

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я

28.01.2016 № 49

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

КАТАРАКТА

2016

**ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ ТА ВИЗНАЧЕНЬ,
ЩО ЗАСТОСОВАНІ В ПРОТОКОЛІ**

ВЗП	викликані зорові потенціали
ВМД	вікова макулярна дегенерація
ВОТ	внутрішньоочний тиск
ВТЕ	венозна тромбемболія
ЕЕК	екстракапсулярна екстракція катаракти
ЗКТ	задня капсулотомія
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ІЕК	інтракапсулярна екстракція катаракти
ІОЛ	інтраокулярні лінзи
КНМ	кистозний набряк макули
ЛПМД	локальний протокол медичної допомоги
МРТ	магнітно-резонансна томографія
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
ОКТ	оптична когерентна томографія
ПВ	передня вітректомія
TORCH	група внутрішньоутробних інфекцій
ФАГ	флуоресцентна ангіографія сітківки
ФЕК	факоемульсифікація катаракти
ФЗК	фіксація задньої капсули
ХОЗЛ	хронічне обструктивне захворювання легень
ЦНС	центральна нервова система

I. Паспортна частина

1.1. Діагноз: катаракта стареча, травматична, діабетична, вроджена.

1.2. Шифр згідно з МКХ-10: Н 25.0; Н 25.1; Н 25.2; Н 25.8; Н 25.9; Н 26.0; Н 26.1; Н 26.2; Н 26.3; Н 26.4; Н 28.0*; Н 28.1*; Н 28.2*; Н 28.8*; Q 12.0.

1.3. Користувачі: лікарі загальної практики-сімейні лікарі, лікарі-терапевти дільничні, лікарі-офтальмологи, лікарі-офтальмологи дитячі, лікарі-анестезіологи, операційні медичні сестри, чергові медичні сестри.

1.4. Мета: організація медичної допомоги хворим на катаракту старечу, травматичну, діабетичну, вроджену.

1.5. Дата складання протоколу: січень 2016 року.

1.6. Дата перегляду протоколу: січень 2019 року.

1.7. Список осіб, які брали участь у розробці протоколу

Кравченко Василь в.о. директора Медичного департаменту
Віталійович МОЗ України, голова робочої групи;

Риков Сергій завідувач кафедри офтальмології Національної
Олександрович медичної 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;

Степаненко Алла професор кафедри Української військово-медичної
Василівна академії МЗС України, д.м.н., професор, заступник голови робочої групи з методології;

Барінов Юрій директор центру дитячої офтальмології Національної
Вікторович 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);

Боброва Надія завідувач відділення офтальмопатології дитячого віку
Федорівна Державної установи «Інститут очних хвороб та тканинної терапії імені В.П. Філатова НАМН України», д.м.н., професор;

Вітовська Оксана Петрівна	завідувач кафедри офтальмології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, д.м.н., професор, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Офтальмологія» (згідно з наказом МОЗ України від 29.05.2015 № 196-к);
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»;
Дмитрієв Сергій Костянтинович	керівник відділення мікрохірургічного лікування катаракти Інституту очних хвороб та тканинної терапії імені В.П. Філатова НАМН України, д.м.н.;
Ковтун Михайло Іванович	головний лікар Комунальної установи охорони здоров'я «Харківська міська клінічна лікарня № 14 імені професора Л.Л. Гіршмана», к.м.н.;
Леменєва Анастасія Анатоліївна	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	професор кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, ст.н.с., д.м.н.;

Мостовенко Раїса Василівна	завідувач інфекційного діагностичного боксованого відділення Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ», к.м.н., головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «Педіатрія» (згідно з наказом МОЗ України від 10.12.2012 № 526-к);
Острополець Наталія Андріївна	заступник начальника управління - начальник відділу організації спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги управління медичної допомоги дорослим Медичного департаменту МОЗ України;
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 мікрохірургії ока».

МЕТОДИЧНИЙ СУПРОВІД ТА ІНФОРМАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

Ліщишина Олена Михайлівна	директор Департаменту стандартизації медичних послуг Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», к.м.н., ст.н.с.;
Горох Євгеній Леонідович	начальник відділу якості медичної допомоги та інформаційних технологій Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», к.техн.н.;
Мельник Євгенія Олександрівна	начальник відділу доказової медицини Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України»;
Шилкіна Олена Олександрівна	начальник відділу методичного забезпечення новітніх технологій у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я 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 в Реєстрі медико-технологічних документів: <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>

Рецензенти:

Бездітко Павло Андрійович завідувач кафедри офтальмології Харківського національного медичного університету. д.м.н., професор;

Сергієнко Микола Маркович член-кор. НАН та НАМН України, професор кафедри офтальмології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика д.м.н., професор.

1.8. Коротка епідеміологічна інформація

За даними ВООЗ кількість людей, які втратили зір внаслідок катаракти, у світі в 2025 році може збільшитись до 40 млн. За статистичними даними, в середньому у світовій популяції, на катаракту страждає більше 70% населення у віці старше 72 років та біля 20% у віці 40-60 років.

Катаракта посідає перше місце в Україні за поширеністю серед захворювань очей та додаткового апарату. Це обумовлює те, що сьогодні катаракта розглядається не лише, як одна з актуальних офтальмологічних проблем, але і як важлива медико-соціальна проблема. Середній рівень поширеності катаракти за період з 2009 по 2012 роки склав 539864 хворих серед усього населення (1171,6 на 100 тис.), та 537624 хворих серед дорослого населення (1421,5 на 100 тис.). Не зважаючи на незмінну частку цієї патології у загальній структурі захворюваності, кількість хворих на катаракту в Україні постійно збільшується. В Україні питома вага катаракти серед причин інвалідності по зору зростає з 6 до 16% та досягла свого найвищого значення в 2009 році, коли кожний п'ятий інвалід по зору ставав інвалідом внаслідок катаракти. Уже на першому огляді на МСЕК хворі на катаракту визнаються інвалідами першої та другої груп з низькими функціями. Вроджену катаракту спостерігають у 5 випадках зі 100 тис. новонароджених, вона обумовлює 10-30% випадків дитячої сліпоти. Серед дитячого населення України за період 2009-2012 роки поширеність вродженої катаракти складає 2239 хворих (5,92 на 100 тис.).

Даний протокол має на меті регламентувати алгоритм діагностики, порядок призначення та проведення певного виду хірургічного лікування, моніторинг захворювання, надасть можливість оцінити економічний ефект від проведеного лікування, а також розглядає питання профілактики та лікування ускладнень не своєчасного виявлення та лікування катаракти.

II. Загальна частина

Даний Уніфікований клінічний протокол розроблений на основі адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах, «Катаракта», у якій наведена найкраща практика надання медичної допомоги пацієнтам із катарактою. Положення та обґрунтування уніфікованого клінічного протоколу, побудовані на доказах, спрямовані на створення єдиної комплексної та ефективної системи надання медичної допомоги пацієнтам із катарактою та охоплюють усі етапи. Заходи з раннього (своєчасного) виявлення катаракти дозволять суттєво поліпшити та зменшити витрати на медичну допомогу.

Катаракта – це будь-яке помутніння кришталика, чи то невелике локальне помутніння або дифузна (загальна) втрата прозорості. Щоб бути клінічно значимою, катаракта повинна викликати значне зниження гостроти зору або впливати на виконання візуальних завдань та візуально керованої діяльності.

Катаракта може розвиватися в результаті старіння або вторинно до спадкових факторів, травм, запалень, метаболічних порушень або порушень живлення та опромінення. Вікова катаракта виявляється найчастіше. Є три найбільш поширені типи катаракти – це ядерна, кортикальна і задньокапсулярна.

Діагноз катаракти встановлюється на основі комплексної оцінки офтальмостатусу із взяттям до уваги факторів ризику, а саме: вік, стать, спадковість, наявність цукрового діабету, вплив ультрафіолету та радіаційного опромінення, вживання стероїдів та інші фактори ризику, що можуть вплинути на план операції або її кінцевий результат (наприклад, стани, що пригнічують імунітет, систематичний прийом альфа-1 антагоністів, тощо).

Катаракту можна класифікувати візуальним обстеженням та позначенням цифрами для визначення тяжкості. Альтернативні системи класифікації, до яких схиляються в епідеміологічних дослідженнях катаракти – це Оксфордська клінічна класифікація катаракти і класи, система Джонса Хопкінса, і системи класифікації помутніння кришталика (LOCS, LOCS II, та LOCS III). Мікрофотографії щільної лампи зрізів кришталика використовуються в якості посилення для градації опалесценції ядра і кольору ядра, і мікрофотографії кришталика методом ретроілюмінації використовуються в якості посилення для градації кіркових і задньокапсулярних катаракт. Більшість систем використовують послідовність з чотирьох еталонних фотографій для кожної з характеристик катаракти, які повинні бути оцінені. Недавно введена система LOCS III використовує шість еталонних фотографій для оцінки кольору ядра та опалесценції ядра і серію з п'яти фотографій для оцінки помутніння кори та задньої капсули. У цих системах кожній еталонній фотографії присвоюється клас тяжкості, що позначається цифрами, і для інтерполяції появи катаракт,

що з'являються між еталонними фотографіями, лікарі можуть використовувати десяткові числа для класу катаракти в проміжних етапах.

На момент розробки даного Уніфікованого клінічного протоколу немає перевірених первинних даних медикаментозного лікування катаракти. Хірургічне видалення катаракти залишається єдиним ефективним методом лікування для відновлення і підтримки зору. Крім того, на даний час також не існує методів профілактичного лікування вродженої чи набутої катаракти.

З розвитком мікрохірургічної техніки та технологій внутрішньоочних штучних кришталіків, якість післяопераційної реабілітації зору також продовжує поліпшуватися, неминуче впливаючи на показання до операції. Все частіше інші виміри функцій зору (наприклад, відблиски, контрастна чутливість), а також ступінь функціональної інвалідності розглядаються разом з гостротою зору при наданні рекомендації на операцію і для оцінки результатів операції.

III. Основна частина

3.1. Для закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, що надають первинну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
Значна кількість населення у віці старше 60 років мають ознаки формування катаракти. Проте, деякі люди не відчують зниження гостроти зору або не мають симптомів, що заважають у повсякденному житті та професійній діяльності. Виявлення факторів ризику та обмеження їх дії у пацієнтів з початковою катарактою позитивно впливає на подальший перебіг захворювання.	Дослідження з профілактики катаракти були спрямовані на обмеження факторів ризику та контроль захворювань (діабет, ХОЗЛ, ІХС, тривалий прийом стероїдів), що пов'язані з деякими типами катаракти. Простою, дешевою і достатньо дієвою, превентивною стратегією є зниження впливу сонячного опромінення, зменшення або припинення куріння та, можливо, збільшення	Обов'язкові: 1. Виявляти пацієнтів, які мають ризик розвитку катаракти (розділ 4.1). 2. Надавати інформацію щодо катаракти та її наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику катаракти, що пов'язані зі способом життя та оточуючим середовищем. 3. Заохочувати пацієнтів до регулярних оглядів офтальмолога, особливо у осіб із ризиком розвитку катаракти.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
	застосування вітамінів та антиоксидантів.	Бажані: Надати пацієнту інформаційний лист «Пам'ятка для пацієнта» (Додаток 2).
2. Діагностика		
Діагноз катаракти встановлюється лікарем офтальмологом (та/або лікарем дитячим офтальмологом) у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), що надають спеціалізовану /високоспеціалізовану медичну допомогу на підставі отриманих даних щодо характерних змін та комплексної оцінки функції зору.	Діагноз катаракти встановлюється на основі комплексної оцінки офтальмо статусу із взяттям до уваги факторів ризику, а саме: віку, статі, спадковості, наявності цукрового діабету, значний вплив ультрафіолету та радіаційного опромінення, вживання стероїдів та інші фактори ризику, що впливають на виникнення та прогресування катаракти.	Обов'язкові: 1. Збір скарг та анамнезу. (розділ 4.2.3). 2. Соматичний анамнез (наявність супутньої патології) (розділ 4.2.3) 3. За неможливості проведення діагностики – скерувати пацієнта до лікаря офтальмолога, лікаря дитячого офтальмолога. Бажані: 4. Перевірка гостроти зору (візометрія). 5. Перевірка полів зору. 6. Дослідження кольорового зору.
3. Лікування		
Лікування призначається та здійснюється виключно лікарем офтальмологом (та/або лікарем дитячим офтальмологом) за місцем проживання.	Оскільки лікування катаракти здійснюється хірургічним шляхом спеціалізована допомога таким пацієнтам здійснюється виключно у закладах охорони здоров'я де надають спеціалізовану та високоспеціалізовану офтальмологічну медичну допомогу.	Обов'язкові: 1. Під час обстеження та лікування сприяти виконанню пацієнтом усіх рекомендацій лікаря дитячого офтальмолога, лікаря офтальмолога та інших фахівців. 2. Оцінити вплив катаракти на спосіб життя пацієнта, але

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
		важливо враховувати, що пацієнти адаптуються до порушення зору.
4. Реабілітація та диспансерне спостереження		
<p>Усі пацієнти, у яких діагностовано будь-який вид катаракти мають знаходитись під диспансерним спостереженням лікаря офтальмолога, лікаря дитячого офтальмолога та лікаря загальної практики.</p> <p>Періодичність контрольних оглядів встановлюється лікарем офтальмологом та / або лікарем дитячим офтальмологом.</p>	<p>Існують докази щодо можливості відновлення гостроти зору, полів зору, відсутності ускладнень протягом тривалого часу за умови чіткого виконання рекомендацій лікаря офтальмолога, регулярних періодичних оглядів та усунення факторів ризику, що призвели до виникнення катаракти.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перевірка під час контрольного огляду, дотримання пацієнтом рекомендацій офтальмолога (та /або дитячого офтальмолога) правильності застосування лікарських препаратів. 2. У разі виявлення дестабілізації зорових функцій пацієнт повинен бути вчасно скерований до лікаря офтальмолога (або дитячого офтальмолога) для визначення подальшої стратегії лікування. <p>Бажані:</p> <p>Надання пацієнту допомоги у виборі іншої професії/навчання (з урахуванням його стану), якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує на час огляду.</p>

3.2. Для закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, що надають вторинну (спеціалізовану) амбулаторну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Профілактика		
<p>Для пацієнтів важливо мати загальне уявлення щодо формування катаракти, перших симптомів, симптомів, пов'язаних з прогресуванням та ризику що виникають при відсутності лікування.</p> <p>Катаракта прогресує з плином часу, тому важливо, щоб своєчасне наступне обстеження сприяло правильному прийняттю рішення щодо втручання, для запобігання подальшій втраті зору.</p>	<p>На даний час не існує методів профілактики вродженої чи набутої катаракти. Проте, у випадках галактоземії (у дітей) рання діагностика, дієта та замісна ензимотерапія можуть зупиняти прогресування початкової катаракти та навіть сприяти її регресу.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Виявляти групи спостереження – осіб, які мають ризик розвитку та прогресування катаракти. (розділ 4.1.). 2. Проводити скринінг пацієнтів, направлений на виявлення ризиків розвитку катаракти. 3. Надавати інформацію щодо катаракти та її наслідків, рекомендувати уникати впливу факторів ризику катаракти, що пов'язані зі способом життя та з оточуючим середовищем та необхідності контролювати гостроту зору. <p>Бажані:</p> <p>Забезпечення пацієнтів інформаційним листком («Пам'ятка для пацієнта») (Додаток 2).</p>
2. Діагностика		
<p>Діагноз катаракти встановлюється на підставі отриманих</p>	<p>Опитувальники можуть бути корисними для виявлення симптомів,</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Зібрати детальний анамнез захворювань

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
<p>даних щодо характерних змін кришталика. Огляд за розширеної зіниці є необхідним для оптимальної оцінки ступеня помутніння кришталика та оцінки структур, що містяться за райдужною оболонкою, особливо макулярної ділянки.</p>	<p>але повинні братись до уваги разом з анамнезом та результатами обстежень при прийнятті рішення щодо операції.</p>	<p>очей. (розділ 4.2.3) 2. Зібрати соматичний анамнез (хронічні захворювання та препарати, що можуть збільшити ризик операції) (розділ 4.2.3); 3. Лабораторні дослідження (розділ 4.3.4). 4. Консультації суміжних спеціалістів (розділ 4.3.4). 5. Провести повне офтальмологічне обстеження (розділ 4.3.1); 6. Оцінити вплив катаракти на спосіб життя пацієнта. 7. У дітей повне офтальмологічне обстеження можливе у випадках досягнення дитиною віку, достатнього для співпраці. У інших випадках обстеження проводиться в умовах медикаментозного сну, після госпіталізації дитини до стаціонару (розділ 4.3.3) 8. Якщо пацієнт згоден на операцію, направити до ЗОЗ третинного рівня, де надається спеціалізована та високоспеціалізована офтальмологічна допомога. Бажані: (за</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
		необхідності) (розділ 4.3.2.)
3. Лікування		
Хірургічне видалення катаракти залишається єдиним ефективним методом лікування для відновлення та покращення зору.	На час затвердження уніфікованого клінічного протоколу немає підтверджених первинних даних щодо ефективності фармакологічного лікування катаракти.	Хірургічне лікування на даному рівні не проводиться. Обов'язкові: 1. Рекомендувати спостереження пацієнтам з інтервалом у 4-12-ть місяців у випадку незначних функціональних обмежень пов'язаних з катарактою та яким хірургічне лікування на час огляду не показано. 2. Скерувати пацієнта з катарактою до ЗОЗ, де надається високоспеціалізована медична допомога. 3.Скерувати немовлят та пацієнтів віком до 18 років на хірургічне лікування катаракти до ЗОЗ, які надають високоспеціалізовану медичну допомогу дітям.
4. Реабілітація та диспансерне спостереження		
Усі пацієнти, у яких діагностовано будь-який вид катаракти мають знаходитись під спостереженням лікаря офтальмолога.	З розвитком мікрохірургічної техніки та технологій внутрішньоочних кришталіків якість післяопераційної реабілітації зору також продовжує	Обов'язкові: 1. Контроль за функціональним станом зорового аналізатора відповідно до термінів диспансеризації/випуск и зі стаціонару.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
	поліпшуватися, неминуче впливаючи на показання до операції.	<p>2. У разі виявлення порушення зорових функцій пацієнт скеровується на консультацію до офтальмолога впродовж 10 днів для подальшого лікування.</p> <p>3. Модифікація способу життя, обмеження: фізичного навантаження, нервового напруження, роботи у нічний час, обмеження вживання стимулюючих напоїв.</p> <p>4. Пацієнти після оперативного втручання непрацездатні – 3 тижні.</p> <p>Бажані:</p> <p>5. Надання пацієнту допомоги у виборі іншої професії/навчання (з урахуванням його стану), якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує на час огляду.</p>

3.3. Для закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, що надають третинну (високоспеціалізовану) стаціонарну медичну допомогу

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
1. Догоспітальний етап		
<p>Зі збільшенням тривалості життя та внаслідок збільшення кількості людей похилого віку - випадки катаракти та потреба в операціях будуть продовжувати зростати. Рішення щодо операції повинно прийматися пацієнтом в обговоренні з офтальмологом. Направлення на операцію з приводу катаракти може бути ініційоване офтальмологом поліклініки.</p>	<p>Мета обстеження перед операцією полягає у:</p> <ul style="list-style-type: none"> - підтвердженні діагнозу катаракти та того, що саме катаракта є причиною втрати зору; - визначення супутньої патології з боку органу зору та інших систем; - підтвердити згоду на операцію та розуміння її ризиків та переваг; - сформулювати план хірургічної допомоги, включаючи стратифікацію ризиків; - обрати тип та потужність інтраокулярної лінзи та обговорити і спланувати будь-які рефракційні процедури, що можуть бути необхідними. 	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Зібрати детальний соматичний та офтальмологічний анамнез (розділи 4.2.1. – 4.2.3). 2. Провести повне офтальмологічне обстеження пацієнта (розділ 4.3.1), дитини (залежно від віку, проводить перед операцією під загальною анестезією) (розділ 4.3.3). 3. Провести необхідні лабораторні обстеження та консультації спеціалістів (розділ 4.3.4). 4. Визначити повний перелік препаратів, що приймає пацієнт та які можуть збільшити ризик операції (розділ 4.6.1). 5. Обговорити з пацієнтом інформацію щодо ризиків та користі операції з видалення катаракти (розділ 4.6.2) та/або з батьками дитини (розділ 4.6.3). <p>Бажані.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. За необхідності - додаткові обстеження (розділ 4.3.2);

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
2. Госпіталізація		
<p>Переважній більшості пацієнтів рекомендована операція у денному стаціонарі під місцевою анестезією і є загальноприйнятою моделлю надання допомоги. Пацієнтам, у яких зряче лише одне око, можливо, буде потрібно переночувати у стаціонарі, якщо місцева анестезія послаблює зір після операції, і вони не мають родича або особи, яка здійснює догляд за ними. У дітей оперативне лікування проводиться в умовах загального знеболення, що потребує обов'язкової госпіталізації до стаціонару.</p>	<p>Ретельна підготовка пацієнта до госпіталізації значно зменшує ризик інтра- 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. Наявність у пацієнта необхідної супровідної документації. 2. Наявність підписаної пацієнтом «Поінформованої згоди на медичну допомогу». (винятком можуть бути випадки ургентної госпіталізації). 3. Призначити дату операції. 4. Надати пацієнту повну інформацію щодо ризиків та користі операції з видалення катаракти (розділ 4.6.2) та/або з батьками дитини (розділ 4.6.3). <p>Бажані.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. За необхідності – врахувати та провести профілактику венозної тромбоемболії.
3. Діагностика		
<p>Обсяг діагностичних заходів та їх проведення мають бути регламентовані затвердженим локальним протоколом ЛПМД щодо ведення хворих з катарактою. Для зручності пацієнтів час прибуття повинен бути встановлений, але пацієнти повинні</p>	<p>Ретельні передопераційні обстеження стану пацієнта (фізикальні, лабораторні) запобігають можливим негативним наслідкам лікування та погіршенню стану пацієнта внаслідок можливої лікарської помилки.</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Зібрати детальний анамнез захворювань очей та соматичний анамнез (розділ 4.2.3). 2. Провести необхідне лабораторне обстеження та консультації суміжних спеціалістів (розділ 4.3.4). 3. Провести повне офтальмологічне

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
<p>прибути за певний час до операції для забезпечення адекватного розширення зіниці та проведення рутинних досліджень.</p>	<p>Адекватне розширення зіниць має важливе значення для операції з видалення катаракти і, як правило, досягається за рахунок мідріатиків короткої дії.</p>	<p>обстеження (розділ 4.3.1). 4. У дітей повне офтальмологічне обстеження можливе у випадках досягнення дитиною віку, достатнього для співпраці. У інших випадках обстеження проводиться в умовах медикаментозного сну, після госпіталізації дитини до стаціонару (розділ 4.3.2). 5. Визначення можливих ризиків (розділ 4.6.4 та розділ 4.6.5). 6. Проведення ретельної передопераційної перевірки (розділ 4.6.6.).</p>
<h4>4. Лікування</h4>		
<p>Усі види оперативних втручань щодо видалення катаракти виконуються за показаннями, з урахуванням об'єктивних клінічних даних: стадії процесу, ступеню декомпенсації ВОТ та на підставі даних діагностики відповідно до затвердженого ЛПМД. Факоемульсифікація визнана найкращим методом видалення катаракти, але проводяться і операції</p>	<p>Хірург офтальмолог повинен сформулювати план операції (розділ 4.6.7).</p>	<p>Обов'язкові: 1. Забезпечення належної якості виконання хірургічних маніпуляцій та післяопераційного догляду (розділ 4.7). 2. Забезпечення медикаментозної супровідної терапії відповідно до стану пацієнта. 3. Забезпечення профілактики ВТЕ пацієнтам з хронічними захворюваннями, яким проводиться видалення катаракти під загальним наркозом.</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
<p>екстракапсулярного видалення катаракти. На відміну від хірургії катаракти у дорослих вибір процедури для дітей має особливості (розділ 4.7.2).</p>		
<p>5. Виписка з рекомендаціями на післягоспітальний період</p>		
<p>Усі пацієнти, які були прооперовані з приводу катаракти отримують виписку з історії хвороби та рекомендації щодо подальшого лікування та спостереження.</p>	<p>Офтальмолог, який оперує, відповідає за лікування пацієнта у післяопераційний період – час, протягом якого виникає більшість ускладнень та спостерігається стабілізація зорових функцій, а також несе етичні зобов'язання перед пацієнтом, які тривають у післяопераційний період до закінчення курсу відновлення (розділ 4.8).</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Надати пацієнту виписку з історії хвороби, з детальним описом проведеного втручання та рекомендаціями щодо подальшого обстеження та лікування. 2. Працездатні отримують лікарняний лист, що подовжується дільничним лікарем. 3. Призначити план післяопераційних оглядів (розділ 4.10).
<p>6. Реабілітація</p>		
<p>Пацієнт, прооперований з приводу катаракти, має повернутися за короткий час до максимально повноцінної якості життя. Більшість пацієнтів непрацездатні 3 тижні після оперативного втручання.</p>	<p>Поліпшення зору та кінцевий результат лікування є найбільш важливим та істотними для пацієнта. До багатьох компонентів зорової функції належить гострота зору на близьку, середню та далеку відстань, периферичний, бінокулярний,</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Контроль за виконанням рекомендацій відповідно до призначень/виписки зі стаціонару. Контроль ВОТ, гостроти зору, полів зору, стану зорового нерву, показників топографії. 2. Пацієнти після оперативного втручання непрацездатні – 3 тижні.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
	<p>просторовий зір, візуальний пошук, контрастна чутливість, кольоросприйняття, адаптація та швидкість візуальної обробки. Все частіше інші виміри функцій зору (наприклад, відблиски, контрастна чутливість), а також ступінь функціональних обмежень розглядаються разом з гостротою зору при наданні рекомендації на операцію і для оцінки результатів операції.</p>	<p>3. Модифікація способу життя: обмеження фізичного навантаження, нервового напруження, роботи у нічний час, обмеження інсоляції, опромінення та вживання стимулюючих напоїв.</p> <p>У дітей:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Підбір контактних лінз для дитини після операції з приводу катаракти проводиться лікарем офтальмологом дитячим. 2. Підбір корекційних окулярів впродовж двох тижнів після операції. При корекції аметропії перевага надається корекції контактними лінзами. 3. Підбір біфокальних окулярів дітям старшого віку. У випадках односторонніх проблем призначають односторонні біфокальні окуляри. 4. Проводити регулярну ортоптичну оцінку для адекватної терапії амбліопії під контролем хірурга офтальмолога. <p>Бажані: Надання пацієнту допомоги у виборі іншої професії/навчання (з урахуванням його стану), якщо є протипоказання до роботи, яку він виконує на час огляду.</p>

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії лікаря
7. Диспансерне спостереження		
<p>З розвитком мікрохірургічної техніки та технологій внутрішньоочних кришталиків якість післяопераційної реабілітації зору також продовжує поліпшуватися</p>	<p>Для хірургії катаракти оцінка результату включає не лише гостроту зору, але й мінімальну кількість ускладнень операції (розділ 4.11 та розділ 4.12).</p>	<p>Обов'язкові:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Контроль за функціональним станом зорового аналізатора відповідно до термінів диспансеризації. 2. Скерування пацієнта, у разі виявлення порушення зорових функцій, на консультацію до офтальмолога для вирішення подальшої стратегії лікування.

IV. Опис етапів медичної допомоги

4.1. Фактори ризику розвитку катаракти

4.1.1. Фактори ризику розвитку катаракти у дорослих

Причини катаракти багатофакторні. Крім віку, етіологічні, епідеміологічні дослідження виявили низку факторів ризику катаракти:

- цукровий діабет;
- надмірне сонячне опромінення;
- стероїди (тривале, системне застосування кортикостероїдів у формі інгалятора або препарату місцевого нанесення);
- харчування та соціально-економічний статус;
- стиль життя — куріння і алкоголь;
- хронічне зневоднення;
- очна хірургія і травми;
- спадковість вікової катаракти.

4.1.2. Фактори ризику розвитку катаракти у дітей

Катаракта у дітей може бути:

- Вродженою:
 - спадковою/генетичною;
 - метаболічною (галактоземія);
 - пов'язана з внутрішньоутробною інфекцією – TORCH.
- Пов'язаною з розвитком:
 - генетичною;
 - метаболічною, наприклад, дефіцитом галактокінази.
- Набутою:
 - метаболічна, наприклад, цукровий діабет;
 - травматична;
 - після променевої терапії.

4.2. Особливості збору анамнезу та фізикального обстеження

4.2.1. Особливості комплексного медичного обстеження очей у дорослих

Комплексне медичне обстеження очей включає збір анамнезу (загального та офтальмологічного), візуальне обстеження органу зору та інструментальну діагностику. Усі зазначені елементи є важливими для оцінки функції зору або дослідження, та можуть включати додаткові елементи, за необхідності. Наприклад, оскільки збір анамнезу є інтерактивним процесом, додаткові питання і оцінки можуть впливати з відповіді пацієнта.

4.2.2. Особливості збору анамнезу та комплексного медичного обстеження очей у дітей

Комплексне медичне обстеження очей у дітей включає збір анамнезу (загального та офтальмологічного) зі слів батьків або близьких родичів, візуальне обстеження органу зору та, за необхідності - інструментальну діагностику:

- анамнез повинен включати історію вагітності та сімейний анамнез.
- обстеження повинно включати обстеження кришталіків дитини та розширене обстеження кришталіків обох батьків.
- окремі випадки катаракти у новонароджених потребують серологічного дослідження на TORCH інфекції. При катаракті у дитини віком понад 30 днів, необхідно розглянути можливість дефіциту галактокінази.

У немовлят зорова поведінка, включаючи фіксацію і стабільність очей (тобто відсутність ністагму), також є важливим аспектом оцінки.

4.2.3. Анамнез

Загалом, ретельно зібраний анамнез може включати наступні елементи, хоча детальний перелік залежить від конкретних завдань і потреб пацієнта:

- Демографічні дані, включаючи стать, дату народження.
- Ідентичність історії та зв'язку з пацієнтом. Для дітей – висновки медиків, що оглядали дитину.
- Основні скарги та причина обстеження зору.
- Поточні проблеми з очима.

Офтальмологічний анамнез, включаючи розгляд історії рефракції, попередні очні захворювання, амбліопію, очну хірургію і травми, діагнози та лікування. Самооцінка пацієнтом свого зору, зорові потреби, будь-які недавні або наявні офтальмологічні симптоми та використання окулярів або контактних лінз. Пацієнта слід запитати щодо труднощів при виконанні різних візуальних завдань, які можуть включати (але не обов'язково обмежуватися ними):

- здатність самотійно пересуватися;
- водіння автотранспорту;
- читання в темряві та при яскравому освітленні;
- читання етикеток на ліках;
- виконання професійної діяльності і дозвілля

Соматичний анамнез, попередні госпіталізації та операції, загальний стан здоров'я та розвитку. Зокрема, необхідно звернути увагу на наявність цукрового діабету.

Для дітей – маса при народженні, гестаційний вік, пре- та перинатальний анамнез, що може бути доречним (напр. вживання алкоголю, тютюну чи наркотиків під час вагітності). Необхідно звернути увагу на затримку розвитку чи ураження ЦНС.

Прийом лікарських засобів - офтальмологічних та системних препаратів (особливо – стероїдів, антикоагулянтів) у тому числі харчових добавок на момент огляду, наявність алергії.

Сімейний анамнез: наявність відповідних сімейних офтальмологічних та 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.

4.3. Офтальмологічний огляд

4.3.1. Повне офтальмологічне обстеження:

- визначення гостроти зору з максимально точною корекцією, вдалину та на близькій відстані (у висновку офтальмолога повинні бути останні дані щодо рефракції);
- поєднання фіксації та гостроти зору;
- кераторефрактометрія;
- визначення кольорового зору;
- зовнішній огляд (повіки, вії, слезові органи, орбіта);
- визначення бінокулярності та стереогостроти зору (особливо у дитячому віці);
- співдружність та об'єм рухів очних яблук;
- оцінка функції зіниці;
- вимірювання внутрішньоочного тиску;
- периметрія;
- повне обстеження за допомогою щілинної лампи;
- розширене дослідження кришталика та очного дна (в умовах мідріаза огляд кришталиків, жовтої плями, периферії сітківки, зорового нерву та склоподібного тіла);
- біометрія.

4.3.2. Додаткові обстеження (за необхідності):

- пахіметрія;
- підрахунок ендотеліальних клітин;
- УЗД А,В-сканування;
- скринінг полів зору і, якщо знайдено дефект, необхідне подальше дослідження периметрією (статична периметрія тощо);
- контрастна чутливість;
- порогові поля зору або тест сітки Амслера;
- флюоресцентна ангиографія;
- оптична когерентна томографія (ОКТ);
- тонографія;

- електрофізіологічні тести;
- оцінка відповідних аспектів психічного та фізичного стану пацієнта;
- рентгенографія орбіти (при проникаючому пораненні кришталика);
- визначення біомеханічних властивостей рогівки та фіброзної капсули ока (за необхідності).

4.3.3. Повне офтальмологічне обстеження дитини:

- вимірювання гостроти зору з максимально точною корекцією (у висновку офтальмолога повинні бути останні дані щодо рефракції);
- обстеження зіниці;
- зовнішній огляд очей (повіки, вії, слізозові органи, орбіта);
- у випадку вродженої катаракти повинна бути проведена оцінка нормальних яскравих рефлексів з очного дна на 6-му тижні, під час перевірки стану здоров'я немовляти;
- вимірювання VOT;
- обстеження за допомогою щілинної лампи;
- розширене обстеження катаракти та очного дна;
- визначення бінокулярності та стереогостроти зору;
- біометрія (якщо дитина не достатньо доросла для співпраці, можливо доведеться проводити обстеження в умовах медикаментозного сну).

Повне детальне обстеження можливе у випадках досягнення дитиною віку, достатнього для співпраці. В інших випадках обстеження проводиться в умовах медикаментозного сну.

4.3.4. обов'язкові лабораторні та інструментальні дослідження:

- загальний аналіз крові;
- аналіз крові на цукор;
- кров на RW;
- Hbs-антиген;
- загальний аналіз сечі;
- аналіз сечі на цукор;
- флюорографія (за рік, дорослі);
- ЕКГ (дорослі).

Консультації спеціалістів:

- терапевта (сімейного лікаря, педіатра), який визначає відсутність протипоказань та необхідність додаткових консультацій у уролога/гінеколога, ендокринолога, невропатолога, хірурга;
- стоматолога (визначення санації ротової порожнини);
- ЛОР (відсутність запальних процесів у пазухах);
- за наявності супутньої патології – спеціаліста, у якого пацієнт знаходиться на диспансерному спостереженні (ревматолога; алерголога; онколога; тощо);
- заключення щодо проведення планового щеплення (додатково для дітей).

4.4. Критерії встановлення діагнозу «Катаракта»

Діагноз катаракта встановлюється на основі комплексної оцінки офтальмостатусу із взяттям до уваги факторів ризику а саме вік, стать, спадковість, наявність цукрового діабету, вплив ультрафіолету та радіаційного опромінювання, вживання стероїдів та інші фактори ризику, які можуть вплинути на план операції або її кінцевий результат (наприклад, стани, що пригнічують імунітет, систематичне приймання альфа-1 антагоністів, тощо).

Катаракту можна класифікувати: - візуальним обмеженням і позначенням цифрами для визначення тяжкості.

Альтернативні системи класифікації, до яких схиляються у епідеміологічних дослідженнях катаракти – це:

- Оксфордська клінічна класифікація катаракти і класи;
- система Джонса Хопкінса;
- системи класифікації помутніння кришталика (LOCS, LOCS II, та LOCS III).

4.4.1. Показання до хірургічної операції:

- значне послаблення зорових функцій або їх втрата, що впливає на якість та спосіб його життя, працездатність;
- клінічно істотна анізетропія за наявності катаракти;
- помутніння кришталика перешкоджає діагностуванню або оптимальній терапії патологічних станів заднього сегмента ока;
- кришталик викликає підвищення ВОТ та вторинну глаукому;
- кришталик провокує закритокутову глаукому (факоморфічну).

З метою профілактики глибокої амбліопії оперативне лікування катаракти у дітей проводиться одразу після встановлення діагнозу, повного детального обмеження дитини та виключення інших системних захворювань та генетичних синдромів, що могли призвести до виникнення катаракти.

4.4.2. Протипоказання та супутні стани, при яких екстракція катаракти з імплантацією ІОЛ, як правило, протипоказана:

- активна проліферативна діабетична ретинопатія (якщо видалення катаракти не є необхідним для візуалізації сітківки);
- неоваскуляризація райдужки (виражена) і/або неоваскулярна глаукома;
- мікрофтальм;
- буфтальм.

Крім того, різні передопераційні стани можуть впливати на деякі аспекти хірургії катаракти, такі як:

- *Передній увеїт*

Часто у пацієнтів з рецидивуючим переднім увеїтом розвивається катаракта через внутрішньоочне запалення і/або терапію стероїдами. Загалом, операція розглядається лише тоді, коли передній увеїт спокійний і стабільний протягом 6 місяців. Корисним може бути лікування очей місцевими стероїдами впродовж тижня перед операцією з приводу катаракти та більш агресивне лікування місцевими протизапальними препаратами після операції.

- ***Дистрофія рогівки***

Цей стан піддає пацієнта ризику післяопераційного набряку рогівки, ризику, який повинен обговорюватися з пацієнтом до операції. Це оцінюється до операції підрахунком кількості ендотеліальних клітин та пахіметрією. Хірург може використовувати в'язкопружні речовини для захисту ендотелію, щоб зменшити ризик післяопераційного набряку рогівки. Якщо у пацієнта розвивається хронічний набряк рогівки після екстракції катаракти, може бути необхідною проникаюча кератопластика.

- ***Цукровий діабет***

Пацієнти з цукровим діабетом мають більший ризик розвитку кістозного макулярного набряку (КМН), тому повинні отримати відповідну консультацію. Коли існують докази клінічно значущого макулярного набряку, почервоніння райдужної оболонки і/або проліферативна діабетична ретинопатія, ці стани повинні бути розглянуті та стабілізовані до операції з приводу катаракти, якщо це можливо. Коли лазерна коагуляція не виконується до операції з видалення катаракти, пацієнт повинен пройти ретельний огляд сітківки ока в ранньому післяопераційному періоді, оскільки діабетична ретинопатія може прискорити наступну операцію катаракти.

- ***Глаукома.***

Пацієнт з глаукомою та катарактою одночасно представляє особливу проблему. Повинна бути проведена ретельна клінічна оцінка, для переконання у стабільності глаукоми перед операцією катаракти та визначити, чи саме катаракта сприяє значному зниженню гостроти зору. Коли ІОЛ не добре контролюється або є помірні або сильні зміни зорового нерву і поля зору, може бути виконана комбінована операція - екстракція катаракти та антиглаукоматозна операція.

- ***Відшарування сітківки***

Наявність в анамнезі відшарування сітківки в оці з катарактою або на парному оці, або наявність дегенерації решітки, - у декілька разів збільшують ризик появи відшарування у пацієнта. Проте, недавні дослідження показали, що показники відшарування сітківки і результати відновлення не впливають на імплантацію ІОЛ, хоча відновлення може бути важчим.

Крім того, на додаток до раніше описаних протипоказань, операції з приводу катаракти не повинні виконуватися, коли пацієнту не можна виконувати операцію через системні захворювання або супутні медичні умови, коли пацієнт розумово не компетентний дати згоду на операцію або за

відсутності опікуна або іншої відповідальної особи, яка може дати згоду на операцію пацієнта. Більше того, навіть, якщо ризики і користь були пояснені пацієнтові з глибокою втратою зору, але він не згоден на операцію, її не виконують. Операція з видалення катаракти протипоказана, якщо вона не поліпшить зорову функцію через наявність супутніх очних хвороб. Проте, операція з видалення катаракти може бути необхідною для поліпшення візуалізації заднього сегмента для лікування супутнього захворювання.

Крім того, хірургічна операція катаракти, що погіршує зір, протипоказана в таких випадках:

- Припустима рефракційна корекція не дозволяє забезпечити пацієнта зором, що задовольняє його потреби й бажання.
- Передбачається, що операція не призведе до поліпшення зорової функції, і немає інших показань до видалення кришталика.
- Пацієнт не зможе безпечно перенести операцію через супутні захворювання.
- Неможливо забезпечити належне післяопераційне спостереження.
- Пацієнт або його представник не може надати інформованої згоди на неекстрену операцію.

4.5. Направлення

Направлення на операцію з приводу катаракти може бути ініційоване офтальмологом або лікарем загальної практики – сімейним лікарем.

Існують важливі основні принципи:

- пацієнт повинен мати катаракту, яка є причиною втрати або послаблення зорових функцій, що має вплив на якість його життя та працездатність;
- катаракта впливає на спосіб життя пацієнта;
- ризики та переваги операції слід обговорити з пацієнтом і надати йому відповідну інформацію;
- пацієнт повинен бажати пройти операцію з приводу катаракти;
- направлення на операцію повинно включати інформацію: діагноз, висновок недавньої перевірки зору та визначення внутрішньоочного тиску.

Пацієнтів, які не відповідають всім критеріям, не слід випускати з виду. Пацієнти з супутніми захворюваннями, які можуть отримати лише незначну користь від операції, можуть побажати проконсультуватися з хірургом-офтальмологом, щоб обговорити свій випадок. Пацієнтів з погіршеним способом життя через катаракту, які не скаржаться, повинні, при необхідності, заохочувати на проведення операції з приводу видалення катаракти, особливо тих, хто живе самотньо або діє в якості особи, яка здійснює догляд за хворим.

Рішення щодо операції повинно прийматися батьками або іншими відповідальними особами разом із офтальмологом. Операція дитини з приводу катаракти повинна виконуватися дитячим хірургом офтальмологом відповідної кваліфікації (вища кваліфікаційна категорія) у стаціонарному

відділенні ЗОЗ, де надається високоспеціалізована медична допомога дітям під загальною анестезією. Ризики та переваги операції слід обговорити з пацієнтом або батьками чи близькими родичами дитини та надати необхідну інформацію.

4.6. Передопераційне обстеження

4.6.1. Загальні вимоги:

- підтвердження діагнозу катаракти;
- підтвердження, що катаракта є причиною зниження або втрати зору;
- визначити, чи є супутні очні патології;
- оцінку загального стану здоров'я (АТ, ЕКГ), за необхідності, загальні лабораторні обстеження, цукор крові;
- врахування поточного прийому ліків, випадки алергії;
- оцінку слуху і розуміння мови спілкування;
- оцінку здатності пацієнта співпрацювати під час процедури і утримувати певну позу під час операції;
- виявлення соціальних проблем;
- чітке роз'яснення ходу процедури та впливу її на пацієнта;
- можливість для пацієнта поставити запитання,
- сформулювати план хірургічної допомоги;
- призначити дату операції.

4.6.2. Обговорення ризиків:

- Пацієнту повинна бути надана інформація про результати обстеження очей, варіанти хірургічного втручання, а також будь-які фактори, які можуть негативно позначитися на післяопераційній гостроті зору або здоров'ї очей;
- обговорення потенційної користі та можливих ризиків, ускладнень операції з видалення катаракти, включаючи будь-які ризики, характерні для цієї операції;
- обговорення переважної мети рефракції і необхідного балансу рефракції між двома очима;
- вибір типу анестезії;
- вибір засобів профілактики інфекції (призначення антибіотиків широкого спектру в очних краплях за 3 доби до операції з метою профілактики післяопераційного запалення та /або призначення нестероїдних протизапальних засобів у очних краплях тощо.

4.6.3. Обговорити з батьками або близькими родичами дитини:

- підтвердити згоду батьків дитини на проведення операції та усвідомлення ними усіх ризиків;
- підтвердити відсутність системних захворювань, що можуть мати ризик для дитини при проведенні операції під загальним наркозом, або які

можуть вплинути на її благополуччя без проведення належного лікування;

- за необхідності, провести генетичне консультування дитини з метою виключення генетичних синдромів, що супроводжують катаракту;
- обрати тип анестезії;
- сформулювати план хірургічного лікування;
- обрати засоби профілактики інфекції;
- обрати тип і потужність інтраокулярної лінзи, обговорити та спланувати будь-які рефракційні хірургічні процедури, що можуть бути необхідними;
- призначити дату операції.

4.6.4. Операція у пацієнта на єдиному зрячому оці

Показаннями до операції з видалення катаракти у пацієнтів на єдиному зрячому оці, такі ж, як і у пацієнтів з обома очима, але офтальмолог повинен пояснити можливість повної сліпоти, якщо виникають важкі ускладнення. Тільки досвідчений хірург (який має вищу кваліфікаційну категорію та достатній практичний досвід хірургічної практики) повинен виконувати операцію з приводу катаракти у пацієнта з одним оком.

4.6.5. Операція з приводу катаракти на другому оці

Хірургічне втручання при катаракті на парному оці, за необхідності, може виконуватися після того, як зір у першому оперованому оці стабілізувався так, що пацієнт може нормально функціонувати протягом післяопераційного періоду другого ока. Процес обстеження та консультації, пов'язаний з хірургією другого ока, повинен бути таким же, як і для першого ока.

Операція на другому оці дає додаткову користь щодо зорової функції в повсякденній діяльності та якості життя пацієнта, вищу, ніж досягнуту після операції на першому оці. Операція з приводу катаракти на другому оці також дозволяє більшій кількості пацієнтів мати бінокулярний зір, повноцінне життя та соціальну реалізацію.

Питання щодо хірургії катаракти вирішується у кожному окремому випадку індивідуально, з ретельним урахуванням усіх факторів (показань, протипоказань, індивідуальних особливостей пацієнта)!

4.6.6. День операції

Час операції має бути встановлений, але пацієнт повинен прибути для операції заздалегідь, для забезпечення адекватного розширення зіниць та проведення рутинної перевірки.

Передопераційна перевірка повинна включати наступне:

- визначення загального стану пацієнта;
- зовнішній огляд очей з виключенням ознак інфекції. Клінічні дослідження показали, що рутинне передопераційне застосування

антибіотиків було ефективним, але операцію необхідно відкласти, якщо є ознаки інфекційного ураження очей.

- визначення ока для операції.

Адекватне розширення зіниць має важливе значення для операції з видалення катаракти і, як правило, досягається за рахунок мідріатичних та циклоплегічних засобів короткої дії (циклопентолат, тропікамід, фенілефрин). У випадку виявлення ознак інфекційного ураження очей операцію необхідно відкласти. Якщо у пацієнтів підвищений ризик кістозного набряку макули (КНМ) (наприклад, діабет, попередні КНМ, попередня оклюзія вен сітківки, епімембрани сітківки і застосування простагландинів), необхідно розглянути можливість застосування місцевих нестероїдних препаратів до та після операції.

4.6.7. План операції

Хірург офтальмолог повинен сформулювати план операції, включаючи:

- тип анестезії;
- типи інтраокулярних лінз (ІОЛ) і оптичну силу (замовлення спеціальних лінз, якщо це необхідно);
- розріз для імплантації і процедури для зменшення астигматизму при необхідності;
- стратифікація ризиків операції на основі очікуваної складності операції (наприклад, невелика зіниця, псевдовідшаровування, попередні операції на очах тощо).

При плануванні хірургії катаракти у дітей необхідно пам'ятати наступне:

- про зміну довжини очної осі з часом;
- про зміну кривизни рогівки з часом;
- про підвищену реактивність тканин;
- низьку жорсткість (ригідність) склери;
- менший розмір очного яблука (у порівнянні з очима дорослих);
- про потенціал можливості розвитку амбліопії;
- тривалий термін життя після видалення катаракти.

Ці факти повинні бути враховані і хірург офтальмолог, який проводить операції із видалення катаракти у дітей, повинен розуміти їх вплив.

Офтальмолог, який буде виконувати операцію катаракти, несе відповідальність за такими пунктами:

- Передопераційне обстеження пацієнта.
- Забезпечення того, щоб документи обстеження чітко та точно відбивали симптоми, висновки й показання до лікування.
- Одержання інформованої згоди пацієнта або його представника після обговорення всіх ризиків, користі й очікуваних кінцевих результатів хірургічної операції, включаючи передбачуваний рефракційний результат і аспекти операції.

- Перегляд результатів передопераційного обстеження з пацієнтом або його представником.
- Розробка плану проведення операції, включаючи вибір прийнятних ІОЛ.
- Розробка процедур післяопераційного догляду та інформування пацієнта або його представника про такі процедури (режим догляду, особи, які будуть забезпечувати догляд).
- Відповіді на запитання пацієнта про хірургічну операцію та лікування, включаючи пов'язані із цим витрати.
- Вибір засобів профілактики інфекції.

4.7. Оперативне втручання з приводу катаракти

Факоемультсифікація (ФЕК) є найкращим методом операції катаракти у розвиненому світі, але іноді доводиться проводити операції екстракапсулярної екстракції катаракти (ЕЕК) або експресії ядра. ЕЕК замінила інтракапсулярну екстракцію катаракти (ІЕК) в якості стандарту лікування з приводу первинної екстракції катаракти, хоча ІЕК до цього часу використовується за деяких особливих обставинах.

4.7.1. Операція з видалення катаракти повинна включати:

- мінімальне травмування тканин ока;
- ретельне видалення всього кришталікового матеріалу;
- відсутність або забезпечення мінімального травмування ендотелію рогівки, райдужки й інших тканин ока;
- фіксація в капсулярному мішку відповідної ІОЛ задньої камери;
- герметичний надріз закриття зі зменшенням астигматизму у разі потреби. (повинен включати ненаскрізний надріз лімбу зі зменшенням астигматизму (лімбальні розслаблюючих надрізи) у разі потреби;
- герметичне закриття усіх розтинів після закінчення операції;
- профілактику інфекції (профілактичні/попереджувальні заходи: використання очних крапель із групи антисептиків та антибіотиків для місцевого застосування, обробка шкіри в периокулярній ділянці, орошування склепіння кон'юнктивального мішка, обкладання країв повік та вій стерильними серветками, змоченими 0.02% водним розчином хлоргексидину, субкон'юнктивальні та/або внутрішньокамерні введення антибіотиків та застосування очних крапель з антибіотиками після операції. Обов'язковим є дотримання шляхів, методів та дози введення лікарських засобів відповідно до інструкцій застосування препаратів. Можливе місцеве застосування повідон-йоду, антибіотиків фторхінолонового ряду (левофлоксацин, офлоксацин, гатифлоксацин, моксифлоксацин) та внутрішньокамерні ін'єкції цефуроксиму, ванкоміцину, моксифлоксацину. Обов'язковим є дотримання шляхів, методів і дози введення лікарських засобів відповідно до регламентованих інструкцією до препарату.

Окрім набору навичок, необхідного для виконання етапів операції, хірургія катаракти також вимагає когнітивних навичок, суджень і досвіду, що дозволяють розпізнати та вчасно відреагувати на несподівані події, проблеми й ускладнення, які можуть виникнути під час операції.

4.7.2. Хірургія катаракти у дітей

На відміну від хірургії катаракти у дорослих вибір процедури для дітей включає:

- видалення кришталика;
- екстракцію кришталика із імплантацією ІОЛ;
- екстракцію кришталика із первинною задньою капсулотомією (ЗКТ) та імплантацією ІОЛ;
- екстракцію кришталика із ЗКТ, передньою вітректомією (ПВ) та імплантацією ІОЛ;
- екстракцію кришталика із ЗКТ, ПВ, імплантацією ІОЛ і фіксацією задньої капсули (ФЗК).

Існують докази, що залишення інтактною задньої капсули кришталика у дітей до 6 років призводить до її помутніння. Шанси помутніння у зоні зорової осі зменшуються, якщо передня вітректомія виконується у тандемі із капсулотомією. Передня вітректомія, як правило, рекомендується у дітей молодшого віку. Для зниження подальшого помутніння зорової осі, рекомендується фіксація задньої капсули. Це може бути технічно складним у дуже маленьких дітей.

Важливо підкреслити батькам, що первинна імплантація ІОЛ у дітей не захищає від псевдофакічної глаукоми, та первинна імплантація ІОЛ у дітей до 2 років може призвести до подальшого хірургічного втручання з приводу помутніння в зоні зорової осі.

Слід пам'ятати про необхідність проведення лікування з приводу амбліопії протягом 1 тижня з моменту операції у пацієнтів віком до 18 років.

На даний час, видалення кришталика або видалення кришталика із первинною імплантацією ІОЛ, у дітей у віці до 2 років вирішується у кожному окремому випадку індивідуально.

4.8. Критерії виписки із хірургічного відділення

До типових критеріїв виписки після хірургії катаракти належать такі:

- стабільні життєві показники;
- відновлена передопераційна свідомість;
- припинення нудоти та блювання;
- відсутні або мінімальні больові відчуття;
- є супровід (за необхідності);
- післяопераційне спостереження обговорено з пацієнтом або супроводжуючою особою та надано письмові інструкції;
- подальший догляд розплановано.

Офтальмолог, що проводив операцію, зобов'язаний повідомити пацієнта про відповідні ознаки й симптоми можливих ускладнень, способи захисту ока, заходи, медикаменти, обов'язкові відвідування лікаря й надати докладну інформацію щодо доступу до невідкладної допомоги.

Офтальмолог також повинен повідомити хворого про його відповідальність за дотримання рекомендацій та інструкцій, 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 серйозних проблем.

4.9. Ускладнення операції

Інтра- або післяопераційні ускладнення зору або ускладнення загального характеру є показаннями для післяопераційної госпіталізації та продовженого спостереження медсестрами або іншим підготовленим персоналом а також коли операція пацієнту проводилася на єдиному зрячому оці, або він не може обслуговувати себе самостійно, або йому поставлено діагноз психічного захворювання.

Ендофтальміт

Це рідкісне ускладнення після видалення катаракти виникає приблизно у 0,02-0,50 % пацієнтів з катарактою в результаті прямого потрапляння мікробів у передню камеру під час операції.

Фактори ризику розвитку ендофтальміту після оперативного лікування катаракти включають розрив задньої капсули, похилий вік, відносний імунodefіцит, фільтрацію рани в перший післяопераційний день, неправильну локалізацію розрізу, більш тривалу операцію, місцеву анестезію і місцеве застосування лідокаїну та повідон-йоду.

Початок ендофтальміту, зазвичай, відбувається впродовж першого тижня після операції, але може початися і у 1-ий день або через багато місяців після операції.

Коли підозрюється ендофтальміт – потрібно негайно повідомити хірурга, який проводив операцію. Пацієнт направляється до офтальмолога, що спеціалізується на веденні внутрішньоочних інфекцій (наприклад, до спеціаліста з вітреоретинальних проблем) тому, що може знадобитися прокол передньої камери та склоподібного тіла.

Внутрішньоочна інфекція може швидко прогресувати. Ендофтальміт є справжньою надзвичайною ситуацією, що потребує госпіталізації до офтальмологічного стаціонару, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу. У випадку підозри на ендофтальміт необхідно провести пункцію передньої та задньої камер ока для виявлення потенційних збудників, після чого призначити курс інтравітреальних ін'єкцій антибіотика. Обов'язковим є дотримання шляхів, методів і дози введення лікарських засобів відповідно до регламентованих інструкцією до препарату.

4.10. Ведення пацієнта після операції

4.10.1. Компоненти будь-якого післяопераційного огляду включають:

- Періодичний анамнез, включаючи післяопераційне застосування медикаментів, нові симптоми й самооцінку зору.
- Вимірювання параметрів зорової функції (наприклад, гостроти зору, включаючи тест зі стенопічним отвором, та рефракції, за можливості).
- Вимірювання ВОТ.
- Біомікроскопія на щілинній лампі.
- Консультування/надання інструкцій пацієнтові або його опікуну.
- План лікування (призначається у кожному випадку індивідуально).

4.10.2. Післяопераційні візити, за відсутності ускладнень

Післяопераційний огляд

Післяопераційний огляд у перший день рекомендовано усім пацієнтам, особливо, якщо:

- операція пройшла з ускладненнями;
- за наявності супутніх захворювань очей, наприклад, при глаукомі, увеїті;
- у пацієнтів з відсутнім другим оком.

Якщо операція проводиться у дитини, огляд у перший день після операції рекомендується для усіх дітей.

Перший візит (24-36 годин після операції):

- вимірюється гострота зору пацієнта, як без так і з корекцією;
- вимірюється ВОТ і обстежується передній сегмент, щоб переконатися у центрації ІОЛ та інтактності структур;
- наступні структури обстежуються за допомогою щілинної лампи: кон'юнктива, рогівка, передня камера, ІОЛ, капсула і рана.

За необхідності:

- кератометрія і ретиноскопія;
- обстеження очного дна;
- надання рекомендацій та інструкцій.

По завершенню першого післяопераційного візиту пацієнта інформують з питань подальшої допомоги (наприклад, інструктують з питання застосування крапель антибіотиків і/або стероїдів, рекомендацій щодо дозволеного рівня фізичної активності і попередження про симптоми, які вимагають невідкладної медичної допомоги) і планують другий післяопераційний візит.

Другий візит (7-14 днів після операції).

- перевіряється гострота зору, як без так і з корекцією.
- проведення тонометрії та обстеження за допомогою щілинної лампи (як на першому візиті).

За необхідності:

- обстеження очного дна;
- надання рекомендацій та інструкцій.

В кінці другого візиту пацієнту необхідно повідомити про його прогрес і рекомендувати продовжити або зменшити краплі антибіотиків і/або стероїдів. Якщо був призначений тільки антибіотик, його можна припинити. У разі тільки крапель стероїдів або комбінації крапель антибіотиків/стероїдів, можна почати зменшення, якщо око спокійне. Це, як правило, можливо шляхом зменшення частоти щоденної дози на 1 кожного тижня. Пацієнта знову треба проконсультувати щодо рівня фізичної активності і попередити про симптоми, які потребують невідкладної допомоги. Має бути заплановано третій візит.

Третій візит (3-4 тижні після операції).

Обстеження та інструкції для пацієнта такі ж, як для другого візиту. Можна перевірити рефракцію та призначити окуляри, якщо око спокійне і стабільне. Якщо необхідно, призначається четвертий візит.

Четвертий візит (6-8 тижнів після операції).

Обстеження і інструкції для пацієнта такі ж, як для другого візиту. Якщо не проводили раніше, під час заключного післяопераційного візиту рекомендується:

- розширене обстеження очного дна, якщо у пацієнта око спокійне, будь-які місцеві ліки, які все ще застосовуються, можна відмінити;
- визначення рефракції;
- пацієнт отримує заключне післяопераційне призначення.

Наступні візити для спостереження**Обстеження через 3 місяці після операції не є обов'язковим****Обстеження приблизно через 6 місяців після операції:**

- корекція окулярів або контактних лінз, як правило, необхідна після операції катаракти з імплантацією ІОЛ для виправлення будь-яких залишкових рефракційних помилок або артіфакічної пресбіопії;
- при незначному поліпшенні зору виконуються додаткові діагностичні тести для виявлення причини. Наприклад, якщо є підозра на макулопатію, ОКТ та/або флуоресцентна ангіографія дозволять діагностувати кістозний або дифузійний макулярний набряк, епіретинальні мембрани або ВМД;
- топографія рогівки може допомогти в діагностиці неправильного рогівкового астигматизму;
- статична автоматична периметрія можуть діагностувати нейрофтальмічні відхилення.

Останній рефракційний візит:

- рецепт на точні окуляри, які забезпечать оптимальну зорову функцію пацієнта. Час і частота рефракції залежатимуть від потреб пацієнта і стабільності вимірів;
- зняття останніх швів (за наявності таких).

4.10.3. Корекція окулярами або контактними лінзами

Оптична корекція, зазвичай, виписується між 1 і 4 тижнем після хірургічної операції катаракти з малим розрізом та між 6 і 12 тижнем після операції з великим розрізом.

Вона, як правило, необхідна після операції катаракти з імплантацією ІОЛ, для виправлення будь-яких залишкових рефракційних помилок або артефакційної пресбіопії. Залишкова рефракційна помилка може бути пов'язана з запланованою або несподіваною гіпо- або гіперкорекцією сили ІОЛ і/або через раніше існуючий астигматизм, або індукований астигматизм, викликаний швами розрізу. Рецепт на окуляри для ближнього бачення також може бути необхідний, для компенсації втрати сили фокусування ока через вилучення кришталика. Деякі хірурги-офтальмологи вважають за краще поставити перед собою мету низької міопії (менше 1 діоптрії), а не еметропії для уникнення післяопераційної рефракційної помилки. Це може дозволити пацієнтові виконувати різні завдання без призначення лінз.

Коли післяопераційне поліпшення зору гірше за очікуване, виконуються додаткові діагностичні тести для виявлення причини. Наприклад, якщо є підозра на макулопатію, ОКТ або флуоресцентна ангіографія дозволить діагностувати кістозний або дифузійний макулярний набряк, епіретинальні мембрани або ВМД. Також топографія рогівки може допомогти у діагностиці неправильного рогівкового астигматизму. Автоматизовані зорові поля можуть діагностувати нейрофтальмічні відхилення. За необхідності можна провести й інші тести та аналізи

4.11. Критерії кінцевого результату для пацієнта

Критерії кінцевого результату лікування можуть варіюватися від пацієнта до пацієнта залежно від його потреб, способу життя та медичного стану. Загалом, критерії кінцевого результату лікування можуть включати:

- зниження симптомів погіршення зору;
- поліпшення зорової функції;
- досягнення бажаного рефракційного результату;
- покращення фізичних функцій, душевного здоров'я та якості життя;
- зорова поведінка, включаючи фіксацію і стабільність очей, відсутність ністагму (у немовлят).

4.12. Оцінка результатів хірургії катаракти

Поліпшення функції зору та кінцевий результат лікування є найбільш критичними й істотними для пацієнта. До багатьох компонентів зорової функції належить гострота зору на близьку, середню та далеку відстань, периферичний, бінокулярний та просторовий зір, контрастна чутливість, кольоросприйняття, адаптація та швидкість візуальної обробки. Багато повсякденних видів діяльності вимагають поєднання відразу декількох функцій зору.

Поліпшена **зорова функція** в результаті хірургії катаракти може характеризуватися такими моментами:

- Покращений оптично коригований зір.
- Покращений некоригований зір та зниження залежності від окулярів.
- Поліпшена можливість читати або виконувати кропітку роботу.
- Зниження відблисків.
- Поліпшення зору у темряві.
- Покращене просторове сприйняття та бінокулярний зір за рахунок усунення анізометропії та досягнення достатньої гостроти зору обох очей.
- Поліпшене кольоросприйняття.

Поліпшена **зорова функція**, як критичний кінцевий результат хірургії катаракти може характеризуватися нижче переліченими моментами:

- Покращена можливість виконання повсякденної діяльності.
- Поліпшені можливості для продовження або поновлення професійної діяльності.
- Підвищена мобільність (ходіння, кермування).

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 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 та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу

5.1.1. Кадрові ресурси

Лікарі загальної практики-сімейні лікарі, лікарі-терапевти дільничні, медичні сестри, молодший медичний персонал. В сільській місцевості допомога може надаватись фельдшерами (медичними сестрами загальної практики). Огляд і консультації проводяться лікарем загальної практики-сімейним лікарем.

5.1.2. Матеріально-технічне забезпечення

Оснащення:

Апарат Рота повногабаритний з таблицями Сивцева-Головина (Орлової, Шевальова) 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 та фізичних осіб-підприємців, які надають вторинну медичну допомогу

5.2.1. Кадрові ресурси.

Лікар-офтальмолог, лікар-офтальмолог дитячий, медичні сестри, медичний персонал суміжних спеціальностей.

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, тонограф, периметр, рефрактокератометр, пахіметр, оптикокогерентні томографи переднього та заднього відрізка ока, 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, апарати для фізіотерапії, апарати магнітотерапії, He-Neо лазер, операційні мікроскопи, лазери для переднього та заднього відрізка ока.

Лабораторні реактиви і обладнання, дезинфікуючі та миючі засоби, розчин етанолу, перев'язувальний матеріал, шприци, піпетки, витратні матеріали, бланки медичних документів, комп'ютерна техніка для роботи з інформацією.

Лікарські засоби: (нумерація не визначає порядок призначення)

- 1. Мідріатичні та циклоплегічні засоби:** Атропін, Тропікамід, Фенілефрин, Циклопентолат, Брімонідін
- 2. Місцеві анестетики:** Проксиметакаїн, Оксібупрокаїн.
- 3. Глюкокортикоїди:** Гідрокортизон, Дексаметазон.
- 4. Нестероїдні протизапальні засоби:** Диклофенак, Індометацин.
- 5. Антибактеріальні засоби:** Левофлоксацин, Офлоксацин, Моксифлоксацин, Гатифлоксацин,.
- 6. Засоби, що покращують відтік внутрішньоочної рідини:**
 - **Холіноміметики:** Пілокарпін;
 - **Препарати простагландинів** Латанопрост, Травопрост, Тафлупрост, Біматопрост.
- 7. Засоби, що пригнічують продукцію внутрішньоочної рідини:**
 - **β - адреноблокатори:** Бетаксоллол, Тімолол.
 - **Інгібітори карбоангідрази:** Бринзоламід, Дорзоламід.
- 8. Протиглаукомні засоби**
 - **α_2 - адреноміметики:** Брімонідин.
- 9. Комбіновані препарати:** антибактеріальні засоби + глюкокортикоїди; препарат простагландину + β -адреноблокатор; β -адреноблокатор + інгібітор карбоангідрази; холіноміметик + β -адреноблокатор; β -адреноблокатор + α_2 -адреноміметик.

5.3. Вимоги до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають третинну медичну допомогу

5.3.1. Кадрові ресурси

Лікар-офтальмолог, лікар-офтальмолог дитячий, медична сестра, інший медичний персонал суміжних спеціальностей, молодший медичний персонал.

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, біокулярний непрямий офтальмоскоп, лінза Гольдмана, апарати ультразвукового обстеження ока, пневмотонометр, тонограф, периметр, статичний периметр, рефрактокератометр, пахіметр, оптикокогерентні томографи переднього та заднього відрізка ока, скануючий лазерний поляриметр, скануюча лазерна конфокальна система, 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, апарати для фізіотерапії (електростимулятор офтальмологічний, апарат магнітотерапії, гелій-неоновий лазер), лазери для переднього та заднього відрізка ока, лазерний коагулятор, операційні мікроскопи, багатофункціональні офтальмохірургічні системи (факоемульсифікатори, вітреоретинальні комбайни), набір інструментів для мікрохірургії ока, інтраокулярні лінзи, віскоеластики.

Лабораторні реактиви і обладнання, дезинфікуючі та миючі засоби, розчин етанолу, перев'язувальний матеріал, шприци, піпетки, витратні матеріали, бланки медичних документів, комп'ютерна техніка для роботи з інформацією.

Лікарські засоби: (нумерація не визначає порядок призначення)

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

2. Місцеві анестетики: Проксиметакаїн, Оксібупрокаїн.

3. Глюкокортикоїди: Гідрокортизон, Дексаметазон.

4. Нестероїдні протизапальні засоби: Диклофенак, Індометацин.

5. Антибактеріальні засоби: Левофлоксацин, Офлоксацин, Моксифлоксацин, Гатифлоксацин

6. Засоби, що покращують відтік внутрішньоочної рідини:

- **Препарати простагландинів** Латанопрост, Травопрост, Тафлупрост, Біматопрост.

- **холіноміметики:** Пілокарпін.

7. Засоби, що пригнічують продукцію внутрішньоочної рідини:

- **β - адреноблокатори:** Бетаксол, Тімолол.

- **Інгібітори карбоангідази:** Бринзоламід, Дорзоламід

8. Протиглаукомні засоби

- **$\alpha 2$ - адреноміметики:** Бримонідин.

9. Комбіновані препарати: антибактеріальні засоби + глюкокортикоїди; препарат простагландину + β - адреноблокатор; β - адреноблокатор + інгібітор карбоангідази; холіноміметик + β - адреноблокатор; β - адреноблокатор + $\alpha 2$ -адреноміметик.

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 катарактою.

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

6.1.3. Відсоток пацієнтів, для яких лікарем загальної практики-сімейним лікарем здійснено скринінг на катаракту впродовж звітнього періоду.

6.1.4. Відсоток пацієнтів віком до 18 років, прооперованих з приводу катаракти, які були проліковані з приводу амбліопії впродовж 1 тижня з моменту операції.

6.2. Паспорти індикаторів якості медичної допомоги.

6.2.1.А) Наявність у лікаря загальної практики-сімейного лікаря локального протоколу ведення пацієнта з катарактою

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 «Катаракта».

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 катарактою, 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:

2016 рік – 90%;

2017 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.

ґ) 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 катарактою (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 катарактою

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 «Катаракта».

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 катарактою, 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:

2016 рік – 90%;

2017 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 або високоспеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з катарактою), 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 або високоспеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з катарактою), 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 або високоспеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з катарактою), 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 або високоспеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з катарактою), зареєстрованих на території обслуговування.

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

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.3.А) Відсоток пацієнтів, для яких лікарем загальної практики-сімейним лікарем здійснено скринінг на катаракту впродовж звітнього 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 «Катаракта».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Індикатор визначає рівень охоплення пацієнтів лікаря загальної практики – сімейного лікаря скринінгом з метою своєчасного виявлення катаракти. В первинній медичній документації мають бути задокументовані факти медичного огляду пацієнта.

Доцільно проводити аналіз індикатора в розрізі наступних вікових груп:

Діти віком 0-3 роки;

Діти віком 4-17 років;

Дорослі 18 років і старші.

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, у 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 Формам 025/о, 112/о або 030/о – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарем загальної практики - сімейним лікарем (амбулаторією сімейної медицини, центром первинної медико-санітарної допомоги), шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Форм 025/о, 112/о або 030/о.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу пацієнтам з катарактою, 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), за виключенням пацієнтів з катарактою.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о);

Історія розвитку дитини (форма 112/о);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів лікаря загальної практики-сімейного лікаря (амбулаторії сімейної медицини, центру первинної медико-санітарної допомоги), для яких наведена інформація про медичний стан пацієнта із зазначенням результатів обстежень відповідно до розділу 4.2.2 та 4.2.3 для кожної з вікових груп: Діти віком 0-3 роки; діти віком 4-17 років; дорослі 18 років і старші.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о);

- Історія розвитку дитини (форма 112/о);
 Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о).
 е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

6.2.4. А) Відсоток пацієнтів віком до 18 років, прооперованих з приводу катаракти, які були проліковані з приводу амбліопії впродовж 1 тижня з моменту операції

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 «Катаракта».

В) Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора

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-офтальмолог дитячий/лікар-офтальмолог (заклади охорони здоров'я, що надають спеціалізовану або високоспеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з катарактою); структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

б) Дані надаються лікарями-офтальмологами дитячими/лікарями-офтальмологами (закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану або високоспеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з катарактою), 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 Формам 025/о, 112/о або 030/о – автоматизована обробка.

Індикатор обчислюється лікарями-офтальмологами дитячими/лікарями-офтальмологами (закладами охорони здоров'я, що надають спеціалізовану або високоспеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з катарактою), шляхом ручного або автоматизованого аналізу інформації Форм 025/о, 112/о або 030/о.

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

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

г) Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів віком до 18 років, прооперованих з приводу катаракти протягом звітного періоду, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря-офтальмолога дитячого/лікаря-офтальмолога.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о);

Історія розвитку дитини (форма 112/о);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о).

д) Чисельник індикатора складає загальна кількість пацієнтів віком до 18 років, прооперованих з приводу катаракти протягом звітного періоду, які перебувають під диспансерним наглядом у лікаря-офтальмолога дитячого/лікаря-офтальмолога і для яких наведена інформація про проведення лікування з приводу амбліопії протягом 1 тижня з моменту операції.

Джерелом інформації є:

Медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о);

Історія розвитку дитини (форма 112/о);

Контрольна карта диспансерного нагляду (форма 030/о).

е) Значення індикатора наводиться у відсотках.

**В.о. директора Медичного
департаменту МОЗ України**

В. Кравченко

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

1. Електронний документ «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Катаракта»», 2015.
2. Наказ від 15.03.2007 року №117 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Офтальмологія»».
3. Наказ МОЗ України № 33 від 23.02.2000 «При штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я».
4. 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»».
5. 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».
6. Наказ МОЗ України від 27.12.2013 № 1150 «Про затвердження Примірного таблиця матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів».
7. Наказ МОЗ України від 31.03.2015 № 183 «Про затвердження сьомого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».
8. 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».
9. 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».
10. 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.
11. Пристрій визначення ригідності капсули ока. Сергієнко М.М., Шаргородська І.В., Світла І.С., Карпенєць 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.
12. Питер Барри (Peter Barry), Луис Кордовес (Luis Cordovés), Сюзанна Гарднер (Susanne Gardner) // Руководство ESCRS по профилактике и лечению эндофтальмита после операции по удалению катаракты: данные, дилеммы и выводы – 2013. – 45 С.

VIII. Додатки до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги

Додаток 1

до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Катаракта»

ФОРМА ПОІНФОРМОВАНОЇ ЗГОДИ ПАЦІЄНТА НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ (СТАНДАРТИЗОВАНА ФОРМА, ЗАТВЕРДЖЕНА МОЗ)

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)

ознайомлений лікуючим лікарем з необхідністю операції

(назва операції повністю без абрєвіатури)

і усвідомлюю можливість ускладнень (до видалення ока включно), можливість проведення додаткових оперативних втручань (видалення ІОЛ, проведення вітректомії та інших допоміжних хірургічних втручань), прогнозом перебігу захворювання і необхідністю подальшого лікування після виписки із стаціонару у офтальмолога 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

Додаток 2
до уніфікованого клінічного протоколу
первинної, вторинної (спеціалізованої) та
третинної (високоспеціалізованої) медичної
допомоги «Катаракта»

ПАМ'ЯТКА ДЛЯ ПАЦІЄНТА З КАТАРАКТОЮ

Катаракта – це прогресуюче, хронічне, в основному, вікове захворювання, що розвивається у значній кількості людей після 50 років. Катаракта є найпоширенішим офтальмологічним захворюванням у світі та основною причиною сліпоти, якої при своєчасному та правильному лікуванні можна уникнути.

Катарактою називається будь-яке помутніння кришталика: невелике локальне помутніння на початку захворювання або загальна втрата його прозорості. Клінічно проявляється поступовою прогресуючою втратою зору до повної сліпоти. Якщо катаракта була у Вашої бабусі або мами велика ймовірність що вона може виникнути і у Вас (спадковість вікової катаракти може досягати 59%).

Також факторами ризику розвитку катаракти є часті травми, запальні захворювання органів зору, порушення метаболізму та харчування, надмірне сонячне опромінення, тривалий прийом стероїдів, наявність цукрового діабету, зловживання курінням та алкоголем.

Катаракта у дорослих розподіляється на три типи за локалізацією помутнінь у зонах кришталика – це ядерна, кортикальна та задньокапсулярна катаракта. Вона розвивається уже у похилому віці тому свої скарги щодо погіршення зору пацієнти часто списують на вік і не звертають на них уваги. Але коли окуляри та лінзи не допомагають, а порушення зору починають впливати на професійну та повсякденну діяльність, пацієнт звертається до лікаря. Основними скаргами, з якими потрібно звернутися до лікаря є наступні:

- зміна сприйняття кольору - предмети перестають бути яскравими і насиченими;
- спотворення предметів, роздвоєність зображення;
- підвищена світлочутливість;
- зниження зору у темний час доби, особливо яскраво такі проблеми відчують автомобілісти, яким стає все важче контролювати дорогу у темряві;
- труднощі при читанні та роботі за комп'ютером;
- затуманення зорової картини;
- миготіння перед очима;
- труднощі при виборі окулярів, а також часта їх зміна.

Запідозрити розвиток катаракти може будь-який лікар, наприклад: лікар загальної практики – сімейний лікар, лікар терапевт, фельдшер, але для підтвердження діагнозу пацієнт повинен бути скерованим на консультацію до офтальмолога для обстеження щодо катаракти та інших офтальмологічних

захворювань, підтвердження або спростування діагнозу та призначення необхідного лікування. На даний час не існує методів профілактичного лікування вродженої чи набутої катаракти.

Поки ще немає перевірених первинних даних медикаментозного лікування катаракти. Хірургічне видалення катаракти залишається єдиним ефективним методом лікування для відновлення і підтримки зору. Мета операції полягає у видаленні помутнілого кришталика (катаракти) та імплантації інтраокулярної лінзи в око. Але якщо Вам поставили діагноз «Катаракта» це не означає, що Вас негайно прооперують.

Операція з видалення катаракти є у більшості випадків плановою процедурою та повинна виконуватися лише, якщо зір та професійні навички пацієнта опиняються під загрозою. Основним показанням до хірургічної операції є зорова функція, яка більше не задовольняє потреб пацієнта, тому хірургічна операція з великою часткою ймовірності призведе до поліпшення зору.

Пацієнту надається інформація щодо результатів обстеження очей, варіантів хірургічного втручання, а також мають бути названі будь-які фактори, що можуть негативно позначитися на самій операції. Обговорюється потенційна користь та можливі ускладнення втручання.

Ускладнення зустрічаються рідко і в більшості випадків їх можна ефективно лікувати. У невеликому відсотку випадків подальша операція може бути необхідна. Дуже рідко деякі ускладнення можуть призвести до сліпоти.

Оперативне втручання може проводитися під місцевою або загальною анестезією, в амбулаторних або стаціонарних умовах залежно від загального стану здоров'я пацієнта, наявності супутніх хронічних захворювань та результатів огляду та обстежень.

Переважній більшості пацієнтів операція проводиться в офтальмологічному стаціонарі та (або) відділенні амбулаторної хірургії під місцевим знеболенням і є загальноприйнятною моделлю надання допомоги.

У пацієнтів, які страждають на супутні хронічні захворювання, мають особливості будови зорового аналізатора може знадобитися госпіталізація та проведення втручання під загальним знеболенням.

У випадку успішного проведення хірургічної операції з видалення катаракти та імплантації інтраокулярної лінзи, ретельного дотримання пацієнтом усіх рекомендацій лікаря офтальмолога – усі функції зору відновлюються або значно покращується і він знову може виконувати свої професійні обов'язки.

Після досягнення високої гостроти зору, необхідно продовжувати спостереження з метою раннього виявлення вторинної катаракти. При виявленні змін гостроти зору необхідно звернутися для обстеження у лікаря офтальмолога, зміни корекції та корегування плану лікування. Необхідно інформувати лікуючого лікаря про усі зміни зорових функцій та відчуттів.

Хірургічне лікування катаракти є одним із найбільш успішних типів лікування в історії медицини. Без хірургічного втручання пацієнти зазнавали

б стабільного погіршення зору та функціонального статусу до повної сліпоти. За допомогою хірургічного втручання пацієнти швидко відновлюють бездоганний зір та отримують можливість знову повноцінно вести звичний спосіб життя.

Після операції з приводу катаракти пацієнтам рекомендовано диспансерне спостереження у лікаря офтальмолога з періодичними оглядами. Регулярність оглядів встановлює лікар офтальмолог.