

Одобрен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «28» февраля 2019 года
Протокол №55

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БЛЕФАРИТ

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Название
H01	Другие воспаления век
H01.0	Блефарит
H 01.1	Неинфекционные дерматозы века
H 01.8	Другие воспаления века уточненные
H 01.9	Воспаление века неуточненное

1.2 Дата разработки/пересмотра протокола: 2014 год (пересмотр 2018 г.)

1.3. Сокращения, используемые в протоколе:

БП	–	бактериальный посев
ВОП	–	врач общей практики
ЖКТ	–	желудочно-кишечный тракт
СД	–	сахарный диабет
УФО	–	ультрафиолетовое облучение

1.4 Пользователи протокола: офтальмологи, врачи общей практики.

1.5 Категория пациентов: взрослые и дети.

1.6 Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
---	--

B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.

1.7 Определение: Блефарит – воспаление ресничного края век, имеющее хроническое течение [1,3].

1.8 Классификация

Клиническая классификация [1,2,4,5,6].

Стадии	По локализации	По этиологии
-простой	- Передний краевой	первичные (воспалительные), - вторичные (невоспалительные)
-чешуйчатый	- Задний краевой	первичные (воспалительные), - вторичные (невоспалительные)
-язвенный		

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ:

Жалобы:

- зуд различной степени выраженности,
- покраснение края век;
- жжение, отек век;
- чешуйки у корня ресниц;

- отделяемое из конъюнктивальной полости;
- ощущение инородного тела и слезотечение.

Анамнез:

- наличие сахарного диабета и другой эндокринной патологии ;
- наличие атопического, себорейного дерматита, акнерозацеа, экземы, демодекоза;
- наличие сопутствующей патологии ЖКТ;
- хронические рецидивирующие воспалительные процессы глазного яблока
- некорректированная или неправильно корректированная аметропия

Физикальные обследования: кожа краев век отечна, гиперемирована, возможны наличие чешуек, гнойных корочек у основания ресниц, пенистый секрет и отек конъюнктивы.

Лабораторные обследования: бактериологическое исследование отделяемого конъюнктивальной полости на микрофлору с определением чувствительности к антибиотикам, микроскопия ресниц на демодекоз.

Инструментальные исследования:

Визометрия:

- снижение остроты зрения

Биомикроскопия:

- оценка слезной пленки
- утолщение и гиперемия маргинального края век
- наличие чешуек у корня ресниц при чешуйчатом блефарите и корочек – при язвенном блефарите
- выпадение, неправильный рост ресниц
- отек и гиперемия конъюнктивы
- дефект эпителия роговицы

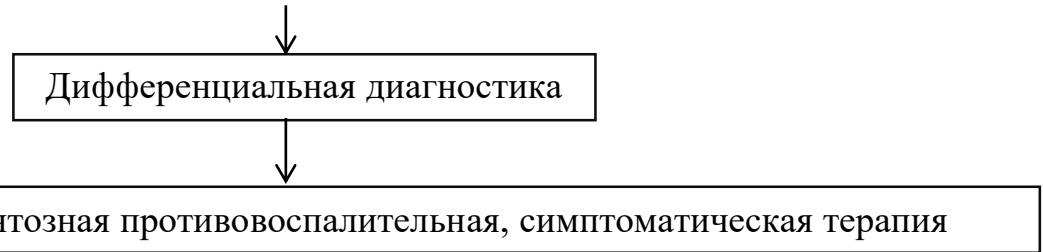
- **Рефрактометрия** – определение вида аметропии, для последующей коррекции.

Показания для консультации специалистов:

- эндокринолога – при наличии сахарного диабета и другой эндокринной патологии,
- гастроэнтеролога- при заболеваниях ЖКТ,
- дерматолога- при кожных заболеваниях.

2.1 Диагностический алгоритм:

Диагностика блефарита



Диагноз	Обоснование для диф. диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Карцинома века	1. устойчивость к проводимому лечению 2. наличие длительно существующего одностороннего блефарита	цитологическое исследование века	1.Процесс двусторонний 2. Отрицательный результат цитологического исследования.

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

3.1. Немедикаментозное лечение:

- Режим: III;
- Диета: Стол № 1, 5, 9- по показаниям.
- Влажные компрессы
- Коррекция аметропии

Другие виды лечения:

- массаж век при дисфункции мейбомиевых желез;
- физиотерапия (УВЧ терапия, магнитотерапия, электрофорез с растворами антибиотиков и витаминов, УФО, дарсонвализация);
- электролиз волоссяных луковиц при трихиазе (диатермокоагуляция).

3.2 Медикаментозная терапия:

- обработка краев век 1 % спиртовым раствором бриллиантового зеленого.
- закапывание в конъюнктивальную полость одного из растворов антибиотиков (0,25% раствор хлорамфеникола по 1 капле 3 раза в день, 0,3% тобрамицин по 1 капле 3 раза в день, 0,3% раствор гентамицина по 1 капле 3 раза в день, ципрофлоксацина 0,3% раствор по 1 капле 3 раза в день, левофлоксацина 0,5% раствор по 1 капле 3 раза в день, офлоксацин по 1 капле 3 раза в день).
- обработка краев век мазями, содержащими антисептические средства (глазная мазь 2% с биброкатолом), кортикостероиды, антибиотики и их комбинацию (0,5%, 1% гидрокортизоновая глазная мазь, 1% эритромициновая глазная мазь, тетрациклиновая глазная мазь, тобрамицин глазная мазь, офлоксацин глазная мазь, дексаметазон+ тобрамицин глазная мазь,

дексаметазон+неомицин+полимиксин глазная мазь – смазывания края век и закладывания за нижнее века 2 раза в день).

- метронидазол тб по 0,25г 2 раза в день в течении 10 дней. [5, стр.6]

Примечание:

Кортикостероиды при демодекозе не применяют, т.к. они снижают местный иммунитет и повышают численность клещей.

При развитии кератита – кортикостероиды противопоказаны.

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения)

Лекарственная группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Антисептический препарат	1% спиртовый раствор бриллиантового зеленого	Обработка краев век	УД – D
Антисептический препарат	2% глазная мазь биброкатол	Обработка краев век	УД – D
Противомикробный препарат для местного применения	Хлорамфеникола 0,25% раствор глазные капли	Инстилляции в конъюнктивальную полость	УД – С
Противомикробный препарат для местного применения	Гентамицин 0,3% раствор глазные капли	Инстилляции в конъюнктивальную полость	УД – С
Противомикробный препарат для местного применения	Тобрамицин 0,3% раствор глазные капли	Инстилляции в конъюнктивальную полость	УД – С
Противомикробный препарат для местного применения	Ципрофлоксацин 0,3% раствор глазные капли	Инстилляции в конъюнктивальную полость	УД – С
Противомикробный препарат для местного применения	Левофлоксацин 0,5% раствор глазные капли	Инстилляции в конъюнктивальную полость	УД – С
Противомикробный препарат для местного применения	Офлоксацин глазные капли	Инстилляции в конъюнктивальную полость	УД – С
Глюкокортикоиды для местного применения	Гидрокортизоновая глазная мазь, 0,5%, 1%	Смазывание краев век	УД – С

Примечание: Перечисленные противомикробные препараты могут быть применены при блефаритах, развившихся вследствие хронических конъюнктивитов или сопровождающимися таковыми.

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения)

Лекарственная группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Комбинированные препараты для местного применения	дексаметазон+ тобрамицин глазная мазь	Смазывание краев век	УД – С
Комбинированные препараты для местного применения	дексаметазон+неомицин+полимиксин глазная мазь	Смазывание краев век	УД – С
Противомикробный препарат для местного применения	Эритромициновая 1% глазная мазь	Смазывание краев век	УД – С
Противомикробный препарат для местного применения	Тетрациклиновая 1% глазная мазь	Смазывание краев век	УД – С
Противомикробный препарат для местного применения	Тобрамицин глазная мазь	Смазывание краев век	УД – С
Противомикробный препарат для местного применения	Офлоксацин глазная мазь	Смазывание краев век	УД – С
Противомикробный препарат	метронидазол	Per os	УД – С

3.3 Хирургическое вмешательство: нет.

3.4 Дальнейшее ведение пациента: обучают правильной и регулярной обработке века антисептическими растворами, нанесению мази, закапыванию капель, массажу век. При регулярном лечении прогноз благоприятный, однако течение заболевания – затяжное, с частыми рецидивами.

Профилактика: профилактические меры включают гигиену краев век, предупреждение развития инфекции переднего отрезка глаза, повышение общего иммунитета.

3.5 Индикаторы эффективности лечения:

- исчезновение симптомов: покраснения и отека краев век, зуда, жжения, ощущения инородного тела, слезотечения, чешуек и гнойных корочек у корня ресниц, отделяемого из конъюнктивальной полости.
- купирование воспалительных изменений век.
- повышение зрительных функций

4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ: нет.

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ: нет.

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

6.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

1. Дошаканова Асель Байдаuletovna – кандидат медицинских наук, врач-офтальмолог высшей квалификационной категории, старший преподаватель отдела последипломного образования АО "Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней".
2. Муравьева Любовь Анатольевна – врач-офтальмолог высшей квалификационной категории, зав. консультативно-реабилитационным отделением АО "Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней".
3. Ажигалиева Майра Наримановна- кандидат медицинских наук, врач-офтальмолог высшей квалификационной категории, врач консультативно-реабилитационного отделения АО "Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней".
4. Досжанова Бакыт Сагатовна- врач-офтальмолог высшей квалификационной категории, главный внештатный офтальмолог Жамбылской области, зам. директора Жамбылского областного офтальмологического центра.

6.2 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

6.3 Рецензенты: Утельбаева Зауреш Турсуновна – доктор медицинских наук, профессор кафедры офтальмологии АО «Национальный медицинский университет»

6.4 Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет после его публикации и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

6.5 Список использованной литературы:

- 1) В.И. Морозов, А.А.Яковлев, Фармакотерапия глазных болезней. 1989г «Медицина» 237с.
- 2) «Неотложная офтальмология» Под ред. Е.А.Егорова 2004г, «ГЭОТАР - Медиа» 182с.
- 3) В.И.Морозов, А.А.Яковлев «Фармакотерапия глазных болезней», 2004г «Медицина» 543с.
- 4) Г.И. Должич, Р.Р. Должич Офтальмология 2008г, «Феникс» 286с.
- 5) Л.К. Мошетова, А.П. Нестеров, Е.А.Егоров «Клинические рекомендации» Офтальмология 2006г. «ГЭОТАР - Медиа» 238с.
- 6) Джек Дж.Кански, Брэд Боулинг Атлас справочник. Офтальмология 2009г, «Мед. лит.» 177с.
- 7) Ю.С. Астахов, Г.В. Ангелопуло, О.А. Джалиашвили справочное пособие, Глазные болезни 2001г, «Спец. лит»240с.
- 8) Smith R.E. Flowers C.W Chronic blepharitis a review, 1995 – vol 21, №3 – p 200-207.