривалому застосуванні кортикостероїдів.</p>	<p>призначень/ виписки з стаціонару здійснюється відповідно до складеного плану</p> <p>Бажані</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Санаторно-курортне лікування у профільних санаторіях для офтальмологічних хворих призначається за відсутності протипоказань (додатки 2, 5) 2. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії відповідно до стану пацієнта, якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.
---	--	--

7. Спостереження після лікування

<p>Пацієнт з астигматизмом має проходити диспансеризацію згідно з індивідуальним планом спостереження на підставі призначень/ виписки зі стаціонару. Хворий на астигматизм після медичних втручань має повернутися до максимально повноцінної якості життя.</p>	<p>Оскільки астигматизм може прогресувати з часом, важливо, щоб пацієнти розуміли, що своєчасне обстеження і лікування важливі для правильного прийняття рішень і втручання, щоб запобігти подальшу втрату зору.</p>	<p>Обов'язкові</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о). 2. Контроль за виконанням рекомендацій згідно призначень/ виписки зі стаціонару. 3. Надавати рекомендації щодо модифікації способу життя: обмеження фізичного навантаження, роботи з нервовим напруженням, роботи в нічний час, обмеження стимулюючих напоїв тощо. 4. Контроль внутрішньоочного тиску, гостроти зору, поля зору, стану зорового нерва, показників топографії, контроль виконання пацієнтом рекомендацій лікаря. <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії / навчання відповідно до стану пацієнта, якщо є протипоказання до роботи,
---	--	---

		яку він виконує в даний час. 6. Проводиться моніторинг змін біомеханічних властивостей рогівки та фіброзної капсули ока.
--	--	---

Анізометропія

3.1. Для закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
<p>Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з анізометропією позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.</p>	<p>Існують докази, що виявлення анізометропії на ранніх стадіях та своєчасне скерування до спеціалістів з метою призначення адекватного лікування знижує ризик розвитку амбліопії, зниження зорових функцій, запобігають ранній інвалідизації.</p> <p>Оскільки багато очних і загальних проблем зі здоров'ям можуть вплинути на рефракцію і акомодацию, необхідно проводити комплексну оцінку здоров'я очей і пов'язаних з ними структур (придаткового апарату ока, зорових шляхів).</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування анізометропії. (розділ 4.1.1). 2. Надавати інформацію щодо анізометропії та її наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику анізометропії, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування анізометропії (додаток 7).
2. Діагностика		
<p>Діагноз анізометропії встановлюється у закладі охорони здоров'я (ЗОЗ), що надає спеціалізовану /високоспеціалізовану медичну допомогу на підставі отриманих даних щодо характерних змін та комплексної оцінки офтальмостатусу. Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для оптимального оцінювання структур, які містяться за</p>	<p>Початкова оцінка анізометропії включає комплексну оцінку офтальмостатусу із взяттям до уваги факторів ризику анізометропії, таких як косоокість, сімейного анамнезу та присутність помутніння середовищ чи структурних дефектів. Діагноз анізометропії може бути поставлений тільки спеціалістом з відповідною кваліфікацією і досвідом.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Збір скарг та анамнезу (генетичний, травматичний анамнез, запальні процеси, наявність супутньої патології). 2. Перевірка гостроти зору (візометрія). 3. При неможливості проведення діагностики – термінове скерування пацієнта до лікаря офтальмолога, лікаря дитячого офтальмолога. <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Визначення гостроти зору (візометрія).

райдужною оболонкою, включно – зоровий нерв.		
3. Лікування		
Лікування призначається і проводиться лікарем дитячим офтальмологом, лікарем офтальмологом за місцем проживання / реєстрації.	Лікування анізотропії може покращити гостроту зору у дітей. Лікування анізотропії здійснюється за допомогою корегування зорових рефракційних аномалій та визначення причин зорової деривації. Метою лікування є досягнення однакової гостроти зору для обох очей, запобігання або зменшення прогресування анізотропії. Лікувальні заходи визначають з урахуванням віку дитини, гостроти зору, попереднього лікування, а також фізичного, соціального та психологічного стану дитини.	Обов'язкові: Під час обстеження та лікування сприяти виконанню пацієнтом всіх рекомендацій лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та інших фахівців.
4. Реабілітація та диспансерне спостереження		
Пацієнти з анізотропією потребують диспансерного спостереження у лікаря загальної практики – сімейного лікаря/дільничного терапевта/дільничного педіатра, який веде необхідну медичну документацію та сприяє виконанню пацієнтом плану диспансеризації та рекомендацій спеціалістів.	Існують докази щодо можливості збереження функцій (гостроти зору) в межах норми на час лікування анізотропії, відсутності прогресування та ускладнень анізотропії протягом тривалого часу за умови лікування та усунення причин, що призвели до їх виникнення.	Обов'язкові: 1. Перевірка під час контрольного огляду дотримання пацієнтом рекомендацій дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога, правильності застосування оптичної корекції та лікування. 2. Періодичність контрольних оглядів встановлюється лікарем загальної практики відповідно до рекомендацій лікаря дитячого офтальмолога / лікаря офтальмолога. 3. У разі виявлення дестабілізації зорових функцій пацієнт повинен бути вчасно скерований до лікаря дитячого офтальмолога / лікаря офтальмолога для вирішення подальшої стратегії лікування. 4. При відсутності динаміки пацієнт повинен бути вчасно

		скерований до лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога для вирішення подальшої стратегії лікування Бажані: 5. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії/ навчання (з урахуванням стану пацієнта), якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.
--	--	---

3.2. Для закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з анізометропією позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.	Існують докази, що виявлення анізометропії в ранньому віці та своєчасне призначення оптичної корекції та лікування знижує ризик виникнення амбліопії та явищ астенопії, запобігають ранній інвалідизації.	Обов'язкові. 1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування анізометропії. (розділ 4.1.1). 2. Надавати інформацію щодо анізометропії та її наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику анізометропії, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування анізометропії (додаток 7).
2. Діагностика		
Діагноз анізометропії встановлюється на підставі отриманих даних щодо характерних аномалій рефракції, динаміки змін гостроти зору. Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для оптимального оцінювання статичної	Оцінка анізометропії вимагає як оцінки статусу рефракції ока, поточний вид корекції у пацієнта, симптомів і потреб зору. Оцінка анізометропії часто проводиться в поєднанні з комплексною медичною оцінкою очей, для виключення та лікування захворювань ока, що призводять до розвитку цих	Обов'язкові. 1. Збір анамнезу; 2. Фізикальне обстеження (розділ 4.2.) Бажані: - Динамічна рефрактометрія. - Динамічна візометрія. - Динамічне визначення бінокулярності. - Визначення ригідності рогівки (за можливості).

<p>рефракції, оптичних середовищ, виявлення захворювань, що можуть призвести до розвитку амбліопії.</p>	<p>порушень. На підставі сукупних результатів обстежень роблять висновки про перебіг захворювання, відповідність призначеного лікування та можливу необхідність хірургічного втручання тощо.</p>	<p>- Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).</p>
<h3>3. Лікування</h3>		
<p>Початкова терапія залежить від причини виникнення анізотропії. Зазвичай необхідна оптична корекція суттєвої рефракційної аномалії (-й). Методи лікування анізотропії:</p> <ul style="list-style-type: none"> – оптична корекція; – хірургічне лікування; – зорова терапія (плеоптичне лікування). 	<p>Лікування анізотропії може покращити гостроту зору у дітей. Лікування анізотропії здійснюється за допомогою корегування зорових рефракційних аномалій та призначення оклюзії, а за потреби – зміна плеоптичного лікування. Метою лікування є досягнення однакової гостроти зору для обох очей. Лікувальні заходи визначають з урахуванням віку дитини, гостроти зору, попереднього лікування, а також фізичного, соціального та психологічного стану дитини.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. За наявності суттєвої рефракційної аномалії(-й) призначається оптична корекція або зорова терапія (плеоптичне лікування) (розділ 4.3). 2. За необхідності проведення хірургічного лікування причин, що призвели до анізотропії та у разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт скеровується до ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу. <p>Бажані.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Направлення дитини до спеціалізованого офтальмологічного дошкільного закладу.
<h3>4. Реабілітація та диспансерне спостереження</h3>		
<p>Всі пацієнти, у яких діагностовано анізотропію, мають знаходитись під постійним спостереженням лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та лікаря загальної практики. Після проведення консервативного лікування пацієнтам необхідно повернутися до повноцінного життя.</p>	<p>Лікування анізотропії повинне бути постійним, довготривалим та безперервним. Рекомендації щодо лікування базуються на віці дитини, її фізичному та психологічному розвитку, а також необхідно враховувати необхідність соціальної адаптації дитини.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подальша оцінка має проводитись через 2-3 місяці після початку лікування, але тривалість цього періоду може змінюватись в залежності від інтенсивності лікування та віку дитини. 2. За результатами подальшої діагностики та оцінки результатів дотримання лікування, режим лікування може потребувати змін, а саме: <ul style="list-style-type: none"> – сили та виду оптичної корекції; – режиму оклюзії; – плеоптичне лікування – за потреби.

		<p>3. У разі відсутності ефекту від лікування чи неможливості виконання плану диспансерного спостереження необхідно направити пацієнта до ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу.</p> <p>Бажані</p> <p>4. Направлення на санаторно-курортне лікування за наявності показань та відсутності протипоказань (додатки 2, 5).</p>
--	--	--

3.3. Для закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) амбулаторну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з анізометропією позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.	Існують докази, що виявлення анізометропії в ранньому віці та своєчасне призначення оптичної корекції та лікування знижує ризик виникнення амбліопії та явищ астенопії, запобігають ранній інвалідизації.	<p>1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування анізометропії. (розділ 4.1.1).</p> <p>2. Надавати інформацію щодо анізометропії та її наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику анізометропії, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування анізометропії (додаток 7).</p>
2. Діагностика		
Діагноз анізометропії встановлюється на підставі отриманих даних щодо характерних аномалій рефракції, динаміки змін гостроти зору. Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для оптимального	Оцінка анізометропії вимагає оцінки статусу рефракції ока, поточного виду корекції у пацієнта, симптомів і потреб зору. Оцінка анізометропії часто проводиться в поєднанні з комплексною медичною оцінкою очей, для виключення та лікування захворювань ока, що	<p>Обов'язкові:</p> <p>1. Збір анамнезу;</p> <p>2. Фізикальне обстеження (розділ 4.2.).</p> <p>Бажані:</p> <p>3. Динамічна рефрактометрія.</p> <p>4. Динамічна візометрія.</p> <p>5. Динамічне визначення бінокулярності.</p> <p>6. Визначення ригідності рогівки</p>

<p>оцінювання статичної рефракції, оптичних середовищ, виявлення захворювань, що можуть призвести до розвитку амбліопії.</p>	<p>приводять до розвитку цих порушень. Опитувальники можуть бути корисними у виявленні симптомів, але повинні бути використані разом з анамнезом та результатами обстежень при прийнятті рішення щодо призначення виду лікування. На підставі сукупних результатів обстежень роблять висновки про перебіг захворювання, відповідність призначеного лікування та можливу необхідність хірургічного втручання тощо.</p>	<p>(за можливості). 7. Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).</p>
<h3>3. Лікування</h3>		
<p>Початкова терапія залежить від причини виникнення анізотропії. Зазвичай необхідна оптична корекція суттєвої рефракційної аномалії(-й).</p> <p>Методи лікування анізотропії:</p> <ul style="list-style-type: none"> — оптична корекція; — хірургічне лікування; — зорова терапія (плеоптичне лікування). 	<p>При лікуванні анізотропії, офтальмолог намагається покращити гостроту зору за допомогою однієї чи більше з наступних стратегій.</p> <p>Першим є визначення причин зорової депривації. Другим є за потреби призначення оклюзії, та плеоптичного лікування.</p> <p>Хоча це не завжди досягається, метою є досягнення однакової гостроти зору для обох очей. Рекомендації щодо лікування базуються на віці дитини, гостроті зору та дотриманні попереднього лікування, а також фізичному, соціальному та психологічному стані дитини.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. За наявності суттєвої рефракційної аномалії(-й) призначається оптична корекція, зорова терапія (плеоптичне лікування) (розділ 4.3). 2. За необхідності проведення хірургічного лікування причин, що призвели до анізотропії та у разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт скеровується на до ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу. <p>Бажані.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Направлення дитини до спеціалізованого офтальмологічного дошкільного закладу.
<h3>4. Реабілітація та спостереження після лікування</h3>		
<p>Всі пацієнти, у яких діагностовано</p>	<p>Лікування анізотропії повинне бути постійним,</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подальша діагностика має

<p>анізотропію, мають знаходитись під постійним спостереженням лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та лікаря загальної практики. Після проведення консервативного лікування пацієнтам необхідно повернутися до повноцінного життя.</p>	<p>довготривалим та безперервним. Рекомендації щодо лікування базуються на віці дитини, її фізичному та психологічному розвитку, а також необхідно враховувати необхідність соціальної адаптації дитини. Метою подальшої оцінки є контроль реакції на терапію та корегування плану лікування, у разі необхідності. Визначення гостроти зору анізотропічного ока є основною метою подальшої діагностики, але також важливо включити історію за певний проміжок часу, особливо дотримання плану лікування, побічні ефекти від лікування та гостроту зору на другому оці. Використання подібних схем при забезпеченні комфортних умов для дітей дає можливість отримати надійні результати під час огляду. Гострота зору на будь-якому оці може відрізнятись, через зміни у рефракційних аномаліях.</p>	<p>проводитись через 2-3 місяці після початку лікування, але цей період буде варіюватись, в залежності від інтенсивності лікування та віку дитини.</p> <p>2. На основі результату подальшої діагностики та оцінки результатів дотримання лікування, режим лікування може потребувати змін, а саме:</p> <ul style="list-style-type: none"> – сили та виду оптичної корекції; – режиму оклюзії; – плеоптичне лікування – за необхідності. <p>3. Гострота зору повинна бути повторно бути перевірена для визначення, чи повернулась вона до рівня, який був до лікування, для відновлення лікування анізотропії (додаток 1,7).</p> <p>Бажані</p> <p>4. Направлення на санаторно-курортне лікування за наявності показань та відсутності протипоказань (додаток 2-5).</p>
--	--	---

3.4. Для закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) стаціонарну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Догоспітальний стан		
<p>Направлення на операцію за наявності показань та відсутності протипоказань може бути ініційоване офтальмологом або лікарем загальної практики (розділ 4.3). Проведення загальних</p>	<p>Передопераційна підготовка, яка включає виявлення і лікування вогнищ хронічної інфекції, гострих станів, важких супутніх захворювань запобігає можливим післяопераційним ускладненням.</p>	<p>Обов'язкові.</p> <p>1. Наявність документа, що відображає перебіг захворювання, медикаментозні призначення, показання та протипоказання до госпіталізації.</p> <p>2. Проведення необхідних досліджень і консультації перед операцією (розділ 4.3.3.)</p>

<p>обстежень, спеціалізованих обстежень, консультацій суміжних спеціалістів. Рішення про операцію повинно прийматися пацієнтом при обговоренні з офтальмологом.</p>		<p>3. Компенсація хронічних станів (нормалізація АТ, цукру крові, тощо). 4. Обговорення з пацієнтом серйозності захворювання та можливих методів подальшого лікування, прогнозу, ймовірності можливих ускладнень, важливості післяопераційної терапії. 5. Отримання інформованої згоди пацієнта перед операцією (додаток 8).</p>
<h2>2. Госпіталізація</h2>		
<p>Пацієнт має бути ознайомлений та згодний з метою госпіталізації до стаціонару, обсягом можливих/запланованих втручань. У пацієнта має бути наявна необхідна супровідна документація (розділ 4.3.3).</p>	<p>Ретельна підготовка хворого до госпіталізації значно зменшує ризик інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, що є запорукою успішного лікування та сталого результату у майбутньому.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> Необхідно обговорити з пацієнтом: <ul style="list-style-type: none"> – ризики та користь операції, включаючи будь-які ризики, характерні для цієї операції; – переважну мету рефракції і необхідний баланс рефракції між двома очима; – тип анестезії; – якщо пацієнт згодний на операцію, йому призначають дату операції; – вибір засобів профілактики інфекції. Отримати інформовану згоду на операцію, якщо це не зроблено під час передопераційної оцінки.
<h2>3. Діагностика</h2>		
<p>Діагностичні заходи передбачають:</p> <ul style="list-style-type: none"> – визначення пацієнта і ока на операцію разом із зовнішнім оглядом очей; – визначення змін в загальному стані здоров'я або здоров'ї очей з моменту останньої перевірки і, за необхідності, провести повторне обстеження. <p>Для зручності пацієнтів час прибуття повинен,</p>	<p>Раннє виявлення та лікування причин, що призвели до виникнення анізотропії сприяють успішному їх лікуванню та досягненню високих зорових функції (гостроти зору). Ретельні передопераційні обстеження стану пацієнта (фізикальні, лабораторні) запобігають можливим негативним наслідкам лікування та погіршанню стану хворого внаслідок можливої лікарської помилки.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> Збір анамнезу (розділ 4.2.) Провести комплексне дослідження очей із застосуванням загальних та спеціальних методів (розділ 4.2.2.) За наявності супутньої очної патології або супутньої патології, що може впливати на функціонування зорового апарату, призначити додаткові методи обстеження (ОСТ, ФАГ, МРТ головного мозку та орбіти, ВЗП, А та В-сканування та інші). <p>Бажані:</p>

<p>при можливості, бути встановлений, але пацієнти повинні прибути для проведення операції за певний час до початку операції, щоб забезпечити адекватну підготовку.</p> <p>Якщо хірург, який проводить операцію, не провів оцінку стану пацієнта до операції особисто, то він забов'язаний до початку операції ознайомитися зі станом пацієнтом, його захворюванням, будь-якими іншими супутніми захворюваннями.</p>		<p>4. Динамічна рефрактометрія. 5. Динамічна візометрія. 6. Динамічне визначення біокулярності. 7. Визначення ригідності рогівки (за можливості). 8. Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).</p>
--	--	---

4. Лікування

<p>Мета та кінцевий результат лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> — усунення причин, що призвели до анізометропії, — підвищення гостроти зору, — складання плану подальшого лікування, — стабілізація зорових функцій, — збереження якості життя пацієнта. <p>Усі види оперативних втручань виконуються за показаннями, при відсутності протипоказань (розділ 4.3), на підставі даних, отриманих при проведенні діагностичних заходів, та за результатами обговорення з пацієнтом.</p> <p>Метод хірургічного</p>	<p>Усі види оперативних втручань виконуються за показаннями, з урахуванням об'єктивних клінічних даних: стадії процесу, ступеню декомпенсації ВОТ тощо. Перед рефракційною хірургією повинна оцінюватися топографія рогівки та її біомеханічні властивості на предмет неправильного астигматизму, викривлення рогівки або аномалій, які свідчать про кератоконус або інші ектазії рогівки. Всі ці умови можуть бути пов'язані з непередбачуваними результатами рефракції, кератоконуса і ектазії з прогресуванням ектазії після кераторефракційної хірургії.</p> <p>При розгляді внутрішньоочної</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хірургічні втручання виконуються відповідно до визначених задач: корекція аномалії рефракції, усунення помутніння оптичних середовищ, усунення косоокості. 2. Післяопераційний догляд та медикаментозна супровідна терапія призначається відповідно до стану хворого. 3. Післяопераційне обстеження, в тому числі біомікроскопія рогівки за допомогою щілинної лампи, бажано провести на наступний день після операції і кожні 2-3 дні після цього, поки не пройде процес повної епіталізації. Епітелізація зазвичай завершується протягом 5 днів після операції. <p>Якщо використовуються бандажні контактні лінзи, їх використання можна припинити, як тільки виникає значна реепітелізація.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Пацієнти повинні бути проінформовані, що існує ризик
---	--	--

<p>лікування визначається основною причиною виникнення анізотропії та направлений на усунення цих причин (корекція аномалії рефракції, усунення помутніння оптичних середовищ, усунення косоокості).</p>	<p>рефракційної хірургії для оцінки оптичних характеристик рогівки важливо вимірювання топографії та біомеханічних властивостей рогівки Це також актуально, якщо процедура кераторефракційної хірургії повинна оптимізувати результат рефракції після операції або для імплантації торичних інтраокулярних лінз.</p>	<p>погіршення нічного зору після кераторефракційної операції. 5. У разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт перенаправляється на вищий рівень надання медичної допомоги. Бажані: 6. Хірургічне та консервативне лікування причин, що можуть призвести до розвитку анізотропії (амбліопії).</p>
--	--	---

5. Виписка з рекомендаціями на післягоспітальний період

<p>Виписка пацієнта здійснюється після завершення всіх запланованих лікувальних заходів, відсутності ускладнень та можливості подальшого післяопераційного спостереження амбулаторно. Усі хворі, які були прооперовані отримують з медичної карти хворого (ф. 027/о) із зазначенням діагнозу, результатів проведеного лікування та обстеження.</p>	<p>У післяопераційному періоді виникає більшість ускладнень і спостерігається найбільша стабілізація зорових функцій. Офтальмолог, який проводив операцію, зобов'язаний повідомити пацієнта про відповідні ознаки й симптоми можливих ускладнень, засоби захисту ока, заходи, медикаменти, обов'язкові відвідування лікаря й надати докладну інформацію щодо доступу до невідкладної допомоги. Офтальмолог також повинен повідомити хворого про необхідність дотримання рекомендацій наданих йому після операції, та своєчасне повідомлення офтальмолога про будь-які проблеми. У пацієнта завжди має бути доступ до офтальмолога для отримання належної допомоги у випадку виникнення ускладнень Обстеження через 3 місяці після операції не є</p>	<p>Обов'язкові. 1. Оформити Виписку із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о). 2. Призначається план (частота) післяопераційних оглядів, який передбачає: - збір анамнезу, включаючи післяопераційне застосування медикаментів, наявність нових симптомів, самооцінку зору; - вимірювання параметрів зорової функції (наприклад, гостроти зору, включаючи тест зі стенопеїчним отвором, і рефракції за можливості); - вимірювання ВОТ; - біомікроскопію із щілинною лампою. Перший післяопераційний огляд має бути призначений не пізніше 6-ти місяців після операції або раніше (за необхідності). 3. Має бути складений індивідуальний план подальшого лікування та консультування / просвіти пацієнта або осіб, які за ним доглядають.</p>
--	---	--

	обов'язковим. Більшість пацієнтів слід обстежувати приблизно через 6 місяців після операції.	
6. Реабілітація		
<p>Стабільний зір і рефракція не може бути досягнута протягом багатьох місяців.</p> <p>Необхідно проводити періодичні огляди з метою контролю стану ока, а також побічних ефектів, які можуть виникнути при тривалому застосуванні кортикостероїдів, наприклад, підвищений ВОТ.</p> <p>Пацієнт після рефракційної хірургії порушень рефракції має повернутися до максимально повноцінної якості життя.</p>	<p>Післяопераційне ведення є невід'ємною частиною результату будь-якої хірургічної процедури і відповідальністю хірурга, який проводив операцію.</p> <p>Місцеві антибіотики застосовуються для зведення до мінімуму ризику післяопераційних інфекцій.</p> <p>Застосування місцевих кортикостероїдів зазвичай починається відразу після операції і зменшуються впродовж декількох днів або тижнів, іноді – місяців. Якщо лікування кортикостероїдами тривале, необхідно контролювати ВОТ. Легке мінуче підвищення ВОТ може контролюватися місцевою терапією, але моніторинг дуже важливий, оскільки контроль ВОТ можна легко втратити при тривалому застосуванні кортикостероїдів.</p>	<p>Обов'язкові</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Медикаментозна супровідна терапія призначається відповідно до стану хворого. 2. Контроль за функціональним станом зорового аналізатора та виконанням рекомендацій згідно призначень/ виписки з стаціонару здійснюється відповідно до складеного плану <p>Бажані</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Санаторно-курортне лікування у профільних санаторіях для офтальмологічних хворих призначається за відсутності протипоказань (додатки 2, 5) 2. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії відповідно до стану пацієнта, якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.
7. Спостереження після лікування		
<p>Пацієнт з анізометропією має проходити диспансеризацію згідно з індивідуальним планом спостереження на підставі призначень/ виписки зі стаціонару.</p> <p>Хворий на анізометропію після медичних втручань має</p>	<p>Оскільки анізометропія може прогресувати з часом, важливо, щоб пацієнти розуміли, що своєчасне обстеження і лікування важливі для правильного прийняття рішень і втручання, щоб запобігти подальшу втрату зору.</p>	<p>Обов'язкові</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о). 2. Контроль за виконанням рекомендацій згідно призначень/ виписки зі стаціонару. 3. Надавати рекомендації щодо модифікації способу життя: обмеження фізичного навантаження, роботи з нервовим напруженням, роботи в нічний

<p>повернутися до максимально повноцінної якості життя.</p>		<p>час, обмеження стимулюючих напоїв тощо.</p> <p>4. Контроль внутрішньоочного тиску, гостроти зору, поля зору, стану зорового нерва, показників топографії, контроль виконання пацієнтом рекомендацій лікаря.</p> <p>Бажані:</p> <p>5. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії / навчання відповідно до стану пацієнта, якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.</p> <p>6. Проводиться моніторинг змін біомеханічних властивостей рогівки та фіброзної капсули ока.</p>
---	--	--

ПРЕСБІОПІЯ

3.1. Для закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
<p>Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з пресбіопією позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.</p>	<p>Існують докази, що виявлення пресбіопії на ранніх стадіях та своєчасне скерування до спеціалістів з метою призначення адекватного лікування знижує ризик розвитку амбліопії, зниження зорових функцій, запобігають ранній інвалідизації.</p> <p>Оскільки багато очних і загальних проблем зі здоров'ям можуть вплинути на рефракцію і акомодацию, необхідно проводити комплексну оцінку здоров'я очей і пов'язаних з ними структур (придаткового апарату ока, зорових шляхів).</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування пресбіопії. (розділ 4.1.1). 2. Надавати інформацію щодо пресбіопії та її наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику пресбіопії, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування пресбіопії (додаток 7).
2. Діагностика		
<p>Діагноз пресбіопії встановлюється у закладі охорони здоров'я (ЗОЗ), що надає спеціалізовану /високоспеціалізовану медичну допомогу на підставі отриманих даних щодо характерних змін та комплексної оцінки офтальмо статусу. Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для оптимального оцінювання структур,</p>	<p>Початкова оцінка пресбіопії включає комплексну оцінку офтальмо статусу із взяттям до уваги факторів ризику пресбіопії, таких як косоокість, сімейного анамнезу та присутність помутніння середовищ чи структурних дефектів. Діагноз пресбіопії може бути поставлений тільки спеціалістом з відповідною кваліфікацією і досвідом.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Збір скарг та анамнезу (генетичний, травматичний анамнез, запальні процеси, наявність супутньої патології). 2. Перевірка гостроти зору (візометрія). 3. При неможливості проведення діагностики – термінове скерування пацієнта до лікаря офтальмолога. <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Визначення гостроти зору (візометрія).

<p>які містяться за райдужною оболонкою, включно – зоровий нерв (у пацієнтів 40 років і старші проводиться тільки після попереднього вимірювання ВОР).</p>		
<h3>3. Лікування</h3>		
<p>Лікування призначається і проводиться лікарем офтальмологом за місцем проживання / реєстрації.</p>	<p>Лікування пресбіопії може покращити гостроту зору у пацієнта. Лікування пресбіопії здійснюється за допомогою корегування зорових рефракційних аномалій.</p> <p>Метою лікування є досягнення однакової гостроти зору для обох очей, запобігання або зменшення прогресування пресбіопії. Лікувальні заходи визначають з урахуванням віку пацієнта, гостроти зору, попереднього лікування, а також фізичного, соціального та психологічного стану пацієнта.</p>	<p>Обов'язкові: Під час обстеження та лікування сприяти виконанню пацієнтом всіх рекомендацій лікаря офтальмолога та інших фахівців.</p>
<h3>4. Реабілітація та диспансерне спостереження</h3>		
<p>Пацієнти з пресбіопією потребують диспансерного спостереження у лікаря загальної практики – сімейного лікаря/дільничного терапевта, який веде необхідну медичну документацію та сприяє виконанню пацієнтом плану диспансеризації та рекомендацій спеціалістів.</p>	<p>Існують докази щодо можливості збереження функцій (гостроти зору) в межах норми на час лікування пресбіопії, відсутності прогресування та ускладнень пресбіопії протягом тривалого часу за умови лікування.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перевірка під час контрольного огляду дотримання пацієнтом рекомендацій лікаря офтальмолога, правильності застосування оптичної корекції та лікування. 2. Періодичність контрольних оглядів встановлюється лікарем загальної практики відповідно до рекомендацій лікаря офтальмолога. 3. У разі виявлення дестабілізації зорових функцій пацієнт повинен бути вчасно скерований до лікаря офтальмолога для визначення

		<p>подальшої стратегії лікування.</p> <p>4. При відсутності динаміки пацієнт повинен бути вчасно скерований до лікаря офтальмолога для вирішення подальшої стратегії лікування</p> <p>Бажані:</p> <p>5. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії/ навчання (з урахуванням стану пацієнта), якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.</p>
--	--	--

3.2. Для закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з пресбіопією позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.	Існують докази, що виявлення пресбіопії в ранньому віці та своєчасне призначення оптичної корекції та лікування знижує ризик виникнення амбліопії та явищ астенопії, запобігають ранній інвалідизації.	<p>Обов'язкові.</p> <p>1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування пресбіопії. (розділ 4.1.1).</p> <p>2. Надавати інформацію щодо пресбіопії та її наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику пресбіопії, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування пресбіопії (додаток 7).</p>
2. Діагностика		
Діагноз пресбіопії встановлюється на підставі отриманих даних щодо характерних аномалій рефракції, динаміки змін гостроти зору. Огляд за наявності розширеної зіниці є	Оцінка пресбіопії вимагає як оцінки статусу рефракції ока, поточний вид корекції у пацієнта, симптомів і потреб зору. Оцінка пресбіопії часто проводиться в поєднанні з комплексною медичною оцінкою очей, для	<p>Обов'язкові.</p> <p>1. Збір анамнезу;</p> <p>2. Фізикальне обстеження (розділ 4.2.)</p> <p>Бажані:</p> <p>3. Динамічна рефрактометрія.</p> <p>4. Динамічна візометрія.</p> <p>5. Динамічне визначення</p>

<p>необхідним для оптимального оцінювання статичної рефракції, оптичних середовищ, виявлення захворювань, що можуть призвести до розвитку амбліопії (у пацієнтів 40 років і старші проводиться тільки після попереднього вимірювання ВОТ).</p>	<p>виключення та лікування захворювань ока, що призводять до розвитку цих порушень. На підставі сукупних результатів обстежень роблять висновки про перебіг захворювання, відповідність призначеного лікування та можливу необхідність хірургічного втручання тощо.</p>	<p>бінокулярності. 6. Визначення ригідності рогівки (за можливості). 7. Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).</p>
<h3>3. Лікування</h3>		
<p>Початкова терапія залежить від причини виникнення пресбіопії. Зазвичай необхідна оптична корекція. Крім того, методами лікування пресбіопії є:</p> <ul style="list-style-type: none"> — контактна корекція зору; — хірургічне лікування. 	<p>Лікування пресбіопії може покращити гостроту зору у дітей. Лікування пресбіопії здійснюється за допомогою корегування зорових рефракційних аномалій. Метою лікування є досягнення однакової гостроти зору для обох очей. Лікувальні заходи визначають з урахуванням віку пацієнта, гостроти зору, попереднього лікування, а також фізичного, соціального та психологічного стану пацієнта.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Призначається оптична корекція (розділ 4.3). 2. Призначається контактна корекція зору (розділ 4.3). 2. За необхідності проведення хірургічного лікування причин, що призвели до пресбіопії та у разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт скеровується у ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу.
<h3>4. Реабілітація та диспансерне спостереження</h3>		
<p>Всі пацієнти, у яких діагностовано пресбіопію, мають знаходитись під постійним спостереженням лікаря офтальмолога та лікаря загальної практики. Після проведення консервативного лікування пацієнтам необхідно повернутися до повноцінного життя.</p>	<p>Лікування пресбіопії повинне бути постійним, довготривалим та безперервним. Рекомендації щодо лікування базуються на віці пацієнта, його фізичного та психологічного розвитку, а також необхідно враховувати необхідність соціальної адаптації пацієнта.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подальша оцінка має проводитись через 2-3 місяці після початку лікування, але тривалість цього періоду може змінюватись в залежності від інтенсивності лікування та віку дитини. 2. На основі результату подальшої оцінки результатів дотримання лікування, режим лікування може потребувати змін, а саме зміни сили оптичної корекції; 3. У разі відсутності ефекту від лікування чи неможливості

		<p>виконання плану диспансерного спостереження необхідно направити пацієнта до ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу.</p> <p>Бажані 4. Направлення на санаторно-курортне лікування за наявності показань та відсутності протипоказань (додаток 2-5).</p>
--	--	---

3.3. Для закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) амбулаторну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з пресбіопією позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.	Існують докази, що виявлення пресбіопії в ранньому віці та своєчасне призначення оптичної корекції та лікування знижує ризик виникнення амбліопії та явищ астенопії, запобігають ранній інвалідизації.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування пресбіопії. (розділ 4.1.1). 2. Надавати інформацію щодо пресбіопії та її наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику пресбіопії, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування пресбіопії (додаток 7).
2. Діагностика		
Діагноз пресбіопії встановлюється на підставі отриманих даних щодо характерних аномалій рефракції, динаміки змін гостроти зору. Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для оптимального оцінювання статичної рефракції, оптичних	Оцінка пресбіопії вимагає як оцінки статусу рефракції ока, поточний вид корекції у пацієнта, симптомів і потреб зору. Оцінка пресбіопії часто проводиться в поєднанні з комплексною медичною оцінкою очей, для виключення та лікування захворювань ока, що призводять до розвитку цих порушень.	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Збір анамнезу; 4. Фізикальне обстеження (розділ 4.2.) <p>Бажані:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Динамічна рефрактометрія. - Динамічна візометрія. - Динамічне визначення біокулярності. - Визначення ригідності рогівки (за можливості). - Визначення біомеханічних

середовищ, виявлення захворювань, що можуть призвести до розвитку амбліопії (у пацієнтів 40 років і старші проводиться тільки після попереднього вимірювання VOT).	На підставі сукупних результатів обстежень роблять висновки про перебіг захворювання, відповідність призначеного лікування та можливу необхідність хірургічного втручання тощо.	властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).
--	---	---

3. Лікування

<p>Початкова терапія залежить від причини виникнення пресбіопії. Зазвичай необхідна оптична корекція суттєвої рефракційної аномалії(-й). Методи лікування пресбіопії:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Оптична корекція — Контактна корекція зору — Хірургічне втручання для усунення причин виникнення пресбіопії 	<p>При лікуванні пресбіопії, офтальмолог намагається покращити гостроту зору за допомогою однієї чи більше з наступних стратегій. Першим є визначення причин рефракційних аномалій. Другим є корегування зорових рефракційних аномалій. Хоча це не завжди досягається, метою є досягнення однакової гостроти зору для обох очей. Рекомендації щодо лікування базуються на віці пацієнта, гостроті зору та дотриманні попереднього лікування, а також фізичному, соціальному та психологічному стані пацієнта.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При наявності суттєвої рефракційної аномалії(-й) призначається оптична або контактна корекція (розділ 4.3.) 2. За необхідності проведення хірургічного лікування причин, що призвели до пресбіопії та у разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт скеровується на у ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу.
---	---	--

4. Реабілітація та спостереження після лікування

<p>Всі пацієнти, у яких діагностовано пресбіопію, мають знаходитись під постійним спостереженням лікаря офтальмолога та лікаря загальної практики. Після проведення консервативного лікування пацієнтам</p>	<p>Лікування пресбіопії повинне бути постійним, довготривалим та безперервним. Рекомендації щодо лікування базуються на віці пацієнта, його фізичного та психологічного розвитку, а також необхідно враховувати необхідність соціальної адаптації</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подальша оцінка має проводитись через 2-3 місяці після початку лікування, але цей період буде варіюватись, в залежності від інтенсивності лікування. 2. На основі результату подальшої оцінки результатів дотримання лікування, режим лікування може потребувати змін, а саме зміни сили оптичної корекції
---	---	---

<p>необхідно повернутися до повноцінного життя.</p>	<p>пацієнта. Метою подальшої оцінки є контроль реакції на терапію та корегування плану лікування, у разі необхідності. Визначення гостроти зору пресбіопічного ока є основною метою подальшої діагностики, але також важливо включити історію за певний проміжок часу, особливо дотримання плану лікування, побічні ефекти від лікування та гостроту зору на другому оці. Використання подібних схем при забезпечені комфортних умов для пацієнта дає можливість отримати надійні результати під час огляду. Гострота зору на будь-якому оці може відрізнятись, через зміни у рефракційних аномаліях.</p>	<p>3. Гострота зору повинна бути повторно бути перевірена для визначення, чи повернулась вона до рівня, який був до лікування, для відновлення лікування пресбіопії (додатки 1,7).</p> <p>Бажані</p> <p>4. Направлення на санаторно-курортне лікування за наявності показань та відсутності протипоказань (додатки 2, 5).</p>
---	---	--

3.4. Для закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) стаціонарну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Догоспітальний стан		
<p>Направлення на операцію за наявності показань та відсутності протипоказань може бути ініційоване офтальмологом або лікарем загальної практики (розділ 4.3). Проведення загальних обстежень, спеціалізованих обстежень, консультацій суміжних спеціалістів. Рішення про операцію</p>	<p>Передопераційна підготовка, яка включає виявлення і лікування вогнищ хронічної інфекції, гострих станів, важких супутніх захворювань запобігає можливим післяопераційним ускладненням.</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наявність документа, що відображає перебіг захворювання, медикаментозні призначення, покази та протипокази до госпіталізації. 2. Проведення необхідних досліджень і консультацій перед операцією (розділ 4.3.3.) 3. Компенсація хронічних станів (нормалізація АТ, цукру крові, тощо). 4. Обговорення з пацієнтом стосовно серйозності захворювання та можливих

повинно прийматися пацієнтом при обговоренні з офтальмологом.		методів подальшого лікування, прогнозу, ймовірності можливих ускладнень, важливості післяопераційної терапії. 5. Отримання інформованої згоди пацієнта перед операцією (додаток 8).
2. Госпіталізація		
Пацієнт має бути ознайомлений та згодний з метою госпіталізації до стаціонару, обсягом можливих/запланованих втручань. У пацієнта має бути наявна необхідна супровідна документація (розділ 4.3.3).	Ретельна підготовка хворого до госпіталізації значно зменшує ризик інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, що є запорукою успішного лікування та сталого результату у майбутньому.	Обов'язкові: 1. Необхідно обговорити з пацієнтом: – ризики та користь операції, включаючи будь-які ризики, характерні для цієї операції; – переважну мету рефракції і необхідний баланс рефракції між двома очима; – тип анестезії; – якщо пацієнт згодний на операцію, йому призначають дату операції; – вибір засобів профілактики інфекції. 2. Отримання інформовану згоду на операцію, якщо це не зроблено під час передопераційної оцінки.
3. Діагностика		
Діагностичні заходи спрямовані на визначення комплексного маршруту надання медичної допомоги та передбачають: – визначення пацієнта і ока на операцію разом із зовнішнім оглядом очей; – визначення змін в загальному стані здоров'я або здоров'ї очей з моменту останньої перевірки і, за необхідності, провести повторне обстеження.	Раннє виявлення та лікування причин, що призвели до виникнення пресбіопії сприяють успішному їх лікуванню та досягненню високих зорових функцій (гостроти зору). Ретельні передопераційні обстеження стану пацієнта (фізикальні, лабораторні) запобігають можливим негативним наслідкам лікування та погіршанню стану хворого внаслідок можливої лікарської помилки.	Обов'язкові: 1. Збір анамнезу (розділ 4.2.) 2. Провести комплексне дослідження очей із застосуванням загальних та спеціальних методів (розділ 4.2.2.) 3. За наявності супутньої очної патології або супутньої патології, що може впливати на функціонування зорового апарату, призначити додаткові методи обстеження (ОСТ, ФАГ, МРТ головного мозку та орбіти, ВЗП, А та В-сканування та інші). Бажані: 4. Динамічна рефрактометрія. 5. Динамічна візометрія.

<p>Для зручності пацієнтів час прибуття повинен, при можливості, бути встановлений, але пацієнти повинні прибути для проведення операції за певний час до початку операції, щоб забезпечити адекватну підготовку.</p>		<p>6. Динамічне визначення бінокулярності. 7. Визначення ригідності рогівки (за можливості). 8. Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).</p>
---	--	--

4. Лікування

<p>Мета та кінцевий результат лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> — усунення причин, що призвели до пресбіопії, — підвищення гостроти зору, — складання плану подальшого лікування, — стабілізація зорових функцій, — збереження якості життя пацієнта. <p>Усі види оперативних втручань виконуються за показаннями, при відсутності протипоказань (розділ 4.3), на підставі даних, отриманих при проведенні діагностичних заходів, та за результатами обговорення з пацієнтом.</p> <p>Метод хірургічного лікування визначається основною причиною виникнення пресбіопії та направлений на усунення цих причин (корекція аномалії рефракції, усунення помутніння оптичних середовищ).</p>	<p>Усі види оперативних втручань виконуються за показаннями, з урахуванням об'єктивних клінічних даних: стадії процесу, ступеню декомпенсації ВОТ тощо. Перед рефракційною хірургією повинна оцінюватися топографія рогівки та її біомеханічні властивості на предмет неправильного астигматизму, викривлення рогівки або аномалій, які свідчать про кератоконус або інші ектазії рогівки. Всі ці умови можуть бути пов'язані з непередбачуваними результатами рефракції, кератоконуса і ектазії з прогресуванням ектазії після кераторефракційної хірургії.</p> <p>При розгляді внутрішньоочної рефракційної хірургії для оцінки оптичних характеристик рогівки важливо вимірювання топографії та біомеханічних властивостей рогівки. Це також актуально, якщо процедура кераторефракційної хірургії</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хірургічні втручання виконуються відповідно до визначених задач: корекція аномалії рефракції, усунення помутніння оптичних середовищ, усунення косоокості. 2. Післяопераційний догляд та медикаментозна супровідна терапія призначається відповідно до стану хворого. 3. Післяопераційне обстеження, в тому числі біомікроскопія рогівки за допомогою щільної лампи, бажано провести на наступний день після операції і кожні 2-3 дні після цього, поки не пройде процес повної епіталізації. Епітелізація зазвичай завершується протягом 5 днів після операції. <p>Якщо використовуються бандажні контактні лінзи, їх використання можна припинити, як тільки виникає значна реепітелізація.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Пацієнти повинні бути проінформовані, що існує ризик погіршення нічного зору після кераторефракційної операції. 5. У разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт перенаправляється на вищий рівень надання медичної допомоги. <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Хірургічне та консервативне
--	---	---

	повинна оптимізувати результат рефракції після операції або для імплантації ториччних інтраокулярних лінз.	лікування причин, що можуть призвести до розвитку пресбіопії.
5. Виписка з рекомендаціями на післягоспітальний період		
Виписка пацієнта здійснюється після завершення всіх запланованих лікувальних заходів, відсутності ускладнень та можливості подальшого післяопераційного спостереження амбулаторно. Усі хворі, які були прооперовані отримують з медичної карти хворого (ф. 027/о) із зазначенням діагнозу, результатів проведеного лікування та обстеження.	У післяопераційному періоді виникає більшість ускладнень і спостерігається найбільша стабілізація зорових функцій. Офтальмолог, який проводив операцію, зобов'язаний повідомити пацієнта про відповідні ознаки й симптоми можливих ускладнень, засоби захисту ока, заходи, медикаменти, обов'язкові відвідування лікаря й надати докладну інформацію щодо доступу до невідкладної допомоги. Офтальмолог також повинен повідомити хворого про необхідність дотримання рекомендацій наданих йому після операції, та своєчасне повідомлення офтальмолога про будь-які проблеми. У пацієнта завжди має бути доступ до офтальмолога для отримання належної допомоги у випадку виникнення ускладнень. Обстеження через 3 місяці після операції не є обов'язковим. Більшість пацієнтів слід обстежувати приблизно через 6 місяців після операції.	Обов'язкові. 1. Оформити Виписку із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о). 2. Призначається план (частота) післяопераційних оглядів, який передбачає: - збір анамнезу, включаючи післяопераційне застосування медикаментів, наявність нових симптомів, самооцінку зору; - вимірювання параметрів зорової функції (наприклад, гостроти зору, включаючи тест зі стенопеїчним отвором, і рефракції за можливості); - вимірювання ВОТ; - біомікроскопію із щілинною лампою. Перший післяопераційний огляд має бути призначений не пізніше 6-ти місяців після операції або раніше (за необхідності). 3. Має бути складений індивідуальний план подальшого лікування та консультування / просвіти пацієнта або осіб, які за ним доглядають.
6. Реабілітація		
Стабільний зір і рефракція може бути досягнута протягом	Післяопераційне ведення є невід'ємною частиною результату будь-якої	Обов'язкові 1. Медикаментозна супровідна терапія призначається відповідно

<p>багатьох місяців. Необхідно проводити періодичні огляди з метою контролю стану ока, а також побічних ефектів, які можуть виникнути при тривалому застосуванні кортикостероїдів, наприклад, підвищений ВОР.</p> <p>Пацієнт після рефракційної хірургії порушень рефракції має повернутися до максимально повноцінної якості життя.</p>	<p>хірургічної процедури і відповідальністю хірурга, який проводив операцію. Місцеві антибіотики застосовуються для зведення до мінімуму ризику післяопераційних інфекцій. Застосування місцевих кортикостероїдів зазвичай починається відразу після операції і зменшуються впродовж декількох днів або тижнів, іноді – місяців. Якщо лікування кортикостероїдами тривале, необхідно контролювати (ВОТ). Легке минутне підвищення ВОР може контролюватися місцевою терапією, але моніторинг дуже важливий, оскільки контроль ВОТ можна легко втратити при тривалому застосуванні кортикостероїдів.</p>	<p>до стану хворого. 2. Контроль за функціональним станом зорового аналізатора та виконанням рекомендацій згідно призначень/ виписки з стаціонару здійснюється відповідно до складеного плану</p> <p>Бажані</p> <p>1. Санаторно-курортне лікування у профільних санаторіях для офтальмологічних хворих призначається за відсутності протипоказань (додаток 2-5) 2. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії відповідно до стану пацієнта, якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.</p>
--	--	---

7. Спостереження після лікування

<p>Пацієнт з пресбіопією має проходити диспансеризацію згідно з індивідуальним планом спостереження на підставі призначень/ виписки зі стаціонару. Хворий на пресбіопію після медичних втручань має повернутися до максимально повноцінної якості життя.</p>	<p>Оскільки пресбіопія може прогресувати з часом, важливо, щоб пацієнти розуміли, що своєчасне обстеження і лікування важливі для правильного прийняття рішень і втручання, щоб запобігти подальшу втрату зору.</p>	<p>Обов'язкові</p> <p>1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о)). 2. Контроль за виконанням рекомендацій згідно призначень/ виписки зі стаціонару. 3. Надавати рекомендації щодо модифікації способу життя: обмеження фізичного навантаження, роботи з нервовим напруженням, роботи в нічний час, обмеження стимулюючих напоїв тощо. 4. Контроль внутрішньоочного тиску, гостроти зору, поля зору, стану зорового нерва, показників кератотопографії, контроль виконання пацієнтом рекомендацій лікаря.</p>
--	---	---

		<p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none">5. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії / навчання відповідно до стану пацієнта, якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.6. Проводиться моніторинг змін біомеханічних властивостей рогівки та фіброзної капсули ока.
--	--	---

ПОРУШЕННЯ АКОМОДАЦІЇ

3.1. Для закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
<p>Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з порушенням акомодатії позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.</p>	<p>Існують докази, що виявлення порушення акомодатії на ранніх стадіях та своєчасне скерування до спеціалістів з метою призначення адекватного лікування знижує ризик розвитку порушення акомодатії, зниження зорових функцій, запобігають ранній інвалідизації. Оскільки багато очних і загальних проблем зі здоров'ям можуть вплинути на рефракцію і акомодатію, необхідно проводити комплексну оцінку здоров'я очей і пов'язаних з ними структур (придаткового апарату ока, зорових шляхів).</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування порушення акомодатії. (розділ 4.1.1). 2. Надавати інформацію щодо порушення акомодатії та її наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику порушення акомодатії, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування порушення акомодатії (додаток 7).
2. Діагностика		
<p>Діагноз порушення акомодатії встановлюється у закладі охорони здоров'я (ЗОЗ), що надає спеціалізовану /високоспеціалізовану медичну допомогу на підставі отриманих даних щодо характерних змін та комплексної оцінки офтальмо статусу. Огляд за наявності розширеної зіниці є</p>	<p>Початкова оцінка порушення акомодатії включає комплексну оцінку офтальмо статусу із взяттям до уваги факторів ризику порушення акомодатії, таких як косоокість, порушення акомодатії, сімейного анамнезу та присутність помутніння середовищ чи структурних дефектів. Діагноз порушення акомодатії може бути поставлений тільки</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Збір скарг та анамнезу (генетичний, травматичний анамнез, запальні процеси, наявність супутньої патології). 2. Перевірка гостроти зору (візометрія). 3. При неможливості проведення діагностики – термінове скерування пацієнта до лікаря офтальмолога, лікаря дитячого офтальмолога. <p>Бажані:</p>

необхідним для оптимального оцінювання структур, які містяться за райдужною оболонкою, включно – зоровий нерв.	спеціалістом з відповідною кваліфікацією і досвідом.	4. Визначення гостроти зору (візометрія).
3. Лікування		
Лікування призначається і проводиться лікарем дитячим офтальмологом, лікарем офтальмологом за місцем проживання / реєстрації.	Лікування порушення акомодатії може покращити гостроту зору у дітей. Лікування порушення акомодатії здійснюється за допомогою корегування зорових рефракційних аномалій та визначення причин зорової деривації. Метою лікування є досягнення однакової гостроти зору для обох очей, запобігання або зменшення прогресування порушення акомодатії. Лікувальні заходи визначають з урахуванням віку дитини, гостроти зору, попереднього лікування, а також фізичного, соціального та психологічного стану дитини.	Обов'язкові: Під час обстеження та лікування сприяти виконанню пацієнтом всіх рекомендацій лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та інших фахівців.
4. Реабілітація та диспансерне спостереження		
Пацієнти з порушенням акомодатії потребують диспансерного спостереження у лікаря загальної практики – сімейного лікаря/дільничного терапевта/дільничного педіатра, який веде необхідну медичну документацію та сприяє виконанню пацієнтом плану диспансеризації та рекомендацій	Існують докази щодо можливості збереження функцій (гостроти зору) в межах норми на час лікування порушення акомодатії, відсутності прогресування та ускладнень порушення акомодатії протягом тривалого часу за умови лікування та усунення причин, що призвели до їх виникнення.	Обов'язкові: 1. Перевірка під час контрольного огляду дотримання пацієнтом рекомендацій дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога, правильності застосування оптичної корекції та лікування. 2. Періодичність контрольних оглядів встановлюється лікарем загальної практики відповідно до рекомендацій лікаря дитячого офтальмолога / лікаря офтальмолога. 3. У разі виявлення дестабілізації зорових функцій пацієнт повинен

спеціалістів.		<p>бути вчасно скерований до лікаря дитячого офтальмолога / лікаря офтальмолога для вирішення подальшої стратегії лікування.</p> <p>4. При відсутності динаміки пацієнт повинен бути вчасно скерований до лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога для вирішення подальшої стратегії лікування</p> <p>Бажані:</p> <p>5. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії/ навчання (з урахуванням стану пацієнта), якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.</p>
---------------	--	---

3.2. Для закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з порушенням акомодатії позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.	Існують докази, що виявлення порушення акомодатії в ранньому віці та своєчасне призначення оптичної корекції та лікування знижує ризик виникнення явищ астенопії, запобігають ранній інвалідизації.	<p>Обов'язкові.</p> <p>1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування порушення акомодатії. (розділ 4.1.1).</p> <p>2. Надавати інформацію щодо порушення акомодатії та її наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику порушення акомодатії, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування порушення акомодатії (додаток 7).</p>
2. Діагностика		
Діагноз порушення акомодатії встановлюється на підставі отриманих	Оцінка порушення акомодатії вимагає як оцінки статусу рефракції ока, поточний вид корекції	<p>Обов'язкові.</p> <p>1. Збір анамнезу;</p> <p>2. Фізикальне обстеження (розділ 4.2.)</p>

<p>даних щодо характерних аномалій рефракції, динаміки змін гостроти зору. Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для оптимального оцінювання статичної рефракції, оптичних середовищ, виявлення захворювань, що можуть призвести до розвитку порушення акомодатії.</p>	<p>у пацієнта, симптомів і потреб зору. Оцінка порушення акомодатії часто проводиться в поєднанні з комплексною медичною оцінкою очей, для виключення та лікування захворювань ока, що призводять до розвитку цих порушень. На підставі сукупних результатів обстежень роблять висновки про перебіг захворювання, відповідність призначеного лікування та можливу необхідність хірургічного втручання тощо.</p>	<p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Динамічна рефрактометрія. 4. Динамічна візометрія. 5. Динамічне визначення біокулярності. 6. Визначення ригідності рогівки (за можливості). 7. Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).
<h3>3. Лікування</h3>		
<p>Початкова терапія залежить від причини виникнення порушення акомодатії. Зазвичай необхідна оптична корекція суттєвої рефракційної аномалії(-й).</p> <p>Методи лікування порушень акомодатії:</p> <ul style="list-style-type: none"> — оптична корекція; — медикаментозна терапія; — функціональне лікування. 	<p>Лікування порушення акомодатії може покращити гостроту зору у дітей. Лікування порушення акомодатії здійснюється за допомогою корегування зорових рефракційних аномалій та визначення причин зорової деривації. Метою лікування є досягнення однакової гостроти зору для обох очей. Лікувальні заходи визначають з урахуванням віку дитини, гостроти зору, попереднього лікування, а також фізичного, соціального та психологічного стану дитини.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. За наявності суттєвої рефракційної аномалії(-й) призначається оптична (розділ 4.3.) 2. Призначаються лікарські засоби: м-холінолітики та α-адреноміметики. 3. Призначається з метою функціонального лікування оптикоректорні тренування дивергентної дезакомодатії. 4. У разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт скеровується у ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу. <p>Бажані.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Направлення дитини до спеціалізованого офтальмологічного дошкільного закладу.
<h3>4. Реабілітація та диспансерне спостереження</h3>		

<p>Всі пацієнти, у яких діагностовано порушення акомодатції, мають знаходитись під постійним спостереженням лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та лікаря загальної практики. Після проведення консервативного лікування пацієнтам необхідно повернутися до повноцінного життя.</p>	<p>Лікування порушення акомодатції повинне бути постійним, довготривалим та безперервним. Рекомендації щодо лікування базуються на віці дитини, її фізичному та психологічному розвитку, а також необхідно враховувати необхідність соціальної адаптації дитини.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подальша оцінка має проводитись через 2-3 місяці після початку лікування, але тривалість цього періоду може змінюватись в залежності від інтенсивності лікування та віку дитини. 2. На основі подальшої оцінки результатів дотримання лікування, режим лікування може потребувати: <ul style="list-style-type: none"> – зміни сили оптичної корекції; – контролю дотримання зорових режимів. 3. У разі відсутності ефекту від лікування чи неможливості виконання плану диспансерного спостереження необхідно направити пацієнта до ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу. <p>Бажані</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Направлення на санаторно-курортне лікування за наявності показань та відсутності протипоказань (додатки 2, 3, 5).
---	--	---

3.3. Для закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) амбулаторну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
<p>Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з порушенням акомодатції позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.</p>	<p>Існують докази, що виявлення порушення акомодатції в ранньому віці та своєчасне призначення оптичної корекції та лікування знижує ризик виникнення явищ астенопії, запобігають ранній інвалідизації.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування порушення акомодатції. (розділ 4.1.1). 2. Надавати інформацію щодо порушення акомодатції та її наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику порушення акомодатції, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування порушення

		акомодації (додаток 7).
2. Діагностика		
<p>Діагноз порушення акомодації встановлюється на підставі отриманих даних щодо характерних аномалій рефракції, динаміки змін гостроти зору. Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для оптимального оцінювання статичної рефракції, оптичних середовищ, виявлення захворювань, що можуть призвести до розвитку порушення акомодації.</p>	<p>Оцінка порушення акомодації вимагає як оцінки статусу рефракції ока, поточний вид корекції у пацієнта, симптомів і потреб зору. Оцінка порушення акомодації часто проводиться в поєднанні з комплексною медичною оцінкою очей, для виключення та лікування захворювань ока, що призводять до розвитку цих порушень. На підставі сукупних результатів обстежень роблять висновки про перебіг захворювання, відповідність призначеного лікування та можливу необхідність хірургічного втручання тощо.</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Збір анамнезу; 2. Фізикальне обстеження (розділ 4.2.) <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Динамічна рефрактометрія. 4. Динамічна візометрія. 5. Динамічне визначення бінокулярності. 6. Визначення ригідності рогівки (за можливості). 7. Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).
3. Лікування		
<p>Початкова терапія залежить від причини виникнення порушення акомодації. Зазвичай необхідна оптична корекція суттєвої рефракційної аномалії(-й).</p> <p>Методи лікування порушень акомодації:</p> <ul style="list-style-type: none"> — оптична корекція; — медикаментозна терапія; — функціональне лікування. 	<p>При лікуванні порушення акомодації, офтальмолог намагається покращити гостроту зору за допомогою однієї чи більше з наступних стратегій. Першим є визначення причин зорової депривації. Другим є корегування зорових рефракційних аномалій. Хоча це не завжди досягається, метою є досягнення однакової гостроти зору для обох очей. Рекомендації щодо лікування базуються на віці дитини, гостроті зору та дотриманні попереднього лікування, а також фізичному, соціальному та</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. За наявності суттєвої рефракційної аномалії(-й) призначається оптична (розділ 4.3.) 2. Призначаються лікарські засоби: м-холінолітики та α-адреноміметики. 3. Призначається з метою функціонального лікування оптикоректорні тренування дивергентної дезакомодації. 4. У разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт скеровується у ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу. <p>Бажані.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Направлення дитини до спеціалізованого офтальмологічного дошкільного закладу.

	психологічному стані дитини.	
4. Реабілітація та спостереження після лікування		
<p>Всі пацієнти, у яких діагностовано порушення акомодатії, мають знаходитись під постійним спостереженням лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та лікаря загальної практики. Після проведення консервативного лікування пацієнтам необхідно повернутися до повноцінного життя.</p>	<p>Лікування порушення акомодатії повинне бути постійним, довготривалим та безперервним. Рекомендації щодо лікування базуються на віці дитини, її фізичному та психологічному розвитку, а також необхідно враховувати необхідність соціальної адаптації дитини. Метою подальшої оцінки є контроль реакції на терапію та корегування плану лікування, у разі необхідності. Визначення гостроти зору ока з порушенням акомодатії є основною метою подальшої діагностики, але також важливо включити історію за певний проміжок часу, особливо дотримання плану лікування, побічні ефекти від лікування та гостроту зору на другому оці. Використання подібних схем при забезпечені комфортних умов для дітей дає можливість отримати надійні результати під час огляду. Гострота зору на будь-якому оці може відрізнятись, через зміни у рефракційних аномаліях.</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подальша оцінка має проводитись через 2-3 місяці після початку лікування, але цей період буде варіюватись, в залежності від інтенсивності лікування та віку дитини. 2. На основі подальшої оцінки результатів дотримання лікування, режим лікування може потребувати: <ul style="list-style-type: none"> – зміни сили оптичної корекції; – контролю дотримання зорових режимів. 3. Гострота зору повинна бути повторно бути перевірена для визначення, чи повернулась вона до рівня, який був до лікування, для відновлення лікування порушення акомодатії (додатки 1,7). <p>Бажані</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Направлення на санаторно-курортне лікування за наявності показань та відсутності протипоказань (додатки 2, 3, 5).

3.4. Для закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) стаціонарну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Догоспітальний стан		

<p>Направлення на операцію за наявності показань та відсутності протипоказань може бути ініційоване офтальмологом або лікарем загальної практики (розділ 4.3). Проведення загальних обстежень, спеціалізованих обстежень, консультацій суміжних спеціалістів. Рішення про операцію повинно прийматися пацієнтом при обговоренні з офтальмологом.</p>	<p>Передопераційна підготовка, яка включає виявлення і лікування вогнищ хронічної інфекції, гострих станів, важких супутніх захворювань запобігає можливим післяопераційним ускладненням.</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наявність документа, що відображає перебіг захворювання, медикаментозні призначення, покази та протипокази до госпіталізації. 2. Проведення необхідних досліджень і консультації перед операцією (розділ 4.3.3.) 3. Компенсація хронічних станів (нормалізація АТ, цукру крові, тощо). 4. Обговорення з пацієнтом стосовно серйозності захворювання та можливих методів подальшого лікування, прогнозу, ймовірності можливих ускладнень, важливості післяопераційної терапії. 5. Отримання інформованої згоди пацієнта перед операцією (додаток 8).
<h2>2. Госпіталізація</h2>		
<p>Пацієнт має бути ознайомлений та згодний з метою госпіталізації до стаціонару, обсягом можливих/запланованих втручань. У пацієнта має бути наявна необхідна супровідна документація (розділ 4.3.3).</p>	<p>Ретельна підготовка хворого до госпіталізації значно зменшує ризик інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, що є запорукою успішного лікування та сталого результату у майбутньому.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Необхідно обговорити з пацієнтом: <ul style="list-style-type: none"> – ризики та користь операції, включаючи будь-які ризики, характерні для цієї операції; – переважну мету рефракції і необхідний баланс рефракції між двома очима; – тип анестезії; – якщо пацієнт згодний на операцію, йому призначають дату операції; – вибір засобів профілактики інфекції. 2. Отримання інформовану згоду на операцію, якщо це не зроблено під час передопераційної оцінки.
<h2>3. Діагностика</h2>		
<p>Діагностичні заходи спрямовані на визначення комплексного маршруту надання медичної допомоги) та</p>	<p>Раннє виявлення та лікування причин, що призвели до виникнення порушення акомодатії сприяють успішному їх лікуванню та досягненню</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Збір анамнезу (розділ 4.2.) 2. Провести комплексне дослідження очей із застосуванням загальних та спеціальних методів

<p>передбачають:</p> <ul style="list-style-type: none"> – визначення пацієнта і ока на операцію разом із зовнішнім оглядом очей; – визначення змін в загальному стані здоров'я або здоров'я очей з моменту останньої перевірки і, за необхідності, провести повторне обстеження. <p>Для зручності пацієнтів час прибуття повинен, при можливості, бути встановлений, але пацієнти повинні прибути для проведення операції за певний час до початку операції, щоб забезпечити адекватну підготовку.</p>	<p>високих зорових функції (гостроти зору). Ретельні передопераційні обстеження стану пацієнта (фізикальні, лабораторні) запобігають можливим негативним наслідкам лікування та погіршанню стану хворого внаслідок можливої лікарської помилки.</p>	<p>(розділ 4.2.2.)</p> <p>3. За наявності супутньої очної патології або супутньої патології, що може впливати на функціонування зорового апарату, призначити додаткові методи обстеження (ОСТ, ФАГ, МРТ головного мозку та орбіти, ВЗП, А та В-сканування та інші).</p> <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Динамічна рефрактометрія. 5. Динамічна візометрія. 6. Динамічне визначення біокулярності. 7. Визначення ригідності рогівки (за можливості). 8. Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).
--	---	--

4. Лікування

<p>Мета та кінцевий результат лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> – усунення причин, що призвели до порушення акомодатції, – підвищення гостроти зору, – складання плану подальшого лікування, – стабілізація зорових функцій, – збереження якості життя пацієнта. <p>Усі види оперативних втручань виконуються за показаннями, при відсутності протипоказань (розділ 4.3), на підставі даних, отриманих при проведенні діагностичних заходів,</p>	<p>Усі види оперативних втручань виконуються за показаннями, з урахуванням об'єктивних клінічних даних: стадії процесу, ступеню декомпенсації ВОТ тощо. Перед рефракційною хірургією повинна оцінюватися топографія рогівки та її біомеханічні властивості на предмет неправильного порушення акомодатції, викривлення рогівки або аномалій, які свідчать про кератоконус або інші ектазії рогівки. Всі ці умови можуть бути пов'язані з непередбачуваними результатами рефракції, кератоконуса і ектазії з прогресуванням ектазії після кераторефракційної</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хірургічні маніпуляції виконуються відповідно до визначених задач: корекція аномалії рефракції, усунення помутніння оптичних середовищ, усунення косоокості. 2. Післяопераційний догляд та медикаментозна супровідна терапія призначається відповідно до стану хворого. 3. Післяопераційне обстеження, в тому числі біомікроскопія рогівки за допомогою щільної лампи, бажано провести на наступний день після операції і кожні 2-3 дні після цього, поки не пройде процес повної епіталізації. Епітелізація зазвичай завершується протягом 5 днів після операції. <p>Якщо використовуються бандажні контактні лінзи, їх використання можна припинити, як тільки</p>
---	---	--

<p>та за результатами обговорення з пацієнтом</p> <p>Метод хірургічного лікування визначається основною причиною виникнення порушення акомодатії та направлений на усунення цих причин (корекція аномалії рефракції, усунення помутніння оптичних середовищ, усунення косоокості).</p>	<p>хірургії.</p> <p>При розгляді внутрішньоочної рефракційної хірургії для оцінки оптичних характеристик рогівки важливо вимірювання топографії та біомеханічних властивостей рогівки</p> <p>Це також актуально, якщо процедура кераторефракційної хірургії повинна оптимізувати результат рефракції після операції або для імплантації торичних інтраокулярних лінз.</p> <p>Відсутні дані щодо взаємозв'язку між діаметром низькоосвітленої зіниці і симптомами нічного зору після операції.</p>	<p>виникає значна реепітелізація.</p> <p>4. Пацієнти повинні бути проінформовані, що існує ризик погіршення нічного зору після кераторефракційної операції.</p> <p>5. У разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт перенаправляється на вищий рівень надання медичної допомоги.</p> <p>Бажані:</p> <p>6. Хірургічне та консервативне лікування причин, що можуть призвести до розвитку порушення акомодатії.</p>
--	---	---

5. Виписка з рекомендаціями на післягоспітальний період

<p>Виписка пацієнта здійснюється після завершення всіх запланованих лікувальних заходів, відсутності ускладнень та можливості подальшого післяопераційного спостереження амбулаторно.</p> <p>Усі хворі, які були прооперовані отримують з медичної карти хворого (ф. 027/о) із зазначенням діагнозу, результатів проведеного лікування та обстеження.</p>	<p>У післяопераційному періоді виникає більшість ускладнень і спостерігається найбільша стабілізація зорових функцій. Офтальмолог, який проводив операцію, зобов'язаний повідомити пацієнта про відповідні ознаки й симптоми можливих ускладнень, засоби захисту ока, заходи, медикаменти, обов'язкові відвідування лікаря й надати докладну інформацію щодо доступу до невідкладної допомоги.</p> <p>Офтальмолог також повинен повідомити хворого про необхідність дотримання рекомендацій наданих йому після операції, та своєчасне повідомлення офтальмолога про будь-які</p>	<p>Обов'язкові.</p> <p>1. Оформити Виписку із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о).</p> <p>2. Призначається план (частота) післяопераційних оглядів, який передбачає:</p> <ul style="list-style-type: none"> - збір анамнезу, включаючи післяопераційне застосування медикаментів, наявність нових симптомів, самооцінку зору; - вимірювання параметрів зорової функції (наприклад, гостроти зору, включаючи тест зі стенопеїчним отвором, і рефракції за можливості); - вимірювання ВОТ; - біомікроскопію із щільною лампою. <p>Перший післяопераційний огляд має бути призначений не пізніше 6-ти місяців після операції або раніше (за необхідності).</p> <p>3. Має бути складений</p>
---	--	--

	проблеми. У пацієнта завжди має бути доступ до офтальмолога для отримання належної допомоги у випадку виникнення ускладнень. Обстеження через 3 місяці після операції не є обов'язковим. Більшість пацієнтів слід обстежувати приблизно через 6 місяців після операції.	індивідуальний план подальшого лікування та консультування / просвіти пацієнта або осіб, які за ним доглядають.
6. Реабілітація		
<p>Стабільний зір і рефракція може бути досягнута протягом багатьох місяців. Необхідно проводити періодичні огляди з метою контролю стану ока, а також побічних ефектів, які можуть виникнути при тривалому застосуванні кортикостероїдів, наприклад, підвищений ВОТ.</p> <p>Пацієнт після рефракційної хірургії порушень рефракції має повернутися до максимально повноцінної якості життя.</p>	<p>Післяопераційне ведення є невід'ємною частиною результату будь-якої хірургічної процедури і відповідальністю хірурга, який проводив операцію. Місцеві антибіотики застосовуються для зведення до мінімуму ризику післяопераційних інфекцій.</p> <p>Застосування місцевих кортикостероїдів зазвичай починається відразу після операції і зменшуються впродовж декількох днів або тижнів, іноді – місяців. Якщо лікування кортикостероїдами тривале, необхідно контролювати ВОТ. Легке мінуче підвищення ВОТ може контролюватися місцевою терапією, але моніторинг дуже важливий, оскільки контроль ВОТ можна легко втратити при тривалому застосуванні кортикостероїдів.</p>	<p>Обов'язкові</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Медикаментозна супровідна терапія призначається відповідно до стану хворого. 2. Контроль за функціональним станом зорового аналізатора та виконанням рекомендацій згідно призначень/ виписки з стаціонару здійснюється відповідно до складеного плану <p>Бажані</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Санаторно-курортне лікування у профільних санаторіях для офтальмологічних хворих призначається за відсутності протипоказань (додатки 2, 3, 5) 2. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії відповідно до стану пацієнта, якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.
7. Спостереження після лікування		
Пацієнт з порушенням акомодатії має проходити	Оскільки порушення акомодатії може прогресувати з часом,	Обов'язкові 1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого

<p>диспансеризацію згідно з індивідуальним планом спостереження на підставі призначень/ виписки зі стаціонару. Хворий на порушення акомодатії після медичних втручань має повернутися до максимально повноцінної якості життя.</p>	<p>важливо, щоб пацієнти розуміли, що своєчасне обстеження і лікування важливі для правильного прийняття рішень і втручання, щоб запобігти подальшу втрату зору.</p>	<p>(форма № 025/о)).</p> <p>2. Контроль за виконанням рекомендацій згідно призначень/ виписки зі стаціонару.</p> <p>3. Надавати рекомендації щодо модифікації способу життя: обмеження фізичного навантаження, роботи з нервовим напруженням, роботи в нічний час, обмеження стимулюючих напоїв тощо.</p> <p>4. Контроль внутрішньоочного тиску, гостроти зору, поля зору, стану зорового нерва, показників топографії, контроль виконання пацієнтом рекомендацій лікаря.</p> <p>Бажані:</p> <p>5. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії / навчання відповідно до стану пацієнта, якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.</p> <p>6. Проводиться моніторинг змін біомеханічних властивостей рогівки та фіброзної капсули ока.</p>
--	--	---

АМБЛІОПІЯ

3.1. Для закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
<p>Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з амбліопією позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.</p>	<p>Існують докази, що виявлення амбліопії на ранніх стадіях та своєчасне скерування до спеціалістів з метою призначення адекватного лікування знижує ризик розвитку амбліопії, зниження зорових функцій, запобігають ранній інвалідизації. Оскільки багато очних і загальних проблем зі здоров'ям можуть вплинути на рефракцію і акомодацию, необхідно проводити комплексну оцінку здоров'я очей і пов'язаних з ними структур (придаткового апарату ока, зорових шляхів).</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування амбліопії. (розділ 4.1.1). 2. Надавати інформацію щодо амбліопії та її наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику амбліопії, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування амбліопії (додаток 7).
2. Діагностика		
<p>Діагноз амбліопії встановлюється у закладі охорони здоров'я (ЗОЗ), що надає спеціалізовану /високоспеціалізовану медичну допомогу на підставі отриманих даних щодо характерних змін та комплексної оцінки офтальмо статусу. Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для оптимального оцінювання структур,</p>	<p>Початкова оцінка амбліопії включає комплексну оцінку офтальмо статусу із взяттям до уваги факторів ризику амбліопії, таких як косоокість, сімейного анамнезу та присутність помутніння середовищ чи структурних дефектів. Діагноз амбліопії може бути поставлений тільки спеціалістом з відповідною кваліфікацією і досвідом.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Збір скарг та анамнезу (генетичний, травматичний анамнез, запальні процеси, наявність супутньої патології). 2. Перевірка гостроти зору (візометрія). 3. При неможливості проведення діагностики – термінове скерування пацієнта до лікаря офтальмолога, лікаря дитячого офтальмолога. <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Визначення гостроти зору (візометрія).

які містяться за райдужною оболонкою, включно – зоровий нерв.		
3. Лікування		
Лікування призначається і проводиться лікарем дитячим офтальмологом, лікарем офтальмологом за місцем проживання / реєстрації.	Лікування амбліопії може покращити гостроту зору у дітей. Лікування амбліопії здійснюється за допомогою корегування зорових рефракційних аномалій та визначення причин зорової деривації. Метою лікування є досягнення однакової гостроти зору для обох очей, запобігання або зменшення прогресування амбліопії. Лікувальні заходи визначають з урахуванням віку дитини, гостроти зору, попереднього лікування, а також фізичного, соціального та психологічного стану дитини.	Обов'язкові: Під час обстеження та лікування сприяти виконанню пацієнтом всіх рекомендацій лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та інших спеціалістів.
4. Реабілітація та диспансерне спостереження		
Пацієнти з амбліопією потребують диспансерного спостереження у лікаря загальної практики – сімейного лікаря/дільничного терапевта/дільничного педіатра, який веде необхідну медичну документацію та сприяє виконанню пацієнтом плану диспансеризації та рекомендацій спеціалістів.	Існують докази щодо можливості збереження функцій (гостроти зору) в межах норми на час лікування амбліопії, відсутності прогресування та ускладнень амбліопії протягом тривалого часу за умови лікування та усунення причин, що призвели до їх виникнення.	Обов'язкові: 1. Перевірка під час контрольного огляду дотримання пацієнтом рекомендацій дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога, правильності застосування оптичної корекції та лікування. 2. Періодичність контрольних оглядів встановлюється лікарем загальної практики відповідно до рекомендацій лікаря дитячого офтальмолога / лікаря офтальмолога. 3. У разі виявлення дестабілізації зорових функцій пацієнт повинен бути вчасно скерований до лікаря дитячого офтальмолога / лікаря офтальмолога для вирішення подальшої стратегії лікування. 4. При відсутності динаміки

		<p>пацієнт повинен бути вчасно скерований до лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога для вирішення подальшої стратегії лікування</p> <p>Бажані: 5. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії/ навчання (з урахуванням стану пацієнта), якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.</p>
--	--	---

3.2. Для закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з амбліопією позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.	Існують докази, що виявлення амбліопії в ранньому віці та своєчасне призначення оптичної корекції та лікування знижує ризик виникнення явищ астенопії, запобігають ранній інвалідизації.	<p>Обов'язкові.</p> <p>1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування амбліопії. (розділ 4.1.1).</p> <p>2. Надавати інформацію щодо амбліопії та її наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику амбліопії, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування амбліопії (додаток 7).</p>
2. Діагностика		
Діагноз амбліопії встановлюється на підставі отриманих даних щодо характерних аномалій рефракції, динаміки змін гостроти зору. Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для	Оцінка амбліопії вимагає як оцінки статусу рефракції ока, поточний вид корекції у пацієнта, симптомів і потреб зору. Оцінка амбліопії часто проводиться в поєднанні з комплексною медичною оцінкою очей, для виключення та лікування	<p>Обов'язкові.</p> <p>1. Збір анамнезу;</p> <p>2. Фізикальне обстеження (розділ 4.2).</p> <p>Бажані:</p> <p>3. Динамічна рефрактометрія.</p> <p>4. Динамічна візометрія.</p> <p>5. Динамічне визначення біокулярності.</p>

<p>оптимального оцінювання статичної рефракції, оптичних середовищ, виявлення захворювань, що можуть призвести до розвитку амбліопії.</p>	<p>захворювань ока, що призводять до розвитку цих порушень. На підставі сукупних результатів обстежень роблять висновки про перебіг захворювання, відповідність призначеного лікування та можливу необхідність хірургічного втручання тощо.</p>	<p>6. Визначення ригідності рогівки (за можливості). 7. Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).</p>
---	---	--

3. Лікування

<p>Початкова терапія залежить від причини виникнення амбліопії та включає такі методи:</p> <ul style="list-style-type: none"> – оптична корекція; – рефракційна корекція; – хірургічне лікування. 	<p>Лікування амбліопії може покращити гостроту зору у дітей. Лікування амбліопії здійснюється за допомогою корегування зорових рефракційних аномалій, визначення причин зорової деривації, стимуляції амбліопічного ока шляхом прикриття другого ока. Гострота зору дітей, які мають двосторонню рефракційну амбліопію, також може бути значно покращена за допомогою лише рефракційної корекції. Метою лікування є досягнення однакової гостроти зору для обох очей. Лікувальні заходи визначають з урахуванням віку дитини, гостроти зору, попереднього лікування, а також фізичного, соціального та психологічного стану дитини.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. За наявності суттєвої рефракційної аномалії(-й) призначається оптична корекція (розділ 4.3). 2. В залежності від стану амбліопії призначається: <ul style="list-style-type: none"> – заклеювання ока; – фармакологічна пеналізація; – оптична пеналізація; – фільтри Бангертера; – зорова терапія; – акупунктура. 3. За необхідності проведення хірургічного лікування та у разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт скеровується у ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу. <p>Бажані.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Направлення дитини до спеціалізованого офтальмологічного дошкільного закладу.
--	---	--

4. Реабілітація та диспансерне спостереження

<p>Всі пацієнти, у яких діагностовано амбліопію, мають знаходитись під постійним спостереженням лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та лікаря загальної практики. Після проведення консервативного лікування пацієнтам необхідно повернутися до повноцінного життя.</p>	<p>Лікування амбліопії повинне бути постійним, довготривалим та безперервним. Рекомендації щодо лікування базуються на віці дитини, її фізичному та психологічному розвитку, а також необхідно враховувати необхідність соціальної адаптації дитини. Лікування рефракційної аномалії може покращити гостроту зору у дітей, які страждають на невиліковну анізетропічну та дисбіокулярну амбліопію. Гострота зору дітей, які мають двосторонню рефракційну амбліопію, також може бути значно покращена за допомогою лише рефракційної корекції.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подальша оцінка має проводитись через 2-3 місяці після початку лікування, але тривалість цього періоду може змінюватись в залежності від інтенсивності лікування та віку дитини. 2. На основі подальшої оцінки результатів дотримання лікування, режим лікування може потребувати змін, а саме: <ul style="list-style-type: none"> – якщо гострота зору на обох очах не змінилась, необхідно підвищити інтенсивність лікування чи зміну методики лікування, якщо це можливо. Наприклад, у разі закляювання доміантного ока на 2 години в день, необхідно розглянути можливість збільшення тривалості до 6 годин в день чи перейти на фармакологічну педалізацію; – якщо гострота зору на амбліопічному оці покращилась, а на другому оці залишилась стабільною, необхідно продовжувати дотримуватись такого ж режиму лікування; – якщо гострота зору на амбліопічному оці знизилась, а на другому оці залишилась стабільною, необхідно перевірити повторно рефракційний стан, повторно перевірити гостроту зору, повторно провести міжзінничну діагностику та перевірити дотримання лікування більш детально. Деякі діти не демонструють покращення гостроти зору, не дивлячись на дотримання режиму лікування. У таких випадках, офтальмолог повинен розглянути альтернативний діагноз, такий як гіпоплазія зорового нерву, чутливе макулярне відхилення, чи інші розлади відрізка зорового шляху до зовнішнього колінчатого тіла;
---	--	--

		<p>– якщо гострота зору на другому оці знизилась, необхідно розглянути діагноз зворотної амбліопії та знову повторно перевірити рефракційний стан обох очей, гостроту зору та розглянути альтернативні діагнози. Якщо поставлений діагноз зворотної амбліопії, лікування необхідно припинити та провести подальшу додаткову діагностику протягом декількох тижнів. Гострота зору повинна бути повторно перевірена для визначення, чи повернулась вона до рівня, який був до лікування, для відновлення лікування амбліопії.</p> <p>3. У разі відсутності ефекту від лікування чи неможливості виконання плану диспансерного спостереження необхідно направити пацієнта до ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу.</p> <p>Бажані</p> <p>4. Направлення на санаторно-курортне лікування за наявності показань та відсутності протипоказань (додатки 3, 5).</p>
--	--	--

3.3. Для закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) амбулаторну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з амбліопією позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.	Існують докази, що виявлення амбліопії в ранньому віці та своєчасне призначення оптичної корекції та лікування знижує ризик виникнення явищ астенопії, запобігають ранній інвалідазації.	<p>1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування амбліопії. (розділ 4.1.1).</p> <p>2. Надавати інформацію щодо амбліопії та її наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику амбліопії, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати</p>

		гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування амбліопії (додаток 7).
2. Діагностика		
Діагноз амбліопії встановлюється на підставі отриманих даних щодо характерних аномалій рефракції, динаміки змін гостроти зору. Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для оптимального оцінювання статичної рефракції, оптичних середовищ, виявлення захворювань, що можуть призвести до розвитку амбліопії.	Оцінка амбліопії вимагає як оцінки статусу рефракції ока, поточний вид корекції у пацієнта, симптомів і потреб зору. Оцінка амбліопії часто проводиться в поєднанні з комплексною медичною оцінкою очей, для виключення та лікування захворювань ока, що призводять до розвитку цих порушень. На підставі сукупних результатів обстежень роблять висновки про перебіг захворювання, відповідність призначеного лікування та можливу необхідність хірургічного втручання тощо.	Обов'язкові. 1. Збір анамнезу; 2. Фізикальне обстеження (розділ 4.2.) Бажані: 3. Динамічна рефрактометрія. 4. Динамічна візометрія. 5. Динамічне визначення біокулярності. 6. Визначення ригідності рогівки (за можливості). 7. Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).
3. Лікування		
Початкова терапія залежить від причини виникнення амбліопії та включає такі методи: – оптична корекція; – рефракційна корекція; – хірургічне лікування	Лікування амбліопії може покращити гостроту зору у дітей. Лікування амбліопії здійснюється за допомогою корегування зорових рефракційних аномалій, визначення причин зорової деривації, стимуляції амбліопічного ока шляхом прикриття другого ока. Гострота зору дітей, які мають двосторонню рефракційну амбліопію, також може бути значно покращена за допомогою лише рефракційної корекції. Метою лікування є досягнення однакової гостроти зору для обох очей. Лікувальні заходи	Обов'язкові: 1. За наявності суттєвої рефракційної аномалії(-й) призначається оптична корекція (розділ 4.3). 2. В залежності від стану амбліопії призначається: – заклеювання ока; – фармакологічна пеналізація; – оптична пеналізація; – фільтри Бангертера; – зорова терапія; – акупунктура. 3. За необхідності проведення хірургічного лікування та у разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт скеровується у ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу.

	визначають з урахуванням віку дитини, гостроти зору, попереднього лікування, а також фізичного, соціального та психологічного стану дитини.	Бажані. 3. Направлення дитини до спеціалізованого офтальмологічного дошкільного закладу.
4. Реабілітація та спостереження після лікування		
Всі пацієнти, у яких діагностована амбліопія, мають знаходитись під постійним спостереженням лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та лікаря загальної практики. Після проведення консервативного лікування пацієнтам необхідно повернутися до повноцінного життя.	Лікування амбліопії повинне бути постійним, довготривалим та безперервним. Рекомендації щодо лікування базуються на віці дитини, її фізичному та психологічному розвитку, а також враховувати необхідність соціальної адаптації дитини. Метою подальшої оцінки є контроль реакції на терапію та корегування плану лікування, у разі необхідності. Визначення гостроти зору амбліопічного ока є основною метою подальшої діагностики, але також важливо включити історію за певний проміжок часу, особливо дотримання плану лікування, побічні ефекти від лікування та гостроту зору на другому оці. Використання подібних схем при забезпечені комфортних умов для дітей дає можливість отримати надійні результати під час огляду. Гострота зору на будь-якому оці може відрізнитись, через зміни у рефракційних аномаліях.	Обов'язкові. 1. Подальша діагностика має проводитись через 2-3 місяці після початку лікування, але цей період буде варіюватись, в залежності від інтенсивності лікування та віку дитини. 2. На основі подальшої оцінки результатів дотримання лікування, режим лікування може потребувати змін, а саме: – зміну сили оптичної корекції; – зміну режиму чи виду оклюзії; – зміну плеоптичного лікування; – зміну зорового режиму. 3. Гострота зору повинна бути повторно бути перевірена для визначення, чи повернулась вона до рівня, який був до лікування, для відновлення лікування амбліопії (додатки 1,7). Бажані 4. Направлення на санаторно-курортне лікування за наявності показань та відсутності протипоказань (додатки 3, 5).

3.4. Для закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) стаціонарну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Догоспідальний стан		
<p>Направлення на операцію за наявності показань та відсутності протипоказань може бути ініційоване офтальмологом або лікарем загальної практики (розділ 4.3). Проведення загальних обстежень, спеціалізованих обстежень, консультацій суміжних спеціалістів. Рішення про операцію повинно прийматися пацієнтом при обговоренні з офтальмологом.</p>	<p>Передопераційна підготовка, яка включає виявлення і лікування вогнищ хронічної інфекції, гострих станів, важких супутніх захворювань запобігає можливим післяопераційним ускладненням.</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наявність документа, що відображає перебіг захворювання, медикаментозні призначення, покази та протипокази до госпіталізації. 2. Проведення необхідних досліджень і консультацій перед операцією (розділ 4.3.3.) 3. Компенсація хронічних станів (нормалізація АТ, цукру крові, тощо). 4. Обговорення з пацієнтом стосовно серйозності захворювання та можливих методів подальшого лікування, прогнозу, ймовірності можливих ускладнень, важливості післяопераційної терапії. 5. Отримання інформованої згоди пацієнта перед операцією (додаток 8).
2. Госпіталізація		
<p>Пацієнт має бути ознайомлений та згодний з метою госпіталізації до стаціонару, обсягом можливих/запланованих втручань. У пацієнта має бути наявна необхідна супровідна документація (розділ 4.3.3).</p>	<p>Ретельна підготовка хворого до госпіталізації значно зменшує ризик інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, що є запорукою успішного лікування та сталого результату у майбутньому.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Необхідно обговорити з пацієнтом: <ul style="list-style-type: none"> – ризики та користь операції, включаючи будь-які ризики, характерні для цієї операції; – переважну мету рефракції і необхідний баланс рефракції між двома очима; – тип анестезії; – якщо пацієнт згодний на операцію, йому призначають дату операції; – вибір засобів профілактики інфекції. 2. Отримання інформованої згоди на операцію, якщо це не зроблено під час передопераційної оцінки.
3. Діагностика		
Діагностичні заходи	Раннє виявлення та	Обов'язкові:

<p>спрямовані на визначення комплексного маршруту надання медичної допомоги) та передбачають:</p> <ul style="list-style-type: none"> – визначення пацієнта і ока на операцію разом із зовнішнім оглядом очей; – визначення змін в загальному стані здоров'я або здоров'ї очей з моменту останньої перевірки і, за необхідності, провести повторне обстеження. <p>Для зручності пацієнтів час прибуття повинен, при можливості, бути встановлений, але пацієнти повинні прийти для проведення операції за певний час до початку операції, щоб забезпечити адекватну підготовку.</p>	<p>лікування причин, що призвели до виникнення амбліопії сприяють успішному їх лікуванню та досягненню високих зорових функцій (гостроти зору).</p> <p>Ретельні передопераційні обстеження стану пацієнта (фізикальні, лабораторні) запобігають можливим негативним наслідкам лікування та погіршанню стану хворого внаслідок можливої лікарської помилки.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Збір анамнезу (розділ 4.2.) 2. Провести комплексне дослідження очей із застосуванням загальних та спеціальних методів (розділ 4.2.2.) 3. За наявності супутньої очної патології або супутньої патології, що може впливати на функціонування зорового апарату, призначити додаткові методи обстеження (ОСТ, ФАГ, МРТ головного мозку та орбіти, ВЗП, А та В-сканування та інші). <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Динамічна рефрактометрія. 5. Динамічна візометрія. 6. Динамічне визначення бінокулярності. 7. Визначення ригідності рогівки (за можливості). 8. Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).
--	--	--

4. Лікування

<p>Мета та кінцевий результат лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> – усунення причин, що призвели до амбліопії, – підвищення гостроти зору, – складання плану подальшого лікування, – стабілізація зорових функцій, – збереження якості життя пацієнта. <p>Усі види оперативних втручань виконуються за показаннями, при відсутності протипоказань</p>	<p>Усі види оперативних втручань виконуються за показаннями, з урахуванням об'єктивних клінічних даних: стадії процесу, ступеню декомпенсації ВОТ тощо. Перед рефракційною хірургією повинна оцінюватися топографія рогівки та її біомеханічні властивості на предмет неправильного астигматизму, викривлення рогівки або аномалій, які свідчать про кератоконус або інші ектазії рогівки. Всі ці умови можуть бути пов'язані з</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хірургічні маніпуляції виконуються відповідно до визначених задач: корекція аномалії рефракції, усунення помутніння оптичних середовищ, усунення косоокості. 2. Післяопераційний догляд та медикаментозна супровідна терапія призначається відповідно до стану хворого. 3. Післяопераційне обстеження, в тому числі біомікроскопія рогівки за допомогою щільної лампи, бажано провести на наступний день після операції і кожні 2-3 дні після цього, поки не пройде процес повної епіталізації. Епітелізація зазвичай
--	---	---

<p>(розділ 4.3), на підставі даних, отриманих при проведенні діагностичних заходів, та за результатами обговорення з пацієнтом</p> <p>Метод хірургічного лікування визначається основною причиною виникнення амбліопії та направлений на усунення цих причин (корекція аномалії рефракції, усунення помутніння оптичних середовищ, усунення косоокості).</p>	<p>непередбачуваними результатами рефракції, кератоконуса і ектазії з прогресуванням ектазії після кераторефракційної хірургії.</p> <p>При розгляді внутрішньоочної рефракційної хірургії для оцінки оптичних характеристик рогівки важливо вимірювання топографії та біомеханічних властивостей рогівки</p> <p>Це також актуально, якщо процедура кераторефракційної хірургії повинна оптимізувати результат рефракції після операції або для імплантації торичних інтраокулярних лінз.</p>	<p>завершується протягом 5 днів після операції.</p> <p>5. У разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт перенаправляється на вищий рівень надання медичної допомоги.</p> <p>Бажані:</p> <p>6. Хірургічне та консервативне лікування причин, що можуть призвести до розвитку амбліопії.</p>
--	--	--

5. Виписка з рекомендаціями на післягоспітальний період

<p>Виписка пацієнта здійснюється після завершення всіх запланованих лікувальних заходів, відсутності ускладнень та можливості подальшого післяопераційного спостереження амбулаторно.</p> <p>Усі хворі, які були прооперовані отримують з медичної карти хворого (ф. 027/о) із зазначенням діагнозу, результатів проведеного лікування та обстеження.</p>	<p>У післяопераційному періоді виникає більшість ускладнень і спостерігається найбільша стабілізація зорових функцій. Офтальмолог, який проводив операцію, зобов'язаний повідомити пацієнта про відповідні ознаки й симптоми можливих ускладнень, засоби захисту ока, заходи, медикаменти, обов'язкові відвідування лікаря й надати докладну інформацію щодо доступу до невідкладної допомоги.</p> <p>Офтальмолог також повинен повідомити хворого про необхідність дотримання рекомендацій наданих йому після операції, та своєчасне повідомлення офтальмолога про будь-які</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оформити Виписку із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о). 2. Призначається план (частота) післяопераційних оглядів, який передбачає: <ul style="list-style-type: none"> - збір анамнезу, включаючи післяопераційне застосування медикаментів, наявність нових симптомів, самооцінку зору; - вимірювання параметрів зорової функції (наприклад, гостроти зору, включаючи тест зі стенопеїчним отвором, і рефракції за можливості); - вимірювання ВОТ; - біомікроскопію із щільною лампою. <p>Перший післяопераційний огляд має бути призначений не пізніше 6-ти місяців після операції або раніше (за необхідності).</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Має бути складений
---	--	---

	проблеми. У пацієнта завжди має бути доступ до офтальмолога для отримання належної допомоги у випадку виникнення ускладнень. Обстеження через 3 місяці після операції не є обов'язковим. Більшість пацієнтів слід обстежувати приблизно через 6 місяців після операції.	індивідуальний план подальшого лікування та консультування / просвіти пацієнта або осіб, які за ним доглядають.
6. Реабілітація		
<p>Стабільний зір і рефракція не може бути досягнута протягом багатьох місяців.</p> <p>Необхідно проводити періодичні огляди з метою контролю стану ока, а також побічних ефектів, які можуть виникнути при тривалому застосуванні кортикостероїдів, наприклад, підвищений ВОТ.</p>	<p>Післяопераційне ведення є невід'ємною частиною результату будь-якої хірургічної процедури і відповідальністю хірурга, який проводив операцію.</p> <p>Місцеві антибіотики застосовуються для зведення до мінімуму ризику післяопераційних інфекцій.</p> <p>Застосування місцевих кортикостероїдів зазвичай починається відразу після операції і зменшуються впродовж декількох днів або тижнів, іноді – місяців. Якщо лікування кортикостероїдами тривале, необхідно контролювати внутрішньоочний тиск (ВОТ). Легке минуче підвищення ВОТ може контролюватися місцевою терапією, але моніторинг дуже важливий, оскільки контроль ВОТ можна легко втратити при тривалому застосуванні кортикостероїдів.</p>	<p>Обов'язкові</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Медикаментозна супровідна терапія призначається відповідно до стану хворого. 2. Контроль за функціональним станом зорового аналізатора та виконанням рекомендацій згідно призначень/ виписки з стаціонару здійснюється відповідно до складеного плану <p>Бажані</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Санаторно-курортне лікування у профільних санаторіях для офтальмологічних хворих призначається за відсутності протипоказань (додатки 3, 5) 2. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії відповідно до стану пацієнта, якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.
7. Спостереження після лікування		
Пацієнт з амбліопією має проходити диспансеризацію	Оскільки амбліопія може прогресувати з часом, важливо, щоб пацієнти	<p>Обов'язкові</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого

<p>згідно з індивідуальним планом спостереження на підставі призначень/ виписки зі стаціонару. Хворий на амбліопію після медичних втручань має повернутися до максимальної повноцінної якості життя.</p>	<p>розуміли, що своєчасне обстеження і лікування важливі для правильного прийняття рішень і втручання, щоб запобігти подальшу втрату зору.</p>	<p>(форма № 025/о)).</p> <p>2. Контроль за виконанням рекомендацій згідно призначень/ виписки зі стаціонару.</p> <p>3. Надавати рекомендації щодо модифікації способу життя: обмеження фізичного навантаження, роботи з нервовим напруженням, роботи в нічний час, обмеження стимулюючих напоїв тощо.</p> <p>4. Контроль внутрішньоочного тиску, гостроти зору, поля зору, стану зорового нерва, показників кератотопографії, контроль виконання пацієнтом рекомендацій лікаря.</p> <p>Бажані:</p> <p>5. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії / навчання відповідно до стану пацієнта, якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.</p> <p>6. Проводиться моніторинг змін біомеханічних властивостей рогівки та фіброзної капсули ока.</p>
--	--	---

КЕРАТОКОНУС

3.1. Для закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
<p>Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з кератоконусом позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.</p>	<p>Існують докази, що виявлення кератоконусу на ранніх стадіях та своєчасне скерування до спеціалістів з метою призначення адекватного лікування знижує ризик розвитку кератоконусу, зниження зорових функцій, запобігають ранній інвалідизації.</p> <p>Оскільки багато очних і загальних проблем зі здоров'ям можуть вплинути на рефракцію і акомодацию, необхідно проводити комплексну оцінку здоров'я очей і пов'язаних з ними структур (придаткового апарату ока, зорових шляхів).</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування кератоконусу. (розділ 4.1.1). 2. Надавати інформацію щодо кератоконусу та його наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику кератоконусу, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування кератоконусу (додаток 7).
2. Діагностика		
<p>Діагноз кератоконусу встановлюється у закладі охорони здоров'я (ЗОЗ), що надає спеціалізовану /високоспеціалізовану медичну допомогу на підставі отриманих даних щодо характерних змін та комплексної оцінки офтальмо статусу.</p> <p>Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для оптимального оцінювання структур, які містяться за</p>	<p>Початкова оцінка кератоконусу включає комплексну оцінку офтальмо статусу із взяттям до уваги факторів ризику кератоконусу, таких як косоокість, кератоконус, сімейного анамнезу та присутність помутніння середовищ чи структурних дефектів.</p> <p>Діагноз кератоконусу може бути поставлений тільки спеціалістом з відповідною кваліфікацією і досвідом.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Збір скарг та анамнезу (генетичний, травматичний анамнез, запальні процеси, наявність супутньої патології). 2. Перевірка гостроти зору (візометрія). 3. При неможливості проведення діагностики – термінове скерування пацієнта до лікаря офтальмолога, лікаря дитячого офтальмолога. <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Визначення гостроти зору (візометрія).

райдужною оболонкою, включно – зоровий нерв.		
3. Лікування		
Лікування призначається і проводиться лікарем дитячим офтальмологом, лікарем офтальмологом за місцем проживання / реєстрації.	Лікування кератоконусу може покращити гостроту зору у дітей. Лікування кератоконусу здійснюється за допомогою корегування зорових рефракційних аномалій та визначення причин розвитку кератоконусу. Метою лікування є досягнення однакової гостроти зору для обох очей, запобігання або зменшення прогресування кератоконусу. Лікувальні заходи визначають з урахуванням віку дитини, гостроти зору, попереднього лікування, а також фізичного, соціального та психологічного стану дитини.	Обов'язкові: Під час обстеження та лікування сприяти виконанню пацієнтом всіх рекомендацій лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та інших спеціалістів.
4. Реабілітація та диспансерне спостереження		
Пацієнти з кератоконусом потребують диспансерного спостереження у лікаря загальної практики – сімейного лікаря/дільничного терапевта/дільничного педіатра, який веде необхідну медичну документацію та сприяє виконанню пацієнтом плану диспансеризації та рекомендацій спеціалістів.	Існують докази щодо можливості збереження функцій (гостроти зору) в межах норми на час лікування кератоконусу, відсутності прогресування та ускладнень кератоконусу протягом тривалого часу за умови лікування та усунення причин, що призвели до їх виникнення.	Обов'язкові: 1. Перевірка під час контрольного огляду дотримання пацієнтом рекомендацій дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога, правильності застосування оптичної корекції та лікування. 2. Періодичність контрольних оглядів встановлюється лікарем загальної практики відповідно до рекомендацій лікаря дитячого офтальмолога / лікаря офтальмолога. 3. У разі виявлення дестабілізації зорових функцій пацієнт повинен бути вчасно скерований до лікаря дитячого офтальмолога / лікаря офтальмолога для вирішення подальшої стратегії лікування. 4. При відсутності динаміки

		<p>пацієнт повинен бути вчасно скерований до лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога для вирішення подальшої стратегії лікування</p> <p>Бажані: 5. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії/ навчання (з урахуванням стану пацієнта), якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.</p>
--	--	---

3.2. Для закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з кератоконусом позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.	Існують докази, що виявлення кератоконусу в ранньому віці та своєчасне призначення оптичної корекції та лікування знижує ризик прогресування кератоконусу та явищ астенопії, запобігають ранній інвалідизації.	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування кератоконусу. (розділ 4.1.1). 2. Надавати інформацію щодо кератоконусу та її наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику кератоконусу, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування кератоконусу (додаток 7).
2. Діагностика		
Діагноз кератоконусу встановлюється на підставі отриманих даних щодо характерних аномалій рефракції, динаміки змін гостроти зору. Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для	Оцінка кератоконусу вимагає як оцінки статусу рефракції ока, поточний вид корекції у пацієнта, симптомів і потреб зору. Оцінка кератоконусу часто проводиться в поєднанні з комплексною медичною оцінкою очей, для виключення та лікування	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Збір анамнезу; 2. Фізикальне обстеження (розділ 4.2.) <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Динамічна рефрактометрія. 4. Динамічна візометрія. 5. Динамічне визначення біокулярності.

<p>оптимального оцінювання статичної рефракції, оптичних середовищ, виявлення захворювань, що можуть призвести до розвитку кератоконусу.</p>	<p>захворювань ока, що призводять до розвитку цих порушень. Опитувальники можуть бути корисними у виявленні симптомів, але повинні бути використані разом з анамнезом та результатами обстежень при прийнятті рішення щодо призначення виду лікування. На підставі сукупних результатів обстежень роблять висновки про перебіг захворювання, відповідність призначеного лікування та можливу необхідність хірургічного втручання тощо.</p>	<p>6. Визначення ригідності рогівки (за можливості). 7. Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).</p>
<h3>3. Лікування</h3>		
<p>Початкова терапія залежить від причини виникнення кератоконусу. Зазвичай необхідна оптична корекція суттєвої рефракційної аномалії(-й). Методи лікування кератоконусу:</p> <ul style="list-style-type: none"> — оптична корекція; — корекція за допомогою жорстких або м'яких контактних лінз; — крослінкінг терапія; — хірургічне лікування при прогресуванні кератоконусу. 	<p>Лікування кератоконусу може покращити гостроту зору у дітей. Лікування кератоконусу здійснюється за допомогою корегування зорових рефракційних аномалій та визначення причини кератоконусу. Метою лікування є досягнення однакової гостроти зору для обох очей. Лікувальні заходи визначають з урахуванням віку дитини, гостроти зору, попереднього лікування, а також фізичного, соціального та психологічного стану дитини.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При наявності суттєвої рефракційної аномалії(-й) призначається оптична або контактна корекція (розділ 4.3.) 2. В залежності від стану кератоконусу призначається: <ul style="list-style-type: none"> — корекція за допомогою жорстких або м'яких контактних лінз; — крослінкінг терапія. 3. За необхідності проведення хірургічного лікування при прогресуванні кератоконусу та у разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт скеровується у ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу. <p>Бажані.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Направлення дитини до спеціалізованого офтальмологічного дошкільного закладу.
<h3>4. Реабілітація та диспансерне спостереження</h3>		

<p>Всі пацієнти, у яких діагностовано кератоконус, мають знаходитись під постійним спостереженням лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та лікаря загальної практики. Після проведення консервативного лікування пацієнтам необхідно повернутися до повноцінного життя.</p>	<p>Лікування кератоконусу повинне бути постійним, довготривалим та безперервним. Рекомендації щодо лікування базуються на віці дитини, її фізичному та психологічному розвитку, а також необхідно враховувати необхідність соціальної адаптації дитини.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подальша оцінка має проводитись через 2-3 місяці після початку лікування, але тривалість цього періоду може змінюватись в залежності від інтенсивності лікування та віку дитини. 2. На основі подальшої оцінки результатів дотримання лікування, режим лікування може потребувати змін, а саме: <ul style="list-style-type: none"> – сили оптичної корекції; – режиму зорового навантаження. 3. У разі відсутності ефекту від лікування чи неможливості виконання плану диспансерного спостереження необхідно направити пацієнта до ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу. <p>Бажані</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Направлення на санаторно-курортне лікування за наявності показань та відсутності протипоказань (додаток 4).
---	---	---

3.3. Для закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) амбулаторну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
<p>Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з кератоконусом позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.</p>	<p>Існують докази, що виявлення кератоконусу в ранньому віці та своєчасне призначення оптичної корекції та лікування знижує ризик прогресування кератоконусу та виникнення явищ астенопії, запобігають ранній інвалідизації.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування кератоконусу. (розділ 4.1.1). 2. Надавати інформацію щодо кератоконусу та його наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику кератоконусу, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку та прогресування кератоконусу (додаток 7).

2. Діагностика		
<p>Діагноз кератоконусу встановлюється на підставі отриманих даних щодо характерних аномалій рефракції, динаміки змін гостроти зору. Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для оптимального оцінювання статичної рефракції, оптичних середовищ, виявлення захворювань, що можуть призвести до розвитку кератоконусу.</p>	<p>Оцінка кератоконусу вимагає як оцінки статусу рефракції ока, поточний вид корекції у пацієнта, симптомів і потреб зору. Оцінка кератоконусу часто проводиться в поєднанні з комплексною медичною оцінкою очей, для виключення та лікування захворювань ока, що призводять до розвитку цих порушень. На підставі сукупних результатів обстежень роблять висновки про перебіг захворювання, відповідність призначеного лікування та можливу необхідність хірургічного втручання тощо.</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Збір анамнезу; 2. Фізикальне обстеження (розділ 4.2.). <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Динамічна рефрактометрія. 4. Динамічна візометрія. 5. Динамічне визначення біокулярності. 6. Визначення ригідності рогівки (за можливості). 7. Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).
3. Лікування		
<p>Початкова терапія залежить від причини виникнення кератоконусу. Зазвичай необхідна оптична корекція суттєвої рефракційної аномалії(-й).</p> <p>Методи лікування кератоконусу:</p> <ul style="list-style-type: none"> — оптична корекція; — корекція за допомогою жорстких або м'яких контактних лінз; — крослінкінг терапія; — хірургічне лікування при прогресуванні кератоконусу. 	<p>При лікуванні кератоконусу, офтальмолог намагається покращити гостроту зору за допомогою однієї чи більше з наступних стратегій. Першим є визначення причин виникнення та розвитку кератоконусу. Другим є корегування зорових рефракційних аномалій. Хоча це не завжди досягається, метою є досягнення однакової гостроти зору для обох очей. Рекомендації щодо лікування базуються на віці дитини, гостроті зору та дотриманні попереднього лікування, а також фізичному, соціальному та психологічному стані дитини.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При наявності суттєвої рефракційної аномалії(-й) призначається оптична або контактна корекція (розділ 4.3.) 2. В залежності від стану кератоконусу призначається: <ul style="list-style-type: none"> — корекція за допомогою жорстких або м'яких контактних лінз; — крослінкінг терапія. 3. За необхідності проведення хірургічного лікування при прогресуванні кератоконусу та у разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт скеровується у ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу. <p>Бажані.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Направлення дитини до спеціалізованого офтальмологічного дошкільного закладу.

4. Реабілітація та спостереження після лікування

<p>Всі пацієнти, у яких діагностовано кератоконус, мають знаходитись під постійним спостереженням лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та лікаря загальної практики. Після проведення лікування пацієнтам необхідно повернутися до повноцінного життя.</p>	<p>Лікування кератоконусу повинне бути постійним, довготривалим та безперервним. Рекомендації щодо лікування базуються на віці дитини, її фізичному та психологічному розвитку, а також необхідно враховувати необхідність соціальної адаптації дитини. Метою подальшої оцінки є контроль реакції на терапію та корегування плану лікування, у разі необхідності. Визначення гостроти зору ока з кератоконусом є основною метою подальшої діагностики, але також важливо включити історію за певний проміжок часу, особливо дотримання плану лікування, побічні ефекти від лікування та гостроту зору на другому оці. Використання подібних схем при забезпеченні комфортних умов для дітей дає можливість отримати надійні результати під час огляду. Гострота зору на будь-якому оці може відрізнятись, через зміни у рефракційних аномаліях.</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подальша оцінка має проводитись через 2-3 місяці після початку лікування, але цей період буде варіюватись, в залежності від інтенсивності лікування та віку дитини. 2. На основі подальшої оцінки результатів дотримання лікування, режим лікування може потребувати змін, а саме: <ul style="list-style-type: none"> – зміни оптичної сили корекції; – зміни режиму зорового навантаження. 3. Гострота зору повинна бути повторно бути перевірена для визначення, чи повернулась вона до рівня, який був до лікування, для відновлення лікування кератоконусу (додаток 1,7). <p>Бажані</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Направлення на санаторно-курортне лікування за наявності показань та відсутності протипоказань (додаток 4).
---	---	--

3.4. Для закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) стаціонарну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Догоспітальний стан		
Направлення на операцію за наявності показань та відсутності протипоказань може бути ініційоване	Передопераційна підготовка, яка включає виявлення і лікування вогнищ хронічної інфекції, гострих станів, важких	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наявність документа, що відображає перебіг захворювання, медикаментозні призначення, показання та протипоказання до

<p>офтальмологом або лікарем загальної практики (розділ 4.3). Проведення загальних обстежень, спеціалізованих обстежень, консультацій суміжних спеціалістів. Рішення про операцію повинно прийматися пацієнтом при обговоренні з офтальмологом.</p>	<p>супутніх захворювань запобігає можливим післяопераційним ускладненням.</p>	<p>госпіталізації. 2. Проведення необхідних досліджень і консультацій перед операцією (розділ 4.3.3.) 3. Компенсація хронічних станів (нормалізація АТ, цукру крові, тощо). 4. Обговорення з пацієнтом стосовно серйозності захворювання та можливих методів подальшого лікування, прогнозу, ймовірності можливих ускладнень, важливості післяопераційної терапії. 5. Отримання інформованої згоди пацієнта перед операцією (додаток 8).</p>
<h2>2. Госпіталізація</h2>		
<p>Пацієнт має бути ознайомлений та згодний з метою госпіталізації до стаціонару, обсягом можливих/запланованих втручань. У пацієнта має бути наявна необхідна супровідна документація (розділ 4.3.3).</p>	<p>Ретельна підготовка хворого до госпіталізації значно зменшує ризик інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, що є запорукою успішного лікування та сталого результату у майбутньому.</p>	<p>Обов'язкові: 1. Необхідно обговорити з пацієнтом: – ризики та користь операції, включаючи будь-які ризики, характерні для цієї операції; – переважну мету рефракції і необхідний баланс рефракції між двома очима; – тип анестезії; – якщо пацієнт згодний на операцію, йому призначають дату операції; – вибір засобів профілактики інфекції. 2. Отримання інформованої згоди на операцію, якщо це не зроблено під час передопераційної оцінки.</p>
<h2>3. Діагностика</h2>		
<p>Діагностичні заходи спрямовані на визначення комплексного маршруту надання медичної допомоги) та передбачають: – визначення пацієнта і ока на операцію разом із зовнішнім оглядом очей;</p>	<p>Раннє виявлення та лікування причин, що призвели до виникнення кератоконусу сприяють успішному їх лікуванню та досягненню високих зорових функцій (гостроти зору). Ретельні передопераційні обстеження стану пацієнта (фізикальні, лабораторні)</p>	<p>Обов'язкові: 1. Збір анамнезу (розділ 4.2.) 2. Провести комплексне дослідження очей із застосуванням загальних та спеціальних методів (розділ 4.2.2.) 3. За наявності супутньої очної патології або супутньої патології, що може впливати на функціонування зорового</p>

<p>– визначення змін в загальному стані здоров'я або здоров'ї очей з моменту останньої перевірки і, за необхідності, провести повторне обстеження.</p> <p>Для зручності пацієнтів час прибуття повинен, при можливості, бути встановлений, але пацієнти повинні прибути для проведення операції за певний час до початку операції, щоб забезпечити адекватну підготовку.</p>	<p>запобігають можливим негативним наслідкам лікування та погіршанню стану хворого внаслідок можливої лікарської помилки.</p>	<p>апарату, призначити додаткові методи обстеження (ОСТ, ФАГ, МРТ головного мозку та орбіти, ВЗП, А та В-сканування та інші).</p> <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Динамічна рефрактометрія. 5. Динамічна візометрія. 6. Динамічне визначення біокулярності. 7. Визначення ригідності роги́вки (за можливості). 8. Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).
--	---	---

4. Лікування

<p>Мета та кінцевий результат лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> – усунення причин, що призвели до кератоконусу, – підвищення гостроти зору, – складання плану подальшого лікування, – стабілізація зорових функцій, – збереження якості життя пацієнта. <p>Усі види оперативних втручань виконуються за показаннями, при відсутності протипоказань (розділ 4.3), на підставі даних, отриманих при проведенні діагностичних заходів, та за результатами обговорення з пацієнтом</p> <p>Метод хірургічного лікування визначається основною причиною</p>	<p>Усі види оперативних втручань виконуються за показаннями, з урахуванням об'єктивних клінічних даних: стадії процесу, ступеню декомпенсації ВОТ тощо. Перед рефракційною хірургією повинна оцінюватися топографія роги́вки та її біомеханічні властивості на предмет неправильного астигматизму, викривлення роги́вки або аномалій, які свідчать про кератоконус або інші ектазії роги́вки. Всі ці умови можуть бути пов'язані з непередбачуваними результатами рефракції, кератоконуса і ектазії з прогресуванням ектазії після кераторефракційної хірургії.</p> <p>При розгляді внутрішньоочної рефракційної хірургії для оцінки оптичних</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хірургічні маніпуляції виконуються відповідно до визначених задач: корекція аномалії рефракції, усунення помутніння оптичних середовищ, усунення косоокості. 2. Післяопераційний догляд та медикаментозна супровідна терапія призначається відповідно до стану хворого. 3. Післяопераційне обстеження, в тому числі біомікроскопія роги́вки за допомогою щільної лампи, бажано провести на наступний день після операції і кожні 2-3 дні після цього, поки не пройде процес повної епіталізації. Епітелізація зазвичай завершується протягом 5 днів після операції. 4. У разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт перенаправляється на вищий рівень надання медичної допомоги. <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Хірургічне та консервативне
--	---	--

<p>виникнення кератоконусу та направлений на усунення цих причин (корекція аномалії рефракції, усунення помутніння оптичних середовищ, усунення косоокості).</p>	<p>характеристик рогівки важливо вимірювання топографії та біомеханічних властивостей рогівки Це також актуально, якщо процедура кераторефракційної хірургії повинна оптимізувати результат рефракції після операції або для імплантації торичних інтраокулярних лінз.</p>	<p>лікування причин, що можуть призвести до розвитку кератоконусу.</p>
--	--	--

5. Виписка з рекомендаціями на післягоспітальний період

<p>Виписка пацієнта здійснюється після завершення всіх запланованих лікувальних заходів, відсутності ускладнень та можливості подальшого післяопераційного спостереження амбулаторно. Усі хворі, які були прооперовані отримують з медичної карти хворого (ф. 027/о) із зазначенням діагнозу, результатів проведеного лікування та обстеження.</p>	<p>У післяопераційному періоді виникає більшість ускладнень і спостерігається найбільша стабілізація зорових функцій. Офтальмолог, який проводив операцію, зобов'язаний повідомити пацієнта про відповідні ознаки й симптоми можливих ускладнень, засоби захисту ока, заходи, медикаменти, обов'язкові відвідування лікаря й надати докладну інформацію щодо доступу до невідкладної допомоги. Офтальмолог також повинен повідомити хворого про необхідність дотримання рекомендацій наданих йому після операції, та своєчасне повідомлення офтальмолога про будь-які проблеми. У пацієнта завжди має бути доступ до офтальмолога для отримання належної допомоги у випадку виникнення ускладнень Обстеження через 3 місяці після операції не є обов'язковим. Більшість пацієнтів слід обстежувати приблизно через 6 місяців</p>	<p>Обов'язкові. 1. Оформити Виписку із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о). 2. Призначається план (частота) післяопераційних оглядів, який передбачає:</p> <ul style="list-style-type: none"> - збір анамнезу, включаючи післяопераційне застосування медикаментів, наявність нових симптомів, самооцінку зору; - вимірювання параметрів зорової функції (наприклад, гостроти зору, включаючи тест зі стенопійним отвором, і рефракції за можливості); - вимірювання ВОТ; - біомікроскопію із щільною лампою. <p>Перший післяопераційний огляд має бути призначений не пізніше 6-ти місяців після операції або раніше (за необхідності). 3. Має бути складений індивідуальний план подальшого лікування та консультування / просвіти пацієнта або осіб, які за ним доглядають.</p>
--	--	--

	після операції.	
6. Реабілітація		
<p>Стабільний зір і рефракція не може бути досягнута протягом багатьох місяців. Необхідно проводити періодичні огляди з метою контролю стану ока, а також побічних ефектів, які можуть виникнути при тривалому застосуванні кортикостероїдів, наприклад, підвищений ВОТ. Пацієнт після хірургічного лікування має повернутися до максимальної повноцінної якості життя.</p>	<p>Післяопераційне ведення є невід'ємною частиною результату будь-якої хірургічної процедури і відповідальністю хірурга, який проводив операцію. Місцеві антибіотики застосовуються для зведення до мінімуму ризику післяопераційних інфекцій. Застосування місцевих кортикостероїдів зазвичай починається відразу після операції і зменшуються впродовж декількох днів або тижнів, іноді – місяців. Якщо лікування кортикостероїдами тривале, необхідно контролювати ВОТ. Легке мінуче підвищення ВОТ може контролюватися місцевою терапією, але моніторинг дуже важливий, оскільки контроль ВОТ можна легко втратити при тривалому застосуванні кортикостероїдів.</p>	<p>Обов'язкові</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Медикаментозна супровідна терапія призначається відповідно до стану хворого. 2. Контроль за функціональним станом зорового аналізатора та виконанням рекомендацій згідно призначень/ виписки з стаціонару здійснюється відповідно до складеного плану <p>Бажані</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Санаторно-курортне лікування у профільних санаторіях для офтальмологічних хворих призначається за відсутності протипоказань (додаток 4). 2. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії відповідно до стану пацієнта, якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.
7. Спостереження після лікування		
<p>Пацієнт з кератоконусом має проходити диспансеризацію згідно з індивідуальним планом спостереження на підставі призначень/ виписки зі стаціонару. Хворий на кератоконус після медичних втручань має повернутися до максимальної повноцінної якості</p>	<p>Оскільки кератоконус може прогресувати з часом, важливо, щоб пацієнти розуміли, що своєчасне обстеження і лікування важливі для правильного прийняття рішень і втручання, щоб запобігти подальшу втрату зору.</p>	<p>Обов'язкові</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о). 2. Контроль за виконанням рекомендацій згідно призначень/ виписки зі стаціонару. 3. Надавати рекомендації щодо модифікації способу життя: обмеження фізичного навантаження, роботи з нервовим напруженням, роботи в нічний час, обмеження стимулюючих напоїв тощо. 4. Контроль внутрішньоочного

ЖИТТЯ.		<p>тиску, гостроти зору, поля зору, стану зорового нерва, показників топографії, контроль виконання пацієнтом рекомендацій лікаря.</p> <p>Бажані:</p> <p>5. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії / навчання відповідно до стану пацієнта, якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.</p> <p>6. Проводиться моніторинг змін біомеханічних властивостей рогівки та фіброзної капсули ока.</p>
--------	--	--

КОНТАКТНА КОРЕКЦІЯ ЗОРУ

3.1. Для закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з контактною корекцією зору позитивно впливає на стан зорових функцій.	Існують докази, що виявлення ускладнень контактної корекції зору на ранніх стадіях та своєчасне скерування до спеціалістів з метою призначення адекватного лікування знижує ризик зниження зорових функцій, запобігають ранній інвалідизації.	Обов'язкові: 1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування ускладнень контактної корекції зору (розділ 4.1.1). 2. Надавати інформацію щодо ускладнень контактної корекції зору та її наслідків, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку ускладнень контактної корекції зору (додаток 7).
2. Діагностика		
Обстеження та призначення контактної корекції зору встановлюється на підставі отриманих даних щодо характерних змін та комплексної оцінки офтальмо статусу. Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для оптимального оцінювання структур, які містяться за райдужною оболонкою, включно – зоровий нерв.	Оцінка ока при призначенні контактної корекції зору включає комплексну оцінку офтальмо статусу із взяттям до уваги факторів ризику ускладнень контактної корекції зору та присутність помутніння середовищ чи структурних дефектів. Призначення контактної корекції зору та діагноз щодо ускладнень контактної корекції зору може бути поставлений тільки спеціалістом з відповідною кваліфікацією і досвідом.	Обов'язкові: 1. Збір скарг та анамнезу (генетичний, травматичний анамнез, запальні процеси, наявність супутньої патології). 2. Перевірка гостроти зору (візометрія). 3. При неможливості проведення діагностики – термінове скерування пацієнта до лікаря офтальмолога, лікаря дитячого офтальмолога. Бажані: 4. Визначення гостроти зору (візометрія).
3. Лікування		
Контактна корекція зору за наявності показань та відсутності	Метою лікування є досягнення однакової гостроти зору для обох	Обов'язкові: Під час обстеження та лікування сприяти виконанню пацієнтом всіх

<p>протипоказань призначається лікарем дитячим офтальмологом, лікарем офтальмологом за місцем проживання / реєстрації.</p>	<p>очей, запобігання ускладнень контактної корекції зору. Лікувальні заходи визначають з урахуванням віку дитини, гостроти зору, попереднього лікування, а також фізичного, соціального та психологічного стану дитини.</p>	<p>рекомендацій лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та інших спеціалістів.</p>
<p>4. Реабілітація та диспансерне спостереження</p>		
<p>Пацієнти, яким призначена контактна корекція зору, перебувають на диспансерному спостереженні у лікаря загальної практики – сімейного лікаря/дільничного терапевта/дільничного педіатра, який веде необхідну медичну документацію та сприяє виконанню пацієнтом плану диспансеризації та рекомендацій спеціалістів.</p>	<p>Призначення контактної корекції зору може покращити гостроту зору у дітей. Призначення контактної корекції зору може бути постійним, довготривалим та безперервним, тому пацієнти потребують регулярного контролю зорових функцій.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перевірка під час контрольного огляду дотримання пацієнтом рекомендацій дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога, правильності застосування оптичної корекції та лікування. 2. Періодичність контрольних оглядів встановлюється лікарем загальної практики відповідно до рекомендацій лікаря дитячого офтальмолога / лікаря офтальмолога. 3. У разі виявлення дестабілізації зорових функцій пацієнт повинен бути вчасно скерований до лікаря дитячого офтальмолога / лікаря офтальмолога для вирішення подальшої стратегії лікування. 4. При відсутності ефекту пацієнт повинен бути вчасно скерований до лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога для вирішення подальшої стратегії лікування <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії/ навчання (з урахуванням стану пацієнта), якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.

3.2. Для закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з контактною корекцією зору позитивно впливає на стан зорових функцій.	Існують докази, що виявлення ускладнень контактної корекції зору на ранніх стадіях та своєчасне скерування до спеціалістів з метою призначення адекватного лікування знижує ризик зниження зорових функцій, запобігають ранній інвалідизації.	Обов'язкові: 1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування ускладнень контактної корекції зору (розділ 4.1.1). 2. Надавати інформацію щодо ускладнень контактної корекції зору та її наслідків, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку ускладнень контактної корекції зору (додаток 7).
2. Діагностика		
Обстеження та призначення контактної корекції зору встановлюється на підставі отриманих даних щодо характерних змін та комплексної оцінки офтальмо статусу. Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для оптимального оцінювання структур, які містяться за райдужною оболонкою, включно – зоровий нерв.	Оцінка ока при призначенні контактної корекції зору включає комплексну оцінку офтальмо статусу із взяттям до уваги факторів ризику ускладнень контактної корекції зору та присутність помутніння середовищ чи структурних дефектів. Призначення контактної корекції зору та діагноз щодо ускладнень контактної корекції зору може бути поставлений тільки спеціалістом з відповідною кваліфікацією і досвідом.	Обов'язкові. 1. Збір анамнезу; 2. Фізикальне обстеження (розділ 4.2). Бажані: 3. Динамічна рефрактометрія. 4. Динамічна візометрія. 5. Динамічне визначення біокуляричності. 6. Визначення ригідності рогівки (за можливості). 7. Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).
3. Лікування		
Початкове призначення контактної корекції зору залежить від причини виникнення аномалій рефракції та включає такі методи: – оптична корекція;	При призначення контактної корекції зору, офтальмолог намагається покращити гостроту зору за допомогою однієї чи більше з наступних стратегій.	Обов'язкові: 1. За наявності суттєвої рефракційної аномалії(-й) призначається оптична корекція (розділ 4.3). 2. В залежності від стану зорового апарату призначається:

<p>– рефракційна корекція; – функціональне лікування.</p>	<p>Першим є визначення причин аномалій рефракції. Другим є корегування зорових рефракційних аномалій шляхом контактної корекції. Хоча це не завжди досягається, метою є досягнення однакової гостроти зору для обох очей. Рекомендації щодо лікування базуються на віці дитини, гостроті зору та дотриманні попереднього лікування, а також фізичному, соціальному та психологічному стані дитини.</p>	<p>– зорова терапія; – плеоптичне лікування за потреби; – оптикоректорні тренування дивергентної дезакомодації. 3. За необхідності проведення хірургічного лікування та у разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт скеровується у ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу. Бажані. 4. Направлення дитини до спеціалізованого офтальмологічного дошкільного закладу.</p>
---	--	--

4. Реабілітація та диспансерне спостереження

<p>Всі пацієнти, яким призначено контактну корекцію зору, мають знаходитись під постійним спостереженням лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та лікаря загальної практики. Після проведення консервативного лікування пацієнтам необхідно повернутися до повноцінного життя.</p>	<p>Призначення контактної корекції зору може покращити гостроту зору у дітей. Призначення контактної корекції зору може бути постійним, довготривалим та безперервним, тому пацієнти потребують регулярного контролю зорових функцій.</p>	<p>Обов'язкові: 1. Подальша оцінка має проводитись через 2-3 місяці після початку контактної корекції, але тривалість цього періоду може змінюватись в залежності від інтенсивності лікування та віку дитини. 2. На основі подальшої оцінки результатів дотримання лікування, режим лікування може потребувати змін, а саме: – сили оптичної корекції лінзи; – розміру та виду контактної лінзи. 3. У разі відсутності ефекту від лікування чи неможливості виконання плану диспансерного спостереження необхідно направити пацієнта до ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу. Бажані 4. Направлення на санаторно-курортне лікування за наявності показань та відсутності протипоказань (додатки 2-5).</p>
--	---	--

3.3. Для закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) амбулаторну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
Виявлення і вплив на фактори ризику у пацієнтів з контактною корекцією зору позитивно впливає на стан зорових функцій.	Існують докази, що виявлення ускладнень контактної корекції зору на ранніх стадіях та своєчасне скерування до спеціалістів з метою призначення адекватного лікування знижує ризик зниження зорових функцій, запобігають ранній інвалідизації.	Обов'язкові: 1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування ускладнень контактної корекції зору (розділ 4.1.1). 2. Надавати інформацію щодо ускладнень контактної корекції зору та її наслідків, необхідності контролювати гостроту зору, особливо в осіб із ризиком розвитку ускладнень контактної корекції зору (додаток 7).
2. Діагностика		
Контактна корекція зору призначається на підставі отриманих даних щодо характерних аномалій рефракції, динаміки змін гостроти зору. Огляд за наявності розширеної зіниці є необхідним для оптимального оцінювання статичної рефракції, оптичних середовищ, виявлення захворювань, що можуть призвести до розвитку ускладнень контактної корекції зору.	Призначення контактної корекції зору вимагає як оцінки статусу рефракції ока, поточний вид корекції у пацієнта, симптомів і потреб зору. Оцінка ускладнень контактної корекції зору часто проводиться в поєднанні з комплексною медичною оцінкою очей, для виключення та лікування захворювань ока, що призводять до розвитку цих порушень. На підставі сукупних результатів обстежень роблять висновки про перебіг захворювання, відповідність призначеного лікування та можливу необхідність хірургічного втручання тощо.	Обов'язкові. 1. Збір анамнезу; 2. Фізикальне обстеження (розділ 4.2.) Бажані: 3. Динамічна рефрактометрія. 4. Динамічна візометрія. 5. Динамічне визначення бінокулярності. 6. Визначення ригідності рогівки (за можливості). 7. Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).
3. Лікування		

<p>Початкове призначення контактної корекції зору залежить від причини виникнення аномалій рефракції та включає такі методи:</p> <ul style="list-style-type: none"> – оптична корекція; – рефракційна корекція; – функціональне лікування. 	<p>При призначення контактної корекції зору, офтальмолог намагається покращити гостроту зору за допомогою однієї чи більше з наступних стратегій.</p> <p>Першим є визначення причин аномалій рефракції.</p> <p>Другим є корегування зорових рефракційних аномалій.</p> <p>Хоча це не завжди досягається, метою є досягнення однакової гостроти зору для обох очей.</p> <p>Рекомендації щодо лікування базуються на віці дитини, гостроті зору та дотриманні попереднього лікування, а також фізичному, соціальному та психологічному стані дитини.</p>	<p>Обов’язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. За наявності суттєвої рефракційної аномалії(-й) призначається оптична корекція (розділ 4.3). 2. В залежності від стану зорового апарату призначається: <ul style="list-style-type: none"> – зорова терапія; – плеоптичне лікування за потреби; – оптикоректорні тренування дивергентної дезакомодації. 3. За необхідності проведення хірургічного лікування та у разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт скеровується у ЗОЗ, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу. <p>Бажані.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Направлення дитини до спеціалізованого офтальмологічного дошкільного закладу.
---	--	--

4. Реабілітація та спостереження після лікування

<p>Всі пацієнти, яким призначено контактну корекцію зору, мають знаходитись під постійним спостереженням лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та лікаря загальної практики.</p> <p>Після проведення консервативного лікування пацієнтам необхідно повернутися до повноцінного життя.</p>	<p>Метою подальшої діагностики є контроль реакції на контактну корекцію зору та корегування плану лікування, у разі необхідності.</p> <p>Визначення гостроти зору очей є основною метою подальшої діагностики, але також важливо включити історію за певний проміжок часу, особливо дотримання плану лікування, побічні ефекти від лікування та гостроту зору на другому оці. Використання подібних схем при забезпеченні комфортних умов для дітей дає можливість отримати надійні результати під час візитів на огляд.</p>	<p>Обов’язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подальша оцінка має проводитись через 2-3 місяці після початку лікування, але цей період буде варіюватись, в залежності від інтенсивності лікування та віку дитини. 2. На основі подальшої оцінки результатів дотримання лікування, режим лікування може потребувати змін, а саме: <ul style="list-style-type: none"> – зміни сили оптичної корекції; – зміни виду та силу контактної лінзи; – зміни зорового режиму. 3. Гострота зору повинна бути повторно перевірена для визначення, чи повернулася вона до рівня, який був до лікування, для відновлення лікування ускладнень контактної корекції зору (додатки 1,7).
---	--	---

	Результати гостроти зору на будь-якому оці можуть відрізнятись, через зміни у рефракційних аномаліях.	Бажані 4. Направлення на санаторно-курортне лікування за наявності показань та відсутності протипоказань (додатки 2-5).
--	---	---

3.4. Для закладів охорони здоров'я, що надають третинну (високоспеціалізовану) стаціонарну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Догоспітальний стан		
Направлення на операцію за наявності показань та відсутності протипоказань може бути ініційоване офтальмологом або лікарем загальної практики (розділ 4.3). Проведення загальних обстежень, спеціалізованих обстежень, консультацій суміжних спеціалістів. Рішення про операцію повинно прийматися пацієнтом при обговоренні з офтальмологом.	Передопераційна підготовка, яка включає виявлення і лікування вогнищ хронічної інфекції, гострих станів, важких супутніх захворювань запобігає можливим післяопераційним ускладненням.	Обов'язкові. 1. Наявність документа, що відображає перебіг захворювання, медикаментозні призначення, показання та протипоказання до госпіталізації. 2. Проведення необхідних досліджень і консультацій перед операцією (розділ 4.3.3.) 3. Компенсація хронічних станів (нормалізація АТ, цукру крові, тощо). 4. Обговорення з пацієнтом стосовно серйозності захворювання та можливих методів подальшого лікування, прогнозу, ймовірності можливих ускладнень, важливості післяопераційної терапії. 5. Отримання інформованої згоди пацієнта перед операцією (додаток 8).
2. Госпіталізація		
Пацієнт має бути ознайомлений та згодний з метою госпіталізації до стаціонару, обсягом можливих/запланованих втручань. У пацієнта має бути наявна необхідна супровідна	Ретельна підготовка хворого до госпіталізації значно зменшує ризик інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, що є запорукою успішного лікування та сталого результату у майбутньому.	Обов'язкові: 1. Необхідно обговорити з пацієнтом: – ризики та користь операції, включаючи будь-які ризики, характерні для цієї операції; – переважну мету рефракції і необхідний баланс рефракції між двома очима; – тип анестезії; – якщо пацієнт згодний на

документація (розділ 4.3.3).		операцію, йому призначають дату операції; – вибір засобів профілактики інфекції. 2. Отримання інформовану згоду на операцію, якщо це не зроблено під час передопераційної оцінки.
3. Діагностика		
<p>Діагностичні заходи спрямовані на визначення комплексного маршруту надання медичної допомоги) та передбачають:</p> <ul style="list-style-type: none"> – визначення пацієнта і ока на операцію разом із зовнішнім оглядом очей; – визначення змін в загальному стані здоров'я або здоров'ї очей з моменту останньої перевірки і, за необхідності, провести повторне обстеження. <p>Для зручності пацієнтів час прибуття повинен, за можливості, бути встановлений, але пацієнти повинні прибути для проведення операції за певний час до початку операції, щоб забезпечити адекватну підготовку.</p>	<p>Раннє виявлення та лікування причин, що призвели до виникнення ускладнень контактної корекції зору сприяють успішному їх лікуванню та досягненню високих зорових функції (гостроти зору).</p> <p>Ретельні передопераційні обстеження стану пацієнта (фізикальні, лабораторні) запобігають можливим негативним наслідкам лікування та погіршанню стану хворого.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Збір анамнезу (розділ 4.2.) 2. Провести комплексне дослідження очей із застосуванням загальних та спеціальних методів (розділ 4.2.2.) 3. За наявності супутньої очної патології або супутньої патології, що може впливати на функціонування зорового апарату, призначити додаткові методи обстеження (ОСТ, ФАГ, МРТ головного мозку та орбіти, ВЗП, А та В-сканування та інші). <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Динамічна рефрактометрія. 5. Динамічна візометрія. 6. Динамічне визначення біокулярності. 7. Визначення ригідності рогівки (за можливості). 8. Визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).
4. Лікування		
<p>Мета та кінцевий результат лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> – усунення ускладнень контактної корекції зору, – підвищення гостроти зору, – складання плану подальшого 	<p>Усі види оперативних втручань виконуються за показаннями, з урахуванням об'єктивних клінічних даних: стадії процесу, ступеню декомпенсації ВОТ тощо. Перед рефракційною хірургією повинна</p>	<p>Обов'язкові.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Хірургічні маніпуляції виконуються відповідно до визначених задач: корекція аномалії рефракції, усунення помутніння оптичних середовищ, усунення косоокості. 2. Післяопераційний догляд та медикаментозна супровідна

<p>лікування, — стабілізація зорових функцій, — збереження якості життя пацієнта. Усі види оперативних втручань виконуються за показаннями, при відсутності протипоказань (розділ 4.3), на підставі даних, отриманих при проведенні діагностичних заходів, та за результатами обговорення з пацієнтом Метод хірургічного лікування визначається основною причиною виникнення ускладнень контактної корекції зору та направлений на усунення цих причин (корекція аномалії рефракції, усунення помутніння оптичних середовищ, усунення косоокості).</p>	<p>оцінюватися топографія рогівки та її біомеханічні властивості на предмет неправильного астигматизму, викривлення рогівки або аномалій, які свідчать про кератоконус або інші ектазії рогівки. Всі ці умови можуть бути пов'язані з непередбачуваними результатами рефракції, кератоконуса і ектазії з прогресуванням ектазії після кераторефракційної хірургії. При розгляді внутрішньоочної рефракційної хірургії для оцінки оптичних характеристик рогівки важливо вимірювання топографії та біомеханічних властивостей рогівки .</p>	<p>терапія призначається відповідно до стану хворого. 3. Післяопераційне обстеження, в тому числі біомікроскопія рогівки за допомогою щілинної лампи, бажано провести на наступний день після операції і кожні 2-3 дні після цього, поки не пройде процес повної епіталізації. Епітелізація зазвичай завершується протягом 5 днів після операції. 5. У разі неможливості надання допомоги на даному рівні пацієнт перенаправляється на вищий рівень надання медичної допомоги. Бажані: 6. Хірургічне та консервативне лікування причин, що можуть призвести до розвитку ускладнень контактної корекції зору.</p>
--	--	---

5. Виписка з рекомендаціями на післягоспітальний період

<p>Виписка пацієнта здійснюється після завершення всіх запланованих лікувальних заходів, відсутності ускладнень та можливості подальшого післяопераційного спостереження амбулаторно. Усі хворі, які були прооперовані отримують з медичної карти хворого (ф. 027/о) із зазначенням діагнозу, результатів проведеного лікування</p>	<p>У післяопераційному періоді виникає більшість ускладнень і спостерігається найбільша стабілізація зорових функцій. Офтальмолог, який проводив операцію, зобов'язаний повідомити пацієнта про відповідні ознаки й симптоми можливих ускладнень, засоби захисту ока, заходи, медикаменти, обов'язкові відвідування лікаря й надати докладну інформацію щодо доступу до невідкладної допомоги. Офтальмолог також повинен повідомити</p>	<p>Обов'язкові. 1. Оформити Виписку із медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма № 027/о). 2. Призначається план (частота) післяопераційних оглядів, який передбачає: - збір анамнезу, включаючи післяопераційне застосування медикаментів, наявність нових симптомів, самооцінку зору; - вимірювання параметрів зорової функції (наприклад, гостроти зору, включаючи тест зі стенопеїчним отвором, і рефракції за можливості); - вимірювання ВОР; - біомікроскопію із щілинною</p>
---	---	--

та обстеження.	хворого про необхідність дотримання рекомендацій наданих йому після операції, та своєчасне повідомлення офтальмолога про будь-які проблеми. У пацієнта завжди має бути доступ до офтальмолога для отримання належної допомоги у випадку виникнення ускладнень. Обстеження через 3 місяці після операції не є обов'язковим. Більшість пацієнтів слід обстежувати приблизно через 6 місяців після операції.	лампюю. Перший післяопераційний огляд має бути призначений не пізніше 6-ти місяців після операції або раніше (за необхідності). 3. Має бути складений індивідуальний план подальшого лікування та консультування / просвіти пацієнта або осіб, які за ним доглядають.
----------------	---	---

6. Реабілітація

<p>Стабільний зір і рефракція не може бути досягнута протягом багатьох місяців. Необхідно проводити періодичні огляди з метою контролю стану ока, а також побічних ефектів, які можуть виникнути при тривалому застосуванні кортикостероїдів, наприклад, підвищений ВОТ.</p> <p>Пацієнт після хірургічного лікування має повернутися до максимально повноцінної якості життя.</p>	<p>Післяопераційне ведення є невід'ємною частиною результату будь-якої хірургічної процедури і відповідальністю хірурга, який проводив операцію. Місцеві антибіотики застосовуються для зведення до мінімуму ризику післяопераційних інфекцій.</p> <p>Застосування місцевих кортикостероїдів зазвичай починається відразу після операції і зменшуються впродовж декількох днів або тижнів, іноді – місяців. Якщо лікування кортикостероїдами тривале, необхідно контролювати ВОТ. Легке мінуче підвищення ВОТ може контролюватися місцевою терапією, але моніторинг дуже важливий, оскільки контроль ВОТ можна легко втратити при тривалому застосуванні кортикостероїдів.</p>	<p>Обов'язкові</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Медикаментозна супровідна терапія призначається відповідно до стану хворого. 2. Контроль за функціональним станом зорового аналізатора та виконанням рекомендацій згідно призначень/ виписки з стаціонару здійснюється відповідно до складеного плану <p>Бажані</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Санаторно-курортне лікування у профільних санаторіях для офтальмологічних хворих призначається за відсутності протипоказань (додаток 2-5) 2. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії відповідно до стану пацієнта, якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час.
---	--	---

7. Спостереження після лікування

<p>Пацієнт з ускладненнями контактної корекції зору має проходити диспансеризацію згідно з індивідуальним планом спостереження на підставі призначень/виписки зі стаціонару.</p> <p>Пацієнт з ускладненнями контактної корекції зору після медичних втручань має повернутися до максимально повноцінної якості життя.</p>	<p>Оскільки ускладнення контактної корекції зору можуть прогресувати з часом, важливо, щоб пацієнти розуміли, що своєчасне обстеження і лікування важливі для правильного прийняття рішень і втручання, щоб запобігти подальшу втрату зору.</p>	<p>Обов'язкові</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Забезпечити записи в Медичній карті амбулаторного хворого (форма № 025/о). 2. Контроль за виконанням рекомендацій згідно призначень/виписки зі стаціонару. 3. Надавати рекомендації щодо модифікації способу життя: обмеження фізичного навантаження, роботи з нервовим напруженням, роботи в нічний час, обмеження стимулюючих напоїв тощо. 4. Контроль внутрішньоочного тиску, гостроти зору, поля зору, стану зорового нерва, показників кератотопографії, контроль виконання пацієнтом рекомендацій лікаря. <p>Бажані:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Пацієнту надається допомога у виборі іншої професії / навчання відповідно до стану пацієнта, якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує в даний час. 6. Проводиться моніторинг змін біомеханічних властивостей рогівки та фіброзної капсули ока.
---	---	--

IV. Опис етапів медичної допомоги

4.1. Фактори ризику розвитку порушень рефракції та акомодатії

4.1.1. Фактори ризику розвитку амбліопії:

- некореговані порушення рефракції;
- анізометропія;
- косоокість;
- наявність амбліопії у сімейному анамнезі;
- помутніння оптичних середовищ очного яблука;
- глаукома;
- вживання батьками алкоголю чи наркотиків, тютюнопаління під час вагітності;
- увеїт;
- опущення верхньої повіки з анізометропічним астигматизмом;
- вага при народженні менше ніж 1500 грамів;
- внутрішньоутробний вік менше 30 тижнів;
- затримка зорового чи неврологічного формування незрілої етіології;
- церебральний параліч;
- певні умови, такі як синдром Дауна.

Групи ризику по розвитку амбліопії:

- діти з косоокістю;
- діти з некорегованими аномаліями рефракції;
- діти з непрозорими оптичними середовищами очного яблука;
- передчасно народжені діти з малою масою тіла;
- діти у родичів першого покоління яких є амбліопія.

Профілактика розвитку амбліопії:

- перевірка гостроти зору для виявлення факторів, які призводять до виникнення амбліопії;
- раннє лікування рефракційної аномалії та косоокості;
- додаткова до щорічної перевірки комплексна офтальмологічна діагностика дітей із факторами ризику розвитку амбліопії.

4.1.2. Фактори ризику розвитку міопії:

- молодий вік пацієнта;
- наявність міопії у сімейному анамнезі;
- кропітка робота на близькій відстані;
- недоношеність;
- низька вага при народженні.

4.1.3. Фактори ризику розвитку гіперметропії:

- вік пацієнта;
- наявність гіперметропії у сімейному анамнезі;
- особливості будови очного яблука.

4.1.4. Фактори ризику розвитку астигматизму:

- вік пацієнта;
- недоношеність;
- низька вага при народженні.

4.1.5. Фактори ризику розвитку анізометропії:

- вік пацієнта;
- наявність анізометропії у сімейному анамнезі;
- одностороння глаукома;
- мікрофтальм;
- помутніння оптичних середовищ очного яблука.

Профілактика порушень рефракції: відсутні переконливі дані щодо можливості профілактики порушень рефракції, зокрема короткозорості.

Профілактика прогресування міопії:

- оптична корекція, у тому числі біфокальними окулярами;
- застосування місцевих циклоплегічних засобів (атропін, циклопентолат).

4.1.6. Фактори ризику розвитку пресбіопії:

- вік;
- гіперметропія;
- професія;
- стать;
- захворювання або травма очей;
- деякі системні захворювання;
- вживання речовин, що ослаблюють акомодацию;
- ятрогенні фактори;
- географічні чинники.

Профілактика пресбіопії: пресбіопія – це віковий стан, оптична корекція якого усуває негативний вплив на зір чи очний стан, незалежно від того коли пацієнт обстежений. Оскільки пресбіопія не може бути відвернена, акцент повинен бути зроблений на виявлення та поліпшення її наслідків, а також громадську освіту та заохочення до здорового способу життя.

4.1.7. Фактори ризику розвитку кератоконусу:

- наявність кератоконусу в сімейному анамнезі;
- структурні дефекти очного яблука;

- міопія;
- астигматизм;
- анізометропія;
- помутніння оптичних середовищ;
- зміни біомеханічних властивостей (зниження ригідності) рогівки.

Відсутні доказові дані щодо можливості профілактики кератоконусу. Існують докази, що виявлення кератоконусу на ранній стадії захворювання та своєчасне призначення оптичної корекції та лікування знижує ризик виникнення амбліопії та явищ астенопії, запобігають ранній інвалідизації. Раннє виявлення та лікування причин, що призвели до виникнення кератоконусу сприяють успішному їх лікуванню та досягненню високих зорових функцій (гостроти зору). Своєчасне проведення моніторингу змін біомеханічних властивостей рогівки знижує ризик розвитку ускладнень та запобігає ранній інвалідизації.

4.2. Особливості збору анамнезу та фізикального обстеження

4.2.2. Особливості комплексного медичного обстеження очей у дорослих

Комплексне медичне обстеження очей включає збір анамнезу, обстеження, діагностику і початок лікування. До складу кожної частини оцінки входять елементи, які є особливо ефективними для виявлення, діагностики та вибору відповідної терапії очних, зорових та системних захворювань. Зазначені галузі є основними для оцінки або дослідження, але не мають на увазі виключати додаткові елементи в міру необхідності. Наприклад, оскільки збір анамнезу є інтерактивним процесом, додаткові питання і оцінки можуть впливати з відповіді пацієнта.

Анамнез

Загалом, ретельний анамнез може включати наступні елементи, хоча точний склад залежить від конкретних завдань і потреб пацієнта:

- демографічні дані (наприклад, ім'я, дата народження, стать, і, при необхідності, етнічна чи расова приналежність);
- ідентичність історії та зв'язку з пацієнтом;
- оцінка відповідності анамнезу захворювання та об'єктивного статусу;
- стан зорових функцій (наприклад, самооцінка пацієнтом зорового стану, зорові потреби, будь-які недавні або поточні очні симптоми і використання окулярів або контактних лінз);
- очний анамнез (наприклад, попередні захворювання очей, травми, хірургічні втручання, в тому числі рефракційна хірургія або інші методи лікування і препарати);
- системний анамнез: відповідні медичні стани і попередні операції;
- прийом лікарських засобів: офтальмологічні та системні препарати, які

в даний час використовуються, у тому числі харчові добавки;

- наявність алергічних або побічних реакцій на ліки;
- сімейний анамнез: наявність відповідних сімейних очних і системних захворювань;
- соціальний анамнез (наприклад, професія, тютюнокуріння, вживання алкоголю, сімейні або життєві обставини);
- опитування щодо стану інших органів і систем та направлення за необхідності на консультацію до суміжних спеціалістів.

Обстеження

Комплексне обстеження очей складається з оцінки фізіологічної функції і анатомічного стану ока, зорової системи і пов'язаних з нею структур.

Обов'язкове обстеження включає:

- оцінка відповідних аспектів психічного і фізичного стану пацієнта;
- вимірювання гостроти зору (візометрія) з поточною корекцією (сила корекції записується) на відстані і при необхідності близько;
- вимірювання найкраще корегованої гостроти зору (з рефракцією) за наявності показань;
- зовнішній огляд (наприклад, повік, вій і слізного апарату; орбіти і відповідних рис обличчя);
- оцінку моторики очей;
- оцінку функція зіниці;
- визначення поля зору шляхом конфронтації;
- біомікроскопічне обстеження щілинною лампою: країв повік і вій, слізної плівки, кон'юнктиви, склери, рогівки, передньої камери і оцінка периферичної глибини передньої камери, райдужки, кришталика, передньої частини скловидного тіла;
- вимірювання внутрішньоочного тиску, бажано контактним способом (зазвичай тонометром Гольдмана);
- обстеження очного дна: скловидного тіла, сітківки (у тому числі заднього полюса і периферії), судин і зорового нерва;
- А та В-сканування очного яблука.

Обстеження структур переднього сегмента зазвичай передбачає макро і біомікроскопічну оцінку до і після розширення зіниці. Оцінка структур, розташованих позаду райдужної оболонки, потребує розширення зіниці. Оптимальне обстеження периферії сітківки вимагає використання непрямого офтальмоскопа або біомікроскопії очного дна щілинною лампою. Оптимальне обстеження макули і зорового нерву вимагає використання біомікроскопії щілинною лампою і допоміжних діагностичних лінз.

Бажані методи обстеження включають:

- динамічну рефрактометрію;

- динамічну візометрію;
- динамічне визначення біокуляричності;
- визначення ригідності рогівки;
- визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока.

Комплексне обстеження очей повинно проводитися перед будь-якою процедурою рефракційної хірургії. Визначення гостроти зору і рефракції потребують особливої уваги.

Обстеження напередодні рефракційної хірургії додатково має включати:

- дистанційне визначення гостроти зору з корекцією і без корекції;
- маніфестну і, за необхідності, циклоплегічну рефракцію;
- комп'ютерну топографію рогівки;
- вимірювання товщини центральної зони рогівки.
- оцінку слізної плівки і поверхні ока;
- оцінку рухливості очей;
- оцінку ригідності рогівки;
- оцінку біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока.

4.2.3. Особливості комплексного медичного обстеження очей у дітей

Анамнез

Ретельний анамнез може включати наступні елементи і залежить від конкретних завдань і потреб пацієнта:

- демографічні дані, включаючи стать, дату народження та встановлення осіб батьків;
- ідентичність історії та зв'язку з пацієнтом;
- висновки спеціалістів, які беруть участь у догляді за дитиною;
- основна скарга і причина обстеження зору;
- поточні проблеми з очима;
- офтальмологічний анамнез, включаючи попередні проблеми з очима, захворювання, діагнози та лікування;
- соматичний анамнез, маса при народженні, гестаційний вік, пре- та перинатальний анамнез, що може бути доречним (напр., вживання алкоголю, тютюну чи наркотиків під час вагітності), попередні госпіталізації та операції, загальний стан здоров'я та розвитку. Зокрема, необхідно звернути увагу на затримку розвитку чи ураження ЦНС;
- прийом лікарських засобів на момент огляду та наявність алергії;
- сімейний анамнез офтальмологічних станів та супутніх системних станів;
- перевірка систем.

Огляд ока складається з оцінки фізіологічних функцій та анатомічного стану ока та системи органу зору. Документування рівня співпраці дитини під час огляду може бути корисним при оцінці результатів та порівнянні оглядів протягом часу.

Обов'язкове обстеження включає:

- дослідження бінокулярного червоного рефлексу (Тест Брюкнера);
- визначення бінокулярності та стереогостроти зору;
- поєднання фіксації та гостроти зору;
- визначення співдружності та об'єму рухів очних яблук;
- обстеження зіниці;
- зовнішній огляд;
- огляд переднього відрізка;
- дослідження рефракції;
- ретиноскопію та рефракцію в умовах циклоплегії із суб'єктивними уточненнями при потребі;
- фундоскопію;
- визначення ригідності рогівки (за можливості);
- визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока (за можливості).

4.2.3. Критерії встановлення діагнозу «Амбліопія»

Діагностика амбліопії вимагає виявлення недостатності гостроти зору та визначення можливої причини. Амбліопія за відсутності косоокості, нерівномірної рефракційної аномалії, помутніння середовищ чи порушення структури зустрічається рідко. Більш детальне виявлення альтернативного діагнозу щодо втрати зору має бути проведене, якщо не виявлена очевидна причина.

Критерії діагностики амбліопії

Критерій	Визначення
Одностороння амбліопія	
Реакція на монокулярну оклюзію.	Асиметричне порушення.
Переваги у фіксації.	Відсутність встановлення чи підтримки фіксації.
Переважний зір.	≥ 2 -октавна різниця між очима*.
Гострота зору з максимальною корекцією.	≥ 2 лінійна різниця між очима.
Двостороння амбліопія	
Гострота зору з максимальною корекцією.	Вік ≤ 3 років: гострота зору гірше 20/50 у будь-якому оці.

	Вік ≤ 4 років: гострота зору гірше 20/40 у будь-якому оці.
--	---

* 2-октавна різниця - 4-карткова різниця у повному комплекті карток Теллера, що є рівнозначним множенню чи діленню кута зору на 4.

4.3. Лікування порушень рефракції та акомодатції

4.3.1. Методи корекції порушень рефракції

Основні методи корекції порушень рефракції полягають у наступному:

1. Призначення окулярів.
2. Використання контактних лінз.
3. Рефракційна хірургія:
 - кераторефракційна хірургія (фоторефракційна кератотомія, LASIK-корекція, LASEK і ері-LASIK, вставка інтросторомальних сегментів кілець рогівки і RK);
 - інтраокулярна рефракційна хірургія (рефракційна заміна кришталика, імплантація факічних внутрішньоочних лінз).
4. Ортокератологія.

4.3.2. Методи корекції пресбіопії

1. Призначення окулярів (прості оптичні лінзи, прогресивні додаткові лінзи).
2. Використання контактних лінз (монофокальні лінзи, біфокальні лінзи, біфокальні контактні лінзи поперемінного бачення, контактні лінзи одночасного бачення).
3. Поєднання контактних лінз та окулярів.

Окуляри є найпростішим і надійним засобом виправлення рефракції, тому окуляри повинні бути першим способом корекції, перед призначенням контактних лінз або рефракційної хірургії.

Труднощі та ускладнення при носінні окулярів.

Цілий ряд факторів, що пов'язані з лінзами та оправами можуть викликати труднощі в носінні окулярів. До них відносяться:

- неправильний рецепт;
- базова кривизна і розташування циліндрів на передній або задній поверхні;
- сила біфокальних окулярів і положення сегмента (висота та розмір);
- відтінок;
- анізотропія (якщо високого ступеню);
- призми або ефекти призми;

- біфокальний нахил;
- неправильна центровка лінзи по відношенню до зіниці;
- відстань верхівки;
- розмір оправы і некоректне розташування на обличчі;
- контактна чутливість до матеріалу оправы;
- зміна матеріалу лінзи.

Крім того, лінзи в окулярах можуть призводити до сферичних і хроматичних абераций, а також спотворень зображення, в тому числі збільшення (гіперметропічні лінзи) і зменшення (міопічні лінзи).

Контактні лінзи можуть виправити широкий спектр порушень рефракції, діючи в якості вихідної поверхні рефракції ока. Найчастіше використовують:

- м'які гідрогелеві контактні лінзи,
- силікон-гідрогелеві контактні лінзи з більшою проникністю кисню,
- жорсткі газопроникаючі контактні лінзи.

Хоча контактні лінзи мають велику користь для зору, їх використання несе деякий ризик ускладнень зі сторони ока.

Показання до застосування контактних лінз:

- небажання користуватися окулярами;
- професійні потреби;
- неможливість досягнути максимальної гостроти зору в окулярах (анізетропія, анізейконія, нерівна поверхня рогівки).

Протипоказання до носіння контактних лінз:

- сухий кератокон'юнктивіт;
- блефарокон'юнктивіт;
- рожеві вугрі;
- рубцювання кон'юнктиви;
- вплив на рогівку;
- нейротрофічний кератит;
- інші аномалії рогівки.

Відносні протипокази до носіння контактних лінз:

- використання місцевих кортикостероїдів;
- запалення переднього сегмента;
- наявність фільтраційної подушки;
- неналежна гігієна;
- деякі проблеми, які пов'язані з середовищем або робочим місцем (наприклад, пил, випаровуючі речовини);
- ускладнення та захворювання рогівки в анамнезі, що пов'язані з контактними лінзами;

- обмежена рухливість;
- нездатність зрозуміти ризики та відповідальність, які пов'язані з використанням контактних лінз.

Ускладнення при використанні контактних лінз:

- мікробний кератит;
- реакції гіперчутливості (гігантський папілярний кон'юнктивіт);
- поверхневий кератит;
- рецидивуючі ерозії;
- вузликова дистрофія рогівки Зальцмана;
- субепітеліальний фіброз;
- субепітеліальне помутніння;
- лімбальний дефіцит стовбурових тканин;
- неоваскуляризація рогівки;
- стерильні інфільтрати;
- викривлення рогівки;
- субклінічний набряк строми;
- потоншення епітелію і строми рогівки;
- ендотеліальні зміни (полімегатизм, плеоморфізм, зменшення щільності ендотеліальних клітин).

4.3.3. Рефракційна хірургія та ортокератологія

Використання ортокератології з метою корекції аметропії можливе лише у дітей старшого віку. Дискусійною є методика корекції аномалій рефракції за допомогою жорстких контактних лінз, тому вона не є широко застосованою.

Питання щодо рефракційної хірургії вирішується у кожному окремому випадку індивідуально, з ретельним урахуванням усіх факторів (показань, протипоказань, побічних ефектів лікування)!

Перелік обстежень, які мають бути проведені перед хірургічним втручанням:

- загальний аналіз крові;
- кров на цукор;
- кров на RW;
- Hbs-антиген;
- загальний аналіз сечі;
- аналіз сечі на цукор;
- флюорографія (за рік);
- електрокардіограма;
- рівень АТ.

Консультації спеціалістів:

- терапевта (сімейного лікаря, педіатра);
- стоматолога (проведення санації ротової порожнини);
- ЛОР;
- уролога/гінеколога;
- ендокринолога;
- невропатолога;
- хірурга;
- онколога;
- висновки про проведення планового щеплення (для дітей).

Багато проведення електрофізіологічні тести, які можуть бути корисними в оцінці сітківки або шляху дисфункції зору.

Протипокази до проведення кераторефракційної хірургії:

- нестабільна рефракція;
- деякі аномалії рогівки (наприклад, кератоконус або інші ектазії рогівки, витончення, набряки, інтерстиціальний або нейротрофічний кератит, обширна васкуляризація);
- недостатня товщина рогівки для пропонованої глибини абляції;
- значна катаракта;
- неконтрольована глаукома;
- неконтрольовані зовнішні захворювання (наприклад, блефарит, синдром сухого ока, атопія/алергія);
- неконтрольовані аутоімунні або інші імунні захворювання;
- нереальні очікування пацієнта.

Відносні протипокази до проведення кераторефракційної хірургії:

- функціональний монокулярний зір;
- очні захворювання, які обмежують зорові функції;
- надмірно крута або плоска рогівка (наприклад, підвищений ризик механічних ускладнень мікрокератом);
- аномальна топографія рогівки;
- значний неправильний астигматизм;
- візуально значна стромальна або ендотеліальна дистрофія рогівки;
- герпес-вірусний кератит (HSV) кератит, викликаний вірусом вітряної віспи (VBO) в анамнезі;
- недостатньо контрольований синдром «сухого ока»;
- глаукома;
- увеїт в анамнезі;
- цукровий діабет;
- вагітність або лактація;
- аутоімунні або інші імунні захворювання;

- використання деяких лікарських засобів для системного застосування (наприклад, ізотретиноїн, аміодарон, суматриптан, імпланти левоноргестрелу, колхіцин).
- вік до 21 року (завжди необхідно звертатись до показань, які затверджені для кожного лазера).

Побічні ефекти і ускладнення після проведення кераторефракційної хірургії.

Побічні ефекти і ускладнення після проведення кераторефракційної хірургії можуть включати:

- симптоматичну недостатню або надмірну корекцію;
- часткову регресію ефекту;
- втрату BCVA;
- аберації зору, в тому числі тимчасові або постійні відблиски, або радіальні/ефект ореолу, особливо вночі;
- зниження контрастної чутливості;
- індукований правильний або неправильний астигматизм;
- індукована анізетропія;
- передчасну необхідність корекції для близу (читання);
- помутніння рогівки або рубці (ранній або пізній початок);
- інфільтрати рогівки, виразки, плавлення або перфорація (стерильна або мікробна);
- ектазію рогівки (прогресивна кривизна рогівки);
- розвиток або посилення симптомів сухого ока;
- зниження чутливості рогівки;
- рецидивуючу ерозію рогівки;
- реактивацію кератиту герпетичної етіології;
- ускладнення, які індуковані використанням кортикостероїдів в після операційному періоді (наприклад, очна гіпертензія, глаукома, катаракта);
- несприятливий вплив на очне вирівнювання;
- птоз;
- штучне зниження значення VOT (через витончення рогівки);
- ускладнення, що пов'язані з використанням мітоміцину (наприклад, зниження ендотеліальних клітин);
- вrostання епітелію;
- некроз клаптя;
- ранній або пізній початок дифузного ламенарного кератиту;
- індукований тиском стерильний кератит;
- мінучу чутливість до світла, що пов'язана з фемтосекундним лазером;
- відблиски, які пов'язані з фемтосекундним лазером;
- стійкий набряк клаптя;
- стрії (мікрострії та макрострії);

- травматичне зміщення клаптя.

Інтраокулярна рефракційна хірургія – це планове використання ІОЛ у факічних очах або у випадку планової заміни рефракційних лінз, що дозволяє використовувати артіфакічні ІОЛ для досягнення конкретного результату рефракції.

Показання до інтраокулярної рефракційної хірургії – бажання пацієнта зменшити залежність від окулярів або контактних лінз.

Протипоказання до інтраокулярної рефракційної хірургії:

- нестабільна рефракція;
- візуально значна катаракта у випадку факічних ІОЛ;
- ендотеліальне захворювання рогівки, в тому числі дистрофія Фукса;
- неконтрольована глаукома;
- неконтрольовані зовнішні захворювання, активний або недавно активний увеїт або увеїт, що вимагає постійного лікування або по природі рецидивуючий.
- неконтрольовані аутоімунні або інші імунні захворювання;
- нереальні очікування пацієнта.

Використання інтраокулярної рефракційної хірургії для корекції порушень рефракції не може бути доцільним, якщо наявні системні або очні захворювання, які можуть збільшити відносний ризик необхідності проведення внутрішньоочної операції, в тому числі:

- значні захворювання повік, слізної плівки або аномалії очної поверхні, що пов'язані з сухим кератокон'юнктивітом, блефарокон'юнктивітом, рожевими вугрями, рубцюванням кон'юнктиви, експозицією рогівки, нейротрофічним кератитом або іншими аномаліями рогівки;
- запалення переднього сегмента;
- наявність фільтраційної подушки;
- псевдо ексфоліації;
- функціональна моноокулярність;
- увеїт в анамнезі;
- аутоімунні або інші імунні захворювання;
- цукровий діабет;
- вагітність або лактація.

Побічні ефекти і ускладнення після проведення інтраокулярної рефракційної хірургії:

- симптоматична недокорекція або гіперкорекція;
- втрата BCVA;

- аберації зору, в тому числі тимчасові або постійні відблиски або радіальні / ефект ореолу, особливо вночі;
- індукована анізетропія;
- ускладнення, індуковані кортикостероїдами (наприклад, очна гіпертензія, глаукома, катаракта);
- несприятливий ефект на вирівнювання ока;
- птоз;
- формування катаракти;
- втрата ендотеліальних клітин.
- декомпенсація рогівки;
- овалізація зіниці;
- пігментні глаукоми;
- гостра закритокутова глаукома;
- злякисна глаукома;
- дислокація лінзи з подальшою необхідністю її репозиціонування, заміною, або видаленням.

4.3.4. Методи лікування кератоконусу

Мета та кінцевий результат лікування:

- усунення причин, що призвели до кератоконусу;
- підвищення гостроти зору;
- складання плану подальшого лікування;
- стабілізація зорових функцій;
- стабілізація прогресування захворювання;
- збереження якості життя пацієнта.

Методи, які застосовуються при лікуванні кератоконусу:

- оптична корекція;
- корекція за допомогою м'яких або жорстких контактних лінз;
- крослінкінг-терапія;
- хірургічне втручання при прогресуванні кератоконусу.

4.3.5. Методи лікування амбліопії

При лікуванні амбліопії, офтальмолог намагається покращити гостроту зору за допомогою однієї чи більше з наступних стратегій:

- а) першим є визначення причин зорової деривації та їх усунення за можливості шляхом консервативного та хірургічного лікування;
- б) другим є корегування зорових рефракційних аномалій.

Критерії для рефракційної корекції у немовлят та малих дітей.

Умова	Рефракційні аномалії (діоптрії)		
	Вік менше 1 року	Вік 1–2 роки	Вік 2–3 роки
ІЗОМЕТРОПІЯ (подібна рефракційна аномалія на обох очах)			
Міопія	–5,00 чи більше	–4,00 чи більше	–3,00 чи більше
Гіперметропія (косоокість відсутня)	+6,00 чи більше	+5,00 чи більше	+4,50 чи більше
Гіперметропія з езотропією	+2,50 чи більше	+2,00 чи більше	+1,50 чи більше
Астигматизм	3,00 чи більше	2,50 чи більше	2,00 чи більше
АНІЗОМЕТРОПІЯ (без косоокості) *			
Міопія	–4,00 чи більше	–3,00 чи більше	–3,00 чи більше
Гіперметропія	+2,50 чи більше	+2,00 чи більше	+1,50 чи більше
Астигматизм	2,50 чи більше	2,00 чи більше	2,00 чи більше

ПРИМІТКА: ці показники були отримані за єдиною згодою та основані виключно на професійному досвіді та клінічних дослідженнях, оскільки немає науково підкріплених опублікованих даних для довідки. Точні значення невідомі та можуть відрізнятися серед вікових груп; вони представлені як загальні директиви, які мають пристосовуватись до кожної дитини індивідуально. Спеціальні рекомендації для дітей старшого віку відсутні, оскільки рефракційна корекція визначається за тяжкістю рефракційної аномалії, гостроти зору та зорових симптомів.

* Порогове значення для корекції анізометропії має бути нижчим, якщо дитина має косоокість. Значення представляють мінімальну різницю у величині рефракційних аномалій між очима, що вимагає швидкої рефракційної корекції.

В) Третім є використання стимуляції амбліопічного ока шляхом прикриття другого ока та зорової стимуляції амбліопічного ока шляхом зорової терапії (плеоптичного лікування).

Рекомендації до регулювання доз при амбліопії.

Показання до зміни	Лікування
Гострота зору не покращується після одного чи двох інтервалів	Підтримуйте на тому ж рівні чи збільшіть тривалість заклеювання

Показання до зміни	Лікування
лікування.	домінантного ока чи пеналізації, або розгляньте варіант альтернативної терапії.
З'являється дуже сильне подразнення шкіри при заклюванні доміантного ока.	Оберіть альтернативну терапію.
Гострота зору не покращується при високому рівні оклюзії протягом трьох подальших інтервалів.	Послабте чи припиніть лікування.
Лікування безрезультатне (наприклад, органічне ураження).	Послабте чи припиніть лікування.
Розвиток косоокості та/чи диплопія.	Тимчасово припиніть лікування та спостерігайте за хворим.
Гострота зору знижується на другому оці.	Тимчасово припиніть лікування, перегляньте діагноз, та спостерігайте за хворим.
Гострота зору стабілізується на нормальному чи близькому до нормального рівні для дитини <12 років.	Послабте терапію.

Якщо офтальмолог впевнений, що максимальна гострота зору для дитини була досягнута, інтенсивність лікування може бути послаблена для підтримки терапії. Методи підтримки включають короткострокову оклюзію, повну чи короткострокову оптичну пеналізацію, застосування плівок Бангертера, чи короткострокову циклоплегічну пеналізацію. Якщо гострота зору на амбліопічному оці підтримується і після припинення терапії, лікування може бути зупинене, але з подальшими плановими перевірками, оскільки приблизно одна четверта частина дітей, що успішно пройшли лікування на амбліопію, мають рецидив протягом першого року після припинення лікування.

V. Ресурсне забезпечення виконання протоколу.

На момент затвердження цього уніфікованого клінічного протоколу засоби матеріально-технічного забезпечення дозволені до застосування в Україні. При розробці та застосуванні локальних клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) (далі – ЛПМД (КМП)) необхідно перевірити реєстрацію в Україні засобів матеріально-технічного забезпечення, які включаються до ЛПМД (КМП), та відповідність призначення лікарських засобів Інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженій МОЗ України. Державний реєстр лікарських засобів України знаходиться за електронною адресою <http://www.drlz.kiev.ua/>.

5.1. Вимоги до закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу.

5.1.1. Кадрові ресурси.

Лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі терапевти дільничні, лікарі педіатри дільничні. В сільській місцевості допомога може надаватись фельдшерами (медичними сестрами загальної практики).

5.1.2. Матеріально-технічне забезпечення.

Оснащення

Апарат Рота повногабаритний з таблицями Сивцева-Головина (Орлової) та таблиця Рабкіна, набір пробних очкових лінз (малий), оправа пробна універсальна, офтальмоскоп, тонометр Маклакова, інше – відповідно до Табеля оснащення.

5.2. Вимоги до закладів охорони здоров'я, які надають вторинну медичну допомогу.

5.2.1. Кадрові ресурси.

Лікарі: офтальмолог, офтальмолог дитячий, хірург, терапевт, педіатр. Медичні сестри.

5.2.2. Матеріально-технічне забезпечення.

Оснащення.

Апарат Рота з таблицями для перевірки гостроти зору, шрифти для визначення гостроти зору на близькій відстані, набір оптотипів Поляка, кольоротест, набір пробних оптичних скелець та пробна оправа для скелець, офтальмоскоп, ретиноскоп, скіаскопічні лінійки, дзеркальний (непрямий) офтальмоскоп, щілинна лампа, бінокулярний непрямий офтальмоскоп, лінза

Гольдмана, апарати ультразвукового обстеження ока, пневмотонометр, статичний периметр Humphrey, рефрактокератометр, пахіметр, операційні мікроскопи, лазер, оптикокогерентні томографи заднього відрізка ока, скануючий лазерний поляриметр, скануюча лазерна конфокальна система HRT, прилади ультразвукової біомікроскопії, прилади оптикокогерентної томографії переднього відділу ока та шемпфлюг сканування, прилад для визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока, прилад для визначення ригідності рогівки, великий безрефлексний офтальмоскоп з пристроєм для лікування амбліопії, амбліотренер, макулотренер, оклюдери, апарати для фізіотерапії, електростимулятор офтальмологічний, апарат магнітотерапії, He-Neо лазер, комп'ютери для лікування за допомогою програм для стимуляції амліопічного ока, інше – відповідно до Табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не визначає порядок призначення)

Мідріатичні та циклоплегічні засоби: Атропін, Тропікамід, Фенілефрин, Циклопентолат.

5.3. Вимоги до закладів охорони здоров'я, які надають третинну медичну допомогу.

5.3.1. Кадрові ресурси.

Лікарі: офтальмолог, офтальмолог дитячий, хірург, терапевт, педіатр. Медичні сестри.

5.3.2. Матеріально-технічне забезпечення.

Оснащення

Апарат Рота з таблицями для перевірки гостроти зору, шрифти для визначення гостроти зору на близькій відстані, набір оптотипів Поляка, кольоротест, набір пробних оптичних скелець та пробна оправа для скелець, офтальмоскоп, ретиноскоп, скіаскопічні лінійки, дзеркальний (непрямий) офтальмоскоп, щілинна лампа, бінокулярний непрямий офтальмоскоп, лінза Гольдмана, апарати ультразвукового обстеження ока, пневмотонометр, статичний периметр Humphrey, рефрактокератометр, пахіметр, операційні мікроскопи, набір інструментів для мікрохірургії ока, лазер, оптикокогерентні томографи заднього відрізка ока, скануючий лазерний поляриметр, скануюча лазерна конфокальна система HRT, прилади ультразвукової біомікроскопії, прилади оптикокогерентної томографії переднього відділу ока та шемпфлюг сканування, прилад для визначення біомеханічних властивостей фіброзної капсули ока, прилад для визначення ригідності рогівки, великий безрефлексний офтальмоскоп з пристроєм для лікування амбліопії, амбліотренер, макулотренер, оклюдери, апарати для фізіотерапії,

електростимулятор офтальмологічний, апарат магнітотерапії, He-Neо лазер, компютери для лікування за допомогою програм для стимуляції амліопічного ока, інше – відповідно до Табеля оснащення.

Лікарські засоби (нумерація не визначає порядок призначення)

Мідріатичні та циклоплегічні засоби: Атропін, Тропікамід, Фенілефрин, Циклопентолат.

VI. ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Форма 025/о – Медична карта амбулаторного хворого (Форма 025/о)), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

Форма 030/о – Контрольна карта диспансерного нагляду (Форма 030/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

Форма 112/о – Історія розвитку дитини (Форма 112/о), затверджена наказом МОЗ України від 28 липня 2014 року № 527 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності», зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.

6.1 Перелік індикаторів якості медичної допомоги

6.1.1. Наявність у лікаря загальної практики-сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з порушеннями рефракції та акомодації.

6.1.2. Наявність у лікаря-офтальмолога дитячого/лікаря-офтальмолога локального протоколу ведення пацієнта з РАС.

6.1.3. Відсоток пацієнтів, для яких лікарем загальної практики-сімейним лікарем отримано інформацію про медичний стан впродовж звітного періоду.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

6.2.1.А) Наявність у лікаря загальної практики-сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з порушеннями рефракції та акомодації

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги.

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Порушення рефракції та акомодації».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) у регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам з порушеннями рефракції та акомодатії, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД у закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2015 рік – 90%;

2016 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями загальної практики-сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів загальної практики-сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів загальної практики-сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів загальної практики - сімейних лікарів (амбулаторій сімейної медицини, центрів первинної медико-санітарної допомоги), зареєстрованих в районі обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу медичної допомоги пацієнту з порушеннями рефракції та акомодатії (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.2.А) Наявність у лікаря-офтальмолога дитячого/лікаря-офтальмолога локального протоколу ведення пацієнта з порушеннями рефракції та акомодатії

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Порушення рефракції та акомодатії».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів (ЛПМД) у регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам з порушеннями рефракції та акомодатії, відповідність надання медичної допомоги вимогам ЛПМД, відповідність ЛПМД чинному УКПМД даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження ЛПМД у закладах охорони здоров'я.

Бажаний рівень значення індикатора:

2015 рік – 90%;

2016 рік та подальший період – 100%.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями-офтальмологами дитячими/лікарями-офтальмологами (зкладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з порушеннями рефракції та акомодатії), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх лікарів-офтальмологів дитячих/лікарів-офтальмологів (закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з порушеннями рефракції та акомодатії), зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість лікарів-офтальмологів дитячих/лікарів-офтальмологів (закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з порушеннями рефракції та акомодатії), зареєстрованих в районі обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількість лікарів-

офтальмологів дитячих/лікарів-офтальмологів (закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з порушеннями рефракції та акомодації), зареєстрованих на території обслуговування.

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість лікарів-офтальмологів дитячих/лікарів-офтальмологів (закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з порушеннями рефракції та акомодації), зареєстрованих на території обслуговування, для яких задокументований факт наявності локального протоколу медичної допомоги пацієнтам з порушеннями рефракції та акомодації (наданий екземпляр ЛПМД). Джерелом інформації є ЛПМД, наданий лікарем-офтальмологом дитячим/лікарем-офтальмологом (закладом охорони здоров'я, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з порушеннями рефракції та акомодації).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.3.А) Відсоток пацієнтів, для яких лікарем загальної практики - сімейним лікарем отримано інформацію про медичний стан впродовж звітного періоду

Б) Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги

Індикатор ґрунтується на положеннях Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Порушення рефракції та акомодації».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

При аналізі індикатора слід уникати формального та необґрунтованого віднесення до чисельника індикатора тих пацієнтів, для яких не проводилося медичного огляду лікарем загальної практики-сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги) або лікарем-офтальмологом протягом звітного періоду. В первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду пацієнта.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження УКПМД не визначається заради запобігання викривленню реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Г) Інструкція з обчислення індикатора

а) Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: лікар загальної практики-сімейний лікар (амбулаторія сімейної медицини, центр первинної медико-санітарної допомоги); структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються сімейними лікарями (амбулаторіями сімейної медицини, центрами первинної медико-санітарної допомоги), розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

в) Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

г) Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної обробки. За наявності автоматизованої технології закладу охорони здоров'я, в якій обробляються формалізовані дані щодо медичної допомоги в обсязі, що відповідає Медичній карті амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольній карті диспансерного нагляду (форма 030/0) – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги), шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/0) або Контрольних карт диспансерного нагляду (форма 030/0).

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх закладів охорони здоров'я, що надають високоспеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з порушеннями рефракції та акомодації, розташованих на території обслуговування.

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника на наводиться у відсотках.

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря загальної практики - сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), з діагнозом порушеннями рефракції та акомодації.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0));

Історія розвитку дитини (форма 112/0);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/0).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів лікаря загальної практики-сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), з діагнозом порушення рефракції та акомодації, для яких наведена інформація про медичний стан пацієнта із зазначенням відсутності або наявності прогресування захворювання.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/0));

Історія розвитку дитини (форма 112/0);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/0).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

VII. Перелік літературних джерел, використаних при розробці уніфікованого клінічного протоколу

1. Електронний документ «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Порушення рефракції та акомодатії», 2015.
2. Наказ МОЗ України № 33 від 23.02.2000 «При штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
3. Наказ від 20.06.2006 №404 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 22.05.06 № 308 «Про затвердження таблицю оснащення фельдшерсько-акушерських пунктів, лікарських амбулаторій (у т.ч. амбулаторій загальної практики-сімейної медицини) та підрозділів первинної медико - санітарної допомоги лікувально-профілактичних закладів»».
4. Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».
5. Наказ МОЗ України від 27.12.2013 № 1150 «Про затвердження Примірною таблиця матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів».
6. Наказ МОЗ України від 31.03.2015 № 183 «Про затвердження сьомого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
7. Наказ МОЗ України від 02.03.2011 № 127 «Про затвердження примірних таблиць оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень».
8. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України».
9. Пристрій для оцінки ригідності рогової оболонки ока. Сергієнко М.М., Шаргородська І.В. // Патент на винахід. 85810 Україна, МПК А61В 3/00 № а 2008 07919; опубл.25.02.2009. – Бюл. №4. – С.4.41.
10. Пристрій визначення ригідності капсули ока. Сергієнко М.М., Шаргородська І.В., Світла І.С., Карпенець Б.Б. // Патент на корисну модель. 19835 України, МПК А61В 3/00. Пристрій визначення ригідності капсули ока / №а2005 02181; Заявлено 10.03.2005; Опубл.15.01.2007, Бюл. №1. – С. 1.19.

Додаток 1

до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Порушення рефракції та акомодації: міопія, гіперметропія, астигматизм, анізотропія, пресбіопія, порушення акомодації, амбліопія, кератоконус, контактна корекція зору»

ОСНОВНІ КРИТЕРІЇ ЯКОСТІ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Надання кваліфікованої допомоги – це найперший етичний лікарський обов'язок, який є основою суспільної довіри лікарям.

Якісна офтальмологічна допомога надається у такий спосіб та вміння, що відповідають найпершим інтересам пацієнтів.

Офтальмологи – це в першу чергу лікарі. Саме тому офтальмологи виявляють співчуття та зацікавленість кожним, використовуючи наукові знання та медичне мистецтво, щоб допомагати пацієнту полегшувати його страхи та страждання. Лікарі-офтальмологи прагнуть розвинути та підтримувати клінічні навички на найвищому рівні, що відповідає потребам пацієнтів, за допомогою навчання і подальшої освіти. Офтальмолог оцінює такі навички та медичні знання у зв'язку з потребами пацієнта та відповідає на них відповідним чином. Лікар також має переконатися у тому, що малозабезпечені пацієнти отримають необхідну допомогу безпосередньо або опосередковано через належних людей та використовуючи відповідні можливості; а також підтримувати заходи, які сприяють зміцненню здоров'я, профілактиці хвороб та інвалідизації.

Офтальмолог визнає, що хвороба робить пацієнта знедоленим та залежним. Лікар має поважати гідність та цілісність свого пацієнта і не експлуатувати його уразливість.

Кваліфікованій офтальмологічній допомозі притаманні наступні властивості серед інших:

- Сутність якісної допомоги – це партнерські відносини між пацієнтом та лікарем. Офтальмолог намагається ефективно спілкуватися зі своїм пацієнтом, прислухатися до його потреб та занепокоєнь, пояснювати природу та прогноз захворювання, та можливості належного лікування. Це необхідно для забезпечення участі пацієнта (відповідно його індивідуальним фізичним, інтелектуальним та психічним можливостям) у прийнятті рішень щодо лікування, а також з метою підвищення мотивації та дотримання узгодженого плану лікування, для допомоги у зменшенні страхів та уникненню сумнівів.
- Офтальмолог використовує своє судження у виборі відповідної діагностики та терапії так само, як і частоту спостереження, з огляду на невідкладність стану пацієнта, його індивідуальні потреби та побажання.

- Офтальмолог здійснює тільки ті заходи, до яких є адекватно підготовленим, має належний досвід та компетенцію, або, коли необхідно, йому допомагає такий спеціаліст, в залежності від невідкладності проблеми, наявності та доступності альтернативних можливостей.
- Пацієнту забезпечується доступ до необхідного та належного офтальмологічного обслуговування, яке може бути описане як наступне:
 - офтальмолог лікує пацієнта з огляду на своєчасність, відповідність і власну придатність надавати такого роду допомогу;
 - хірург-офтальмолог забезпечує належний перед- та післяопераційний догляд за пацієнтом;
 - якщо лікар є недоступним для пацієнта, він має забезпечити відповідну альтернативну офтальмологічну допомогу з адекватним механізмом інформування пацієнта про її існування та процедуру по її досягненню;
 - офтальмолог своєчасно скеровує пацієнта до іншого лікаря, відповідно до потреб пацієнта та кваліфікації, доступності і можливостей цього спеціаліста;
 - офтальмолог шукає відповідної консультації з огляду на природу очної або будь-якої іншої медичної проблеми. Консультанти пропонуються та обираються за їх навичками, компетентністю та доступністю. Вони отримують повний і докладний звіт по проблемі для проведення ефективної та доцільної консультації або втручання, що, в свою чергу, відповідає положенню про відповідність та своєчасність;
 - офтальмолог додержується повних та докладних медичних записів;
 - лікар забезпечує повний і точний виклад записів по пацієнту, якими володіє, якщо здійснюється відповідний запит;
 - офтальмолог знайомиться з результатами лабораторних тестів та записів консультантів своєчасно та ефективним способом та діє згідно з ними;
 - офтальмолог та його помічник вказують себе і свою освіту;
 - пацієнтам, які не піддаються лікуванню або тим, що не потребують подальшого лікування, офтальмолог надає необхідну професійну підтримку, консультування, реабілітацію та соціальну допомогу по мірі необхідності та доступності.
- Перед призначенням лікування чи інвазивних діагностичних процедур, офтальмолог має бути обізнаним зі станом пацієнта, ознайомившись з його історією хвороби та провівши доречні передопераційні дослідження. На додаток, лікар дає змогу пацієнту прийняти рішення на основі чітких та правдивих пояснень діагнозу: природи захворювання, мети запропонованого лікування, його ризиків, користі, можливого успіху, існування альтернативних методів лікування. А також ризиків чи переваг нелікування.
- Офтальмолог засвоює нові технології (медикаменти, пристрої, хірургічні техніки) розумно, згідно коштів та потенціальних переваг до існуючих, а також згідно їх безпеки та ефективності.

- Офтальмолог підвищує якість надання допомоги, оцінюючи свою особисту ефективність відповідно до існуючих стандартів, або переглядаючи чи змінюючи свою діяльність відповідно.
- Офтальмолог поліпшує свою роботу спілкуючись з колегами, через відповідні професійні канали, отримуючи знання від клінічних досліджень та практики. Сюди входить оповіщення колег про випадки незвичайних або неочікуваних рівнів ускладнень, проблем пов'язаних з використанням нових медикаментів, пристроїв чи процедур.
- Офтальмолог надає допомогу в укомплектованих відповідним персоналом і обладнанням закладах, з потенціальною можливістю надання невідкладної очної чи загальної допомоги.
- Офтальмолог надає допомогу, що є ефективною без будь-яких неприйнятних компромісів, згідно прийнятих стандартів якості.

Додаток 2
до уніфікованого клінічного протоколу
первинної, вторинної (спеціалізованої) та
третинної (високоспеціалізованої) медичної
допомоги «Порушення рефракції та акомодатії:
міопія, гіперметропія, астигматизм,
анізотропія, пресбіопія, порушення
акомодатії, амбліопія, кератоконус, контактна
корекція зору»

Санаторно-курортне лікування дітей із ускладненою нейропрогресуючою і прогресуючою міопією

Показання: міопія середнього і високого ступеня при відсутності гемофтальму і геморагій на сітківці.

Протипоказання: наявність свіжих крововиливів; загальні протипоказання для санаторно-курортного лікування.

Умови проведення санаторно-курортного лікування: профільний санаторій чи відділення в багатопрофільному санаторії.

Основні терапевтичні ефекти, які очікуються – підвищення гостроти зору, зменшення дефектів у полі зору, розширення меж поля зору, зміна офтальмоскопічної картини

Перед початком лікування необхідно провести дослідження гостроти зору без корекції та з корекцією, визначення поля зору, рефрактометрія, біомікроскопія, офтальмоскопія (дослідження проводяться до та після лікування), загальний аналіз крові одноразово, загальний аналіз сечі одноразово, аналіз крові на цукор одноразово. Додаткові дослідження: тонометрія, електрокардіографія, за необхідності – консультації спеціалістів.

Лікувальні заходи:

1. Санаторний режим: II.
2. Дієта призначається залежно від супутньої патології.
3. Кліматотерапія: аеротерапія, повітряні, сонячні ванни, спеціальні процедури для органів зору, купання, плавання.
4. Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура: система вправ для зовнішніх (прямих та косих) м'язів ока та внутрішнього (циліарного) м'яза органа зору; комплекс тренувальних вправ для акомодаційно-конвергентної системи; спеціальні вправи з глибокого дихання, що стимулюють приплив крові до очей; комплекс гігієнічно-профілактичної гімнастики для очей; вправи для релаксації очей, пальмінг.
5. Масаж: масаж комірцевої зони; масаж країв повік; точковий масаж.

6. Апаратна фізіотерапія: електрофорез, магнітотерапія або магнітофорез, ендоназальний електрофорез, електростимуляція зорового нерва.

7. Пелоїдо- або теплотерапія: в умовах грязьових курортів – грязьові аплікації сульфідної мулової (38-40°C) на область ока, тривалістю 10-12 хвилин, через день, курс 10 процедур.

8. Парафінотерапія: серветково-аплікаційна методика.

9. Бальнеотерапія: хлоридні натрієві ванни (10-20 г/л, 36-37°C, 10-15 хв., через день №10), або вуглекислі (0,6 г/л з поступовим збільшенням до 1,2 г/л, температура води 36°C, 5-10 хвилин, через день №10), або кисневі ванни (30-40 мг/л, температура води 35-36°C, 7-10 хвилин, через день №10), або йодобромні (температура води 36-37°C, 10-15 хвилин, через день №10).

10. Лікувальні методики: (за потреби): тренування резервів абсолютної акомодатії; розвиток бінокулярного зору; засвіти на великому безрефлексному офтальмоскопі; вправи на макулотестері; роз'єднання акомодатії з конвергенцією по Конценко; очкова корекція.

11. Ароматерапія, інгаляції.

12. Музикотерапія

13. Рефлексотерапія.

14. Лазеротерапія

15. Лікарські засоби призначаються за необхідності.

Тривалість санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Додаток 3
до уніфікованого клінічного протоколу
первинної, вторинної (спеціалізованої) та
третинної (високоспеціалізованої) медичної
допомоги «Порушення рефракції та акомодатції:
міопія, гіперметропія, астигматизм,
анізаметропія, пресбіопія, порушення
акомодатції, амбліопія, кератоконус, контактна
корекція зору»

Санаторно-курортне лікування дітей із амбліопією

Показання: амбліопія, співдружня косоокість.

Протипоказання: паралітична косоокість; загальні протипоказання для санаторно-курортного лікування.

Умови проведення санаторно-курортного лікування: профільний санаторій чи відділення в багатопрофільному санаторії.

Основні терапевтичні ефекти, які очікуються, – підвищення гостроти зору, зменшення амбліопії, розвиток бінокулярного зору.

Перед початком лікування необхідно провести дослідження гостроти зору без корекції та з корекцією, визначення поля зору, рефрактометрія, біомікроскопія, офтальмоскопія (дослідження проводяться до та після лікування), загальний аналіз крові одноразово, загальний аналіз сечі одноразово, аналіз крові на цукор одноразово. Додаткові дослідження: визначення межової чутливості і лабільності зорового нерву за фосфеном, дані рентгенографії черепа, електрокардіографія, за необхідності – консультації спеціалістів.

Лікувальні заходи:

1. Санаторний режим: II.
2. Дієта: залежно від супутньої патології.
3. Кліматотерапія: аеротерапія, повітряні, сонячні ванни, спеціальні процедури для органів зору, купання, плавання.
4. Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура: комплекс тренувальних вправ для акомодатційно-конвергентної системи; спеціальні вправи з глибокого дихання, що стимулюють приплив крові до очей; комплекс гігієнічно-профілактичної гімнастики для очей.
5. Масаж: масаж комірцевої зони; точковий масаж.
6. Апаратна фізіотерапія: електрофорез або фонофорез, магнітотерапія або магнітофорез, ендоназальний електрофорез, електростимуляція зорового нерва.

7. Пелоїдо- або теплотерапія: в умовах грязьових курортів – грязьові аплікації сульфідної мулової (38-40°C) на область ока, тривалістю 10-12 хвилин, через день, курс 10 процедур.
8. Парафінотерапія: серветково-аплікаційна методика.
9. Бальнеотерапія: кисневі ванни (30-40 мг/л, температура води 35-36°C, 7-10 хв., через день №10), або вуглекислі (0,6 г/л з поступовим збільшенням до 1,2 г/л, температура води 36°C, 5-10 хв., через день №10), або йодобромні (температура води 36-37°C, 10-15 хв., через день №10).
10. Лікувальні методики (за потреби): розвиток бінокулярного зору з допомогою диплоптиків; засвіти на великому безрефлексному офтальмоскопі; вправи на амбліотренажері; вправи на макулотестері; заняття на бівізіотренері; очкова корекція.
11. Рефлексотерапія.
12. Лазеротерапія.
13. Музикотерапія.
14. Лікарські засоби призначаються за необхідності.

Тривалість санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Додаток 4

до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Порушення рефракції та акомодатції: міопія, гіперметропія, астигматизм, анізометропія, пресбіопія, порушення акомодатції, амбліопія, кератоконус, контактна корекція зору»

Санаторно-курортне лікування кератоконуса та затьмарення рогівки різної етіології

Показання: кератоконус II-IV ступенів, прогресуючий кератоконус, свіжі затьмарення рогівки нетуберкульозного походження.

Протипоказання: гострі захворювання очного яблука; загальні протипоказання для санаторно-курортного лікування.

Умови проведення санаторно-курортного лікування. профільний санаторій чи відділення в багато профільному санаторії.

Основні терапевтичні ефекти, які очікуються, – поліпшення гостроти зору, зменшення запальних явищ, болю, зменшення в розмірах затьмарення рогівки.

Перед початком лікування необхідно провести дослідження гостроти зору без корекції та з корекцією, визначення поля зору, рефрактометрія, офтальмометрія, біомікроскопія, пахіметрія (дослідження проводяться до та після лікування), офтальмоскопія, загальний аналіз крові одноразово, загальний аналіз сечі одноразово, аналіз крові на цукор одноразово. Додаткові дослідження: тонометрія, електрокардіографія, за необхідності – консультації спеціалістів.

Лікувальна програма:

1. Санаторний режим: II.
2. Дієта: залежно від супутньої патології.
3. Кліматотерапія: аеротерапія, повітряні, сонячні ванни, спеціальні процедури для органів зору, купання, плавання.
4. Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура: система вправ для зовнішніх (прямих та косих) м'язів ока та внутрішнього (циліарного) м'яза органа зору; комплекс тренувальних вправ для акомодатційно-конвергентної системи; спеціальні вправи з глибокого дихання, що стимулюють приплив крові до очей; комплекс гігієнічно-

профілактичної гімнастики для очей; східні методики гімнастики для очей; вправи для релаксації очей, пальмінг.

5. Масаж: масаж комірцевої зони; масаж країв повік; точковий масаж.
6. Апаратна фізіотерапія: електрофорез, світлолікування (Біоптрон), фонофорез лікарських засобів, магнітотерапія, лазеротерапія.
7. Пелоїдо- або теплотерапія: в умовах грязьових курортів – грязьові аплікації сульфідної мулової (38-40°C) на область ока, тривалістю 10-12 хвилин, через день, курс 10 процедур.
8. Парафінотерапія: серветково-аплікаційна методика.
9. Бальнеотерапія: кисневі ванни (30-40 мг/л, температура води 35-36°C, 7-10 хвилин, через день №10) або йодобромні (температура води 36-37°C, 10-15 хвилин, через день №10) або інші за показаннями (спеціальне лікування).
10. Аромотерапія, інгаляції.
11. Лікарські засоби призначаються за необхідності.

Тривалість санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Додаток 5

до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Порушення рефракції та акомодатії: міопія, гіперметропія, астигматизм, анізотропія, пресбіопія, порушення акомодатії, амбліопія, кератоконус, контактна корекція зору»

Санаторно-курортне лікування після хірургічного лікування очей

Після хірургічного лікування очей можуть бути запальні реакції, різні ускладнення, що супроводжуються зниженням зорових функцій, симптомами післяопераційних та посттравматичних змін ока – післяопераційні та посттравматичні рубці рогівки, лімбу, сінехії, частковий гемофтальм, зміни внутрішньоочного тиску.

Показання: післяопераційні, посттравматичні рубці рогівки та склери, затьмарення склоподібного тіла.

Протипоказання: захворювання в гострій стадії; загальні протипоказання для санаторно-курортного лікування.

Умови проведення санаторно-курортного лікування: профільний санаторій чи відділення в багатопрофільному санаторії.

Основні терапевтичні ефекти, які очікуються ,– зникнення явищ післяопераційного запалення, поновлення реакцій зіниць, нормалізація внутрішньоочного тиску, стабілізація чи покращення зорових функцій (гостроти зору, поля зору).

Перед початком лікування необхідно провести дослідження гостроти зору без корекції та з корекцією, визначення поля зору, рефрактометрія, біомікроскопія, тонометрія, офтальмоскопія (дослідження проводяться до та після лікування), загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі одноразово, аналіз крові на цукор одноразово. Додаткові дослідження: електрокардіографія; консультації спеціалістів – за необхідності.

Лікувальна програма.

1. Санаторний режим: II.
2. Дієта: залежно від супутньої патології.
3. Кліматотерапія: аеротерапія, повітряні, сонячні ванни, спеціальні процедури для органів зору, морські купання, плавання.

4. Мінеральні води: Внутрішнє вживання низькомінералізованих мінеральних вод завдяки їх позитивного впливу на загальний обмін речовин організму, зменшенню проявів ускладнень.

5. Руховий режим: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна фізкультура: система вправ для зовнішніх (прямих та косих) м'язів ока та внутрішнього (циліарного) м'яза органа зору; комплекс тренувальних вправ для акомодційно-конвергентної системи; спеціальні вправи з глибокого дихання, що стимулюють приплив крові до очей; комплекс гігієнічно-профілактичної гімнастики для очей; вправи для релаксації очей, пальмінг.

6. Масаж: масаж комірцевої зони; масаж країв повік; точковий масаж.

7. Апаратна фізіотерапія: електрофорез, світлолікування (Біоптрон), фонофорез, магнітотерапія, лазеротерапія.

8. Пелоїдо- або теплотерапія: в умовах грязьових курортів – грязьові аплікації сульфідної мулової (38-40°C), на область ока, тривалістю 10-12 хвилин, через день, курс 10 процедур.

9. Парафінотерапія: серветково-аплікаційна методика.

10. Бальнеотерапія: кисневі ванни (30-40 мг/л, температура води 35-36°C, 7-10 хвилин, через день №10) або йодобромні (температура води 36-37°C, 10-15 хвилин, через день №10) або інші за показаннями (спеціальне лікування).

11. Ароматерапія.

12. Лікарські засоби призначаються за необхідності.

Тривалість санаторно-курортного лікування: 21-24 дні.

Додаток 6

до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Порушення рефракції та акомодатції: міопія, гіперметропія, астигматизм, анізотропія, пресбіопія, порушення акомодатції, амбліопія, кератоконус, контактна корекція зору»

Примірний перелік вправ для зняття зорової втоми, що виконуються вдома

1. Міцно заплющити очі на 3 - 5 секунд, потім розплющити їх на 3 - 5 секунд, повторити 6 - 8 разів. Вправа знімає втому, зміцнює м'язи повік, сприяє поліпшенню кровопостачання, розслабленню м'язів ока.

2. Швидко моргати протягом 1 - 2 хвилин. Вправа сприяє поліпшенню кровообігу.

3. Дивитись у далечину прямо перед собою 2 - 3 секунди. Поставити палець правої руки по середній лінії обличчя навпроти перенісся на відстані 25 - 30 см від очей. Перевести погляд на кінець пальця і дивитись на нього двома очима 3 - 5 секунд. Опустити руку. Повторити 10 - 12 разів. Вправа знімає втому акомодатційного м'яза, полегшує зорову роботу на близькій відстані.

4. Закрити повіки. Проводити масаж їх з допомогою рухів по колу пальцями протягом 1 хвилини. Вправа знімає спазм м'язів очей і поліпшує кровопостачання.

5. Поставити палець правої руки по середній лінії обличчя на відстані 25 - 30 см від очей. Дивитись двома очима на кінець пальця 3 - 5 секунд. Закрити долонею лівої руки ліве око на 3 - 5 секунд. Забрати долоню, дивитись двома очима на кінець пальця 3 - 5 секунд. Потім аналогічна вправа виконується при фіксації пальця лівої руки з прикриттям правого ока. Повторити 5 - 6 разів. Вправа сприяє роботі обох очей.

6. Голова нерухома. Відвести напівзігнуту праву руку в бік. Повільно переміщувати палець справа наліво і зліва направо, стежити очима за пальцем. Повторити 10 - 12 разів. Вправа зміцнює м'язи ока горизонтальної дії і удосконалює їх координацію.

7. Одночасно трьома пальцями лівої руки легко натиснути на верхню повіку лівого ока і трьома пальцями правої руки легко натиснути на верхню повіку правого ока. Через 1 - 2 секунди зняти пальці з повіки. Повторити 3 - 4 рази. Вправа поліпшує циркуляцію внутрішньоочної рідини.

8. Дивитись удалину перед собою 2 - 3 сек. Потім перевести погляд на кінчик носа на 3 - 5 сек. Повторити 6 - 8 разів. Вправа розвиває здатність утримувати погляд на близькій відстані.

9. Голова нерухома. Підняти напівзігнуту праву руку вгору. Повільно переміщувати палець згори вниз і стежити за ним очима. Повторити 10 - 12

разів. Вправа зміцнює м'язи очей вертикальної дії і вдосконалює їх координацію.

10. Голова нерухома. Витягнути напівзігнуту руку вперед і вправо. Виконати рукою на відстані 40 - 50 см від ока повільні рухи по колу за годинниковою стрілкою і стежити при цьому очима за кінцем пальця. Виконати цю вправу лівою рукою, здійснюючи рухи по колу проти годинникової стрілки. Повторити 3 - 6 разів. Вправа розвиває координацію рухів очей і сприяє зміцненню вестибулярного апарату.

11. Голова нерухома. Підняти очі вгору, опустити вниз. Повернути очі в правий бік, потім в лівий. Повторити 6 - 8 разів. Вправа удосконалює складні рухи очей.

12. Голова нерухома. Підняти очі вгору. Зробити ними рухи по колу за годинниковою стрілкою, проти годинникової стрілки. Повторити 3 - 6 разів. Вправа сприяє розвитку складних рухів очей і підвищує стійкість вестибулярних реакцій.

13. Голова нерухома. Підняти очі вгору, опустити вниз. Повернути очі вправо, потім вліво. Повторити 6 - 8 разів. Вправа розвиває здатність очних м'язів до статичної напруги.

14. Ноги поставити на ширину плечей. Голову опустити, подивитись на носок лівої ноги (зафіксувати точку). Підняти голову, подивитись у правий верхній куток кімнати. Опустити голову, подивитись на носок правої ноги. Підняти голову, подивитись у верхній лівий куток кімнати. Повторити 3 - 6 разів. Вправа сприяє поліпшенню координації рухів очей і голови.

15. Витягнути руки вперед на ширину плечей на рівні очей. Подивитись у правий верхній куток кімнати. Перевести погляд на кінці пальців лівої руки. Подивитись у верхній лівий куток кімнати. Перевести погляд на кінці пальців правої руки. Повторити 3 - 4 рази. Вправа розвиває складні координаційні рухи очей.

16. Стати перед вікном. На відстані 25 см на рівні очей на вікні прикріпити мітку (діаметр 2 - 3 мм). По черзі фіксувати то мітку, то який-небудь об'єкт за вікном, який міститься на рівні мітки на віддалі не менше 1 м. Перші 3 дні вправу продовжувати 3 хвилини, потім 3 дні - 5 хвилин і 7 хвилин кожний наступний день. Вправа розвиває здатність оцінювати відстань і координує роботу внутрішніх і зовнішніх м'язів ока.

Примітка. Вправи 1, 2, 4, 7, 8, 10, 12, 13 виконують сидячи, а вправи 3, 5, 6, 9, 11, 14, 15, 16 - стоячи. Якщо хворому призначено носити окуляри постійно, то всі вправи, за винятком 4 і 7, виконують в окулярах.

Додаток 7

до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Порушення рефракції та акомодатції: міопія, гіперметропія, астигматизм, анізотропія, пресбіопія, порушення акомодатції, амбліопія, кератоконус, контактна корекція зору»

ПАМ'ЯТКИ ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМИ РЕФРАКЦІЇ ТА АКОМОДАЦІЇ

АМБЛІОПІЯ.

Амбліопія – це одностороннє (виникає за умови нормальної функції другого ока), або, рідше, двостороннє зниження гостроти зору при оптимальній корекції, без органічних уражень сітківки, зорових шляхів та зорових центрів кори головного мозку, що виникає не лише через структурні порушення.

1. Амбліопія – це захворювання, що потребує постійного лікування та динамічного спостереження лікаря.
2. Запорукою успішного лікування є суворе дотримання рекомендацій лікаря – офтальмолога.
3. Графік оглядів встановлюється лікарем-офтальмологом індивідуально.
4. Важливим етапом в лікуванні амбліопії є усунення причини, що призвела до розвитку захворювання (корегування аномалії рефракції, екстракція катаракти, виправлення косоокості та інші).
5. Амбліопія є однією з причин зниження гостроти зору у дітей, яку можна усунути.
6. Ефективне лікування амбліопії можливе лише до 5 - 6 річного віку.
7. Хворий повинен інформувати сімейного лікаря про усі зміни зорових функцій та відчуттів, які він помічає, та повідомляти про свій загальний стан. При виявленні змін гостроти зору хворий повинен бути скерований для обстеження у лікаря офтальмолога.
8. При виявленні змін гостроти зору лікар офтальмолог змінює засіб (силу) корекції та корегує план лікування.
9. Після досягнення високої гостроти зору, необхідно продовжувати лікування з метою профілактики рецидиву захворювання.

ПРОФІЛАКТИКА АМБЛІОПІЇ:

- Перевірка гостроти зору для виявлення факторів, які призводять до виникнення амбліопії.

- Раннє лікування рефракційної аномалії та косоокості.
- Додаткова до щорічної перевірки комплексна офтальмологічна діагностика дітей із факторами ризику виникнення амбліопії.

КЕРАТОКОНУС.

Кератоконус – конічне випинання рогівки в її центрі, що призводить до зміни анатомії і топографії рогівки, які спричиняють прогресуюче зниження гостроти зору.

1. Кератоконус – це захворювання, що потребує постійного лікування та динамічного спостереження лікаря офтальмолога.

2. Запорукою успішного лікування є суворе дотримання призначень та рекомендацій лікаря офтальмолога.

3. При погіршенні гостроти зору та прогресуванні ступеню порушення рефракції, особливо прогресуванні астигматизму необхідно провести обстеження з метою виключення кератоконусу.

4. Виявлення кератоконусу на ранніх стадіях дозволяє призначити адекватне лікування та запобігти розвитку ускладнень та зниження некоригованої гостроти зору.

5. Хворий з кератоконусом отримує від лікаря офтальмолога відповідні рекомендації щодо лікування.

6. Графік оглядів встановлюється лікарем-офтальмологом індивідуально.

7. Необхідно інформувати сімейного лікаря про усі зміни зорових функцій та відчуттів, повідомляти про свій загальний стан. При виявленні змін гостроти зору хворий повинен бути скерований для обстеження у лікаря офтальмолога, який за потреби, змінює засіб (силу) корекції, план лікування та нагляду за пацієнтом.

8. Існують докази, що виявлення кератоконусу на ранніх стадіях та своєчасне скерування до спеціалістів (офтальмологів) з метою призначення адекватного лікування знижує ризик розвитку амбліопії, зниження зорових функцій, запобігають ранній інвалідизації.

9. У разі виникнення катаракти у пацієнтів з кератоконусом хворий повинен бути скерований для обстеження у лікаря офтальмолога та проведення оперативного втручання на третьому рівні спеціалізованої медичної допомоги.

Профілактика кератоконусу: фактів доказової медицини щодо можливості профілактики кератоконусу на даний час недостатньо.

Наступні методи застосовуються при лікуванні кератоконусу (метод лікування обирається у кожному окремому випадку індивідуально, неодноразово зважаються усі фактори):

- Оптична корекція.
- Корекція за допомогою жорстких контактних лінз.

- Крослінкінг терапія.
- Хірургічне втручання при прогресуванні кератоконусу.

ПРЕСБІОПІЯ.

Пресбіопія є станом, який розвивається з віком і обумовлений недостатньою акомодацією при роботі на близькій відстані, що викликає зниження гостроти зору та зоровий дискомфорт при роботі на близькій відстані.

1. Пресбіопія – це стан, що потребує постійного лікування та динамічного спостереження лікаря офтальмолога.

2. Пресбіопія – це віковий стан, оптична корекція якого усуває негативний вплив на зір чи очний стан.

3. Графік оглядів встановлюється лікарем-офтальмологом індивідуально.

4. Необхідно інформувати сімейного лікаря про усі зміни зорових функцій та відчуттів та повідомляти про свій загальний стан. При виявленні змін гостроти зору хворий повинен бути скерований для обстеження у лікаря офтальмолога, який за потреби вносить зміни в план лікування та нагляду за пацієнтом.

5. При погіршені гостроти зору при роботі на близькій відстані необхідно звернутися до лікаря офтальмолога з метою зміни корекції та корегування плану лікування.

6. Окуляри є найпростішим і надійним засобом виправлення рефракції, тому окуляри повинні бути першим способом корекції, перед призначенням контактних лінз.

7. Хірургічне лікування пресбіопії включає кераторефракційні операції з приводу монозору або імплантацію інтроокулярних лінз. Хірургічні методи корекції пресбіопії на сьогодні ще й досі вважаються експериментальними.

Профілактика пресбіопії: пресбіопія – це віковий стан, який не може бути відвернений.

Варіанти корекції пресбіопії (вибір методу корекції пресбіопії залежить від індивідуальних потреб):

1. Призначення окулярів (прості оптичні лінзи, біфокальні оптичні лінзи, стандартні прогресивні оптичні лінзи, прогресивні оптичні лінзи з урахуванням індивідуальних параметрів адидації).

2. Використання контактних лінз (монофокальні лінзи, біфокальні лінзи, біфокальні контактні лінзи поперемінного бачення, контактні лінзи одночасного бачення).

3. Поєднання контактних лінз та окулярів.

МІОПІЯ.

Міопія (короткозорість) є частим оптичним відхиленням, при якому око має занадто багато оптичної потужності і паралельні промені світла з віддалених зображень орієнтовані на точку попереду сітківки, в результаті чого на сітківці формується розмите зображення.

1. Міопія – це захворювання, що потребує постійного лікування та динамічного спостереження лікаря офтальмолога.

2. Запорукою успішного лікування є суворе дотримання призначень та рекомендацій лікаря офтальмолога.

3. Графік оглядів встановлюється лікарем-офтальмологом індивідуально.

4. Необхідно інформувати сімейного лікаря про усі зміни зорових функцій і відчуттів та повідомляти про свій загальний стан. При виявленні змін гостроти зору хворий повинен бути скерований для обстеження у лікаря офтальмолога, який за потреби вносить зміни в план лікування та нагляду за пацієнтом.

5. З метою профілактики та раннього виявлення ускладнень міопії важливим є регулярні огляди у лікаря офтальмолога з обов'язковим оглядом очного дна.

6. Фактів доказової медицини щодо можливості профілактики порушень рефракції, зокрема короткозорості, на даний час недостатньо.

7. Окуляри є найпростішим і надійним засобом виправлення рефракції, тому окуляри повинні бути першим способом корекції, перед призначенням контактних лінз або рефракційної хірургії.

8. У разі виникнення катаракти у пацієнтів з високим ступенем міопії хворий повинен бути скерований для обстеження у лікаря офтальмолога та проведення оперативного втручання на третьому рівні спеціалізованої медичної допомоги.

ПРОФІЛАКТИКА ПРОГРЕСУВАННЯ МІОПІЇ:

- Оптична корекція, у тому числі біфокальними окулярами.

ОСНОВНІ МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ МІОПІЇ:

1. Призначення окулярів.
2. Використання контактних лінз.
3. Рефракційна хірургія:

- кераторефракційна хірургія (фоторефракційна кератотомія, LASIK-корекція, LASEK і ері-LASIK, вставка інтросторомальних сегментів кілець рогівки і RK);
 - інтраокулярна рефракційна хірургія (рефракційна заміна кришталика, імплантація факічних внутрішньоочних лінз).
4. Ортокератологія.

Використання ортокератології з метою корекції міопії можливе лише у дітей старшого віку. В Україні також є свої прихильники та вороги методики корекції аномалій рефракції за допомогою жорстких контактних лінз. Суперечки тривають й досі.

В Україні питання щодо рефракційної хірургії вирішується у кожному окремому випадку індивідуально, неодноразово зважуються усі фактори.

ГІПЕРМЕТРОПІЯ.

Гіперметропія (далекозорість) є частим оптичним відхиленням, при якому оку не вистачає оптичної сили і дальні промені світла попадають на сітківку і сходяться за сітківкою, в результаті чого на сітківці формується розмите зображення.

1. Гіперметропія – це захворювання, що потребує постійного лікування та динамічного спостереження лікаря офтальмолога.

2. Запорукою успішного лікування є суворе дотримання призначень та рекомендацій лікаря офтальмолога.

3. Графік оглядів встановлюється лікарем-офтальмологом індивідуально.

4. Необхідно інформувати сімейного лікаря про усі зміни зорових функцій і відчуттів та повідомляти про свій загальний стан. При виявленні змін гостроти зору хворий повинен бути скерований для обстеження у лікаря офтальмолога, який за потреби вносить зміни в план лікування та нагляду за пацієнтом.

5. З метою профілактики та раннього виявлення ускладнень гіперметропії важливим є регулярні огляді у лікаря офтальмолога.

6. Фактів доказової медицини щодо можливості профілактики гіперметропії на даний час недостатньо.

7. Окуляри є найпростішим і надійним засобом виправлення рефракції, тому окуляри повинні бути першим способом корекції, перед призначенням контактних лінз або рефракційної хірургії.

8. У разі виникнення катаракти у пацієнтів з високим ступенем гіперметропії хворий повинен бути скерований для обстеження у лікаря офтальмолога та проведення оперативного втручання на третьому рівні спеціалізованої медичної допомоги.

ОСНОВНІ МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ ГІПЕРМЕТРОПІЇ:

1. Призначення окулярів.
2. Використання контактних лінз.
3. Рефракційна хірургія:
 - кераторефракційна хірургія (фоторефракційна кератотомія, LASIK-корекція, LASEK і ері-LASIK, вставка інтросторомальних сегментів кілець рогівки і RK);
 - інтраокулярна рефракційна хірургія (рефракційна заміна кришталика, імплантація факічних внутрішньоочних лінз).
4. Ортокератологія.

Використання ортокератології з метою корекції гіперметропії можливе лише у дітей старшого віку. В Україні також є свої прихильники та вороги методики корекції аномалій рефракції за допомогою жорстких контактних лінз. Суперечки тривають й досі.

В Україні питання щодо рефракційної хірургії вирішується у кожному окремому випадку індивідуально, неодноразово зважуються усі фактори.

АСТИГМАТИЗМ.

Астигматизм та інші форми оптичних відхилень виникають, коли падаючі промені світла не фокусуються в одній точці. Тотальний (загальний) рефракційний астигматизм можна розділити на рогівковий (або кератометричний) астигматизм, кришталиковий астигматизм і астигматизм сітківки. Більшість астигматизму має рогівкове походження. Кришталиковий астигматизм буває внаслідок нерівномірної кривизни, нахилу кришталика і різних показників рефракції в кришталику.

1. Астигматизм – це захворювання, що потребує постійного лікування та динамічного спостереження лікаря
2. Запорукою успішного лікування є суворе дотримання призначень та рекомендацій лікаря.
3. Графік оглядів встановлюється лікарем-офтальмологом індивідуально.
4. Необхідно інформувати сімейного лікаря про усі зміни зорових функцій і відчуттів та повідомляти про свій загальний стан. При виявленні змін гостроти зору хворий повинен бути скерований для обстеження у лікаря офтальмолога, який за потреби вносить зміни в план лікування та нагляду за пацієнтом.
5. З метою профілактики та раннього виявлення ускладнень астигматизму важливим є регулярні огляді у лікаря офтальмолога.
6. При прогресуванні ступеню астигматизму необхідне додаткове обстеження у лікаря офтальмолога з метою раннього виявлення кератоконуса.

7. Фактів доказової медицини щодо можливості профілактики астигматизму на даний час недостатньо.

8. Окуляри є найпростішим і надійним засобом виправлення астигматизму, тому окуляри повинні бути першим способом корекції, перед призначенням контактних лінз або рефракційної хірургії.

9. У разі виникнення катаракти у пацієнтів з високим ступенем астигматизму хворий повинен бути скерований для обстеження у лікаря офтальмолога та проведення оперативного втручання на третьому рівні спеціалізованої медичної допомоги.

Основні методи корекції астигматизму:

1. Призначення окулярів.
2. Використання контактних лінз.
3. Рефракційна хірургія:
 - кераторефракційна хірургія (фоторефракційна кератотомія, LASIK-корекція, LASEK і ері-LASIK, вставка інтросторомальних сегментів кілець рогівки і RK);
 - інтраокулярна рефракційна хірургія (рефракційна заміна кришталика, імплантація факічних внутрішньоочних лінз).
4. Ортокератологія.

Використання ортокератології з метою корекції астигматизму можливе лише у дітей старшого віку. В Україні також є свої прихильники та вороги методики корекції аномалій рефракції за допомогою жорстких контактних лінз. Суперечки тривають й досі.

В Україні питання щодо рефракційної хірургії вирішується у кожному окремому випадку індивідуально, неодноразово зважуються усі фактори.

Додаток 8
до уніфікованого клінічного протоколу
первинної, вторинної (спеціалізованої) та
третинної (високоспеціалізованої) медичної
допомоги «Порушення рефракції та акомодатії:
міопія, гіперметропія, астигматизм,
анізотропія, пресбіопія, порушення
акомодатії, амбліопія, кератоконус, контактна
корекція зору»

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА ПЕРЕД ОПЕРАЦІЄЮ

Розписка
про згоду пацієнта на проведення оперативного втручання
На підставі статті 43 "Основ законодавства України про охорону здоров'я",

Я _____
(прізвище, ім'я, по батькові пацієнта)
ознайомлений лікуючим лікарем з необхідністю проведення операції

_____ (назва операції)
і усвідомлюю можливість ускладнень (до видалення ока включно), можливість проведення
додаткового оперативного втручання (видалення ІОЛ, проведення вітректомії та інших допоміжних
хірургічних втручань), прогнозом перебігу захворювання і необхідністю подальшого лікування після
виписки із стаціонару у очного лікаря за місцем проживання. Я даю згоду на проведення цієї
операції.

_____ Підпис пацієнта
Примітка: 1. Якщо пацієнт не досяг 15-річного віку (або визнаний судом недієздатним, або за фізичним станом здоров'я
не може самостійно приймати рішення), оперативне втручання можливе при згоді батьків, або інших законних
представників пацієнта.
2. У віці від 15 до 18 років (або у визнаних судом обмежено дієздатними) оперативне втручання проводиться при згоді
пацієнта та згоді батьків, або інших законних представників пацієнта.

_____ (Прізвище, ім'я, по батькові родича або представника пацієнта)

_____ Підпис законного представника пацієнта

_____ (Прізвище, ім'я, по батькові лікаря)

_____ Підпис лікуючого лікаря