

Клинические рекомендации – Конъюнктивиты – 2024-2025-2026 (18.09.2024) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N10, N10.0, N10.1, N10.2, N10.3, N10.4, N10.5, N10.8, N10.9, N11.8, R39.1

Год утверждения (частота пересмотра): 2024

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Пересмотр не позднее: 2026

ID: 629

По состоянию на 18.09.2024 на сайте МЗ РФ

Официально применяется с 01.01.2025 в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968

Разработчик клинической рекомендации

- Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов"
- Общероссийская общественная организация "Общество офтальмологов России"

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Список сокращений

АК – аллергический конъюнктивит

БК – бактериальный конъюнктивит

ВГД – внутриглазное давление

ВК – вирусный конъюнктивит

МКБ 10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра

НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты

СК – конъюнктивит при синдроме "сухого глаза"

ССГ – синдром сухого глаза

ХК – хламидийный конъюнктивит

** – данным знаком обозначается лекарственный препарат, который используется по показаниям согласно инструкции его применения

– данным знаком обозначается лекарственный препарат, который используется по показаниям, которые не входят в инструкцию по применению лекарственного препарата.

Термины и определения

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.

Конъюнквальная инъекция – пассивная дилатация конъюнктивальных сосудов

Фолликулы представляют собой желтовато-белые, дискретные, круглые возвышения конъюнктивы, образующиеся в результате лимфоцитарной реакции

Сосочки образуются в результате реактивной, опосредованной гистамином сосудистой реакции за счет отека и инфильтрации конъюнктивы полиморфоядерными гранулоцитами, лимфоцитами и плазматическими клетками.

Конъюнктивальные мембраны – фибринозный экссудат, который проник в поверхностные слои эпителия конъюнктивы

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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. [1-3].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

По этиологии конъюнктивиты делятся на следующие группы:

Инфекционный конъюнктивит:

- Бактериальный
- Вирусный
- Хламидийный

Неинфекционный конъюнктивит:

- Аллергический
- Конъюнктивит при синдроме "сухого глаза"
- Конъюнктивит неуточненный
- Другие уточненные болезни конъюнктивы

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 [1-4].

Вирусный конъюнктивит (ВК) – воспалительная реакция конъюнктивы развивается в результате внедрения вирусного агента и наиболее часто встречаемая клиническая форма протекает по типу эпидемического аденовирусного конъюнктивита [1, 2, 3, 5].

Хламидийный конъюнктивит (паратрахома) (ХК) – воспалительная реакция конъюнктивы развивается в результате воздействия на ткани глаза *Chlamydia trachomatis* [1, 2, 3, 6].

Аллергический конъюнктивит (АК) – воспалительная реакция конъюнктивы развивается в результате воздействия на ткани глаза различных аллергенов [1, 2, 3, 7].

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 [1, 2, 3, 8].

Конъюнктивит у новорожденного – любой конъюнктивит с отделяемым, возникающий в первые 28 дней жизни ребенка.

По типу течения:

- Острый конъюнктивит
- Хронический конъюнктивит

Патогенез острого конъюнктивита. Острая воспалительная реакция,

характеризующаяся отеком различной степени выраженности, возникающим при транссудации и экссудации белка и клеток плазмы конъюнктивальных капилляров в интерстициальное пространство соединительной ткани, дилатацией конъюнктивальных сосудов с развитием инъекции различной степени выраженности. [1-9].

Патогенез хронического конъюнктивита. Хронический конъюнктивит характеризуется патологическими изменениями структуры и морфологии эпителиальных клеток, изменением количества бокаловидных клеток, развитием эпителиальной гиперплазии и метаплазии, ксероза, лимфоцитарной и плазмоцитарной инфильтрации. Субэпителиальные изменения носят характер реактивной лимфоидной гиперплазии [1-9].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Конъюнктивиты находятся в числе наиболее широко распространенных заболеваний глаз, по данным РОССТАТа в РФ в 2023 г. было зарегистрировано 926459 случаев данного заболевания среди взрослого населения и 404112 случаев среди детей.

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

Конъюнктивит Н10

Н10.0 – слизисто-гнойный конъюнктивит

Н10.1 – острый атопический конъюнктивит

Н10.2 – другие острые конъюнктивиты

Н10.3 – острый конъюнктивит неуточненный

Н10.4 – хронический конъюнктивит

Н10.5 – блефароконъюнктивит

Н10.8 – другие конъюнктивиты

Н10.9 – конъюнктивит неуточненный

Н11.8 – другие уточненные болезни конъюнктивы

Р39.1 – конъюнктивит у новорожденного

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Конъюнктивиты классифицируют по этиологии и типу течения [1-7].

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Клинические проявления конъюнктивита зависят от этиологии заболевания [1-7].

Жалобы: пациенты с конъюнктивитами могут предъявлять жалобы на покраснение и отек век, покраснение глаз, отделяемое различного характера, слезотечение, зуд, жжение, ощущение "песка" в глазах. При инфекционном конъюнктивите основная жалоба на отделяемое и слезотечение. При неинфекционном конъюнктивите – на зуд, жжение, ощущение "песка" в глазах. Дети с конъюнктивитами часто жалоб не предъявляют, по особенностям поведения (трут глаза, слезотечение, частые мигательные движения и др.) на проявление симптомов обращают внимание родители.

Клинические признаки конъюнктивита:

Общие неспецифические клинические признаки конъюнктивита:

- отек и гиперемия век.
- конъюнктивальная или смешанная инъекция.
- отек конъюнктивы различной степени выраженности.
- фолликулярная реакция конъюнктивы.
- сосочковая реакция конъюнктивы.
- отделяемое различного характера (серозное, слизистое, слизисто-гнойное, гнойное)

Специфические клинические признаки конъюнктивита:

Инфекционный конъюнктивит:

Бактериальный конъюнктивит (БК) – возникает при первичном инфицировании конъюнктивы глаза бактериальным возбудителем. Может сопровождаться заболеваниями кожи, носоглотки, синуситом, отитом и др. органов, а также на фоне хронического блефарита, синдрома "сухого глаза", поражения слезоотводящих путей. Характерным признаком является гнойное отделяемое. [1-4].

Гонококковый конъюнктивит (гонобленнорея, конъюнктивит бленнорейный).

Конъюнктивит, вызванный гонококком, развивается молниеносно, протекает агрессивно, с обильным гнойным отделяемым цвета "мясных помоев", выраженным химозом и отеком век. Высокий риск поражения роговицы от язвы роговицы до гибели глаза [1, 2, 3, 10].

Вирусный конъюнктивит (ВК). Острый вирусный конъюнктивит возникает при первичном инфицировании конъюнктивы глаза вирусными агентами. – ВК бывает спорадическим или с эпидемическими вспышками.

Характерным признаком ВК является болезненная регионарная лимфаденопатия, фолликулярная реакция конъюнктивы, мембраны, субконъюнктивальные кровоизлияния различного размера (от точечных до разлитых) [1, 2, 3, 5].

Неинфекционный конъюнктивит:

Аллергический и аутоиммунный конъюнктивит (АК) – воспалительная реакция конъюнктивы на воздействие аллергенов или иммунных комплексов. Развивается как следствие IgE-опосредованной аллергии, бывает сезонной, круглогодичной.

Наиболее частые формы АК:

- поллинозные конъюнктивиты
- хронический круглогодичный аллергический конъюнктивит [1, 2, 3, 7].

Поллинозный конъюнктивит – возбудитель – пыльца трав, злаковых, деревьев. Конкретное время обострения. Характерные признаки – зуд, отек век, конъюнктивы, фолликулярная реакция. [2, 3, 7, 14].

Хронический круглогодичный аллергический конъюнктивит – хроническое воспаление конъюнктивы с минимальными клиническими проявлениями, но упорными жалобами на жжение, отделяемое, зуд век. Основные причины – домашняя пыль, средства бытовой химии, перхоть и шерсть животных, перо, пух, пищевые продукты.

Лекарственный конъюнктивит – воспаление конъюнктивы, возникающее реакция гиперчувствительности на воздействие лекарственных средств при местном, реже при системном применении. Возникает на лекарственные средства, консервант глазных капель или лекарственную основу. Имеет острое или хроническое течение. Характерный признак – более выраженная инъекция конъюнктивы в месте контакта с лекарственным препаратом. [1, 2, 3, 12].

Конъюнктивит при синдроме "сухого глаза" – поражение конъюнктивы, вызванное потерей гомеостаза слезной пленки и сопровождающееся симптомами, в развитии которых этиологическую роль играют нестабильность, гиперосмолярность слезной пленки, воспаление и повреждение глазной поверхности, а также нейросенсорные изменения. Характерные жалобы – ощущение песка, инородного тела, дискомфорт, быстрая утомляемость, колебание остроты зрения (имеется несоответствие жалоб пациента и тяжести клинической картины).

Характерная клиническая картина – отек бульбарной конъюнктивы с формированием горизонтальных конъюнктивальных складок, слизистое или слизисто-нитчатое отделяемое в нижнем конъюнктивальном своде [1, 2, 3, 8].

Крупнопаяльный конъюнктивит возникает на фоне длительного контакта с инородным телом (МКЛ, глазные протезы, швы и др.). Характерные клинические признаки – крупные или гигантские – диаметром 1 мм и более – сосочки на тарзальной части конъюнктивы верхнего века. Не характерны зуд, поражение лимба, наличие других аллергических реакций [1, 2, 3, 12].

Другие уточненные болезни конъюнктивы – включает атрофию конъюнктивы, атрофию конъюнктивы старческую, гипертрофию конъюнктивы лимфоидную, лимфангиэктазию конъюнктивы и псевдоптеригиум [1, 2, 3, 8].

Осложнения конъюнктивитов

Частота развития и структура осложнений конъюнктивитов зависят от этиологической формы, длительности и тяжести течения, адекватности диагностики и лечения.

Возможными осложнениями конъюнктивитов являются:

- рубцовые изменения конъюнктивы;
- кератит;
- язва роговицы;
- энтропион, эктропион, трихиаз, симблефарон.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления диагноза конъюнктивит включают:

- анализ жалоб и анамнеза заболевания;
- данные офтальмологического осмотра;
- результаты лабораторных диагностических исследований;
- результаты инструментальных диагностических исследований;

2.1. Жалобы и анамнез

- Рекомендуется сбор анамнеза и жалоб всем пациентам с конъюнктивитами для установления или уточнения диагноза [1, 2, 3].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии:

1. Жалобы на покраснение и отек век, покраснение глаз, отделяемое различного характера, слезотечение, зуд, жжение, ощущение "песка" в глазах и т.д. При инфекционном конъюнктивите основная жалоба на отделяемое и слезотечение. При неинфекционном конъюнктивите – на зуд, жжение, ощущение "песка" в глазах. Дети с конъюнктивитами часто жалоб не предъявляют, по особенностям поведения (трут глаза, слезотечение, частые мигательные движения и др.) на проявление симптомов обращают внимание родители.

2. При опросе следует обращать внимание на характер начала и развития заболевания (остро или постепенно), наличие контакта с пациентами, страдающими острым конъюнктивитом или системным вирусным заболеванием, сезонность развития заболевания, ухудшение состояния при нахождении в агрессивных условиях (кондиционер, перелет в самолете, баня, сауна и др.), длительная работа за компьютером.

3. Наличие/отсутствие операций и травм органа зрения.

4. Аллергоанамнез. Для детей – и/или аллергоанамнез родителей.

5. Следует уточнить наличие общих заболеваний, установленных специалистами.

2.2. Физикальное обследование

Физикальное обследование не показано. Рекомендовано проведение пальпации околоушных и подчелюстных лимфоузлов у пациентов с подозрением на инфекционный конъюнктивит.

- Рекомендуется направлять к профильным специалистам (врач-ревматолог, врач-дерматолог, врач-аллерголог, врач-пульмонолог, врач-терапевт, врач-педиатр, врач-гематолог, врач-оториноларинголог, врач-уролог, врач-гинеколог) пациентов с конъюнктивитами и подозрением или установленными сопутствующими системными и синдромными заболеваниями с целью уточнения диагноза и/или активности системных и синдромных заболеваний, что важно для дальнейшей тактики лечения пациента [1-3].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: выбор профиля специалиста определяется в зависимости от предполагаемого или наличия у пациента системного или синдромного заболевания и риска системных осложнений.

2.3. Лабораторные диагностические исследования

Назначение дополнительных методов лабораторной диагностики проводится с целью уточнения диагноза, выявления системных и синдромных заболеваний, ассоциированных с конъюнктивитом, что важно для дальнейшей тактики лечения пациента. Решение о выборе и назначении дополнительных лабораторных методов исследования принимается по результатам базового обследования врачом-офтальмологом и/или специалистами другого профиля (врач-ревматолог, врач-дерматолог, врач-аллерголог, врач-пульмонолог, врач-терапевт, врач-педиатр, врач-гематолог, врач-оториноларинголог, врач-уролог, врач-гинеколог).

Комментарии: По решению врача-офтальмолога может быть назначено дополнительное лабораторное исследование:

1. Проведение микробиологического исследования мазка содержимого конъюнктивальной полости.

2. Цитологическое исследование соскоба с конъюнктивы.

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

2.4. Инструментальные диагностические исследования

На этапе постановки диагноза и повторных обследований:

- Рекомендуется визометрия всем пациентам с конъюнктивитом с целью выявления снижения остроты зрения и возможности ее коррекции после выздоровления [1-3].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуются наружный осмотр глаза всем пациентам с конъюнктивитом с целью выявления изменений кожи лица, век, наличия отеков, асимметрий, сопутствующих конъюнктивиту [2-8, 10].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуются биомикроскопия переднего отдела глаза всем пациентам с конъюнктивитом с целью выявления признаков воспаления, дегенеративных изменений и/или наличия осложнений конъюнктивита в переднем отделе глаза [1-3].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуются офтальмотонометрия пациентам с конъюнктивитом с подозрением на отклонение ВГД от нормы (гипотония, офтальмогипертензия) [1-3].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

2.5. Иные диагностические исследования

- Рекомендуются постановка теста Ширмера для определения показателя слезопродукции.

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5) [2, 3, 8]

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1. Консервативное лечение

Цель лечения – элиминация возбудителя, купирование активного воспаления на основе локального и системного применения лекарственных препаратов, достижение клинического выздоровления и/или длительной, желательно нефармакологической ремиссии, сохранение зрительных функций.

Тактика лечения определяется этиологией воспалительного процесса, риском развития осложнений конъюнктивита и снижения зрительных функций, наличием ассоциированной системной и синдромной патологии и сопутствующих заболеваний.

Лечение конъюнктивита осуществляется врачом-офтальмологом, при наличии ассоциированного системного или синдромного заболевания – в тесном контакте с профильными специалистами (врачом-ревматологом, врачом-дерматологом, врачом-аллергологом, врачом-гинекологом, врачом-урологом и др.).

Врач-офтальмолог проводит местную терапию, определяет показания к назначению и коррекции системного лечения, осуществляет контроль за развитием возможных локальных и системных осложнений терапии в случаях отсутствия системного заболевания.

Специалисты общего профиля, в соответствии с установленными этиологическими причинами, проводят терапию в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по лечению основного заболевания, осуществляют мониторинг соматического состояния пациентов и нежелательных явлений системной терапии.

Пациенты (родители пациентов) должны быть проинформированы о достоинствах и возможных побочных эффектах терапии.

- Рекомендуются назначение S01A – противомикробные препараты: S01AE фторхинолоны (офлоксацин** в соответствии с инструкцией применяется у детей с 1 года, ципрофлоксацин** в соответствии с инструкцией применяется у детей с 0,

левофлоксацин** в соответствии с инструкцией применяется применяется у детей с 1 года, моксифлоксацин** в соответствии с инструкцией применяется применяется у детей с 1 года); S01AA антибиотики (нетилмицин в соответствии с инструкцией применяется применяется у детей с 3 лет; в тобрамицин соответствии с инструкцией применяется применяется у детей с 2 мес.); S01AA Антибиотики (тетрациклин в соответствии с инструкцией применяется применяется у детей с 8 лет); S01AA Антибиотики (эритромицин в соответствии с инструкцией применяется применяется у детей с 0); хлорамфеникол в соответствии с инструкцией применяется применяется у детей с 4 недель от рождения; S01AA20 Антибиотики в комбинациях с другими средствами (Колистемитат натрия + Ролитетрациклин + Хлорамфеникол в соответствии с инструкцией применяется применяется у детей с 8 лет) пациентам с инфекционным конъюнктивитом (бактериальным, хламидийным) или при подозрении/профилактике вторичной бактериальной инфекции при конъюнктивите другой этиологии с антибактериальной целью [1-4, 13-25].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: местная терапия антибиотиками рекомендуется в качестве этиотропной терапии для лечения инфекционного конъюнктивита (бактериального, хламидийного) или при подозрении/профилактике вторичной бактериальной инфекции при конъюнктивите другой этиологии с антибактериальной целью

Сведения о способе применения лекарственного препарата, дозе и длительности его приема: офлоксацин** по 1-2 капли раз в 4-6 часов, ципрофлоксацин** по 1-2 капли раз в 4 часа, левофлоксацин** по 1-2 капли каждые 2 часа до 8 раз в сутки, моксифлоксацин** по 1 капле 3 раза в день. Курс лечения может продолжаться 5-10 дней [5, 85].

Сведения о способе применения лекарственного препарата, дозе и длительности его приема: нетилмицин по 1-2 капли 3 раза в сутки, тобрамицин** по 1-2 кап. каждые 4 часа. Курс лечения может продолжаться 5-10 дней [17].

Сведения о способе применения лекарственного препарата дозе и длительности его приема: тетрациклин**, глазная мазь, по 0,5-1 см от 3-4 раза в день. Курс лечения может продолжаться 5-7 дней [17].

Сведения о способе применения лекарственного препарата эритромицин, глазная мазь, дозе и длительности его приема: по 0,5-1 см от раза в день, при хламидийном конъюнктивите – до 5-7 раз в день. Курс лечения может продолжаться 5-10 дней [17].

Сведения о способе применения лекарственного препарата хлорамфеникол, дозе и длительности его приема: по 1 капле каждые 3-4 раза в день. Курс лечения может продолжаться 5-10 дней [3, 4, 17].

Сведения о способе применения лекарственного препарата колистемитат натрия + тетрациклин + хлорамфеникол**, глазная мазь, дозе и длительности его приема: по 1-1,5 см от 3-4 раза в день. Курс лечения может продолжаться от 7-8 до 14 дней [3, 4, 17].

- Рекомендуется назначение противомикробных препаратов для местного применения S01AX – другие противомикробные препараты (пиклоксидин; бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний) взрослым пациентам с инфекционным конъюнктивитом (бактериальным, хламидийным) или при подозрении/профилактике вторичной бактериальной инфекции при конъюнктивите другой этиологии с антибактериальной целью [28].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: местная антисептическая терапия рекомендуется в качестве этиотропной терапии для лечения инфекционного конъюнктивита (бактериального, хламидийного) или при подозрении/профилактике вторичной бактериальной инфекции при конъюнктивите другой этиологии с антисептической целью.

Сведения о способе применения лекарственного препарата пиклоксидин, дозе и

длительности его приема: по 1 капле от 2 до 6 раз/сут для взрослых и по 1 кап 6 раз/сут для детей. Курс лечения может продолжаться 10 дней [3, 16, 27].

Сведения о способе применения лекарственного препарата бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний, дозе и длительности его приема: инстилляцией по 1-2 капле 4-6 раз/сут. Курс лечения может продолжаться 5-14 дней [3, 16, 26, 27].

- Рекомендуется назначение противовирусных препаратов (S01AD противовирусные препараты) (интерферон альфа-2b+дифенгидрамин) пациентам с инфекционным конъюнктивитом (вирусным) с противовирусной целью [3, 28, 29, 30].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: местная противовирусная терапия рекомендуется в качестве этиотропной терапии для лечения инфекционного конъюнктивита (вирусного) с противовирусной целью.

Сведения о способе применения лекарственного препарата интерферон альфа-2b+дифенгидрамин, дозе и длительности его приема: по 1-2 капле 6-8 раз/сут. По мере купирования воспалительного процесса число инстилляций снижается до 2-3 раз/сут. Курс лечения – до исчезновения симптомов заболевания [3, 28, 29].

- Рекомендуется назначение противовирусных препаратов (S03D другие препараты для лечения заболеваний глаз и уха) (аминобензойная кислота) пациентам с инфекционным конъюнктивитом (вирусным) с противовирусной целью [3, 28, 29, 30].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: местная противовирусная терапия рекомендуется в качестве этиотропной терапии для лечения инфекционного конъюнктивита (вирусного) с противовирусной целью.

Сведения о способе применения лекарственного препарата аминобензойная кислота, дозе и длительности его приема: по 1-2 капле 6-8 раз/сут. Курс лечения – до исчезновения симптомов заболевания. После клинического выздоровления продолжать инстилляцией по 2 капле 3 раз/сут. Курс лечения – 7 дней [31].

- Рекомендуется назначение местных иммуностимуляторов (L03AX другие иммуностимуляторы) (дезоксирибонуклеат натрия) пациентам с инфекционным конъюнктивитом (вирусным) с иммуностимулирующей целью [31, 32]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: местная иммуностимулирующая терапия рекомендуется в качестве этиотропной терапии для лечения инфекционного конъюнктивита (вирусного) с целью активизации противовирусного иммунитета.

Сведения о способе применения лекарственного препарата дезоксирибонуклеат натрия, дозе и длительности его приема: по 1-2 капле 2-3 раз/сут. Курс лечения – 14-45 дней [31, 32].

- Рекомендуется назначение противоаллергических препаратов (S01GX другие противоаллергические препараты) (олопатадин 0,1%; 0,2%; эпинастин в соответствии с инструкцией применяется у детей с 12 лет; кромоглициевая кислота в соответствии с инструкцией применяется у детей с 2 лет (с осторожностью), с 4 лет) пациентам с неинфекционным конъюнктивитом (аллергическим) или при подозрении на аллергическую реакцию при конъюнктивите другой этиологии с противоаллергической целью [35; 37].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: Местная противоаллергическая терапия является этиотропным лечением у пациентов с неинфекционным конъюнктивитом (аллергическим) или при подозрении на аллергическую реакцию при конъюнктивите другой этиологии с противоаллергической целью.

Сведения о способе применения лекарственного препарата олопатадин 0,1%; 0,2%, дозе и длительности его приема: по 1 капле 2 раз/сут с интервалом 8 час. Курс лечения – 14-45 дней [36, 37].

Сведения о способе применения лекарственного препарата эпинастин, дозе и длительности его приема: по 1 капле 2 раз/сут. Курс лечения – до исчезновения клинических симптомов конъюнктивита, не более 8 недель. [38].

Сведения о способе применения лекарственного препарата кромоглициевая кислота, дозе и длительности его приема: по 1 капле 4 раз/сут. Курс лечения – до исчезновения клинических симптомов конъюнктивита. [35-38].

- Рекомендуется назначение деконгестантов и противоаллергических средств, применяемых в офтальмологии (S01GA Симпатомиметики, используемые в качестве деконгестантов) (дифенгидрамин + нафазолин в соответствии с инструкцией применяется у детей с 2 лет) пациентам с неинфекционным конъюнктивитом (аллергическим) или при подозрении на аллергическую реакцию при конъюнктивите другой этиологии с противоаллергической целью [39].

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарии: Местная противоаллергическая терапия является этиотропным лечением у пациентов с неинфекционным конъюнктивитом (аллергическим) или при подозрении на аллергическую реакцию при конъюнктивите другой этиологии с противоаллергической целью. Сведения о способе применения лекарственного препарата дифенгидрамин + нафазолин, дозе и длительности его приема: при явлениях аллергического конъюнктивита по 1-2 капле раз в 6-8 час. до исчезновения клинических симптомов. При сохранении симптомов более 72 часов следует прекратить применение препарата [39].

- Рекомендуется назначение глюкокортикостероидов для местного применения (S01BA Кортикостероиды) (дексаметазон 0,1%, гидрокортизон** 0,5%, 1%, 2,5% глазная мазь, фторметолон 0,1%, глазные капли в соответствии с инструкцией применяются у детей с 2 лет) пациентам с неинфекционным конъюнктивитом (аллергическим) или при выраженной воспалительной реакции в подостром периоде инфекционного конъюнктивита с противоаллергической и противовоспалительной целью [2, 31, 40, 41]

Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Местная противоаллергическая и противовоспалительная терапия является этиотропным лечением у пациентов с неинфекционным конъюнктивитом (аллергическим) или при подозрении на аллергическую реакцию при конъюнктивите другой этиологии с противоаллергической целью, а также при выраженной воспалительной реакции при конъюнктивитах другой этиологии.

Сведения о способе применения лекарственного препарата дексаметазон 0,1%, дозе и длительности его приема: по 1 кап 3-5 раз/сут до исчезновения клинических симптомов. Курс лечения – не более 3 недель [2, 31, 40, 41]

Сведения о способе применения лекарственного препарата гидрокортизон** 0,5%, 1%, 2,5%, глазная мазь, дозе и длительности его приема: в конъюнктивальный мешок вводят 1 см 2-3 раза в день. Курс лечения – не более 3 недель. [2, 31, 40, 41].

Сведения о способе применения лекарственного препарата фторметолон 0,1%, дозе и длительности его приема: по 1-2 кап 2-4 раза в день до исчезновения клинических симптомов. Курс лечения – не более 3 недель [2, 31, 40, 41].

При использовании глюкокортикостероидов для местного применения необходим контроль внутриглазного давления с целью профилактики его повышения и контроль состояния переднего отдела глаза с целью избежания развития осложнений [2, 31, 40, 41].

- Рекомендуется назначение в виде глазных капель нестероидных

противовоспалительных препаратов (S01BC НПВП) (диклофенак** 0,1%, бромфенак 0,09%, противопоказаны пациентам до 18 лет) взрослым пациентам с неинфекционным конъюнктивитом с противовоспалительной целью [2, 31, 42-45].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: местная терапия НПВП рекомендуется в качестве симптоматической терапии для лечения неинфекционного конъюнктивита при выраженных явлениях воспаления.

Сведения о способе применения лекарственного препарата диклофенак** 0,1%, дозе и длительности его приема: по 1 капле 3-4 раза/сут. Курс лечения может продолжаться от 1 до 2 недель [2, 31, 42-45].

Сведения о способе применения лекарственного препарата бромфенак 0,09%, дозе и длительности его приема: инстилляцией по 1 капле в 1-2 раза в день от 1 до 2 недель. [2, 31, 42-45]

- Рекомендуется назначение S01CA кортикостероиды и противомикробные средства в комбинациях (дексаметазон 0,1% + тобромицин 0,3% в соответствии с инструкцией применяется у детей старше 2 лет; дексаметазон 1 мг/мл + левофлоксацин 5 мг/мл; тобромицин 3 мг/мл + фторметолон 1 мг/мл), пациентам с неинфекционным конъюнктивитом с противовоспалительной и антибактериальной целью [2, 31, 46].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Инстилляцией глюкокортикостероидов в комбинациях с антибиотиками назначаются в качестве симптоматической терапии при неинфекционном конъюнктивите, сопровождающимся выраженным воспалительным процессом и присоединением или риском присоединения бактериальной флоры.

Сведения о способе применения лекарственного препарата дексаметазон 0,1% + тобромицин 0,3%, дозе и длительности его приема: инстилляцией по 1-2 капли раз в 4-6 час.; дексаметазон 0,1% + неомицин 3500 Ед; дексаметазон 0,1% + левофлоксацин 0,5%, дозе и длительности его приема: инстилляцией по 1-2 капли каждые 2 часа до 8 раз в сутки, затем по 1-2 капли 4 раза в сутки; фторметолон 0,1% + тобромицин 0,3%, дозе и длительности его приема: инстилляцией по 1-2 капли каждые 4-6 часов. Курс лечения от 5 дней, не более 2-3 недель.

- Рекомендуется назначение кортикостероидов с умеренной активностью в комбинации с антибиотиками (D07CB) (дексаметазон 0,3 мг + гентамицин 5 мг, глазная мазь) пациентам с неинфекционным конъюнктивитом с противовоспалительной и антибактериальной целью. Применяется только у взрослых пациентов. [2, 31, 46].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Инстилляцией дексаметазона в комбинации с антибиотиками назначаются в качестве симптоматической терапии при неинфекционном конъюнктивите, сопровождающимся выраженным воспалительным процессом и/или присоединением или риском присоединения бактериальной флоры.

Сведения о способе применения лекарственного препарата дексаметазон 0,3 мг + гентамицин 5 мг, дозе и длительности его приема: глазная мазь – по 1 см от 2-3 раза/сут. Курс лечения от 5 дней, не более 2-3 недель [2, 31, 46].

При использовании глюкокортикостероидов для местного применения необходим контроль внутриглазного давления с целью профилактики его повышения и контроль состояния переднего отдела глаза с целью избежания развития осложнений [2, 31, 46].

- Рекомендуется назначение слезозаместительной терапии пациентам с неинфекционными конъюнктивитами и/или клиническими проявлениями синдрома "сухого глаза" с целью купирования его симптомов [8].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуются назначение S01XA – другие препараты, применяемые в офтальмологии иммунодепрессанта циклоsporин пациентам с синдромом "сухого глаза" с противовоспалительной целью при неэффективности слезозаместительной терапии [2, 31].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Инстилляцией циклоsporина назначаются в качестве этиотропной терапии при неинфекционном конъюнктивите (синдром "сухого глаза"), при неэффективности слезозаместительной терапии [2, 8, 31].

Сведения о способе применения лекарственного препарата циклоsporин, дозе и длительности его приема: глазные капли – инстилляцией по 1 капле 1-2 раза/сут. Курс лечения не менее 2 мес. [2, 8].

Комментарии: Назначение всех препаратов осуществляется с учетом возрастных ограничений согласно инструкции.

Хирургическое лечение

Не применяется.

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Не требуется.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- Рекомендуется соблюдение санитарно-гигиенического режима в целях профилактики конъюнктивита [3].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется профилактику инфекционных заболеваний глаз у новорожденных проводить во время первичного туалета новорожденного закладыванием за нижнее веко однократно тетрациклин** 1% (глазная мазь) полоска длиной от 0,5 до 1 см. [48-53].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Сведения о способе применения лекарственного препарата тетрациклин** мазь глазная 1% – закладывают за нижнее веко однократно в день [47-52].

Комментарии: первичная профилактика инфекционных заболеваний глаз у новорожденных, в первую очередь гонобленнореи, осуществляется в соответствии с Клиническими рекомендациями "Базовая медицинская помощь новорожденному в родильном зале и в послеродовом отделении" [47-52].

6. Организация оказания медицинской помощи

Плановая медицинская помощь осуществляется в амбулаторных условиях.

Этапы оказания медицинской помощи

1. амбулаторно-поликлиническая

Медицинские показания к госпитализации в медицинскую организацию

Не требуется.

Основания выписки пациента из медицинской организации: не требуется.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Прогноз течения конъюнктивита благоприятный, во многом определяется этиопатогенетической формой заболевания. Предикторами хорошего функционального прогноза являются легкое течение воспалительного процесса в глазу, а также своевременное назначение местной терапии.

Предикторами низкого функционального прогноза являются: тяжелое течение и развитие осложнений конъюнктивита, резистентность к проводимой терапии, длительное течение заболевания.

Критерии оценки качества медицинской помощи

N	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена визометрия	Да/Нет
2.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
4.	Выполнена офтальмотонометрия	Да/Нет
5.	Назначено консервативное лечение	Да/Нет
6.	Достигнуто клиническое выздоровление и/или длительная ремиссия	Да/Нет

Список литературы

1. Hashmi MF, Gurnani B. et al. Conjunctivitis. 2024 Jan 26.
2. David BenEzra Blepharitis and Conjunctivitis. Guidelines for diagnosis and treatment//Editonal glosa – 2006 – 248 p.
3. 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.
4. Pippin MM, Le JK. Bacterial Conjunctivitis. 2023 Aug 17.
5. Solano D, Fu L, Czyz CN. Viral Conjunctivitis. 2023 Aug 28.
6. Mohseni M, Sung S, Takov V. Chlamydia. 2023 Aug 8.
7. Baab S, Le PH, Gurnani B, Kinzer EE. Allergic Conjunctivitis. 2024 Jan 26.
8. Коллектив авторов. Синдром "сухого глаза" в клинических примерах: научно обоснованный подход к терапии. М: Изд-во "Офтальмология", 2020. – 104 с. ISBN 978-5-903624-54-6.
9. 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.
10. Costumbrado J, Ng DK, Ghassemzadeh S. Gonococcal Conjunctivitis. 2022 Sep 12.
11. Castillo M, Scott NW et al. Topical antihistamines and mast cell stabilisers for treating seasonal and perennial allergic conjunctivitis. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jun 1; 2015 (6): CD009566. doi: 10.1002/14651858.CD009566.
12. Messmer E.M. Oculare allergien//Ophthalmologe. – 2005. – N 5. – P. 527-543.
13. Graham DB, Tripp J. Ofloxacin. 2023 Jun 26.
14. Майчук Ю.Ф. Острый конъюнктивит//Consilium provisorum. – 2004. – N 2. – С. 22-24.
15. Ocular inflammatory disease//Ed. J.J. Kanski, C.E. Pavesio, S.J. Tuft. – Elsevier Mosby, 2006. – P. 38-42.

16. Майчук Ю.Ф. Алгоритмы терапии бактериальных конъюнктивитов и кератитов//Справочник поликлинического врача. – 2005. – N 4. – С. 73-76.
17. Sheikh A. et al. Antibiotics versus placebo for acute bacterial conjunctivitis//Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2012. – N. 9.
18. Sheikh A., Hurwitz B. Topical antibiotics for acute bacterial conjunctivitis: Cochrane systematic review and meta-analysis update//Br J Gen Pract. – 2005. – Т. 55. – N. 521. – С. 962-964.
19. Lohr JA, Austin RD, Grossman M, Hayden GF, Knowlton GM, Dudley SM. Comparison of three topical antimicrobials for acute bacterial conjunctivitis.//Pediatr Infect Dis J. – 1988. – v. 7(9). – P 626-629.
20. Adenis J.P. et al. Ciprofloxacin ophthalmic solution versus rifamycin ophthalmic solution for the treatment of conjunctivitis and blepharitis//European journal of ophthalmology. – 1995. – Т. 5. – N. 2. – С. 82-87.
21. Lichtenstein S.J. et al. Efficacy and safety of 0.5% levofloxacin ophthalmic solution for the treatment of bacterial conjunctivitis in pediatric patients//Journal of American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus. – 2003. – Т. 7. – N. 5. – С. 317-324.
22. Hwang D.G. et al. A phase III, placebo controlled clinical trial of 0.5% levofloxacin ophthalmic solution for the treatment of bacterial conjunctivitis//British journal of ophthalmology. – 2003. – Т. 87. – N. 8. – С. 1004-1009.
23. McDonald M.B. et al. Efficacy and safety of besifloxacin ophthalmic suspension 0.6% compared with moxifloxacin ophthalmic solution 0.5% for treating bacterial conjunctivitis//Ophthalmology. – 2009. – Т. 116. – N. 9. – С. 1615-1623. e1.
24. Protzko E. et al. Phase 3 safety comparisons for 1.0% azithromycin in polymeric mucoadhesive eye drops versus 0.3% tobramycin eye drops for bacterial conjunctivitis//Investigative ophthalmology & visual science. – 2007. – Т. 48. – N. 8. – С. 3425-3429
25. Егоров А.Е. Офлоксацин 0,3% глазные капли и мазь в современной терапии воспалительно-инфекционных заболеваний глаз (обзор литературы)//РМЖ. Клиническая офтальмология. – 2012. – Т. 13. – N. 3.
26. Астахов Ю.С. и др. Исследование переносимости и клинической эффективности препарата "Окомистин" в комбинации с препаратом "Офтальмоферон" в сравнении с монотерапией препаратом "Офтальмоферон" при лечении аденовирусных заболеваний глаз//Офтальмологические ведомости. – 2013. – Т. 6. – N. 4.
27. Рейтузов В.А. Применение Окомистина® для лечения и профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний глаз. Terra Medica. – 2010. – N. 4. С 20-23.
28. Майчук Ю.Ф. Острый конъюнктивит//Consilium provisorum. – 2004. – N 2. – С. 22-24
29. Майчук Ю.Ф. Офтальмоферон в офтальмологической практике//Окулист. – 2006. – N 3. – С. 4-6.
30. Яни Е.В., Позднякова В.В., Селиверстова К.Е. Эффективность противовирусного и иммуностропного препарата Интерферон-Офтальмо в терапии аденовирусных офтальмоинфекций. Российский офтальмологический журнал; Т. 16, N 1, С. 112-118
31. Руководство для практикующих врачей под редакцией Егорова Е.А. Рациональная фармакотерапия в офтальмологии. – М. – Из-во: "Литтера" 2004, 960 с
32. Корнеева А.В., Лоскутов И.А. Перспективы применения аминокислоты в офтальмологической практике. Медицинский совет. N 5 (2024)
33. Позднякова В.В., Вахова Е.С. Современная комплексная фармакотерапия аллергических заболеваний глаз//Эффективная фармакотерапия. – 2013. – N. 23. – С. 41-44.
34. Aguilar A.J. Comparative study of clinical efficacy and tolerance in seasonal allergic conjunctivitis management with 0.1% olopatadine hydrochloride versus 0.05% ketotifen fumarate//Acta Ophthalmologica Scandinavica. – 2000. – Т. 78. – С. 52-55.

35. Kam KW, Chen LJ, Wat N, Young AL. Topical Olopatadine in the Treatment of Allergic Conjunctivitis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ocul Immunol Inflamm.* 2017 Oct; 25(5): 663-677. Doi: 10.3109/09273948.2016.1158282.
36. Jha M, Moshirfar M. Epinastine. 2023 Jul 18.
37. Kam KW, Chen LJ, Wat N, Young AL. Topical Olopatadine in the Treatment of Allergic Conjunctivitis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ocul Immunol Inflamm.* 2017 Oct; 25(5): 663-677. doi: 10.3109/09273948.2016.1158282.
38. Castillo M, Scott NW, Mustafa MZ, Mustafa MS, Azuara-Blanco A. Topical antihistamines and mast cell stabilisers for treating seasonal and perennial allergic conjunctivitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Jun 1; 2015(6): CD009566. doi: 10.1002/14651858
39. Нафикова В.Г., Мальханов В.Б., Гумерова Е.И. Сравнительное изучение терапевтической эффективности Полинадима и Опатанола при монотерапии аллергических конъюнктивитов. Сборник научных трудов научно-практической конференции по офтальмохирургии с международным участием, Уфа – 2012. Под редакцией профессора М.М. Бикбова.
40. Holland EJ, Fingeret M, Mah FS. Use of Topical Steroids in Conjunctivitis: A Review of the Evidence. *Cornea.* 2019 Aug; 38(8): 1062-1067. doi: 10.1097/ICO.0000000000001982
41. Albietz J, Douglas I, Napper G. Ocular therapeutics. *Clin Exp Optom.* 2007 Mar; 90(2): 141-2. doi: 10.1111/j.1444-0938.2007.00126.x
42. Miyake-Kashima M., Takano Y., Tanaka M., Satake Y., Kawakita T., Dogru M., Asano-Kato N., Fukagawa K., Fujishima H. Comparison of 0.1% bromfenac sodium and 0.1% pemirolast potassium for the treatment of allergic conjunctivitis. *Jpn. J. Ophthalmol.* 2004; 48: 587-590. DOI: 10.1007/s10384-004-0127-2
43. Fujishima H., Fukagawa K., Takano Y., Tanaka M., Okamoto S., Miyazaki D., Yamada J., Fukushima A., Uchio E., Nakagawa Y. Comparison of efficacy of bromfenac sodium 0.1% ophthalmic solution and fluorometholone 0.02% ophthalmic suspension for the treatment of allergic conjunctivitis. *J. Ocul. Pharmacol. Ther.* 2009; 25(3): 265-270. DOI: 10.1089/jop.2008.0121
44. Матюхина Е.Н. Применение бромфенака в офтальмологической практике (обзор литературы). *Офтальмология.* 2021; 18(4): 784-790.
45. Максимов М.Л., Звегинцева А.А., Каннер И.Д., Лапкин Н.М. Возможности применения бромфенака в офтальмологической практике. *Клиническая офтальмология.* 2021; 21(4): 241-248. DOI: 10.32364/2311-7729-2021-21-4-241-248.
46. Zhao L, Sun YJ, Pan ZQ. Topical Steroids and Antibiotics for Adult Blepharokeratoconjunctivitis (BKC): A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *J Ophthalmol.* 2021 Jan 8; 2021: 3467620. doi: 10.1155/2021/3467620.
47. Хойт К.С., Тейлор Д. Детская офтальмология: в 2 томах//Пер. с англ. под общ. ред. Е.И. Сидоренко. М.: Изд. Панфилова, 2015. Т. 1. Раздел 3. Глава 12. Неонатальный конъюнктивит: С. 104-108.
48. Kapoor V., Evans J., Vedula S. Interventions for preventing ophthalmia neonatorum (Review)//*Cochrane Database Syst. Rev.* 2020. N 9. P. 1-237.
49. Kimberlin D.W. et al. Prevention of Neonatal Ophthalmia//Red Book. 31-st ed. 2018. P. 51.
50. American Medical Association. Ocular Prophylaxis for Gonococcal Ophthalmia Neonatorum//*JAMA.* 2019. Vol. 321, P. 39 – 398.
51. Приказ МЗ РФ от 05.05.2000 г. N 149 (пункт 4.3.12.) О внесении изменений и дополнений в приказ МЗ РФ от 26.11.97 n 345 "О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах"
52. Клинические рекомендации "Базовая медицинская помощь новорожденному в родильном зале и в послеродовом отделении", Министерство Здравоохранения Российской Федерации, 2015 год. Разработано при участии Межрегиональной организации "Ассоциация

неонатологов".

Приложение А1

Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Арестова Н.Н. д.м.н., ведущий научный сотрудник отдела патологии глаз у детей ФГБУ "НМИЦ ГБ им. Гельмгольца" Министерства Здравоохранения Российской Федерации, член ООО "Ассоциация врачей-офтальмологов", член ООО "Общество офтальмологов России".

2. Бржеский В.В. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой офтальмологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ, член ООО "Ассоциация врачей-офтальмологов", член ООО "Общество офтальмологов России".

3. Гришина Е.Е. д.м.н., профессор, профессор кафедры офтальмологии и оптометрии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, член ООО "Ассоциация врачей-офтальмологов", член ООО "Общество офтальмологов России".

4. Дроздова Е.А., д.м.н., доцент, профессор кафедры глазных болезней ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, член ООО "Ассоциация врачей-офтальмологов", член ООО "Общество офтальмологов России".

5. Каспарова Е.А. к.м.н., ведущий научный сотрудник отдела патологии оптических сред глаза ФГБНУ "НИИГБ", член ООО "Ассоциация врачей-офтальмологов", член ООО "Общество офтальмологов России".

6. Лебедев О.И. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой офтальмологии Омской государственной медицинской академии, член ООО "Ассоциация врачей-офтальмологов", член ООО "Общество офтальмологов России".

7. Майчук Д.Ю. д.м.н., заведующий отделом терапевтической офтальмологии ФГАУ "НМИЦ "МНТК "Микрохирургия глаза" им. акад. С.Н. Федорова" МЗ РФ

8. Маркова Е.Ю. д.м.н., заведующая отделом микрохирургии и функциональной реабилитации глаза у детей ФГАУ "НМИЦ "МНТК "Микрохирургия глаза" им. акад. С.Н. Федорова" МЗ РФ, член ООО "Ассоциация врачей-офтальмологов", член ООО "Общество офтальмологов России".

9. Обрубов А.С. к.м.н., доцент кафедры офтальмологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России; врач-офтальмолог стационара Московского городского офтальмологического центра ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина, член ООО "Ассоциация врачей-офтальмологов", член ООО "Общество офтальмологов России".

10. Панова И.Е., д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе СПб филиала ФГАУ "НМИЦ "МНТК "Микрохирургия глаза" им. акад. С.Н. Федорова" Минздрава РФ, член ООО "Ассоциация врачей-офтальмологов", член ООО "Общество офтальмологов России".

11. Половинкина Г.В. Врач-офтальмолог офтальмологического отделения СПб ГБУЗ ДЦ7; эксперт по контролю качества мед. помощи, оказываемой пациентам врачами отделения № 1 (патологии переднего отрезка глаза), член ООО "Ассоциация врачей-офтальмологов", член ООО "Общество офтальмологов России".

12. Рикс И.А. к.м.н., Заведующая Отделением Офтальмологии многопрофильной клиники "Наше здоровье", член ООО "Ассоциация врачей-офтальмологов", член ООО "Общество офтальмологов России".

13. Сайдашева Э.И. д.м.н., профессор кафедры офтальмологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ, главный детский офтальмолог МЗ РФ в СЗФО, член ООО

"Ассоциация врачей-офтальмологов", член ООО "Общество офтальмологов России".

14. Сафонова Т.Н. к.м.н., ведущий научный сотрудник ФГБНУ НИИ Глазных болезней им. М.М. Краснова, член ООО "Ассоциация врачей-офтальмологов", член ООО "Общество офтальмологов России".

15. Сенченко Н.Я. к.м.н., "Заслуженный врач РФ", главный врач глазных клиник доктора Беликовой, Москва, член ООО "Ассоциация врачей-офтальмологов", член ООО "Общество офтальмологов России".

16. Слонимский А.Ю. д.м.н., профессор, Московская Глазная Клиника, член ООО "Ассоциация врачей-офтальмологов", член ООО "Общество офтальмологов России".

17. Субботина И.Н. д.м.н., профессор. Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера, член ООО "Ассоциация врачей-офтальмологов", член ООО "Общество офтальмологов России".

18. Труфанов С.В. д.м.н., заместитель директора по научной работе многопрофильной клиники "Наше здоровье", член ООО "Ассоциация врачей-офтальмологов", член ООО "Общество офтальмологов России".

19. Чернакова Г.М. к.м.н., доцент, Заведующая консультативным отделением Московского городского офтальмологического центра ГБУЗ ГЛБ им. С.П. Боткина, член ООО "Ассоциация врачей-офтальмологов", член ООО "Общество офтальмологов России".

20. Чехова Т.А. к.м.н., Зав терапевтическим отделением Новосибирского филиала ФГАУ "НМИЦ МНТК "Микрохирургия глаза" им. акад. С.Н. Федорова" МЗ РФ, член ООО "Ассоциация врачей-офтальмологов", член ООО "Общество офтальмологов России".

21. Яни Е.В. к.м.н., начальник отдела инфекционных и аллергических заболеваний глаз ФГБУ "НМИЦ ГБ им. Гельмгольца" Министерства Здравоохранения Российской Федерации, член ООО "Ассоциация врачей-офтальмологов", член ООО "Общество офтальмологов России".

22. Янченко С.В. д.м.н., доцент, профессор кафедры офтальмологии БГМИ, врач высшей категории, член ООО "Ассоциация врачей-офтальмологов", член ООО "Общество офтальмологов России".

Конфликт интересов: отсутствует

Приложение А2

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

- Врачи-офтальмологи;
- Врачи общей практики (семейные врачи)

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств: поиск в электронных базах данных, анализ современных научных разработок по проблеме конъюнктивитов в России и за рубежом; обобщение практического опыта российских и зарубежных специалистов; библиотечные ресурсы. Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств: доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE, а также монографии и статьи в ведущих специализированных рецензируемых отечественных медицинских журналах по данной тематике. Глубина поиска составляла 10 лет. Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств: консенсус экспертов, оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референтным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные исследования с контролем референтным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа
3	Исследования без последовательного контроля референтным методом или исследования с референтным 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

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
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

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (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)

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

1. Актуальные инструкции к лекарственным препаратам, упоминаемым в данных клинических рекомендациях, можно найти на сайте <http://grls.rosminzdrav.ru>
2. Международная классификация болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра (МКБ-10). Всемирная организация здравоохранения.
3. Номенклатура медицинских услуг. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 октября 2017 г. N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг".
4. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323 ФЗ.
5. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты. Приказ Министерства здравоохранения России от 12.11.2012 N 902н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты".
6. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2020 год. Распоряжение Правительства РФ от 12.10.2019 N 2406-р (ред. от 26.04.2020) "Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2020 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи".

Приложение Б

Алгоритмы действий врача



Приложение В

Информация для пациента

Конъюнктивит – воспаление слизистой оболочки глаза – при отсутствии своевременной диагностики и лечения может приводить к вовлечению в процесс роговицы и снижению остроты зрения.

Конъюнктивиты – полиморфная группа заболеваний, причиной возникновения которых являются бактерии, вирусы, аллергические агенты и другие неинфекционные процессы.

Пациент с установленным инфекционным (вирусным) конъюнктивитом является источником инфекции, представляет опасность для окружающих и нуждается в изоляции.

Пациент должен быть информирован о возможных симптомах конъюнктивита и его осложнений, необходимости при их появлении срочного обращения к врачу-офтальмологу. Необходимо срочное обращение к врачу-офтальмологу при появлении любого из нижеперечисленных симптомов: светобоязнь, боль, снижение и/или затуманивание зрения, изменение цвета радужки, размеров и формы зрачка.

Необходимо строгое соблюдение всех назначений врача-офтальмолога и врачей

смежных специальностей (ревматолога, дерматолога, терапевта, педиатра, уролога, гинеколога и др).

Пациент должен владеть информацией о возможных побочных эффектах терапии, а также необходимости срочного обращения к врачу-офтальмологу (врачам смежных специальностей) при их развитии.

Приложение Г1-ГN

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента не используются.

Новые, изданные в 2020-2025 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.
