

Приложение
к приказу № 107
от 29 марта 2024 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ЦЕНТР МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ «КОНЪЮНКТИВИТ»**

Ташкент – 2024

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор Республиканского
специализированного научно-
практического медицинского
центра микрохирургии глаза
Республики Узбекистан
А.Ф.Юсупов



_____ 2024 год

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО НОЗОЛОГИИ «КОНЪЮНКТИВИТ»

Ташкент - 2024

«УТВЕРЖДАЮ»

**Министр здравоохранения
Республики Узбекистан и.о.
А.Худаяров**



_____ 2024 год

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО НОЗОЛОГИИ «КОНЬЮНКТИВИТ»

Ташкент – 2024

Оглавление:

1.	Диагностика и лечение конъюнктивитов	5-стр
2.	Медицинское вмешательство при конъюнктивитов	24-стр
3.	Профилактика и реабилитация конъюнктивитов	34-стр

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«КОНЬЮНКТИВИТ»**

Ташкент – 2024

1. Вводная часть.

Настоящий клинический протокол включает в себя рекомендации по диагностике и лечению конъюнктивитов, охватывает стратегические рекомендации в отношении медикаментозного, лазерного и хирургического лечения. Основу при разработке данного протокола составили клинические рекомендации Американской коллегии офтальмологов American academy of ophthalmology (EyeWiki 2023), Американская ассоциация оптометристов (АОА 2022) и Europe PMC 2019. Ассоциация врачей офтальмологов и общество офтальмологов России (2021) и публикации, вошедшие в национальную медицинскую библиотеку (NIC National Library of Medicine), базы данных PubMed (MEDLINE).

Коды по МКБ-10:

H10.0	Слизисто-гнойный конъюнктивит
H10.1	Острый атопический конъюнктивит
H10.2	Другие острые конъюнктивиты
H10.3	Острый конъюнктивит неуточненный
H10.4	Хронический конъюнктивит
H10.5	Блефароконъюнктивит
H10.8	Другие конъюнктивиты
H10.9	Конъюнктивит неуточненный
	https://www.rlsnet.ru/mkb/konyunktivit-582

Дата разработки и пересмотра протокола: 2023 год, дата пересмотра 2027 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:
РСНПМЦМГ

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы по направлению офтальмологии:

1. Юсупов А.Ф.	- профессор, д.м.н., директор РСНПМЦМГ
2. Каримова М.Х.	- профессор, д.м.н., заместитель-директора по научной работе РСНПМЦМГ,
3. Вахабова Н.Т.	- к.м.н., офтальмохирург РСНПМЦМГ
4. Базарбаева К.Г.	- врач-ординатор РСНПМЦМГ

Список авторов:

1. Юсупов А.Ф.	- профессор, д.м.н., директор РСНПМЦМГ
2. Каримова М.Х.	- профессор, д.м.н., заместитель-директора по научной работе РСНПМЦМГ,
3. Вахабова Н.Т.	- к.м.н., офтальмохирург РСНПМЦМГ
4. Базарбаева К.Г.	- врач-ординатор РСНПМЦМГ

Рецензенты:

1. Нарзикулова К.И.	- д.м.н., доцент кафедры офтальмологии Ташкентской медицинской академии
---------------------	---

2. Шустеров Ю.А.

- профессор, д.м.н., ответственный за курс офтальмологии кафедры хирургических болезней Медуниверситета Караганды Республики Казахстан

Клинический протокол обсужден на заседании Ученого Совета РСНПМЦМГ
16 ноября 2023 г. (выписка из протокола Ученого Совета № 5).

Техническая экспертная оценка и редактирование:

Абдиназаров Дильшод Абдинабиевич – офтальмохирург, заместитель директора по филиалам РСНПМЦМГ.

Экспертная оценка специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

- 1.
- 2.
- 3..

Экспертная оценка специалистов управления лекарственной политики Министерство здравоохранения Республики Узбекистан:

- 1.
- 2..

Экспертная оценка специалистов агентства Медицинского страхования при Министерстве Республики Узбекистан:

- 1.
- 2.
- 3.

Данный клинический протокол и стандарт был разработан при организационной и методической поддержке под руководством заместителя министра д.м.н., Ф.Р. Шарипова, Начальника управления медицинского страхования Ш.К.Алмарданова, начальника отдела разработки клинических протоколов и стандартов д.м.н. С.А. Убайдуллаевой, Главных специалистов отдела разработки клинических протоколов и стандартов Ш.Р.Нуримовой, С.К.Усманова и Г.Т.Джумаевой.

Оценка приемлемости и используемости в практике клинических протоколов проведено совместно с представителями практического звена здравоохранения города Ташкента и Ташкентской области.

Практикующие врачи:

1. Солиев Т.Ю. – врач-офтальмохирург, заведующий операционного блока РСНПМЦМГ.
2. Халилова Ф.Б. – заведующая инфекционного отделения КОБ.

3. Урманова Ф.М. – доктор философии (PhD), заведующая глазного отделения 3-клиники ТМА.

Сокращения, используемые в протоколе:

АВК – аденовирусный конъюнктивит
АК – аллергический конъюнктивит
БК – бактериальный конъюнктивит
ВК – вирусный конъюнктивит
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ГКС - глюкокортикостероиды
МКБ 10 - международная классификация болезней 10-го пересмотра
СК – конъюнктивит при синдроме «сухого глаза»
ТДТК - препараты, тормозящие дегрануляцию тучных клеток
ХК – хламидийный конъюнктивит
ЭКК – эпидемический кератоконъюнктивит

Пользователи протокола по данной нозологии:

1. Врачи-офтальмологи
2. Врачи-терапевты участковые
3. Врачи-педиатры
4. Врачи-неонатологи
5. Врачи общей практики
6. Фельдшера
7. Клинические фармакологи
8. Студенты, ординаторы, аспиранты, преподаватели медицинских вузов.

Категория пациентов в данной нозологии:

Взрослые и дети с конъюнктивитом.

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
------------	--------------------

1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

2. Основная часть.

2.1 Введение:

Конъюнктивит является частой причиной покраснения глаз и, как следствие, частой жалобой в отделениях неотложной помощи, клиниках неотложной помощи и клиниках первичной медико-санитарной помощи. Пострадать могут люди любого возраста, демографического или социально-экономического статуса. Более 80% всех острых случаев обычно диагностируются не офтальмологами, например педиатрами и практикующими врачами. Хотя конъюнктивит обычно является временным заболеванием, которое не часто приводит к потере зрения, решающее значение имеет исключение других потенциально опасных для зрения причин появления красных глаз во время обследования.

Хотя в литературе по эпидемиологии бактериального конъюнктивита содержится несколько упоминаний о его высокой контагиозности не существует общепопуляционных данных о заболеваемости бактериальным конъюнктивитом. По оценкам, в Соединенных Штатах 23% случаев бактериального конъюнктивита встречаются в возрасте от 0 до 2 лет, 28% - в возрасте от 3 до 9 лет, 13% - в возрасте от 10 до 19 лет, а остальные 36% - в возрасте от 10 до 19 лет. случаев, возникающих у взрослых.

Существующие клинические оценки в Норвегии показали, что распространенность наиболее тяжелой формы острого инфекционного бактериального конъюнктивита составляет порядка 30 из 1000 пациентов в общей медицинской практике, хотя правильный диагноз был поставлен только примерно у двух человек. трети этих случаев. Аналогичные клинические данные из Соединенного Королевства указывают на рост доли пациентов, обратившихся за медицинской

помощью по поводу конъюнктивита: с 284 на 10 000 в 1981-1982 годах до 395 на 10 000 в период 1991-1992 годов. Кроме того, было подсчитано, что острый бактериальный конъюнктивит составляет до 1% всех посещений врачей общей практики в Соединенном Королевстве. Однако также было отмечено, что врачи общей практики склонны к гипердиагностике бактериального конъюнктивита из-за трудностей дифференциации бактериальной и вирусной форм заболевания. В 2002 году опрос врачей общей практики в Соединенном Королевстве показал, что только 36% из них считают, что могут правильно дифференцировать острый бактериальный и вирусный конъюнктивит. Кроме того, 95% опрошенных врачей указали, что они назначали антибиотики местного применения пациентам с подозрением на бактериальный конъюнктивит.

Возникновение конъюнктивита зависит от различных факторов, таких как возраст, пол и время года. В отделениях неотложной помощи случаи острого конъюнктивита имеют бимодальное распределение. Первый пик наблюдается среди детей до 7 лет, с наибольшей заболеваемостью в период от 0 до 4 лет. Второй пик приходится на 22 года у женщин и 28 лет у мужчин. Хотя общая частота конъюнктивита, диагностированного в отделении неотложной помощи, у женщин несколько выше, чем у мужчин, сезонность также играет роль в проявлении и диагностике конъюнктивита. Во всех возрастных группах пик заболеваемости конъюнктивитом у детей от 0 до 4 лет приходится на март, за которым следуют другие возрастные группы в мае.

Независимо от изменений климата или погодных условий, сезонность одинакова для всех географических регионов, как описано в общенациональном исследовании отделения неотложной помощи. Аллергический конъюнктивит является наиболее распространенной причиной конъюнктивита, поражающей от 15% до 40% населения, и часто наблюдается весной и летом. Заболеваемость бактериальным конъюнктивитом самая высокая с декабря по апрель. Аллергический конъюнктивит считается наиболее распространенным аллергическим заболеванием глаз, которым страдают от 15% до 20% населения, имеет сезонный и круглогодичный типы.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541034/>

2.2 Определение:

Конъюнктивит - это воспалительная реакция конъюнктивы на различные воздействия, характеризующаяся гиперемией и отеком век, слизистой оболочки глаза, характерным отделяемым в конъюнктивальной полости, образованием фолликулов и/или сосочков. Данное воспаление глаза, сопровождающееся покраснением век, конъюнктивы, появлением отделяемого, наличием соответствующих жалоб является признаком многих глазных болезней, объединенных под общим названием «синдром красного глаза». Наиболее частой причиной развития этого состояния является конъюнктивит. Заболевание отличается высокой частотой встречаемости и поражает все возрастные группы [1, 2;3].

<https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr629-konyunktivit.pdf>

<https://www.aao.org/eye-health/diseases/pink-eye-conjunctivitis>

2.3 Классификация:

По этиологии конъюнктивиты делятся на следующие группы:

- Бактериальный
- Вирусный
- Хламидийный
- Аллергический
- Конъюнктивит при синдроме «сухого глаза» [2;3]

Бактериальный конъюнктивит (БК) - воспалительная реакция конъюнктивы развивается в результате внедрения бактериального агента. Кокки, прежде всего стафилококки, наиболее частая причина развития инфекционного поражения конъюнктивы. Наиболее опасные возбудители - *Neisseria gonorrhoeae*, *Pseudomonas aeruginosa* – вызывающие тяжелый острый конъюнктивит, при котором, нередко, в процесс вовлекается роговица [2;3].

Вирусный конъюнктивит (ВК) - воспалительная реакция конъюнктивы развивается в результате внедрения вирусного агента и протекает по типу эпидемического конъюнктивита, аденовирусного конъюнктивита, эпидемического геморрагического конъюнктивита, герпесвирусного конъюнктивита [2;3].

Хламидийный конъюнктивит (трахома) (ХК) - воспалительная реакция конъюнктивы развивается в результате воздействия на ткани глаза *Chlamydia trachomatis* [2;3].

Аллергический конъюнктивит (АК) - воспалительная реакция конъюнктивы развивается в результате воздействия на ткани глаза различных аллергенов [2;3].

Конъюнктивит при синдроме «сухого глаза» (СК) - воспалительная реакция конъюнктивы, развивается в результате изменения гомеостаза слезной пленки и сопровождается офтальмологическими симптомами, в развитии которых этиологическую роль играют нестабильность, гиперосмолярность слезной пленки, воспаление и повреждение глазной поверхности, а также нейросенсорные изменения [2, 3].

Конъюнктивит новорожденных - по определению ВОЗ, конъюнктивитом новорожденных называют любой конъюнктивит с отделяемым, возникающий в первые 28 дней жизни ребенка. Для обозначения этого заболевания иногда используют и другие термины: офтальмия новорожденных, бленнорея новорожденных, неонатальный конъюнктивит [4, 5].

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541034/>

<https://www.aao.org/eye-health/diseases/pink-eye-conjunctivitis>

По характеру течения:

1. Острый конъюнктивит
2. Хронический конъюнктивит

<https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr629-konyunktivit.pdf>

3. Методы, подходы и процедуры диагностики

3.1 Диагностика конъюнктивитов

- Сбор анамнестических данных. Для определения срока возникновения. и длительности заболевания, уточнения эпидемиологических данных, определения первичного или повторного заболевания.
- Физикальный осмотр производится для определения изменений состояния кожи лица, век, наличия отеков, асимметрий, лимфаденопатии.
- Визометрия проводится для определения остроты зрения до и после лечения
- При биомикроскопии производится оценка клинического состояния век, конъюнктивы, роговицы, передней камеры, радужки, зрачка.

- Лабораторные исследования производятся с целью определения инфицирования бактериальной, хламидийной, вирусной инфекцией, а также наличия изменений, характерных для аллергических реакций.
- Диагностические пробы и тесты производятся для определения - показателей изменения слезопродукции.

Жалобы и анамнез.

- отек век и глаз
- чувство инородного тела
- покраснение глаза
- жжения
- зуд
- болезненные глаза (обычно при бактериальной форме)
- слезотечение
- колебание остроты зрения
- туман
- светобоязнь
- отделяемое – слизистое, гнойное и густые, может быть так много, что ресницы слипаются. <https://www.aaopt.org/eye-health/diseases/pink-eye-conjunctivitis#pinkeyesymptoms>

5С

Рекомендуется тщательный сбор жалоб и анамнеза у всех пациентов с целью выявления факторов, которые могут повлиять на верификацию диагноза и выбор тактики лечения.

Глазные проявления могут сопровождаться ознобом, катаральными явлениями, аденопатией, евстахиитом, ринитом, дерматитом и др..

Анамнез заболевания — началось остро или постепенно, что предшествовало началу заболевания, сезонность, применение глазных лекарственных препаратов, косметических средств, ношение контактных линз. Впервые возникло заболевание или это рецидив. Если рецидив - какое лечение получал ранее.

Анамнез жизни – наследственность аллергии и атопии.

Особенности во время беременности и родов у матери.

Эпидемиологические данные – раннее перенесенные острые заболевания, хронические заболевания.

Физикальное обследование:

Рекомендуется проводить всем пациентам физикальное обследование в качестве дополнительного метода исследования при сопутствующих аллергических и атопических поражениях кожи, для определения аденопатии при аденовирусном и хламидийном конъюнктивитах. <https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr629-konyunktivit.pdf>

Лабораторные исследования:

- биомикроскопическое исследование
- цитологическое исследование
- микроскопическое исследование отделяемого конъюнктивы на аэробные и факультативно – анаэробные микроорганизмы
- микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого конъюнктивы на аэробные и факультативно – анаэробные условно патогенные.

Инструментальные исследования:

Основные инструментальные исследования:

- **Визометрия**
- **Рефрактометрия (при отсутствии отделяемых)**
- **Биомикроскопия**

5С	Рекомендуется визометрия всем пациентам для оценки функционального состояния зрительного нерва и сетчатки. https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr629-konyunktivit.pdf
----	---

5С	Рекомендуется рефрактометрия всем пациентам с целью определения наличия сопутствующих аномалий рефракции и возможности их нейтрализации. https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr629-konyunktivit.pdf
----	---

2А	Рекомендуется биомикроскопия всем пациентам для диагностики, динамического наблюдения и контроля эффективности проводимого лечения. https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr629-konyunktivit.pdf
----	--

При биомикроскопии производится оценка: • состояния век - смыкание, полнота прилегания краев век, состояние ресниц, протоков мейбомиевых желез, отек и гиперемия кожи век, наличие корочек, чешуек, муфт в корнях ресниц.

- состояния конъюнктивы – отек и гиперемия бульбарной конъюнктивы и конъюнктивы век, хемоз, фолликулярная реакция, сосочковая гипертрофия, лимбит, наличие и характер отделяемого в нижнем конъюнктивальном своде, оценка слезного мениска.

- состояния роговицы – определение стабильности прекорнеальной слезной пленки. Для этого осуществляется постановка пробы Норна. Исследование проводится с помощью тест-полосок с флюоресцеином и секундомера. Для проведения исследования необходимы определенные условия: кобальтовый фильтр на щелевую лампу; увеличение 16х; ширина щели 2 мм; отсутствие поверхностной анестезии; нельзя проводить другие офтальмологические исследования перед проведением пробы. Постановка пробы осуществляется следующим образом: после проведения окрашивания глазной поверхности флюоресцеином, пациента просят моргнуть несколько раз и широко открыть глаза. Затем врач сканирует поверхность роговицы и регистрирует время возникновения не смачивающихся флюоресцеином зон на поверхности роговицы.

Иные диагностические исследования:

- Тест Ширмера

5С

Рекомендуется тест Ширмера пациентам с подозрением на конъюнктивит на фоне синдрома "сухого глаза" для определения показателей слезопродукции.
<https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr629-konyunktivit.pdf>

Проба Ширмера выполняется с помощью тест-полосок, погруженных в нижний конъюнктивальный свод, в течение 5 минут. По извлечению замеряется уровень смоченной полоски, без учета загнутого края. Измеряемый параметр - водный компонент слезной жидкости и рефлекторной секреции. При постановке пробы должны быть соблюдены следующие условия: комната без сквозняков и с умеренным 23 освещением. Нельзя проводить другие контактные офтальмологические исследования перед измерением пробы.

3.2 Диагностический алгоритм:



3.3 Дифференциальный диагноз:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Вирусный конъюнктивит	Лимфатические узлы увеличены Фолликулы Светлое отделяемое	Анамнез Биомикроскопия Лабораторная диагностика (отделяемого) Алгезиметрия Флюоресцеиновый тест	Увеличенные лимфатические узлы Инфильтраты на роговице
Бактериальный конъюнктивит	Гнойное отделяемое	Анамнез Биомикроскопия Лабораторная диагностика (отделяемого)	Отсутствие фолликул Гнойное отделяемое

Аллергический конъюнктивит	Зуд Отек век выраженный Фолликулы (симптом булыжной мостовой) Округлый инфильтрат паралимбально	Анамнез Биомикроскопия Лабораторная диагностика (отделяемого)	Зуд Отек век выраженный Округлый инфильтрат паралимбально
Синдром сухого глаза	Фолликулы Вялотекущий процесс «Красный глаз» синдром	Анамнез Биомикроскопия Лабораторная диагностика (отделяемого)	Поверхностная конъюнктивальная инъекция
Кератиты	Перикорнеальная/ Смешанная инъекция Роговичный синдром	Визометрия Анамнез Биомикроскопия Лабораторная диагностика (отделяемого) Пахиметрия Алгезиметрия Флюоресцеиновый тест	Перикорнеальная инъекция Роговичный синдром Инфильтрат на роговице
Увеиты	Покраснение глаз, боль, светобоязнь. Чувство инородного тела «Красный глаз» синдром	Анамнез Биомикроскопия Тонометрия	Цилиарные боли при пальпации, Перикорнеальная инъекции конъюнктивы, сужение зрачка, реакция на свет ригидная (возможны передние и задние синехии), отек и преципитаты роговицы.
Травмы	Зависит от характера травмы	Анамнез Биомикроскопия	Зависит от характера травмы
Воспаленный птеригиум/ пингвекула	Жалобы на покраснение глаз, боль, светобоязнь. Чувство инородного тела «Красный глаз» синдром	Анамнез Биомикроскопия	Разрастание треугольной ткани/желтые отложения
			Differential Diagnosis of Conjunctivitis and the Red Eye (ddxof.com)
			Diseases of the Conjunctiva and Differential Diagnosis

4 Тактика лечения на амбулаторном уровне:

4.1. Немедикаментозное лечение:

Основные принципы лечения конъюнктивитов: элиминация возбудителя, устранение клинических симптомов, профилактика распространения инфекционного процесса и развития его осложнений. Диет стол не предусмотрен (кроме аллергических конъюнктивитов)

Категорически запрещено накладывать повязку в связи с риском развития кератита.

- Недопущение контакта с проточной водой в связи с риском инфицирования.

Лечение назначают незамедлительно, эмпирически (не дожидаясь результатов бактериологического исследования посева отделяемого из глаз на питательные среды и определения чувствительности к антибактериальным средствам).

Перечень основных лекарственных средств:

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Растворы антисептиков:	1% раствор повидона-йодида пиклоксидин	Промывать конъюнктивальную полость	5С
Препараты хинолонового ряда	Ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин Моксифлоксацин ,	Глазные капли применяют по одной из двух схем: а) инстилляций проводятся по форсированной методике: первые 2 часа - каждые 15 минут, затем, до конца суток - каждый час, последующие сутки - каждые 2 часа, в дальнейшем - каждые 3 часа. б) инстилляций 6-8 раз в сутки. Глазная мазь применяется в зависимости от тяжести клинической картины	2С
Аминогликозиды	тобрамицин неомицин 0,5% гентамицин	Глазные капли в/м, п/б инъекции	2С

Сульфаниламиды	Сульфацетамид натрия 20 %	глазные капли	2С
антигистаминный препарат: селективный ингибитор Н1-гистаминовых рецепторов	олопатадин 0,1% глазные капли Кромоглициевая кислота 2%,	глазные капли	2С
Макролиды-азалиды Препараты хинолонового ряда	азитромицин	Препараты для приема внутрь	2С
противовирусная терапия	интерферон – альфа, ганцикловир 3% мазь ацикловира	капли глазные глазная мазь	2С
Глюкокортикостероиды:	Дексаметазон Преднизолон гидрокортизон	капли глазные глазная мазь	2С
Цефалоспорины	цефазолин, цефотаксим;	в/в, в/м введение	2С
			kr629-konyunktivit.pdf (policlinika-fts.ru)

Перечень дополнительных лекарственных средств:

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Антисептики и дез средства	Повидон иодид Раствор калия перманганата Раствор фурациллина	капли глазные	5С
НПВС	Диклофенак	капли глазные	5С
антисептики:	бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний, пиклоксидин мирамистин(0,01%), пиклоксидина гидрохлорид),		5С
Слезозаместительная терапия препаратами искусственной слезы без консерванта.	карбомер	капли глазные	5С

Местноанестезирующие средства	Тетракаина гидрохлорид 1% Проксиметакаин 0,5%	капли глазные	5С
Сосудосуживающие	Тетризолин	капли глазные	5С
			kr629-konyunktivit.pdf (policlinika-fts.ru)

4.3. Хирургическое вмешательство:

Хирургическое вмешательство не показано, за исключением развития тяжелых осложнений при недостаточно эффективном лечении. (симблефарон, язвы роговицы).

4.4. Дальнейшее ведение:

5С	Рекомендуется наблюдение пациентов с целью предотвращения возникновения тяжелых осложнений, что может быть достигнуто диагностированием заболевания на начальной стадии и назначением лечения с его своевременной коррекцией в случае необходимости при регулярном диспансерном наблюдении врача-офтальмолога. kr629-konyunktivit.pdf (policlinika-fts.ru)
----	--

При конъюнктивите оказывается плановая медицинская помощь. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь (2-3 дня) больным с конъюнктивитом осуществляется медицинскими работниками со средним медицинским образованием, первичная врачебная медико-санитарная помощь больным с конъюнктивитом (7-21 день) осуществляется врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-неонатологами, врачами общей практики (семейными врачами). При подозрении или выявлении конъюнктивита у пациента медицинские работники со средним медицинским образованием, врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи) направляют детей на консультацию к врачу-офтальмологу. Первичная специализированная медико-санитарная помощь детям осуществляется врачом-офтальмологом. Врач-офтальмолог офтальмологического кабинета осуществляет: оказание консультативной, лечебно-диагностической помощи, назначение лечения, мониторинг динамики лечения, направляет в специализированные офтальмологические медицинские учреждения для оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

4.5. Индикаторы эффективности лечения:

Индикатором эффективности лечения являются уменьшение клинических симптомов заболевания, отсутствие осложнений.

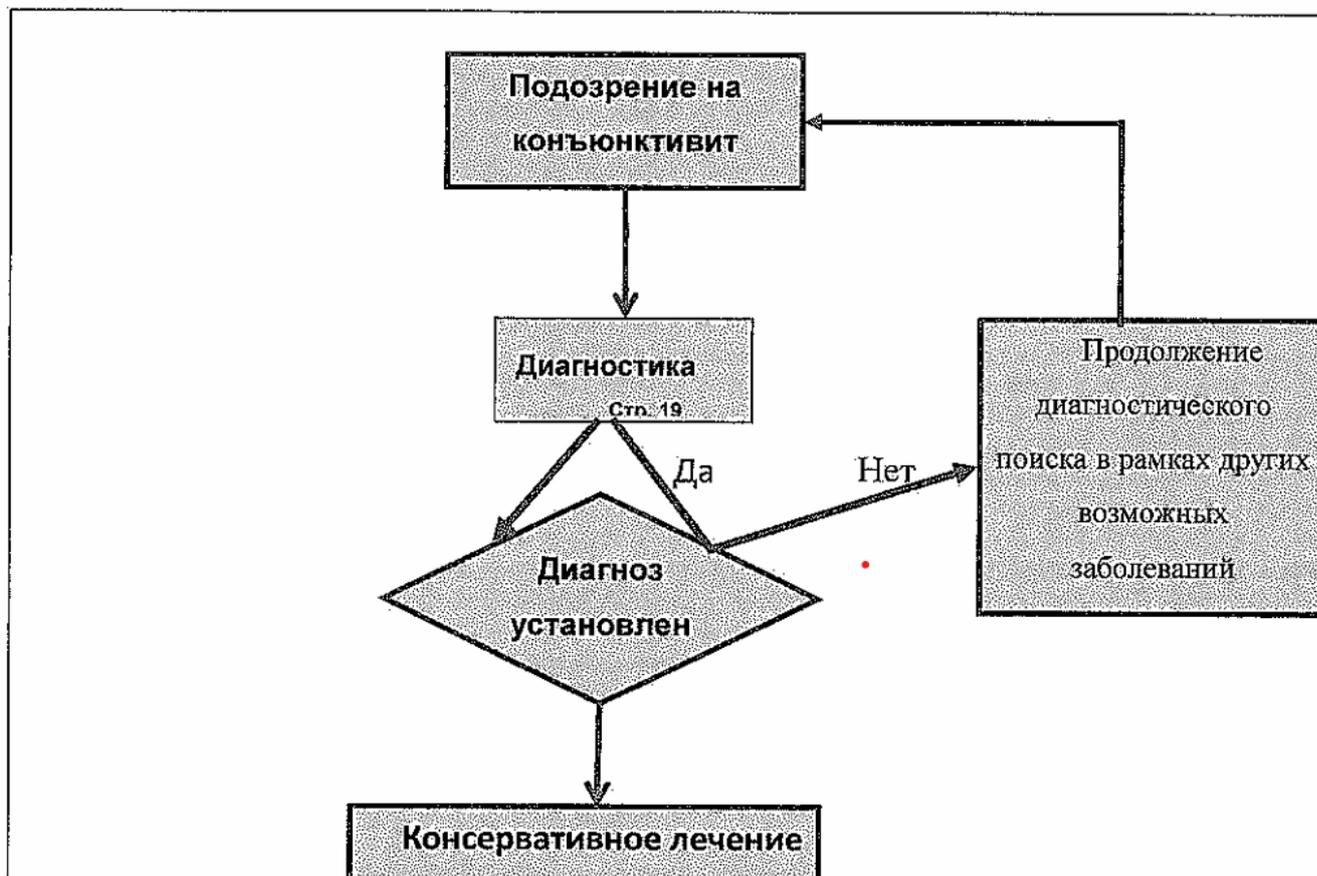
5. Показания для госпитализации с учетом видов оказания медицинской помощи:

Показания для плановой госпитализации - нет

Показания для экстренной госпитализации является развитие осложнений – язвы роговицы.

6. Тактика лечения на стационарном уровне:

Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента:



Немедикаментозное лечение: стационарного лечения не требуется, двигательная активность не ограничена, диета не предусмотрена (кроме аллергических состояний).

7. Организационные аспекты протокола:

7.1. информация об отсутствии конфликта интересов: конфликта интересов – нет

7.2. данные экспертов (специалистов республики и зарубежных стран):

Комилов Холидбек Махаммаджанович – герой Узбекистана, профессор, д.м.н., заведующий кафедры офтальмологии центра развития профессиональной квалификации медицинских работников (ЦРПКМР) РУз.

7.3. указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 или 5 лет после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности;

7.4. список использованной литературы:

1. Leibowitz H.M. The red eye //N.Engl.Med. – 2000. – v.343(5). – P.345 – 351. [The red eye - PubMed \(nih.gov\)](#)
2. Нероев В.В., Вахова Е.С. Заболевания конъюнктивы // в кн.: Офтальмология. Национальное руководство/ Под редакцией Аветисова С.Э., Егорова Е.А., Мошетовой Л.К., Нероева В.В., Тахчиди Х.П., М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С.418. [Офтальмология \(mededtech.ru\)](#)
3. 7. Сайдашева Э.И., Малиновская Н.А., Панчишена В.М. Инфекционно-воспалительные заболевания глаза и его придаточного аппарата в неонатальном возрасте // Учебное пособие для врачей – СПб: Изд. СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2018. – 40 с. [Инфекционно-воспалительные заболевания глаза и его придаточного аппарата в неонатальном возрасте \(2018\) — книга автора Сайдашева Эльвира Ирековна | НЭБ \[000199 000009 010023394\] \(rusneb.ru\)](#)

4. Арестова Н.Н., Катаргина Л.А., Яни Е.В. Конъюнктивиты и дакриоциститы у детей: клиническая характеристика, современные возможности лечения // Рос. педиатр. офтальмол. – 2016. – Т. 11. – №4. – С. 200-206. [Конъюнктивиты и дакриоциститы у детей: клиническая характеристика, современные возможности лечения - Арестова - Российская педиатрическая офтальмология \(rcsi.science\)](#)
5. Катаргина Л.А., Арестова Н.Н. Конъюнктивиты и дакриоциститы // в кн.: Неонатология. Национальное руководство / Под ред. акад. РАМН Н.Н. Володина, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 750-761. [Конъюнктивиты и дакриоциститы у детей: клиническая характеристика, современные возможности лечения – тема научной статьи по клинической медицине читайте бесплатно текст научно-исследовательской работы в электронной библиотеке КиберЛенинка \(cyberleninka.ru\)](#)
6. Biellory L. Allergic diseases of the eye //Med. Clin N. Am. – 2006. – Vol.59. – P.129 – 148. [Allergic diseases of the eye - PubMed \(nih.gov\)](#)
7. Cornea and external eye disease //Ed. T.Reinhard, F Larkin. – Springer, 2006. – 229p. [Cornea and External Eye Disease | SpringerLink](#)
8. Messmer E.M. Oculare allergien//Ophthalmologe. [\[Ocular allergies\] - PubMed \(nih.gov\)](#)
9. Ocular inflammatory disease //Ed. J.J. Kanski, C.E. Pavesio, S.J. Tuft. – Elsevier Mosby, 2006. – P, 38 – 42 31 [Ocular inflammatory disease : Kanski, Jack J : Free Download, Borrow, and Streaming : Internet Archive](#)
10. Lohr JA, Austin RD, Grossman M, Hayden GF, Knowlton GM, Dudley SM. Comparison of three topical antimicrobials for acute bacterial conjunctivitis. [Comparison of three topical antimicrobials for acute bacterial conjunctivitis - PubMed \(nih.gov\)](#)
11. Kaufman HE. Adenovirus advances: new diagnostic and therapeutic options.// Curr. Opin.Ophthalmol. [Adenovirus advances: new diagnostic and therapeutic options - PubMed \(nih.gov\)](#)
12. Owen CG, Shah A, Henshaw K, et al. Topical treatments for seasonal allergic conjunctivitis: systematic review and meta-analysis of efficacy and effectiveness. [Topical treatments for seasonal allergic conjunctivitis: systematic review and meta-analysis of efficacy and effectiveness - PubMed \(nih.gov\)](#)
13. H.E.Kaufman Ocular inflammatory disease. [OCULAR INFLAMMATORY DISEASE - PubMed \(nih.gov\)](#)

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ
«КОНЬЮНКТИВИТ»**

2. Основная часть.

2.1 Введение:

Конъюнктивит является частой причиной покраснения глаз и, как следствие, частой жалобой в отделениях неотложной помощи, клиниках неотложной помощи и клиниках первичной медико-санитарной помощи. Пострадать могут люди любого возраста, демографического или социально-экономического статуса. Более 80% всех острых случаев обычно диагностируются не офтальмологами, например педиатрами и практикующими врачами. Хотя конъюнктивит обычно является временным заболеванием, которое не часто приводит к потере зрения, решающее значение имеет исключение других потенциально опасных для зрения причин появления красных глаз во время обследования.

Хотя в литературе по эпидемиологии бактериального конъюнктивита содержится несколько упоминаний о его высокой контагиозности не существует общепопуляционных данных о заболеваемости бактериальным конъюнктивитом. По оценкам, в Соединенных Штатах 23% случаев бактериального конъюнктивита встречаются в возрасте от 0 до 2 лет, 28% - в возрасте от 3 до 9 лет, 13% - в возрасте от 10 до 19 лет, а остальные 36% - в возрасте от 10 до 19 лет. случаев, возникающих у взрослых.

Существующие клинические оценки в Норвегии показали, что распространенность наиболее тяжелой формы острого инфекционного бактериального конъюнктивита составляет порядка 30 из 1000 пациентов в общей медицинской практике, хотя правильный диагноз был поставлен только примерно у двух человек. трети этих случаев. Аналогичные клинические данные из Соединенного Королевства указывают на рост доли пациентов, обратившихся за медицинской помощью по поводу конъюнктивита: с 284 на 10 000 в 1981-1982 годах до 395 на 10 000 в период 1991-1992 годов. Кроме того, было подсчитано, что острый бактериальный конъюнктивит составляет до 1% всех посещений врачей общей практики в Соединенном Королевстве. Однако также было отмечено, что врачи общей практики склонны к гипердиагностике бактериального конъюнктивита из-за трудностей дифференциации бактериальной и вирусной форм заболевания. В 2002 году опрос врачей общей практики в Соединенном Королевстве показал, что только 36% из них считают, что могут правильно дифференцировать острый бактериальный и вирусный конъюнктивит. Кроме того, 95% опрошенных врачей указали, что они назначали антибиотики местного применения пациентам с подозрением на бактериальный конъюнктивит.

Возникновение конъюнктивита зависит от различных факторов, таких как возраст, пол и время года. В отделениях неотложной помощи случаи острого конъюнктивита имеют бимодальное распределение. Первый пик наблюдается среди детей до 7 лет, с наибольшей заболеваемостью в период от 0 до 4 лет. Второй пик приходится на 22 года у женщин и 28 лет у мужчин. Хотя общая частота конъюнктивита, диагностированного в отделении неотложной помощи, у женщин несколько выше, чем у мужчин, сезонность также играет роль в проявлении и диагностике конъюнктивита. Во всех возрастных группах пик заболеваемости конъюнктивитом у детей от 0 до 4 лет приходится на март, за которым следуют другие возрастные группы в мае.

Независимо от изменений климата или погодных условий, сезонность одинакова для всех географических регионов, как описано в общенациональном исследовании отделения неотложной помощи. Аллергический конъюнктивит является наиболее распространенной причиной конъюнктивита, поражающей от 15% до 40% населения, и часто наблюдается весной и летом. Заболеваемость бактериальным конъюнктивитом самая высокая с декабря по апрель. Аллергический конъюнктивит считается наиболее распространенным аллергическим

заболеванием глаз, которым страдают от 15% до 20% населения, имеет сезонный и круглогодичный типы.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541034/>

2.2 Определение:

Конъюнктивит - это воспалительная реакция конъюнктивы на различные воздействия, характеризующаяся гиперемией и отеком век, слизистой оболочки глаза, характерным отделяемым в конъюнктивальной полости, образованием фолликулов и/или сосочков. Данное воспаление глаза, сопровождающееся покраснением век, конъюнктивы, появлением отделяемого, наличием соответствующих жалоб является признаком многих глазных болезней, объединенных под общим названием «синдром красного глаза». Наиболее частой причиной развития этого состояния является конъюнктивит. Заболевание отличается высокой частотой встречаемости и поражает все возрастные группы [1, 2;3].

<https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr629-konyunktivit.pdf>

<https://www.aao.org/eye-health/diseases/pink-eye-conjunctivitis>

2.4 Классификация:

По этиологии конъюнктивиты делятся на следующие группы:

- Бактериальный
- Вирусный
- Хламидийный
- Аллергический
- Конъюнктивит при синдроме «сухого глаза» [2;3]

Бактериальный конъюнктивит (БК) - воспалительная реакция конъюнктивы развивается в результате внедрения бактериального агента. Кокки, прежде всего стафилококки, наиболее частая причина развития инфекционного поражения конъюнктивы. Наиболее опасные возбудители - *Neisseria gonorrhoeae*, *Pseudomonas aeruginosa* – вызывающие тяжелый острый конъюнктивит, при котором, нередко, в процесс вовлекается роговица [2;3].

Вирусный конъюнктивит (ВК) - воспалительная реакция конъюнктивы развивается в результате внедрения вирусного агента и протекает по типу эпидемического конъюнктивита, аденовирусного конъюнктивита, эпидемического геморрагического конъюнктивита, герпесвирусного конъюнктивита [2;3].

Хламидийный конъюнктивит (трахома) (ХК) - воспалительная реакция конъюнктивы развивается в результате воздействия на ткани глаза *Chlamydia trachomatis* [2;3].

Аллергический конъюнктивит (АК) - воспалительная реакция конъюнктивы развивается в результате воздействия на ткани глаза различных аллергенов [2;3].

Конъюнктивит при синдроме «сухого глаза» (СК) - воспалительная реакция конъюнктивы, развивается в результате изменения гомеостаза слезной пленки и сопровождается офтальмологическими симптомами, в развитии которых этиологическую роль играют нестабильность, гиперосмолярность слезной пленки, воспаление и повреждение глазной поверхности, а также нейросенсорные изменения [2, 3].

Конъюнктивит новорожденных - по определению ВОЗ, конъюнктивитом новорожденных называют любой конъюнктивит с отделяемым, возникающий в первые 28 дней жизни ребенка. Для обозначения этого заболевания иногда используют и другие термины: офтальмия новорожденных, бленнорея новорожденных, неонатальный конъюнктивит [4, 5].

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541034/>

По характеру течения:

1. Острый конъюнктивит
2. Хронический конъюнктивит

<https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr629-konyunktivit.pdf>

1. Методы, подходы, процедуры диагностики и лечения:

3.1. цель проведения процедуры или вмешательства:

Критерии установления диагноза конъюнктивит: на основании анамнестических данных, физикального обследования, данных биомикроскопии, результатов лабораторных исследований, постановки диагностических проб и тестов.

Рекомендуется проводить диагностические исследования детям/взрослым с конъюнктивитом в следующем порядке:

- Сбор анамнестических данных для определения срока возникновения и длительности заболевания, уточнения эпидемиологических данных, определения первичного или повторного заболевания.
 - Физикальный осмотр производится для определения изменений состояния кожи лица, век, наличия отеков, асимметрий, лимфаденопатии.
 - Визометрия производится для определения возможного снижения остроты зрения
 - При биомикроскопии производится оценка клинического состояния век, конъюнктивы, роговицы, передней камеры, радужки, зрачка.
 - Лабораторные исследования производятся с целью определения инфицирования бактериальной, хламидийной, вирусной инфекцией, а также наличия изменений, характерных для аллергических реакций. Диагностические пробы и тесты производятся для определения показателей изменения слезопродукции [2, 3].
 - Лабораторные диагностические исследования рекомендуется проводить всем пациентам для уточнения этиологии конъюнктивита
1. бактериоскопическое исследование
 2. цитологическое исследование
 3. бактериологическое исследование мазка конъюнктивы
 4. 4.микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого конъюнктивы на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные.

3.2. противопоказания к процедуре или вмешательству:

Противопоказанием является аллергическая реакция на препараты, используемые в процессе проведения вмешательства (если препараты невозможно заменить).

3.3. показания к процедуре или вмешательству:

Характерные жалобы пациента, клинические симптомы заболевания

3.4. требования к специалисту, проводящему процедуру или вмешательство:

- теоретические знания и наличие навыков выполнения процедуры
- высокий антибактериальный/противовирусный эффект назначаемых препаратов;
- минимальный риск осложнений;
- стабилизация воспалительного процесса;
- повышение качества жизни пациента.

3.5. перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий в подготовке к процедуре или вмешательству:

Диагностические исследования взрослым с конъюнктивитом проводятся в следующем порядке:

1. Сбор жалоб и анамнестических данных для определения срока возникновения и длительности заболевания, уточнения эпидемиологических данных, определения первичного или повторного заболевания [2, 3]. Жалобы – при конъюнктивите пациенты предъявляют жалобы на отек и покраснение век, отек и покраснение глаз, отделяемое из глаз, слезотечение, зуд, жжение, дискомфорт, колебание остроты зрения и др. Жалобы могут появиться остро или постепенно, поражение может развиваться на одном или на обоих глазах. Глазные проявления могут сопровождаться ознобом, катаральными явлениями, аденопатией, евстахиитом, ринитом, дерматитом и др.

Анамнез заболевания – началось остро или постепенно, что предшествовало началу заболевания, сезонность, применение глазных лекарственных препаратов, косметических средств, ношение контактных линз. Впервые возникло заболевание или это рецидив. Если рецидив - какое лечение получал ранее.

Анамнез жизни – семейный анамнез по аллергии и атопии. Особенности беременности и родов у матери (для конъюнктивита новорожденных). Эпидемиологические данные. Ранее перенесенные заболевания, хронические заболевания

- 2 Физикальный осмотр производится для определения изменений состояния кожи лица, век, наличия отеков, асимметрий, лимфаденопатии.
- 3 Визометрия производится для определения остроты зрения до и после лечения.
- 4 При биомикроскопии производится оценка клинического состояния век, конъюнктивы, роговицы, передней камеры, радужки, зрачка
- 5 Лабораторные исследования производятся с целью определения инфицирования бактериальной, хламидийной, вирусной инфекцией, а также наличия изменений, характерных для аллергических реакций.
- 6 Диагностические пробы и тесты производятся для определения показателей изменения слезопродукции

5С	Рекомендуется визометрия всем пациентам для оценки функционального состояния зрительного нерва и сетчатки. https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr629-konyunktivit.pdf
----	---

5С	Рекомендуется рефрактометрия всем пациентам с целью определения наличия сопутствующих аномалий рефракции и возможности их нейтрализации. https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr629-konyunktivit.pdf
----	---

2А	Рекомендуется биомикроскопия всем пациентам для диагностики, динамического наблюдения и контроля эффективности проводимого лечения. https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr629-konyunktivit.pdf
----	--

Рекомендуется тест Ширмера пациентам с подозрением на конъюнктивит на фоне синдрома "сухого глаза" для определения показателей слезопродукции.
<https://www.policlinika-fts.ru/upload/docs21/kr629-konyunktivit.pdf>

Лабораторные диагностические исследования

1. бактериоскопическое исследование;
2. цитологическое исследование соскоба с конъюнктивы;
3. микроскопическое исследование отделяемого конъюнктивы на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы;
4. микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого конъюнктивы на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные.

3.6. требования к проведению процедуры или вмешательства:

По приказу СанПиН № 0342-17 Профилактика внутрибольничных инфекций Республики Узбекистан.

При осмотре больного освещение должно быть умеренное, комната без сквозняков, температура комнатная оптимальная. Щелевая лампа без фильтра и с наличием синего фильтра.

Инструментальные диагностические исследования

Всем пациентам рекомендована биомикроскопия состояния роговицы – определение стабильности прекорнеальной слезной пленки. Для этого осуществляется постановка пробы Норна. Исследование проводится с помощью тест-полосок с флюоресцеином и секундомера. Для проведения исследования необходимы определенные условия: кобальтовый фильтр на щелевую лампу; увеличение 16х; ширина щели 2 мм; отсутствие поверхностной анестезии; нельзя проводить другие офтальмологические исследования перед проведением пробы. Постановка пробы осуществляется следующим образом: после проведения окрашивания глазной поверхности флюоресцеином, пациента просят моргнуть несколько раз и широко открыть глаза. Затем врач сканирует поверхность роговицы и регистрирует время возникновения не смачивающихся флюоресцеином зон на поверхности роговицы.

Рекомендуется проба Ширмера пациентам с подозрением на синдром «сухого глаза» Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств – 5) Проба Ширмера выполняется с помощью тест-полосок, погруженных в нижний конъюнктивальный свод, в течение 5 минут. По извлечению замеряется уровень смоченной полоски, без учета загнутого края. Измеряемый параметр - водный компонент слезной жидкости и рефлекторной секреции. При постановке пробы должны быть соблюдены следующие условия: комната без сквозняков и с умеренным 23 освещением. Нельзя проводить другие контактные офтальмологические исследования перед измерением пробы.

3.7. требования к подготовке пациента:

Пациенты должны быть информированы о заболевании, понимать причину их прогрессирования, знать на какой стадии находится заболевание в данный момент правильно оценивать риск для здоровья в случае отказа от лечения. Пациент должен понимать что хирургические вмешательства направлены для сохранения зрительных функций.

3.8. индикаторы эффективности процедуры или вмешательства:

Индикатором эффективности лечения являются уменьшение клинических симптомов заболевания, отсутствие осложнений.

4. Организационные аспекты протокола:

4.1. информация об отсутствии конфликта интересов: конфликта интересов – нет;

4.2. данные экспертов (специалистов республики и зарубежных стран): Комилов Холидбек Махаммаджанович – герой Узбекистана, профессор, д.м.н., заведующий кафедрой

офтальмологии центра развития профессиональной квалификации медицинских работников (ЦРПКМР) РУз.

4.3. *указание условий пересмотра протокола*: пересмотр протокола через 3 или 5 лет после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности;

4.4. *список использованной литературы*:

1. Leibowitz H.M. The red eye //N.Engl.Med. – 2000. – v.343(5). – P.345 – 351. [The red eye - PubMed \(nih.gov\)](#)
2. Нероев В.В., Вахова Е.С. Заболевания конъюнктивы // в кн.: Офтальмология. Национальное руководство/ Под редакцией Аветисова С.Э., Егорова Е.А., Мошетовой Л.К., Нероева В.В., Тахчиди Х.П., М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С.418. [Офтальмология \(mededtech.ru\)](#)
3. Сайдашева Э.И., Малиновская Н.А., Панчишена В.М. Инфекционно-воспалительные заболевания глаза и его придаточного аппарата в неонатальном возрасте // Учебное пособие для врачей – СПб: Изд. СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2018. – 40 с. [Инфекционно-воспалительные заболевания глаза и его придаточного аппарата в неонатальном возрасте \(2018\) — книга автора Сайдашева Эльвира Ирековна | НЭБ \[000199 000009 010023394\] \(rusneb.ru\)](#)
4. Арестова Н.Н., Катаргина Л.А., Яни Е.В. Конъюнктивиты и дакриоциститы у детей: клиническая характеристика, современные возможности лечения // Рос. педиатр. офтальмол. – 2016. – Т. 11. – №4. – С. 200-206. [Конъюнктивиты и дакриоциститы у детей: клиническая характеристика, современные возможности лечения - Арестова - Российская педиатрическая офтальмология \(rcsi.science\)](#)
5. Катаргина Л.А., Арестова Н.Н. Конъюнктивиты и дакриоциститы // в кн.: Неонатология. Национальное руководство / Под ред. акад. РАМН Н.Н. Володина, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 750-761. [Конъюнктивиты и дакриоциститы у детей: клиническая характеристика, современные возможности лечения – тема научной статьи по клинической медицине читайте бесплатно текст научно-исследовательской работы в электронной библиотеке КиберЛенинка \(cyberleninka.ru\)](#)
6. Biellory L. Allergic diseases of the eye //Med. Clin N. Am. – 2006. – Vol.59. – P.129 – 148. [Allergic diseases of the eye - PubMed \(nih.gov\)](#)
7. Cornea and external eye disease //Ed. T.Reinhard, F Larkin. – Springer, 2006. – 229p. [Cornea and External Eye Disease | SpringerLink](#)
8. Messmer E.M. Oculare allergien//Ophthalmologe. [\[Ocular allergies\] - PubMed \(nih.gov\)](#)
9. Ocular inflammatory disease //Ed. J.J. Kanski, C.E. Pavesio, S.J. Tuft. – Elsevier Mosby, 2006. – P, 38 – 42 31 [Ocular inflammatory disease : Kanski, Jack J : Free Download, Borrow, and Streaming : Internet Archive](#)
10. Lohr JA, Austin RD, Grossman M, Hayden GF, Knowlton GM, Dudley SM. Comparison of three topical antimicrobials for acute bacterial conjunctivitis. [Comparison of three topical antimicrobials for acute bacterial conjunctivitis - PubMed \(nih.gov\)](#)
11. Kaufman HE. Adenovirus advances: new diagnostic and therapeutic options.// Curr. Opin.Ophthalmol. [Adenovirus advances: new diagnostic and therapeutic options - PubMed \(nih.gov\)](#)
12. Owen CG, Shah A, Henshaw K, et al. Topical treatments for seasonal allergic conjunctivitis: systematic review and meta-analysis of efficacy and effectiveness. [Topical treatments for seasonal allergic conjunctivitis: systematic review and meta-analysis of efficacy and effectiveness - PubMed \(nih.gov\)](#)
13. H.E.Kaufman Ocular inflammatory disease. [OCULAR INFLAMMATORY DISEASE - PubMed \(nih.gov\)](#)

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ
ПО НОЗОЛОГИИ «КОНЪЮНКТИВИТ»**

2. Основная часть.

2.1. Введение:

Есть определенные правила, следование которым поможет избежать конъюнктивита, а в случае его возникновения — предупредить осложнения:

- соблюдать личную гигиену;
- избегать частых прикосновений к глазам, особенно невымытыми руками;
- пользоваться только своими предметами гигиены, постельными принадлежностями и т.д.;
- после посещения бассейна тщательно промывать глаза проточной, а лучше кипяченой охлажденной водой;

2.2. Определение – профилактики или реабилитации:

Профилактика – это комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и/или устранение факторов риска. Профилактическое здравоохранение (профилактическая медицина или профилактика) подразумевает под собой комплекс мер, направленных на предотвращение развития заболеваний, в отличие от их лечения болезней. Подобно тому, как здоровье охватывает различные физические и психические состояния, так и на болезнь и нетрудоспособность влияют факторы окружающей среды, генетическая предрасположенность, возбудители заболеваний и образ жизни. Профилактика заболеваний базируется на мероприятиях, которые могут быть классифицированы как первичные, вторичные и третичные меры профилактики.

Реабилитация определяется как «комплекс мероприятий, направленных на восстановление функциональных возможностей человека и снижение уровня инвалидности у лиц с нарушениями здоровья с учетом условий их проживания.

2.3. Виды профилактики или реабилитации:

Профилактика первичная – комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, общих для всего населения отдельных региональных, социальных, возрастных, профессиональных и иных групп и индивидуумов.

Первичная профилактика может включать в себя различные компоненты:

- 1) принятие мер по снижению влияния вредных факторов на организм человека (улучшение качества атмосферного воздуха, питьевой воды, структуры и качества питания, условий труда, быта и отдыха, уровня психосоциального стресса и других, влияющих на качество жизни), проведение экологического и санитарно-гигиенического скрининга;

Скрининг - если существуют методы скрининга в данной нозологии, необходимо указать какие методы необходимо использовать, подлежащий контингент, когда необходимо

проводить, где необходимо проводить скрининг и т.д. А также, кто будет проводить скрининг в данной нозологии (требования к компетенции медицинского работника).

2) формирование здорового образа жизни, в том числе:

- создание постоянно действующей информационно-пропагандистской системы, направленной на повышение уровня знаний всех категорий населения о влиянии всех негативных факторов на здоровье и возможностях его снижения;
- санитарно-гигиеническое воспитание;
- снижение распространенности курения и потребления табачных изделий, снижение потребления алкоголя, профилактика потребления наркотиков и наркотических средств;
- привлечение населения к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, повышение доступности этих видов оздоровления;

3) меры по предупреждению развития соматических и психических заболеваний и травм, том числе профессионально обусловленных, несчастных случаев, инвалидизации и смертности от неестественных причин, дорожно-транспортного травматизма и др.;

4) выявление в ходе проведения профилактических медицинских осмотров вредных для здоровья факторов, в том числе и поведенческого характера, для принятия мер по их устранению с целью снижения уровня факторов риска.

Виды осмотров:

- при приеме на работу или поступлении в учебное заведение;
- при приписке и призыве на воинскую службу;
- для экспертизы допуска к профессии, связанной с воздействием вредных и опасных производственных факторов либо с повышенной опасностью для окружающих;
- для раннего выявления социально-значимых заболеваний, таких как онкологические, сердечно-сосудистые, туберкулеза и др.;
- так называемых осмотров декретированных контингентов (работников общественного питания, торговли, детских учреждений и т. д.) с целью предупреждения распространения ряда заболеваний;

5) проведение иммунопрофилактики различных групп населения;

6) оздоровление лиц и контингентов населения, находящихся под воздействием неблагоприятных для здоровья факторов с применением мер медицинского и немедицинского характера.

Профилактика вторичная – комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических и психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных в обществе, снижения трудоспособности, в том числе инвалидизации и преждевременной смертности.

Вторичная профилактика включает в себя:

- 1) целевое санитарно-гигиеническое воспитание, в том числе индивидуальное и групповое консультирование, обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний;
- 2) проведение диспансерных медицинских осмотров с целью оценки динамики состояния здоровья, развития заболеваний для определения и проведения соответствующих оздоровительных и лечебных мероприятий;
- 3) проведение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления, в том числе лечебного питания, лечебной физкультуры, медицинского массажа и иных лечебно-профилактических методик оздоровления, санаторно-курортного лечения;
- 4) проведение медико-психологической адаптации к изменению ситуации в состоянии здоровья, формирование правильного восприятия и отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма;
- 5) проведение мероприятий государственного, экономического, медико-социального характера, направленных на снижение уровня влияния модифицируемых факторов риска, сохранение остаточной трудоспособности и возможности к адаптации в социальной среде, создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных и инвалидов (например: производство лечебного питания, реализация архитектурно-планировочных решений и создание соответствующих условий для лиц с ограниченными возможностями т. д.).

Третичная профилактика (реабилитация) – комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций, с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса. Например, медсестра может объяснить и расписать схему приема назначенных врачом препаратов, предложить форму дневника пациента для самоконтроля, объяснить, как надо подготовиться к предстоящей процедуре, объяснить содержание и цель концепции постоянного усовершенствования и т. д. Медсестра должна проводить работу с пациентом с учетом его состояния, менталитета, возраста, способностей, возможностей, желаний и интеллекта.

Профилактическое консультирование – это процесс информирования и обучения пациента для повышения его приверженности к выполнению врачебных назначений и формированию поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболевания (при отсутствии заболеваний) и осложнений заболеваний (при их наличии). Эти особенности принципиально отличают процесс профилактического консультирования от методов санитарного просвещения. Профилактическое консультирование должно носить адресный характер.

По форме проведения выделяют следующие варианты профилактического консультирования:

- 1) краткое профилактическое консультирование проводится участковым врачом или врачом общей практики (семейным) или фельдшером. Краткое профилактическое консультирование является обязательным компонентом диспансеризации и профилактического медицинского осмотра. Краткое профилактическое консультирование ограничено по времени (не более 10-15 мин), поэтому проведение его рекомендуется по четкой структурированной схеме (алгоритму);
- 2) углубленное индивидуальное профилактическое консультирование проводится специально обученным медицинским персоналом (врач, фельдшер) в кабинете (отделении) медицинской

профилактики. Углубленное профилактическое консультирование также имеет свой алгоритм, более расширенный, чем краткое профилактическое консультирование, по времени более продолжительно, чем краткое (около 20-30 мин), возможно также повторное консультирование для контроля и поддержания выполнения врачебных советов. Углубленное профилактическое консультирование является также обязательным компонентом диспансеризации у лиц II и III групп здоровья, проводится в кабинете (отделении) медицинской профилактики по направлению участкового врача;

3) групповое профилактическое консультирование (школа пациента) – это специальная организационная форма консультирования группы пациентов (цикл обучающих групповых занятий), выполняемая по определенным принципам, при соблюдении которых вероятность достижения стойкого позитивного эффекта в отношении оздоровления и изменения поведенческих факторов риска повышается, что неоднократно доказано при проспективных контролируемых наблюдениях. Групповое профилактическое консультирование включает несколько визитов (занятий) продолжительностью около 60 мин каждое, проводится обученным медицинским работником по специально разработанным и утвержденным программам обучения. Группы пациентов формируются по относительно однородным признакам (со сходным течением заболеваний и/или с факторами риска их развития).

4) принципы проведения общественных профилактических мероприятий и индивидуальной профилактики;

Индивидуальная профилактика включает меры по предупреждению болезней, сохранению и укреплению здоровья, осуществляемые самим человеком, и практически сводится к соблюдению норм здорового образа жизни.

Групповая профилактика подразумевает реализацию профилактических медицинских мероприятий в группе лиц (целевые группы), имеющих идентичные факторы риска заболеваний или сходные симптомы их проявления.

Общественная (популяционная) профилактика включает систему политических, социальных, экономических, законодательных, воспитательных, санитарно-технических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических медицинских мероприятий, планомерно проводимых государственными институтами и общественными организациями с целью обеспечения всестороннего развития физических и духовных сил граждан, устранения факторов, вредно действующих на здоровье населения.

Меры общественной профилактики направлены на обеспечение высокого уровня общественного здоровья, искоренение причин, порождающих болезни, создание оптимальных условий коллективной жизни, включая условия труда, отдыха, материальное обеспечение, жилищно-бытовые условия, расширение ассортимента продуктов питания и товаров народного потребления, а также развитие здравоохранения, образования и культуры, физической культуры. Эффективность мер общественной профилактики во многом зависит от сознательного отношения граждан к охране своего здоровья и здоровья других, от активного

участия населения в осуществлении профилактических мероприятий, от того, насколько полно каждый гражданин использует предоставляемые ему обществом

возможности для укрепления и сохранения здоровья.

Оптимально сочетание трех разных стратегий профилактики: популяционной, нацеленной на группы высокого риска и индивидуальной.

3.2. Методы и процедуры реабилитации:

- цель реабилитации пациентов после перенесенного конъюнктивита является:
- полное восстановление нарушенных функций органа зрения;
- поддержание функций органа зрения в процессе завершения остро развившегося патологического процесса;
- предупреждение, ранняя диагностика и коррекция возможных нарушений функций органа зрения;
- предупреждение и снижение степени возможной инвалидности;
- улучшение качества жизни;
- сохранение работоспособности пациента;
- социальная интеграция пациента в общество.

После того, как конъюнктивит был вылечен, может потребоваться некоторое время для полного восстановления глаза. В этот период реабилитации рекомендуется избегать переутомления глаза, дополнительно увлажнять глаза каплями, используя защитные очки на открытом воздухе и следовать указаниям врача.

4. Показания к проведению 3-х видов профилактики и к реабилитации (конкретизируются соответственно профилю): угроза распространения конъюнктивитов различной этиологии среди взрослого и детского населения, появление клинических симптомов, развитие заболевания и появление осложнений, после перенесенного конъюнктивита.

6. Этапы и объемы реабилитации

Реабилитация проводится в домашних условиях (при протекании заболевания без осложнений), на рабочем месте (при отсутствии осложнений). Лечение и реабилитация осложненных случаев должна проводиться в условиях дневного стационара поликлиник или стационарного лечения спец учреждений .

8. Тактика медицинской профилактики или реабилитации с указанием уровня:

1) основные профилактические или реабилитационные мероприятия с указанием уровня доказательности; целевое санитарно-гигиеническое воспитание, в том числе индивидуальное и

групповое консультирование, обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний;

Учить навыкам соблюдения личной гигиены в очагах заболевания: - избегать частых прикосновений к глазам, особенно невымытыми руками; - пользоваться только своими предметами гигиены, постельными принадлежностями и т.д.;

- повышать иммунитет, особенно в переходные сезоны: принимать витаминно-минеральные комплексы, перейти на здоровое питание, закаляться.

проведение диспансерных медицинских осмотров с целью оценки динамики состояния здоровья, развития заболеваний для определения и проведения соответствующих оздоровительных и лечебных мероприятий;

проведение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления, в том числе лечебного питания, лечебной физкультуры, медицинского массажа и иных лечебно-профилактических методик оздоровления, санаторно-курортного лечения;

проведение медико-психологической адаптации к изменению ситуации в состоянии здоровья, формирование правильного восприятия и отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма;

проведение мероприятий государственного, экономического, медико-социального характера, направленных на снижение уровня влияния модифицируемых факторов риска, сохранение остаточной трудоспособности и возможности к адаптации в социальной среде, создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных и инвалидов (например: производство лечебного питания, реализация архитектурно-планировочных решений и создание соответствующих условий для лиц с ограниченными возможностями т. д.).

2) дополнительные профилактические и реабилитационные мероприятия. Меры по уменьшению влияния вредных факторов на организм человека. Выполняются самими пациентами, контролируется и мониторируется родителями детей, медицинским персоналом учебных заведений, предприятий.

- не находиться или минимизировать нахождение пациента в местах, где низкое качество атмосферного воздуха, загрязнение его пылью, парами химических веществ, газами.

Не пользоваться неочищенной водой; после посещения бассейна тщательно промывать глаза проточной, а лучше кипяченой охлажденной водой.

Формирование здорового образа жизни:

Следить за структурой и качеством питания, избегать употребления продуктов, вызывающих сенсibilизацию организма.

Контролировать уровень психологического состояния, избегать стрессов, которые косвенно влияют на иммунитет обследуемого.

Стремиться к улучшению условий труда и отдыха и других факторов, влияющих на качество жизни.

соблюдать личную гигиену;

- избегать частых прикосновений к глазам, особенно невымытыми руками;

- пользоваться только своими предметами гигиены, постельными принадлежностями и т.д.;

- повышать иммунитет, особенно в переходные сезоны: принимать витаминно-минеральные комплексы, перейти на здоровое питание, закаляться

-привлечение населения к занятиям физической культурой, туризмом, спортом, повышение их доступности;

Проведение иммунопрофилактики (вакцинации) различных групп населения для исключения возникновения и распространения заболеваний, в том числе инфекционных и вирусных.

Проводится, контролируется и мониторируется медицинским персоналом учебных заведений, предприятий.

Выявление в ходе профилактических медицинских осмотров вредных для

здоровья факторов, в том числе поведенческого характера, принятие мер по их

устранению:

Оздоровление отдельных лиц и групп населения, находящихся под воздействием неблагоприятных для здоровья факторов с применением мер медицинского и немедицинского характера.

Индикаторы эффективности профилактических и реабилитационных мероприятий

(результаты реабилитации в соответствии с международными шкалами согласно

Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья).

5С	Рекомендуется проведение медицинской реабилитации пациентов с целью предотвращения развития осложнений, что может быть достигнуто диагностированием заболевания на начальной стадии и назначением лечения с его своевременной коррекцией в случае необходимости при регулярном диспансерном наблюдении врача-офтальмолога.
----	--

10. Организационные аспекты протокола:

10.1. информация об отсутствии конфликта интересов: конфликта интересов – нет;

10.2. данные экспертов (специалистов республики и зарубежных стран): Комилов Холидбек Махаммаджанович – герой Узбекистана, профессор, д.м.н., заведующий кафедры офтальмологии центра развития профессиональной квалификации медицинских работников (ЦРПКМР) РУз.

10.3. указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 или 5 лет после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности;

10.4. список использованной литературы:

1. Leibowitz H.M. The red eye //N.Engl.Med. – 2000. – v.343(5). – P.345 – 351. [The red eye - PubMed \(nih.gov\)](#)

2. Нероев В.В., Вахова Е.С. Заболевания конъюнктивы // в кн.: Офтальмология. Национальное руководство/ Под редакцией Аветисова С.Э., Егорова Е.А., Мошетовой Л.К., Нероева В.В., Тахчиди Х.П., М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – С.418. [Офтальмология \(mededtech.ru\)](http://mededtech.ru)
3. 7. Сайдашева Э.И., Малиновская Н.А., Панчишена В.М. Инфекционно-воспалительные заболевания глаза и его придаточного аппарата в неонатальном возрасте // Учебное пособие для врачей – СПб: Изд. СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2018. – 40 с. [Инфекционно-воспалительные заболевания глаза и его придаточного аппарата в неонатальном возрасте \(2018\) — книга автора Сайдашева Эльвира Ирековна | НЭБ \[000199 000009 010023394\] \(rusneb.ru\)](http://rusneb.ru)
4. Арестова Н.Н., Катаргина Л.А., Яни Е.В. Конъюнктивиты и дакриоциститы у детей: клиническая характеристика, современные возможности лечения // Рос. педиатр. офтальмол. – 2016. – Т. 11. – №4. – С. 200-206. [Конъюнктивиты и дакриоциститы у детей: клиническая характеристика, современные возможности лечения - Арестова - Российская педиатрическая офтальмология \(rcsi.science\)](http://rcsi.science)
5. Катаргина Л.А., Арестова Н.Н. Конъюнктивиты и дакриоциститы // в кн.: Неонатология. Национальное руководство / Под ред. акад. РАМН Н.Н. Володина, М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 750-761. [Конъюнктивиты и дакриоциститы у детей: клиническая характеристика, современные возможности лечения – тема научной статьи по клинической медицине читайте бесплатно текст научно-исследовательской работы в электронной библиотеке КиберЛенинка \(cyberleninka.ru\)](http://cyberleninka.ru)
6. Biellory L. Allergic diseases of the eye //Med. Clin N. Am. – 2006. – Vol.59. – P.129 – 148. [Allergic diseases of the eye - PubMed \(nih.gov\)](http://nih.gov)
7. Cornea and external eye disease //Ed. T.Reinhard, F Larkin. – Springer, 2006. – 229p. [Cornea and External Eye Disease | SpringerLink](http://SpringerLink)
8. Messmer E.M. Oculare allergien//Ophthalmologe. [\[Ocular allergies\] - PubMed \(nih.gov\)](http://nih.gov)
9. Ocular inflammatory disease //Ed. J.J. Kanski, C.E. Pavesio, S.J. Tuft. – Elsevier Mosby, 2006. – P, 38 – 42 31 [Ocular inflammatory disease : Kanski, Jack J : Free Download, Borrow, and Streaming : Internet Archive](http://Internet Archive)
10. Lohr JA, Austin RD, Grossman M, Hayden GF, Knowlton GM, Dudley SM. Comparison of three topical antimicrobials for acute bacterial conjunctivitis. [Comparison of three topical antimicrobials for acute bacterial conjunctivitis - PubMed \(nih.gov\)](http://nih.gov)
11. Kaufman HE. Adenovirus advances: new diagnostic and therapeutic options.// Curr. Opin.Ophthalmol. [Adenovirus advances: new diagnostic and therapeutic options - PubMed \(nih.gov\)](http://nih.gov)
12. Owen CG, Shah A, Henshaw K, et al. Topical treatments for seasonal allergic conjunctivitis: systematic review and meta-analysis of efficacy and effectiveness. [Topical treatments for seasonal allergic conjunctivitis: systematic review and meta-analysis of efficacy and effectiveness - PubMed \(nih.gov\)](http://nih.gov)
13. H.E.Kaufman Ocular inflammatory disease. [OCULAR INFLAMMATORY DISEASE - PubMed \(nih.gov\)](http://nih.gov)