

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України
_____ № _____

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ГЛАУКОМА

2023

Загальна частина**Назва діагнозу:** Глаукома**Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:** H40 Глаукома**Розробники:**

- Дубров Сергій
Олександрович Перший заступник Міністра охорони здоров'я України,
голова робочої групи;
- Машкевич
Олександра
Григорівна директор Департаменту медичних послуг Міністерства
охорони здоров'я України, заступник голови робочої групи;
- Веселовська
Зоя Федорівна завідувач кафедри хірургічних хвороб № 2 ПВНЗ «Київський
медичний університет», голова ГО «Українське глаукомне
товариство», академік НАМН України;
- Бездітко Павло
Андрійович завідувач кафедри Харківського національного медичного
університету, заступник голови ГО «Українське глаукомне
товариство»;
- Боброва Надія
Федорівна завідувач відділу офтальмопатології дитячого віку ДУ
«Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова
НАМН України», член президії ГО «Українське глаукомне
товариство»;
- Веселовська
Наталія
Миколаївна професор кафедри хірургічних хвороб № 2 ПВНЗ «Київський
медичний університет», завідувачка офтальмологічним
відділенням КМКЛ № 1, член президії ГО «Українське
глаукомне товариство»;
- Дмитрієв Сергій
Костянтинович завідувач відділу катаракти та глаукоми ДУ «Інститут очних
хвороб і тканинної терапії ім. В.П.Філатова НАМН України»,
член президії ГО «Українське глаукомне товариство»;
- Завгородня
Наталія
Григорівна завідувачка кафедри офтальмології Національного
університету охорони здоров'я імені П.Л.Шупика, член
президії ГО «Українське глаукомне товариство»;
- Риков Сергій
Олександрович завідувач кафедри офтальмології Національного
університету охорони здоров'я Міністерства охорони
здоров'я України, член президії ГО «Українське глаукомне
товариство», член-кореспондент НАМН України;

Жабоедов Дмитро Геннадійович	завідувач кафедри офтальмології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Сердюк Валерій Миколайович	завідувач кафедри офтальмології Дніпровського державного медичного університету, член президії ГО «Українське глаукомне товариство»;
Шаргородська Ірина Василівна	професор кафедри офтальмології Національного університету охорони здоров'я Міністерства охорони здоров'я України, член президії ГО «Українське глаукомне товариство»;
Ліщишина Олена Михайлівна	завідувач наукового відділу організації медичної допомоги Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами;
Алеєва Наталія Миколаївна	аспірант кафедри офтальмології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;
Харченко Лариса Борисівна	лікар офтальмолог вищої категорії, медичний директор товариства з обмеженою відповідальністю «Люксоптика холдінг» (за згодою);
Яременко Наталія Миколаївна	виконавчий директор громадської організації «Всеукраїнська асоціація «Укроптика» (за згодою);

Методологічний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	начальник відділу стандартизації медичної допомоги державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.
----------------------------	--

Рецензенти:

Венгер Людмила Віленівна	завідувачка кафедри офтальмології Одеського національного медичного університету, д.м.н., професор;
Могілевський Сергій Юрійович	професор кафедри офтальмології Національного університету охорони здоров'я Міністерства охорони здоров'я України, д.м.н., професор.

Дата оновлення стандартів - 2028 рік

Список скорочень

АТ	- артеріальний тиск
АПГ	- аналоги простагландинів
ВОТ	- внутрішньоочний тиск
ЗППО	- захворювання передньої поверхні ока
ІКА	- інгібітори карбоангідрази
КТ	- комбінована терапія
ОГ	- офтальмогіпертензія
ОПТ	- очний перфузійний тиск
ПВКГ	- первинна відкритокутова глаукома
ПЗКГ	- первинна закритокутова глаукома
САП	- стандартна автоматична периметрія
СЛТ	- селективна лазерна трабекулопластика
СМД	-стандарт медичної допомоги
ССО	- синдром сухого ока
ФК	- фіксована комбінація
ЦТР	- центральна товщина рогівки
RoP	- показник швидкості прогресування
Форма №025/о	Форма первинної медичної документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого № », затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року №110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974
Форма №003/о	Форма первинної медичної документації № 003/о «Медична карта стаціонарного хворого № », затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 12 лютого 2016 року за № 230/28360.

Розділ I. Комунікації та мультидисциплінарне ведення пацієнтів з глаукомою

1. Положення стандарту медичної допомоги

Існують чіткі механізми комунікації між різними надавачами медичної допомоги з приводу глаукоми, а також між надавачами медичної допомоги і пацієнтами з глаукомою.

2. Обґрунтування

Ефективні системи комунікації, які відповідають конкретним потребам окремих осіб, на основі клінічних маршрутів є найважливішими для забезпечення своєчасної діагностики, направлення та лікування пацієнтів.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Розроблені та затверджені клінічні маршрути та інші локально узгоджені письмові документи, що координують та інтегрують первинну та спеціалізовану медичну допомогу для забезпечення своєчасного направлення, діагностики та лікування пацієнтів з глаукомою.

2) Існує задокументований індивідуальний план допомоги, узгоджений з пацієнтом і доступний мультидисциплінарній команді, що містить інформацію про діагноз пацієнта, лікування і ведення його стану.

3) Пацієнти і, за згодою, члени сім'ї/особи, які здійснюють догляд, забезпечуються в доступній формі інформацією щодо їхнього стану, плану лікування і подальшого спостереження, навчання навичок, необхідних для поліпшення результатів медичної допомоги, контактів для отримання додаткової інформації та консультації.

Розділ II. Діагностика глаукоми

1. Положення стандарту медичної допомоги

Проводиться комплексне обстеження з метою встановлення діагнозу глаукоми та/або виявлення факторів ризику розвитку глаукоми – хвороби, яка зустрічається у будь-якому віці.

2. Обґрунтування

Метою комплексного обстеження є встановлення діагнозу глаукоми. Середній ВОТ у здорових дорослих становить 15-16 мм рт. ст. зі стандартним відхиленням приблизно 3,0 мм рт. ст., отже, всі значення починаючи з 21 мм рт. ст. вважаються підвищеними. Протягом доби відбуваються значні коливання ВОТ та певних фізіологічних показників відповідно циркадним ритмам, і в пацієнтів з глаукомою варіабельність внутрішньоочного та очного перфузійного тиску більш суттєва, ніж у здорових людей, тому в окремих пацієнтів може бути корисним цілодобовий моніторинг ВОТ та АТ. Підвищений ВОТ є основним фактором ризику розвитку та прогресування глаукоми.

В рутинному веденні пацієнтів з підозрою на глаукому чи зі встановленим діагнозом глаукоми, окрім виняткових обставин, доцільність переходу з

апланаційної тонометрії за Гольдманом на альтернативні методи вимірювання ВОТ наразі не обґрунтована.

Дорослі, які мають ознаки можливої глаукоми або пов'язані з цим стани на звичайному тесті зору, проходять додаткові тести, перш ніж їх направлять на діагностику.

Ознаками можливої глаукоми або супутніх станів є дефект зору глаукоматозного типу, видимі структурні пошкодження диску зорового нерву. Ознаками можливої глаукоми новонароджених та глаукоми дитячого віку є характерні прояви подразнення поверхні ока, сльозотечі, збільшення діаметру рогівки, екзофтальму, окрім того, на більш пізніх стадіях спостерігається капризна поведінка дитини з частим плачем. Тому рекомендовано звернути увагу батьків та медичних працівників під час профілактичних оглядів на зовнішній вигляд та поведінку дитини.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) В ході збору анамнезу та опитування пацієнта приділяється увага симптомам та факторам ризику розвитку глаукоми згідно додатка 1 до цього Стандарту. Визначення рефракції та неспецифічних для глаукоми змін гостроти зору рекомендовано проводити як на етапі встановлення діагнозу, так і під час моніторингових оглядів.

2) Вимірювання ВОТ здійснюють за допомогою апланаційної тонометрії за Гольдманом на щільній лампі, методів альтернативної тонометрії (рикошетна ICare тонометрія, безконтактна тонометрія, динамічна контурна тонометрія, аналізатор реакції ока, тонометрія із застосуванням Окутона S, Топо-Пен тонометру, тонометру Маклакова) або транспальпебральної тонометрії як допоміжного методу в особливих умовах, коли стан ока не дозволяє провести інструментальний вимір ВОТ або відсутнє обладнання для тонометрії.

3) Визначення орієнтирів кута передньої камери ока здійснюють за допомогою прямої або непрямой гоніоскопії. Цифрове зображення кута передньої камери не може замінити гоніоскопію.

4) Оцінку периферійної глибини передньої камери здійснюють за даними обстеження щільною лампою (метод ван Герика).

5) Обстеження очного дна проводять методом офтальмоскопії або фотореєстрації в умовах короткого мідріазу з метою виявлення глаукоматозних змін диску зорового нерву та крововиливів.

б) Периметрію проводять за наступними етапами:

визначення меж поля зору методами: комп'ютерна периметрія за програмою САП (стандартна автоматична периметрія), нетрадиційна периметрія;

інтерпретація результатів обстеження (роздрукування, показники надійності, індекси поля зору, реєстрація індексів поля зору, підсумкові діагностичні ознаки: глаукомний тест напівполів, крива Беб'є, діагностика за кластеризованими точками; оцінка прогресування: аналіз подій, аналіз тенденцій, кількість обстежень);

визначення стадій дефектів поля зору;

нетрадиційна, або короткохвильова, периметрія на основі програми SWAP не рекомендована, оскільки навіть з додатковими стимулами не виправдала себе відносно раннього виявлення глаукоматозних ушкоджень поля зору.

7) Вимірювання центральної товщини рогівки здійснюють за для орієнтовної оцінки рівня ВОР, нормальний розподіл якої становить 540 ± 30 мкм, враховуючи, що збільшення/зменшення ЦТР зумовлює відповідне підвищення/зниження показника ВОР переважно за результатами апланаційної тонометрії (орієнтовно до 2 мм рт. ст. на кожні 50 μm). Корекція ВОР, скоригована на даних ЦТР, не рекомендована.

8) Якісне клінічне обстеження проводять шляхом порівняння поточних і початкових фотографій для виявлення прогресуючого стоншення нейроретинального паску, дифузного стоншення або локалізованих дефектів шару нервових волокон сітківки в зеленому світлі (без червоного) або під коротким вузьким пучком яскравого білого світла з великим збільшенням, геморагій диска зорового нерву, зміни положення судин диска зорового нерву із супутнім вигинанням, випинанням та оголенням. Провокаційний тест на визначення закриття кута передньої камери не рекомендований, оскільки негативний тест не виключає ризику гострого закриття кута, а позитивний - може не відображати реальної картини.

9) Рішення щодо встановлення діагнозу та лікування глаукоми не може здійснюватися лише за результатами цифрового обстеження (штучний інтелект), оскільки вони можуть лише підтримувати дані клінічної оцінки.

Бажані:

10) Визначення особливостей диску зорового нерву та ширини нейроретинального паску за допомогою відповідних засобів кількісної візуалізації для виявлення прогресування (оптична когерентна томографія, Гейдельберзька ретинальна томографія, скануюча лазерна поляриметрія). Оцінка співвідношення Е/Д не є корисною для діагностики та виявлення прогресування оскільки показник має велику мінливість за різні розміри та форму ДЗН.

Розділ III. Лікування пацієнтів з глаукомою

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікування глаукоми спрямоване на зниження ВОР та уповільнення швидкості змін поля зору

2. Обґрунтування

Метою лікування глаукоми є збереження зорової функції пацієнта та відносної якості його життя. Здебільшого в пацієнтів з початковою та помірною стадією глаукоми зберігається хороший зір і якість життя знижується несуттєво, натомість прогресуюча втрата зорової функції обох очей надзвичайно погіршує якість життя.

Лікування глаукоми за пацієнтоцентричним принципом забезпечує ведення відповідно до індивідуальних потреб пацієнта; пацієнти з тяжкими

функціональними порушеннями або молоді індивіди з вираженими проявами хвороби потребують більш інтенсивного лікування і ретельнішого спостереження, ніж пацієнти з невеликим ризиком, наприклад, люди літнього віку з незначними змінами поля зору та не надто високим або низьким рівнем ВОР, та пацієнти з ОГ. Враховуючи, що за 5 років у 49% випадків ОГ спостерігають трансформацію у ПВКГ, особам з підвищеним ВОР доцільно рекомендувати гіпотензивне лікування.

Важливою складовою ведення пацієнта є оцінка імовірної швидкості прогресування (RoP), цей показник – важливий фактор, за яким визначатимуться цільовий тиск та інтенсивність лікування. Цільовий ВОР – це верхня межа ВОР, що з урахуванням очікуваної тривалості життя пацієнта забезпечить достатнє уповільнення швидкості прогресування захворювання для збереження належної якості життя, пов'язаної із зором. Призначення лікування глаукоми з урахуванням характеристик цільової популяції наведено у додатку 2 до цього Стандарту.

Завданням лікування є віднайти компроміс між зменшенням ризику симптоматичної втрати зору та побічними ефектами терапії.

Запорукою ефективного зниження ВОР та попередження прогресування глаукоми є участь пацієнта в лікувальному процесі, прихильність до призначеного терапевтичного супроводу глаукоми.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Оцінку цільового ВОР виконують окремо для кожного ока конкретного пацієнта.

2) У пацієнтів зі щойно встановленим діагнозом цільовий ВОР спочатку визначають відповідно до стадії захворювання та початкового рівня ВОР; метою лікування є визначене у відсотковому вираженні зниження ВОР або досягнення певного конкретного його значення.

3) З метою досягнення цільового ВОР початкове лікування проводять з використанням лікарських засобів для місцевого застосування або селективної лазерної трабекулопластики.

4) Перегляд цільового значення ВОР здійснюють відповідно до алгоритму, наведеному у додатку 3 до цього Стандарту. Якщо призначеного ВОР досягти не вдається, призначають додаткову терапію або замінюють лікарські засоби. Якщо зміни поля зору дозволяють оцінити швидкість прогресування і вона є досить повільною, щоб не впливати на якість життя пацієнта, цільовий ВОР можна підвищити у пацієнтів, які отримують забагато лікарських засобів чи страждають від побічних ефектів, або якщо не вдається досягти цільового ВОР.

5) Для медикаментозного лікування більшості форм відкритокутової та багатьох типів хронічної закритокутової глаукоми спочатку призначають лікарські засоби для місцевого застосування, а в окремих випадках додають пероральні осмотичні лікарські засоби.

б) Стартову монотерапію розпочинають із застосування лікарських засобів першої лінії: максимальне зниження ВОР забезпечують аналоги простагландинів і далі, в порядку зменшення ефективності, місцеві інгібітори карбоангідази,

неселективні бета-блокатори, агоністи альфа-адренорецепторів, селективні бета-блокатори. Якщо початкова терапія знижує ВОТ до цільового рівня і добре переноситься пацієнтом, її продовжують без змін, при цьому пацієнт потребує регулярного моніторингу, який здійснюється відповідно до додатку 4 до цього Стандарту.

7) Призначення медикаментозної місцевої терапії здійснюють з урахуванням фармакологічних особливостей препарату та протипоказань до застосування у даного пацієнта відповідно до його загального стану.

8) Оцінюють і наявність захворювання поверхні ока та симптомів алергії. За відсутності означених проявів лікування починають з призначення препаратів з вмістом консерванту. При наявності алергії чи проявів захворювання передньої поверхні ока (синдрому сухого ока) призначають на старті або терміново переводять на препарати без вмісту консерванту.

9) Якщо за початкової терапії не вдається досягти цільового ВОТ або в разі поганої переносимості лікарського засобу, підбирають ефективніший лікарський засіб: призначають препарат з іншої групи, або в окремих випадках обирають препарат з тієї ж самої групи, а саме безконсервантні чи оригінальні новітні формули, або фіксовані комбінації на основі цього ж препарату, або за бажанням пацієнта.

10) Якщо монотерапія першого вибору добре переноситься й ефективно знижує ВОТ, проте не є успішною в досягненні цільового тиску, розглядають доцільність переходу на комбіновану терапію (КТ), тобто доповнення терапевтичної схеми ще одним лікарським засобом з іншої групи (неселективні агоністи адренорецепторів, парасимпатоміметики (холінергічні препарати), осмотичні засоби) або призначають фіксовану комбінацію (ФК).

11) При розвиненій глаукомі та при глаукомі підліткового віку бажано досягти зниження ВОТ нижче за 21 мм рт. ст.

12) За дуже високого ВОТ застосовують хірургічні методи збереження зору: неперфоруюча глибока склеректомія, трабекулектомія, трабекулотомія, віскоканалостомія, каналопластика, яка супроводжується попередженням рубцювання фільтраційної подушки за допомогою антиметаболітів або альтернативних методів. «Золотим стандартом» мікрохірургічного лікування первинної відкритокутової глаукоми залишається синустрабекулектомія. Не рекомендується втручання на сліпих очах з високим ВОТ при відсутності больового синдрому.

13) Глаукому новонароджених лікують за допомогою раннього хірургічного втручання; гостра блокада кута за наявності чи відсутності глаукоми потребує лазерного чи оперативного втручання у разі неефективності медикаментозного лікування. На даний час немає доказів того, що селективна лазерна трабекулопластика (СЛТ) є більш ефективною процедурою при ювенільній глаукомі, а ніж фільтруюча операція. Медикаментозну терапію призначають на етапі підготовки або при недостатній ефективності втручання із застосуванням бета-блокаторів, АПГ та ІКА.

14) Призначення лікування глаукоми підчас вагітності необхідне з огляду на потенційні ризики для плода та новонародженої дитини, зумовлені втратою

зору матір'ю за відсутності терапії. Жодні антиглаукомні препарати не марковані для використання під час вагітності та/або годування груддю. Враховуючи можливість зниження ВОТ під час вагітності, лікування на деякий час можливо припинити за умов регулярного контролю. За необхідності лікування дози препаратів повинні бути ефективно найнижчими. Не рекомендують ІКА у першому триместрі, бримонідин на пізньому строку вагітності та під час лактації, оскільки може спричинити апное у немовлят. Для зменшення системного впливу крапель доцільно при інстиляціях застосовувати оклюзію слізних точок, стулення повік або компресію області слезозного міхура. Вважають безпечними бета-адреноблокатори та пілокарпін у вагітних, а в період лактації - бета-блокатори, АПГ та ІКА.

15) Лазерна терапія, переважно методом СЛТ, може бути першою опцією в пацієнтів з непереносимістю місцевих лікарських засобів та з незадовільним комплаєнсом.

16) Проводиться лазерна хірургія: лазерна іридотомія, селективна лазерна трабекулопластика, лазерна іридопластика, циклофотокоагуляція.

17) Оперативне лікування глаукоми та малоінвазивне видалення катаракти здійснюється послідовно чи одночасно.

Розділ IV. Спостереження пацієнтів з глаукомою та офтальмогіпертензією

1. Положення стандарту медичної допомоги

Пацієнт з глаукомою та ОГ потребує регулярної оцінки стану очей і зорового апарату, в тому числі в ході первинного лікування глаукоми для визначення цільового тиску. Важливо, що рівень цільового тиску не є незмінним та може з часом змінюватися, тому потребує регулярного контролю і корекції в залежності від стану зорових функцій.

2. Обґрунтування

Глаукома – хронічне прогресуюче захворювання, що передбачає постійну довгострокову співпрацю пацієнта з лікарем щодо призначеного терапевтичного супроводу.

Окремі рекомендації щодо діагностики та лікування сформовані за даними аналізу результатів великого та довгострокового дослідження також доцільно враховувати у кожному конкретному випадку.

Періодично значення цільового ВОТ переглядають. У пацієнтів зі щойно встановленим діагнозом швидкість прогресування невідома, тому цільовий ВОТ визначають на основі факторів ризику прогресування захворювання. Після періоду спостереження, достатнього для надійного визначення швидкості прогресування та проведення достатньої кількості тестів поля зору (зазвичай 2 - 3 роки), інші фактори ризику відходять на другий план, і цільовий ВОТ визначають відповідно до встановленої швидкості прогресування. Позаплановий перегляд проводять при виявленні прогресування захворювання або в разі розвитку офтальмологічних чи системних супутніх хвороб. Цільовий ВОТ

коригують відповідно до швидкості прогресування з урахуванням рівня ВОТ протягом періоду спостереження, очікуваної тривалості життя і поточного стану зниження зорової функції.

Запорукою ефективного зниження ВОТ та попередження прогресування глаукоми є участь пацієнта в лікувальному процесі, що характеризується прихильністю до призначеного терапевтичного супроводу глаукоми з урахуванням особливостей дії препарату, стану пацієнта, сторонніх реакцій та протипоказань.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) Опитування в ході спостереження зосереджені на стані очей пацієнта та його змінах, розумінні діагнозу пацієнтом та прихильності до призначень, перевірки їх виконання.

2) Відстеження змін поля зору та визначення їх темпу здійснюють за допомогою щонайменше двох тестів методом комп'ютерного аналізу: аналіз подій (спрямований на визначення прогресування змін поля зору) і аналіз тенденцій (кількісне вимірювання швидкості прогресування) не менше п'яти обстежень для виявлення прогресування.

3) САП проводять пацієнтам в перші два роки після встановлення діагнозу тричі на рік, щоб виявити пацієнтів зі швидким прогресуванням. Якщо після двох років моніторингу показників периметрії прогресування відсутнє, частоту тестів зменшують.

4) Після індивідуально визначеного періоду спостереження (2-3 роки) цільовий ВОТ визначають відповідно до встановленої швидкості прогресування. Чим більша швидкість прогресування, тим нижчим встановлюють цільовий ВОТ.

5) Для моніторингу прогресування глаукоми в період спостереження тричі на рік доцільно застосовувати кількісну візуалізацію диску зорового нерву, шару нервових волокон сітківки та внутрішніх шарів макули.

Щоб полегшити оцінку прогресування, в подальшому спостереженні використовують ті ж методи/тести, що й при першому обстеженні.

У разі високого ризику прогресування захворювання обстеження повторюють через три місяці після первинного огляду, а в подальшому проводять ще ≥ 4 обстеження протягом перших двох років.

Індикатори якості медичної допомоги

Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у лікаря офтальмолога клінічного маршруту пацієнта (КМП) з глаукомою.
2. Відсоток пацієнтів з глаукомою, у яких досягнуто цільового рівня внутрішньоочного тиску.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у лікаря офтальмолога, у лікаря офтальмолога дитячого клінічного маршруту пацієнта (КМП) з глаукомою.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги. Індикатор ґрунтується на положеннях Стандарту медичної допомоги «Глаукома».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора. Даний індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медичних стандартів в закладах охорони здоров'я, в яких працюють лікарі офтальмологи, лікарі офтальмологи дитячі.

Бажаний рівень значення індикатора: 2023 рік – 90%.

2024 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

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

Дані надаються закладами охорони здоров'я, розташованими на території обслуговування, в яких працюють лікарі офтальмологи та/або лікарі офтальмологи дитячі, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки, звітний період – календарний рік.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від закладів охорони здоров'я, розташованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість закладів охорони здоров'я, в яких працюють лікарі офтальмологи та/або лікарі офтальмологи дитячі. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про наявність лікарів офтальмологів, лікарів офтальмологів дитячих в закладі охорони здоров'я.

Чисельник індикатора складає загальна кількість закладів охорони здоров'я, в яких працюють лікарі офтальмологи та/або лікарі офтальмологи дитячі, для яких задокументований факт наявності затвердженого в

установленому порядку КМП з глаукомою. Джерелом інформації є КМП, наданий закладом охорони здоров'я.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Відсоток пацієнтів з глаукомою, у яких досягнуто стійкого цільового рівня внутрішньоочного тиску.

Зв'язок індикатора із затвердженими настановами, стандартами та протоколами медичної допомоги. Індикатор ґрунтується на положеннях Стандарту медичної допомоги «Глаукома».

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора. Даний індикатор характеризує клінічний аспект запровадження сучасних медичних стандартів в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу з приводу глаукоми. Стійкий цільовий рівень внутрішньоочного тиску (ВОТ) визначається як такий, при якому утримується стабільний рівень зорових функцій за показниками поля зору не менше 6 місяців лікарського спостереження, при цьому рівень ВОТ може бути підвищений порівняно з пересічною нормою.

Бажаний рівень значення індикатора: 2023 рік – 65 %.

2024 рік та подальший період – 80 % і більше.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (заклад охорони здоров'я), яка має обчислювати індикатор: заклад охорони здоров'я, в якому працюють лікарі офтальмологи та/або лікарі офтальмологи дитячі.

Дані надаються керівником закладу охорони здоров'я, розташованим на території обслуговування, в якому працюють лікарі офтальмологи та/або лікарі офтальмологи дитячі, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються поштою, в тому числі електронною поштою.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки, звітний період – календарний рік.

Індикатор обчислюється закладом охорони здоров'я, в якому працюють лікарі офтальмологи та/або лікарі офтальмологи дитячі, на підставі записів первинної медичної документації, зокрема «Медична карта амбулаторного хворого» (форма № 025/о).

Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з глаукомою, які прикріплені до закладу охорони здоров'я, в якому працюють лікарі офтальмологи та/або лікарі офтальмологи дитячі. Джерелом інформації є «Медична карта амбулаторного хворого» (форма № 025/о).

Чисельник індикатора складає кількість пацієнтів з глаукомою, які прикріплені до даного закладу охорони здоров'я, і у яких досягнуто стійкого рівня цільового ВОТ. Джерелом інформації є «Медична карта амбулаторного хворого» (форма № 025/о).

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік літературних джерел, використаних при розробці стандартів медичної допомоги

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Глаукома», 2023 рік.

2. Наказ Міністерства охорони здоров'я 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», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я 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», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 13 серпня 2014 року за № 959/25736.

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2022 року № 1011 «Про затвердження чотирнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**Директор Департаменту
медичних послуг**



Олександра МАШКЕВИЧ

Додаток 1
до Стандарту медичної допомоги
«Глаукома»
(підпункт 1 пункту 3 розділу II)

ПЕРЕЛІК ЗАПИТАНЬ ПРИ ПЕРШОМУ ЗВЕРНЕННІ ПАЦІЄНТА

При опитуванні особливу увагу приділяють таким аспектам.

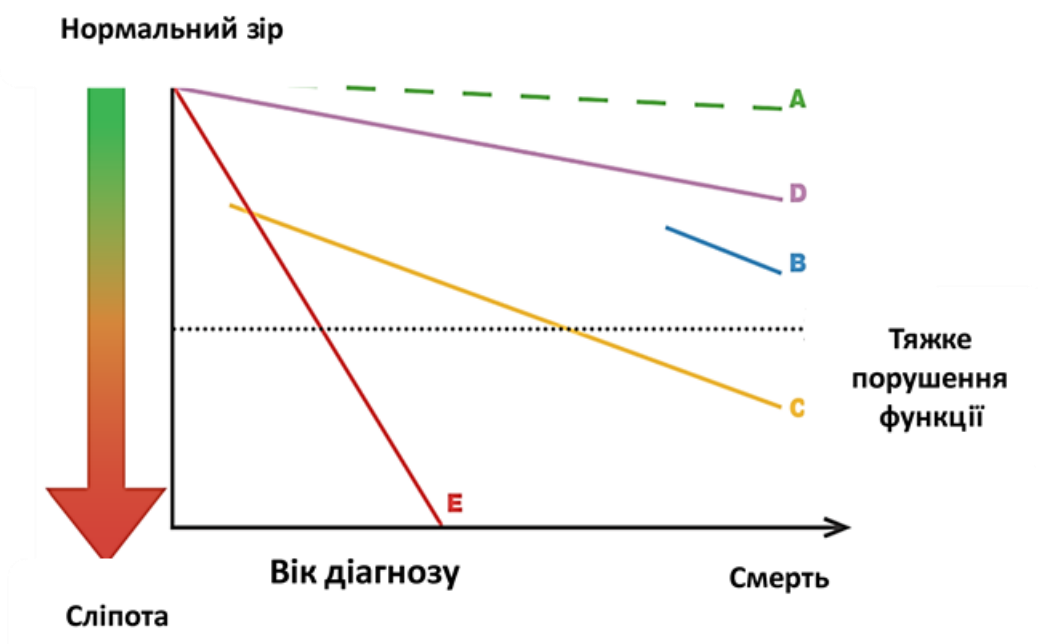
№	Анамнез і фактори ризику	Відповідь	
		Так	Ні
1	Скарги на стан очей та зору		
2	Сімейний анамнез (загальний та офтальмологічний)		
3	Медикаменти, які приймає пацієнт		
4	Застосування препаратів з групи кортикостероїдів (місцево/системно)		
5	Травми очей (контузії) в анамнезі		
6	Оперативні втручання на очах в т.ч. рефрактерніоперації		
7	Серцево-судинні або респіраторні захворювання та/або інші хронічні/тяжкі хвороби		
8	Порушення з боку судинної системи		
9	Алергія та лікарські засоби, які приймають/приймали		

ПЕРЕЛІК ЗАПИТАНЬ БАТЬКАМ ПРО СТАН ЗДОРОВ'ЯДИТИНИ ПРИ ПЕРШОМУ ЗВЕРНЕННІ

При опитуванні особливу увагу приділяють таким симптомам.

№	Анамнез і фактори ризику	Відповідь	
		Так	Ні
1	Постійний невгамовний плач протягом перших кількох тижнів або першого року життя дитини		
2	Надзвичайне збільшення очного яблука – так званий буфтальм (биче око)		
3	Світлобоязнь, слъзотеча, блефароспазм, тертя очей		
4	Сімейний анамнез (загальний та офтальмологічний)		

ПРИЗНАЧЕННЯ ЛІКУВАННЯ ГЛАУКОМИ З УРАХУВАННЯМ ХАРАКТЕРИСТИК ЦІЛЬОВОЇ ПОПУЛЯЦІЇ



A - ефект старіння

D - при глаукомі швидкість погіршення зорових функцій набагато вище

B - помірна V прогресування при діагностиці ПВКГ у літніх пацієнтів і при постановці діагнозу в більш пізньому віці. Ризик важкого порушення зору у них менше. Низька швидкість погіршення зору переноситься пацієнтами легше.

C - більш висока V прогресування у більш молодих пацієнтів і при більш ранньому встановленні діагнозу, ніж в групі B

E - висока швидкість прогресування

Додаток 3
до Стандарту медичної допомоги
«Глаукома»
(підпункт 4 пункту 3 розділу III)

КОРИГУВАННЯ ЦІЛЬОВОГО ВНУТРИШНЬООЧНОГО ТИСКУ



Додаток 4
до Стандарту медичної допомоги
«Глаукома»
(підпункт 6 пункту 3 розділу III)

АЛГОРИТМ МІСЦЕВОЇ ТЕРАПІЇ ГЛАУКОМИ

