

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00807&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00807. Сліпота та порушення зору

Коментар експерта. Діючий Наказ МОЗ 05.09.2011 №561 Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 14 листопада 2011 року за №1295/20033 “Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності”

Автор: Lea Hyvärinen

Редактор оригінального тексту: Martti Teikari

Дата останнього оновлення: 2017-09-04

Основні положення

- Інвалідизація, спричинена порушенням зору, може бути різного ступеня: особа з нормальним полем зору, проте з центральною скотоною, стикається з інакшими проблемами, ніж особа з тунельним зором, однак непорушеним центральним полем зору.
- Мінімальна прийнятна гострота зору 6/18 (0,3; 20/70) може використовуватися лише для орієнтовної міжнародної звітності. У МКХ-10 (остання версія Міжнародної класифікації хвороб ВООЗ) взагалі не виділено одного з важливих аспектів порушення зору в дітей і дорослих, а саме труднощів у обробці зорової інформації у зв'язку з ушкодженням головного мозку. А отже, вона непридатна для оцінювання рівня порушення зору. Оцінювання функціональної здатності повинне виконуватися на основі рекомендацій МКФ (Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я) ВООЗ. Усі практичні рішення мають прийматися на основі повного оцінювання всіх зорових функцій, впливу порушень зору на особу та необхідності втручання для її підтримки.

- 60–70% дітей з порушеним зором мають множинні функціональні розлади, також діти з порушенням моторних функцій, розвитку або слуху або ушкодженням головного мозку, повинні бути обстежені з метою виявлення порушень зору.

Загальні відомості

- Більшість осіб із порушенням зору — це люди похилого віку, в них також може бути помітне порушення й інших функцій. Повністю сліпі особи, безсумнівно, можуть бути віднесені до осіб з порушеним зором. Категоризація пацієнтів із втратою зору ускладнюється у випадку, коли зір втрачено не повністю; вплив порушення зору на якість життя пацієнта варіює залежно від ситуації. Це може продемонструвати наступний приклад. В особи А нормальне поле зору, проте є центральна скотома. В особи Б тунельний зір, однак центральне поле зору непорушене.
 - Оскільки в А периферичний зір непорушений, він/вона не має проблем з орієнтацією у просторі, тоді як Б має використовувати білу тростину, тобто адаптивний засіб, яким користуються сліпі особи.
 - У повсякденних справах обидва по чергово використовують засоби, якими користуються сліпі, особи з порушеним або з нормальним зором.
 - При спілкуванні проблема А полягає в незмозі бачити вираз обличчя чи впізнавати навколишніх людей на вулиці. Б не помічає жестів або реакції людей при груповому спілкуванні.
 - У той час як А, у зв'язку з низькою швидкістю читання, мусить використовувати аудіокниги, тобто засіб для сліпих осіб, Б легко може читати навіть дрібний шрифт.
- Цих двох осіб не можна віднести до однієї категорії. Ніхто з них не сліпий, проте для виконання певних завдань обидва потребують методів і засобів, якими користуються сліпі, тоді як у інших ситуаціях обидва можуть діяти, як особи з нормальним зором.
- Експертна група ВООЗ підкреслила в 1992 році, що мінімальна прийнятна гострота зору 6/18 (0,3; 20/70) може використовуватися лише з метою звітності. Усі практичні рішення мають прийматися на основі повного оцінювання всіх зорових функцій (включно дослідженням контрастної чутливості та світлосприйняття), впливу порушень зору на особу та необхідності втручання для її підтримки.

- Необхідно ретельно зважити потребу в послугах з адаптації для осіб зі зниженим зором. Спостереження за поведінкою пацієнта під час спілкування з ним/нею дозволяє виявити проблемні сфери. У якості допоміжного методу може використовуватися анкетування.
- МКФ (Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я 2001 р.) пропонує оцінювання кожної особи за 9 центральними аспектами: навчання та застосування знань, загальні завдання та вимоги, комунікація, мобільність, самообслуговування, участь у повсякденному житті, міжособистісні взаємодії та відносини, основні сфери життя, а також спільнота, соціальне та громадянське життя.
- Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків (МКФ-ДП) була опублікована в 2007 році. Згідно неї, функції зору мають оцінюватися (зі статистичних міркувань) за тими ж 9 аспектами, що й у дорослих. Однак, керівництво, розроблене для дослідження функції зору в дорослих, не надто підходить для оцінювання зору в малих дітей, або навіть дітей шкільного віку з множинними функціональними розладами. Якщо відібрати найважливіші функції для дітей, в результаті буде та ж сама чотирикомпонентна таблиця для оцінки функції зору, яка застосовувалася ще в 1980-х роках.
- 60–70% дітей з порушенням зору мають множинні функціональні розлади; вплив даних розладів на зорове сприйняття необхідно враховувати при дослідженні порушення зору, особливо в дітей і немовлят з порушенням моторних функцій, розвитку чи слуху, а також ушкодженням головного мозку, спричиненим травмою чи інфекціями. Більш, ніж одна п'ята всіх випадків порушення зору в дітей викликана ушкодженнями головного мозку. Метою настанови ВООЗ є покращення якості інформації та її обміну між лікарями, реабілітаційними командами, школами та соціальними службами.
 - Результати фінського дослідження порушення зору в дітей з розладами моторних функцій, яке базувалося на МКФ-ДП, були опубліковані в 2008 році. Результати продемонстрували, що проблеми із зором, достатньо тяжкі, щоб негативно вплинути на навчання у школі, були діагностовані в центральній лікарні в менш ніж 20% пацієнтів із тих, у котрих помітили порушення зору вчителі чи лікарі.
 - При оцінюванні порушення зору в дітей з точки зору реабілітації можна використовувати таблицю з чотирьох компонентів: як пацієнт використовує свій зір 1) при спілкуванні та взаємодії, 2) при орієнтуванні у просторі та переміщенні, 3) у повсякденній діяльності, 4) при виконанні

завдань на близькій відстані, які потребують точності, наприклад, читання чи рукоділля. Подібний підхід може бути використаний при оцінюванні функції зору в дорослих. Чотирикомпонентний підхід базується на доповіді ВООЗ «Тактика ведення дітей зі зниженим зором» [\[веб|http://whqlibdoc.who.int...\]](http://whqlibdoc.who.int...) (ВООЗ, 1993 р.) та допомагає обміну інформацією між лікарями, оптометристами, психологами, фахівцями з ранньої реабілітації, школами та соціальними службами.

Реабілітація

- Рання, а також довготривала реабілітація осіб з порушенням зору зазвичай проводиться у великих лікарнях. Допоміжні засоби для осіб зі зниженим зором надають і підбирають також і приватні офтальмологи, оптометристи, національні організації осіб з порушенням зору та місцеві медичні центри.
- Часто доступними є різноманітні курси з адаптації для дітей, а вихователі дитсадків та вчителі у школах повинні пройти відповідне навчання.
- Негайне скерування дитини першого року життя за спеціалізованою допомогою досі часто нехтується, навіть у разі відсутності нормального розвитку зорового взаємозв'язку між дитиною та батьками (зоровий контакт у віці 6 тижнів, відповідь посмішкою на посмішку у віці до 12 тижнів найпізніше). Рання реабілітація завжди має розпочинатися без зволікань при обґрунтованій підозрі на порушення зору, тобто навіть до встановлення остаточного діагнозу, оскільки для його підтвердження часто необхідно декілька місяців. Якість своєчасного інформування має суттєве значення для психологічної адаптації сім'ї, також важлива підтримка в розвитку комунікації та догляді за дитиною.
- У шкільному віці до програми реабілітації входить введення спеціальних методів для сліпих дітей та дітей з порушенням зору, щоб допомогти в навчальному процесі. Необхідно забезпечити доступ до існуючих у країні послуг з адаптації для осіб зі зниженим зором, включно зі спеціальним навчанням з пересування, а також оцінюванням побутових умов. Школи відповідають за придбання спеціальних допоміжних засобів для сприяння успішній інклюзії. Реабілітація зору в дітей із множинними функціональними розладами досі недостатня для вирішення проблем у навчанні.

- Порушення зору в дорослих осіб працездатного віку передбачає зазвичай, окрім реабілітації зору, зміну посадових обов'язків або професії з відповідною перепідготовкою. Деякі сліпі особи та особи з тяжкими порушеннями зору можуть працювати, використовуючи різноманітні допоміжні засоби, записані дані та спеціальні засоби пересування.
- Найбільшу групу людей з порушенням зору становлять особи похилого віку, в яких зазвичай спостерігаються й інші супутні функціональні розлади. Активне тренування виконання повсякденних завдань та використання допоміжних засобів довели ефективність для забезпечення побутового самообслуговування. Для даної вікової групи також корисна взаємна підтримка ровесників, яка часто несе в собі вагому частину навчання шляхом обміну досвідом.
- Реабілітація повинна бути включена в режим лікування одразу ж після того, як звичайних окулярів стає недостатньо для роботи на близькій відстані. При ранньому застосуванні збільшувальних оптичних приладів навчитися їх використовувати досить легко, і в такому разі помітне погіршення функцій не розвивається. Раптова втрата зору трапляється рідко, і в такому разі до лікування входить негайний початок реабілітації.
- Порушення зору з супутнім ушкодженням головного мозку залишається недостатньо діагностованим, а отже, та частина реабілітаційних заходів, яка стосується реабілітації зору, відсутня. Діти, у яких порушення зору пов'язане з розладом моторних функцій, тяжким відставанням у розвитку та ушкодженням головного мозку, є вкрай незадовільно діагностовані та реабілітовані; це стосується всіх країн.
 - Реабілітація геміанопсії має бути частиною базової реабілітації в пацієнтів з геміплегією.

Пов'язані ресурси

- Інтернет-ресурси [пов'язані 00953] [Blindness and visual imp...](#)

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00807 Ключ сортування: 037.002 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-09-04

Автор(и): Lea Hyvärinen Редактор(и): Martti Teikari Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

EBM Guidelines Ophthalmology

Ключові слова індексу

mesh: Vision Disorders mesh: visual impairment mesh: disability Vision Blindness mesh: Amblyopia
mesh: Visual Acuity mesh: Blindness icpc-2: A98 icpc-2: F04 icpc-2: F05 icpc-2: F28 speciality: Ophthalmology