

Утверждено:

Общероссийская общественная

организация «Ассоциация

врачей-офтальмологов»

президент, академик РАН

Нероев В.В.



Утверждено:

Общероссийская общественная

организация «Общество офтальмологов России»

заместитель председателя, профессор

Моджаев Н.С.



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Воспалительные заболевания век

Кодирование по Международной
статистической классификации болезней и
проблем, связанных со здоровьем:

H00 Гордеолум и халазион
H00.0 Гордеолум и другие глубокие
воспаления век
H00.1 Халазион
H01 Другие воспаления век
H01.0 Блефарит
H01.1 Неинфекционные дерматозы
века
H01.8 Другие воспаления века
уточненные
H01.9 Воспаление века
неуточнённое

Возрастная группа: взрослые, дети

Год утверждения:

Разработчик клинических рекомендаций:

- Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов»
- Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России»

Оглавление

Оглавление2

Список сокращений4

Термины и определения5

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)6

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)6

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)6

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)7

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных с здоровьем7

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)7

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)8

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики11

2.1 Жалобы и анамнез11

2.2 Физикальное обследование12

2.3 Лабораторные диагностические исследования12

2.4 Инструментальные диагностические исследования12

2.5 Иные диагностические исследования13

2.6 Дифференциальная диагностика13

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения13

3.1 Консервативное лечение13

3.2 Хирургическое лечение17

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов17

5. 17

6. Организация оказания медицинской помощи17

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)18

8. Критерии оценки качества медицинской помощи18

Список 20

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций27

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций30

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата33

Приложение Б. Алгоритмы действия врача34

Приложение В. Информация для пациента35

Приложение Г1 - ГN. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.36

Список сокращений

АБ - аллергический блефарит

ББ - бактериальный блефарит

БКК - блефарокератоконъюнктивит

ДМЖ – дисфункция мейбомиевых желез

ЗБ - задний блефарит

МКБ-10 — международная классификация болезней 10-го пересмотра

НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты

ПБ - передний блефарит

ПзтБ - паразитарный блефарит

СБ - стафилококковый блефарит

СеББ – себорейный блефарит

ССГ – синдром «сухого глаза»

** – наименование лекарственного препарата выделяется двумя звездочками (**) в случае, если тезис-рекомендация относится к лекарственному препарату для медицинского применения, внесенному в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения

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

Термины и определения

Блефарит – воспалительный или инфекционный процесс края века, обычно затрагивающий кожу, ресницы и мейбомиевые железы и как правило, двусторонний.

Дисфункция мейбомиевой железы – хроническая диффузная патология мейбомиевых желез, обычно характеризующаяся закупоркой терминальных протоков и/или качественными/количественными изменениями секрета желез.

Халязион (Халазион) – острое или хроническое воспаление мейбомиевой железы, при ее окклюзии, которая ведет к обструктивному нарушению выделения мейбума из протоков. В настоящее время считается липогранулемой.

Гордеолум – острое воспаление сальной железы вокруг ресницы, как правило, бактериальной этиологии.

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

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Блефарит – воспалительный или инфекционный процесс края века, обычно затрагивающий кожу, ресницы и мейбомиевые железы и как правило, двусторонний [1;2].

Бактериальный блефарит (ББ) – основную роль в развитии ББ играют стафилококки и их экзотоксин, который принимает участие в реакции гиперчувствительности 3 типа. Довольно часто одновременно вовлекается роговица в виде появления краевых кератитов и периферических язв роговицы.

Паразитарный блефарит (ПзтБ) – роль эктопаразита демодекса в патогенезе хронического блефарита остается предметом дискуссий. Считается, что демодекс широко распространен, поражает фолликулы ресниц и сальные железы век. Также описаны протозойные инфекции, которые редки в РФ, включая лейшманиоз и трипаносомоз.

Аллергический блефарит (АБ) — воспаление век при атопическом, контактном дерматите, а также при синдроме Стивенса–Джонсона, болезни Лайелла и других.

Дисфункция мейбомиевой железы – хроническая диффузная патология мейбомиевых желез, обычно характеризующаяся закупоркой терминальных протоков и/или качественными/количественными изменениями секрета желез [1; 2;14].

Халязион (Халазион) – острое или хроническое воспаление мейбомиевой железы, при ее окклюзии, которая ведет к обструктивному нарушению выделения мейбума из протоков. В настоящее время считается липогранулемой [2;3].

Гордеолум – острое воспаление сальной железы вокруг ресницы, как правило, бактериальной этиологии [3].

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

ФАКТОРЫ РИСКА

- Наличие атопического, аллергического или себорейного дерматита
- Розацеа
- Дефицит слезопродукции и дисфункция слезных желез
- Использование контактных линз
- Изотретиноин, используемый для лечения тяжелых кистозных угрей
- Менее распространенные факторы риска включают основные иммунологические

нарушения, такие как волчанка, опухоли век, травмы и другие дерматозы.

ПАТОГЕНЕЗ

- Многофакторный:
 - Результат сложного взаимодействия между патологическими выделениями из края век, микроорганизмами края век и дисфункцией слезной пленки
- Инфекционный блефарит:
 - Бактерии, такие как стафилококк, могут вызывать прямое инфицирование век, вызвать реакцию на экзотоксин, или вызвать аллергическую реакцию на стафилококковые антигены.
- Воспалительный блефарит:
 - Воспаление мейбомиевых желез приводит к нарушению секреции желез и нестабильности слезной пленки. Это состояние может иметь прямой токсический эффект и способствует бактериальному росту.

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Блефариты входят в 14,4% прочих первичных заболеваний глаза и его придаточного аппарата по данным РОССТАТа в РФ в 2023 г среди взрослого населения и 14,29% случаев среди детей [3].

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

H00 Гордеолум и халазион

H00.0 Гордеолум и другие глубокие воспаления век

H00.1 Халазион

H01 Другие воспаления век

H01.0 Блефарит

H01.1 Неинфекционные дерматозы века

H01.8 Другие воспаления века уточненные

H01.9 Воспаление века неуточнённое

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Блефарит классифицируют по этиологии, анатомической локализации и типу течения.

По этиологии блефариты делятся на следующие группы:

Инфекционный блефарит:

- Бактериальный

- Паразитарный или грибковый
- Вирусный

Неинфекционный блефарит:

- Себорейный
- Аллергический
- Связанный с дисфункцией мейбомиевых желез (ДМЖ)
- Связанный с розацеа

Неуточненный блефарит

По анатомической локализации воспаления:

- **передний блефарит** – воспаление тканей века кпереди от анатомической серой линии по линии роста ресниц: кожа век, основание ресниц и ресничные фолликулы, например, стафилококковый (СБ) или себорейный (СеББ) блефарит [2;3;4;10;11;24].
- **задний блефарит** – воспаление тканей века после анатомической серой линии, например, дисфункция мейбомиевых желез [2;3;4;10;11;24].
- **смешанный блефарит** (передний и задний) [2;3;4;10;11;24].

По типу течения:

- Острый блефарит
- Хронический блефарит [1; 2; 4;10;11;24].

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

При всех типах блефарита наблюдается значительное совпадение симптомов.

Жалобы: на шелушение кожи век и образование корок на веках, покраснение края века, жжение и зуд век, раздражение, жжение, слипание век, нечеткость или неустойчивость зрения, непереносимость контактных линз, светобоязнь, учащенное моргание [5;6;15].

Для блефарита характерно ухудшение симптомов утром, в то время как ухудшение симптомов позже в течение дня характерно для синдрома «сухого глаза» с дефицитом влаги.

Клиническая картина: гиперемия и отек век, образование корочек и чешуек по краю века, корки могут покрывать изъязвления поверхности края век, сопровождающиеся микроабсцессами фолликулов и сальных желез, что приводит к образованию рубцов и васкуляризации края века, телеангиоэктазиям по краю век. Возможно выпадение ресниц и поражение роговицы, включая точечные эпителиальные эрозии в параоптической и

периферической зонах, краевые инфильтраты, а также васкуляризацию роговицы при рецидивирующем воспалительном процессе [4].

Блефарит с частыми рецидивами приводит к конъюнктивиту, синдрому «сухого глаза» и кератитам, а также может усугубить симптомы аллергических конъюнктивитов и дефицита слезной жидкости [10;11;12].

В педиатрической практике блефарит часто вызывает вторичный иммуноопосредованный кератит и конъюнктивит, поэтому спектр клинических проявлений был назван блефарокератоконъюнктивитом (БКК) [7; 8; 9; 10; 11; 26]. В литературе БКК также упоминается под такими названиями, как стафилококковый блефарокератит, кератоконъюнктивит, связанный с мейбомитом, детская глазная розацеа и фликтенулезный кератоконъюнктивит [9]. Снижение остроты зрения у ребенка может наблюдаться в более запущенных случаях с поражением роговицы, включая осложнения: неоваскуляризацию, рубцевание и изъязвление. Указанные осложнения потенциально могут способствовать развитию амблиопии. Рефракционная амблиопия возможна из-за индуцированного нерегулярного астигматизма в результате неоваскуляризации или рубцевания роговицы, а депривационная амблиопия возможна при плотных помутнениях роговицы [7;8; 9].

Осложнения блефаритов.

Осложнения блефаритов зависят от их клинической формы, длительности течения и терапии, а также от сопутствующих заболеваний (розацеа, себорея, атопический дерматит, псориаз). Осложнения блефаритов - мадароз, трихиаз, тилоз, полиоз, неправильное расположение слезных точек, рубцевание и васкуляризация роговицы, десцеметоцеле и перфорация роговицы [13;25].

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ АССОЦИИРОВАННЫЕ СОСТОЯНИЯ

- Себорейный дерматит
- Аллергический или контактный дерматит
- Синдром Дауна (трисомия 21-й хромосомы)
- Глазная розацеа
- Сухой глаз (сухой кератоконъюнктивит)
- Гордеолум
- Халазион
- Системные заболевания
- Доброкачественные опухоли век: плоскоклеточная папиллома, гиперплазия слезных желез, гемангиома, пиогенная гранулема

- Злокачественные опухоли век: базально-клеточная карцинома, плоскоклеточный рак, саркома Капоши.

Халязион.

Глубокий халязион вызывается воспалением мейбомиевой железы. Поверхностный халязион вызывается воспалением железы Цейса. Халязион, как правило, является доброкачественным и самоограничивающимся [17; 18]. Рецидивирующие халязионы должны быть оценены на предмет злокачественности.

При халязионе продукты распада липидов проникают в окружающие ткани и провоцируют гранулематозную воспалительную реакцию. По этой причине халязион также называют конъюнктивальной гранулемой.

Клинические признаки: халязион обычно проявляется в виде безболезненной припухлости на веке в течение нескольких недель или месяцев. Часто халязион вызывает ухудшение зрения или дискомфорт, а также воспаление и боль. Иногда у пациента в анамнезе есть предыдущие подобные поражения. Как правило, что размер халязиона составляет менее 1 см. Чаще всего он проявляется на верхнем веке в виде одиночного поражения, хотя возможны множественные поражения. Если анамнез и клиническая картина согласуются, дальнейшее обследование не требуется. Но при возникновении альтернативного диагноза, следует рассмотреть возможность проведения биопсии.

Гордеолум (ячмень) – возникает из-за стафилококков, которые поражают волосяной фолликул ресниц. Инфекция возникает из-за сгущения, высыхания или застоя секрета желез Цейса, Молля. Развивается гнойное локальное воспаление с инфильтрацией лейкоцитами иногда вплоть до абсцесса. Пациента беспокоит болезненное, красное и опухшее веко без инородного тела или травмы в анамнезе. Острота зрения может быть снижена [20; 22].

Диагноз ставят клинически.

Во многих случаях ячмень может самопроизвольно дренироваться без какого-либо лечения. Гигиена век с солевым раствором или мягким шампунем (например, детским шампунем), могут способствовать дренажу. Длительное воспаление или более крупные поражения могут потребовать антибиотикотерапии [2;10;11;23].

Осложнения гордеолума (ячменя) — развитие абсцесса века. Может потребоваться хирургическое лечение.

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

Критерии установления диагноза блефарит, халязион и гордеолум 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 блефаритами, халязионом и гордеолумом для установления или уточнения диагноза [5; 8; 10; 11; 16; 23; 24; 27-29; 41].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии:

1. При блефарите жалобы на шелушение кожи век и образование корок на веках, покраснение края века, жжение и зуд век, раздражение, жжение, слипание век, нечеткость или неустойчивость зрения, непереносимость контактных линз, светобоязнь, учащенное моргание, выпадение ресниц, корочки и язвы на веках. При опросе следует обращать внимание на характер начала и развития заболевания, длительность его течения, ухудшение состояние к вечеру после зрительной нагрузки, наличие сопутствующей дерматологической патологии или атопии.
2. При халязионах жалобы на безболезненное образование на веке, возникшее в течение нескольких недель или месяцев, ухудшение зрения или дискомфорт, редко — боль.
3. При гордеолуме (ячмене) пациента беспокоит болезненное, красное и опухшее веко без инородного тела или травмы в анамнезе. Острота зрения может быть снижена.
4. У всех пациентов с воспалительными заболеваниями век следует уточнить наличие общих соматических патологий, прием лекарственных препаратов, установленных специалистами.

5. Аллергоанамнез. Для детей — и/или аллергоанамнез родителей.

- **Рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный (B01.031.001) для исключения наличия гельминтоза, сахарного диабета, заболеваний желудочно-кишечного тракта и других хронических заболеваний, [10;11;23;24; 41].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.2 Физикальное обследование

Физикальное обследование не показано.

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Лабораторные диагностические исследования не проводятся. Диагноз ставится клинически. Нет конкретных диагностических тестов для подтверждения диагноза блефарит. Назначение дополнительных методов лабораторной диагностики проводится с целью уточнения диагноза, выявления системных и синдромных заболеваний, ассоциированных с блефаритом, халязионом, гордеолумом, что важно для дальнейшей тактики лечения пациента. Решение о выборе и назначении дополнительных лабораторных методов исследования принимается по результатам базового обследования врачом-офтальмологом.

По решению врача-офтальмолога может быть назначено дополнительнолабораторное исследование:

Рекомендуется пациентам с неинфекционным блефаритом проведение микроскопического исследования соскоба с кожи на клещей для выявления/подтверждения инвазии демодексом [10;11;12; 21; 22;23;24;42].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *При обнаружении клещевой инвазии специфическая терапия не проводится. Необходимо соблюдение правил личной гигиены и назначение симптоматической терапии*

2.4 Инструментальные диагностические исследования

На этапе постановки диагноза и повторных обследований:

- **Рекомендуется** визометрия всем пациентам с блефаритами, халязионом и гордеолумом с целью выявления снижения остроты зрения и возможности её коррекции [3;10;11;24].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется визуальное исследование глаза всем пациентам с блефаритами, халязионом и гордеолумом с целью выявления изменений кожи лица, век, состояния ресниц и устьев мейбомиевых желез [11;23;24].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** биомикроскопия век и переднего отдела глаза всем пациентам с блефаритами, халязионом и гордеолумом с целью выявления признаков воспаления, дегенеративных изменений и/или наличия осложнений [1; 2;10; 11; 23; 24].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.5 Другие диагностические исследования

Рекомендуется пациентам с подозрением на снижение слезопродукции при неинфекционных блефаритах постановка теста Ширмера для определения показателя слезопродукции [2;10;11; 24].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Постановка теста Ширмера рекомендуется пациентам с подозрением на снижение слезопродукции при неинфекционных блефаритах [2;10;11; 24].*

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика между различными видами блефаритов, а также дерматитом и конъюнктивитом. Так же при блефарите, халязионе и гордеолуме необходима дифференциальная диагностика онкологических заболеваний век и конъюнктивы.

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 при его наличии, 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 блефарита и снижения зрительных функций, наличием ассоциированной системной и синдромной патологии и сопутствующих заболеваний.

Лечение блефарита, халязиона, гордеолума осуществляется врачом-

офтальмологом, при наличии ассоциированного системного или синдромного заболевания – в тесном контакте с профильными специалистами (врачом-ревматологом, врачом-дерматовенерологом, врачом-аллергологом-иммунологом, врачом-педиатром).

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.

Рекомендуется назначение антибиотиков для местного применения (S01A Противомикробные препараты) – антибактериальных препаратов группы фторхинолонов (офлоксацин** взрослым и детям с 1 года инстилляцией в пораженный глаз(а) по 1-2 капли каждые 2-4 часа в течение 2 дней; затем по 1-2 капли 4 раза в день 5 дней; левофлоксацин** взрослым и детям с 1 года инстилляцией в пораженный глаз(а) по 1-2 капли каждые 2 часа до 8 раз в сутки первые 2 суток, затем по 1-2 капли 4 раза в день 3-5 дней)[2;10; 11; 20-24; 28; 32-34; 46].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: местная терапия антибиотиками проводится как этиотропная терапия для лечения инфекционного блефарита (бактериального), халязиона, гордеолума с антибактериальной целью.

*Сведения о способе применения в соответствии с инструкцией по медицинскому применению S01A Противомикробные препараты – антибактериальных препаратов группы фторхинолонов (офлоксацин**, левофлоксацин**)[2;10;11;20-24; 28; 32-34;46].*

- **Рекомендуется** назначение антибиотиков для местного применения (S01A Противомикробные препараты) – антибактериальных препаратов группы антибиотиков-аминогликозидов (нетилмицин взрослым и детям с 3 лет инстилляцией глазных капель в пораженный глаз(а) по 1-2 капли 3 раза в день; глазную мазь закладывать за веко пораженного глаза 0,5-1см 3-4 раза в день; в сочетании с каплями – 1 раз в день на ночь; тобрамицин** взрослым и детям с 2 мес. при блефаритах при поражении глаз легкой и средней степени - инстилляцией глазных капель в пораженный глаз(а) по 1-2 капли каждые 4 часа 7 дней; при поражении глаз тяжелой степени – инстилляцией глазных капель в

пораженный глаз(а) по 2 капли каждые 60 мин. 3-5 дней [34;52;53;65;66].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: местная терапия антибиотиками группы антибиотиков-аминогликозидов проводится как этиотропная терапия для лечения инфекционного блефарита (бактериального), халязиона, гордеолума, вызванного чувствительной к данному препарату флорой с антибактериальной целью [34;52;53].

- **Рекомендуется** назначение антибиотиков для местного применения (S01A Противомикробные препараты) – антибактериальных препаратов группы антибиотика-тетрациклина (тетрациклин** взрослым и детям с 8 лет при блефарите глазная мазь закладывать за нижнее веко пораженного глаза 0,5-1см 3-4 раза в день 5-7 дней [26];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: местная терапия антибиотиками группы антибиотика-тетрациклина проводится как этиотропная терапия для лечения инфекционного блефарита (бактериального), вызванного чувствительной к данному препарату флорой с антибактериальной целью [54;55].

Рекомендуется назначение антибиотиков для местного применения (S01A Противомикробные препараты) при блефаритах – антибактериальных препаратов группы антибиотика-макролида (эритромицин - взрослым и детям от 0 лет глазная мазь закладывать за нижнее веко пораженного глаза 0,5-1см 3 раза в день 14 дней [56-60;73];

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: местная терапия антибиотиками группы антибиотика-макролида проводится как этиотропная терапия для лечения инфекционного блефарита (бактериального), вызванного чувствительной к данному препарату флорой с антибактериальной целью [56-60;73].

Рекомендуется назначение противомикробных препаратов для местного применения S01AX – другие противомикробные препараты (пиклоксидин) взрослым и детям при инфекционном блефарите (бактериальном) или при блефарите другой этиологии при подозрении на присоединение бактериальной флоры в качестве монотерапии или в качестве комплексной терапии в сочетании с антибактериальными и противовирусными препаратами по 1 капле от 2 до 6 раз/сут. Курс лечения может продолжаться 10 дней. Детям - инстилляцией по 1 капле 6 раз/сут. Курс лечения может продолжаться 7-10 дней в соответствии с инструкцией по медицинскому применению по показанию бактериальные инфекции переднего отдела глаза [2;10;11;23;24;28].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** назначение кортикостероидов в комбинациях (S01CA

Кортикостероиды в комбинации с противомикробными средствами) взрослым и детям при блефаритах с противовоспалительной и антибактериальной целью, когда необходимо применение кортикостероидов и профилактического назначения антибактериальной терапии: Дексаметазон+Неомицин+Полимиксин В 1 мг/мл+3500 МЕ/мл+6000 МЕ/мл взрослым и детям по 1-2 капли 6 раз в день [61;62; 63; 64;67-72;74-75].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется назначение кортикостероидов в комбинациях (S01CA Кортикостероиды в комбинации с противомикробными средствами) взрослым и детям при блефаритах с противовоспалительной и антибактериальной целью дексаметазон+тобрамицин 1 мг/мл+3 мг/мл взрослым и детям с 2 лет по 1-2 капли 4 раза в день в соответствии с инструкцией [61;62; 63; 64;67-72;74-75].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Рекомендуется назначение противоаллергических препаратов (S01GX Другие противоаллергические средства) (#олопатадин 0,1%) всем взрослым и детям с неинфекционным блефаритом (аллергическим). Сведения о способе применения лекарственного препарата #олопатадин 0,1%; 0,2%, дозе и длительности его приема: по 1 капле 2 раз/сут. Курс лечения – до 4 месяцев [10; 24;25].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –5)

Комментарии: Местная противоаллергическая терапия является этиотропным лечением у пациентов с неинфекционным блефаритом (аллергическим).

Рекомендуется назначение противоаллергических и противовоспалительных препаратов (S01BA Кортикостероиды) (дексаметазон 0,1%; гидрокортизон** 0,5%) всем взрослым в соответствии с инструкцией по медицинскому применению с неинфекционным блефаритом (аллергическим). Сведения о способе применения лекарственного препарата дексаметазон 0,1%, дозе и длительности его приема: по 1 кап каждые 4 часа до исчезновения клинических симптомов. Курс лечения - не более 3 недель. Сведения о способе применения лекарственного препарата гидрокортизон** 0,5%, дозе и длительности его приема: в конъюнктивный мешок вводят 1см 2-3 раза/сут. Курс лечения – 1-2 недели. По рекомендации врача курс лечения может быть продлен [2;10;11;23;24;43-45; 50].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Местная противоаллергическая и противовоспалительная терапия является этиотропным лечением у взрослых с неинфекционным блефаритом (аллергическим). При использовании кортикостероидов для местного применения

необходим контроль внутриглазного давления с целью профилактики его повышения и контроль состояния переднего отдела глаза с целью предотвращения развития осложнений [43-45].

Рекомендуется назначение S01XA20 Искусственные слезы и другие индифферентные препараты – гипромеллоза** взрослым и детям в соответствии с инструкцией по медицинскому применению с неинфекционными блефаритом (дисфункция мейбомиевых желез) и клиническими проявлениями синдрома «сухого глаза» с целью купирования его симптомов [2;11;23;37-39].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств–5)

3.2 Хирургическое лечение

Рекомендуется пациентам с воспалительными заболеваниями глаза и его придатков при отсутствии эффекта от консервативной терапии хирургическое лечение [47-49]. **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

***Комментарий:** удаление халязиона (A16.26.013); удаление контагиозного моллюска, вскрытие малых ретенционных кист век и конъюнктивы, ячменя, абсцесса века (A16.26.014); иссечение обызвествленной мейбомиевой железы (A16.26.015).*

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов 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

Не требуется

6. Организация оказания медицинской помощи

Плановая медицинская помощь осуществляется в амбулаторных условиях.

Этапы оказания медицинской помощи

- а. 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)

Пациентов следует предупреждать, что частые манипуляции с веком могут привести к раздражению кожи век и конъюнктивы; процедура очищения век может потребоваться в течение длительного времени, поскольку симптомы часто возобновляются после прекращения лечения.

Прогноз течения блефарита благоприятный и во многом определяется этио-патогенетической формой заболевания. Предикторами хорошего функционального прогноза являются ежедневная гигиена век, соблюдение диеты, лечение основного заболевания, а также своевременное назначение местной терапии.

Предикторами низкого функционального прогноза являются: тяжелое течение и развитие осложнений блефарита, множественные или рецидивирующие халязионы, гордеолумы (ячмени), резистентность к проводимой терапии, длительное течение заболевания, наличие тяжелой сопутствующей патологии.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения
1.	Выполнена визометрия	Да/Нет
2.	Выполнена биомикроскопия глаза	Да/Нет
3.	Назначено медикаментозное лечение:	
	S01A Противомикробные препараты для местного применения с антибактериальной целью: антибактериальные препараты группы фторхинолонов (офлоксацин**, левофлоксацин** взрослым и детям с 1 года при бактериальных блефаритах и/или антибактериальные препараты группы антибиотиков-аминогликозидов - неттилмицин и тобрамицин**, взрослым и детям с 3 лет при бактериальных блефаритах и/или антибактериальные препараты группы антибиотиков тетрациклина - тетрациклин** взрослым и детям с 8 лет при бактериальных блефаритах и ячменях	Да/Нет

	и/или антибактериальные препараты группы антибиотика- макролида - эритромицин взрослым и детям от 0 лет при бактериальных блефаритах.	
	S01CA Кортикостероиды в комбинации с противомикробными средствами дексаметазон+тобрамицин взрослым и детям с 2 лет или дексаметазон+неомицин+полимиксин В взрослым и детям при блефаритах с противовоспалительной и антибактериальной целью	Да/Нет
	S01GX Противоаллергический препарат (#олопатадин 0,1%) с противоаллергической целью всем взрослым и детям при неинфекционных блефаритах (аллергических)	Да/Нет
	S01BA Кортикостероиды (дексаметазон, гидрокортизон**) с противовоспалительной и противоаллергической целью всем взрослым и детям при неинфекционных блефаритах (аллергических)	Да/Нет
	При неинфекционных блефаритах (дисфункциях мейбомиевых желез) и клинических проявлениях синдрома «сухого глаза» S01XA20 Искусственные слезы и другие индифферентные препараты (гипромеллоза**) для увлажнения глазной поверхности	Да/Нет

Список литературы

1. Nichols, KK · Foulks, GN · Bron, AJ. The International Workshop on Meibomian Gland Dysfunction: executive summary Invest Ophthalmol Vis Sci. 2011; 52:1922-1929
2. Кански Д.Д. Клиническая офтальмология: систематизированный подход. Пер. с англ. - М.: Логосфера, 2006.-744 с.
3. Доклад академика РАН Нероева В.В. "Особенности офтальмологической заболеваемости в Российской Федерации" 2024 г.
4. Lindsley K, Matsumura S, Hatef E, Akpek EK. Interventions for chronic blepharitis. Cochrane Database Syst Rev. 2012(5):CD005556.
5. Рикс И.А., Труфанов С.В., Бутаба Р. Современные подходы к лечению дисфункции мейбомиевых желез. Вестник офтальмологии. 2021;137(1):130-136.
6. Schaumberg DA, Nichols JJ, Papas EB, Tong L, Uchino M, Nichols KK. The International Workshop on Meibomian Gland Dysfunction: report of the subcommittee on the epidemiology of, and associated risk factors for, MGD. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2011;52(4):1994-2005.
7. Wallace DK, Morse CL, Melia M, et al. Pediatric eye evaluations Preferred Practice Pattern®: I. Vision screening in the primary care and community setting; II. Comprehensive ophthalmic examination. Ophthalmology. 2018;125(1):P184-P227.
8. Daniel MC, O'Gallagher M, Hingorani M, Dahlmann-Noor A, Tuft S. Challenges in the management of pediatric blepharokeratoconjunctivis / ocular rosacea. Expert Rev Ophthalmol. 2016;11(4):299-309.
9. Viswalingam M, Rauz S, Morlet N, Dart JK. Blepharokeratoconjunctivitis in children: diagnosis and treatment. Br J Ophthalmol. 2005;89(4):400-403.
10. Сомов Е.Е., Бржесский В.В. Избранные разделы детской клинической офтальмологии. СПб.:Человек, 2016. – 308с.
11. Сомов Е.Е., Кононов В.М., Прозорная Л.П. Диагностика и лечение демодекозного блефарита у детей. Офтальмол. журнал. - 2001.- №4.-С.70-72.
12. Hykin PG, Bron AJ. Age-related morphological changes in lid margin and meibomian gland anatomy. Cornea. 1992;11(4):334-342.
13. Yeotikar NS, Zhu H, Markoulli M, Nichols KK, Naduvilath T, Papas EB. Functional and morphologic changes of meibomian glands in an asymptomatic adult population. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2016;57(10):3996-4007.

14. Martin NF, Rubinfeld RS, Malley JD, Manzitti V. Giant papillary conjunctivitis and meibomian gland dysfunction blepharitis. CLAO J. 1992;18(3):165-169.
15. Hammersmith KM, Cohen EJ, Blake TD, Laibson PR, Rapuano CJ. Blepharokeratoconjunctivitis in children. Arch Ophthalmol. 2005;123(12):1667-1670.
16. Gilberg S, Tse D. Malignant eyelid tumors. Ophthalmol Clin North Am. 1992;5:261-285.
17. Fukuoka S, Arita R, Shirakawa R, Morishige N. Changes in meibomian gland morphology and ocular higher-order aberrations in eyes with chalazion. Clin Ophthalmol. 2017;11:1031-1038.
18. Wu AY, Gervasio KA, Gergoudis KN, Wei C, Oestreicher JH, Harvey JT. Conservative therapy for chalazia: is it really effective? Acta Ophthalmol. 2018 Jun;96(4):e503-e509.
19. Bragg KJ, Le PH, Le JK. Hordeolum. 2023 Jul 31. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan.
20. J Med Assoc Thai. 2005 May;88(5):647-50.
21. Navel V, Mulliez A, Benoist d'Azy C, Baker JS, Malecaze J, Chiambaretta F, Dutheil F. Efficacy of treatments for Demodex blepharitis: A systematic review and meta-analysis. Ocul Surf. 2019 Oct;17(4):655-669. doi: 10.1016/j.jtos.2019.06.004. Epub 2019 Jun 20.
22. Kakharova D.M., Shadmanov V.A. et al. Application of the preparation Floxal in treatment of acute and chronic diseases of the lid and conjunctivitis. The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. June 30, 2021; p. 122-126; doi: 10.37547/TAJMSPR/Volume03Issue06-19.
23. Трубилин В.Н., Полунина Е.Г., Анджелова Д.В. и др. Алгоритм лечения мейбomioита, ячменя и халязиона. Офтальмология. 2019; 16(4): 515-521). doi.org/10.18008/1816-5095-2023-4-515-521.
24. Офтальмология: национальное руководство / под ред. С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетовой, В.В. Нероева, Х.П. Тахчиди. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - с.342-347
25. Майчук Ю.Ф. Блефариты. Краткое пособие для врачей. Издание второе, дополненное. Москва. 2013. 24 стр.
26. Егоров, Е. А. Офтальмофармакология : руководство для врачей / Е. А. Егоров, Ж. Г. Оганезова, Т. В. Ставицкая. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 576 с. - ISBN 978-5-9704-8637-5, DOI: 10.33029/9704-8637-5-OFT-2025-1-576
27. Трубилин В.Н., Полунина Е.Г., Маркова Е.Ю., Куренков В.В., Капкова С.Г.

- Терапевтическая гигиена век в алгоритмах профилактики и лечения заболеваний глазной поверхности. Часть II. Офтальмология. 2016;13(3):205–212 doi: 10.18008/1816–5095–2016–3–205–212.
28. Прозорная Л.П. Новые возможности применения фторхинолонов в комплексном лечении хронических блефароконъюнктивитов, вызванных *Staphylococcus aureus*, у детей. РМЖ. Клиническая офтальмология. 2013; 13(3): 108–113.
29. Tariq F. Allergic Conjunctivitis: Review of Current Types, Treatments and Trends. Life. 2024, 14,650. Doi.org/10.3390/life14060650.
30. Hashida N, Hirose R. et al. Efficacy of Epinastine Eyelid Cream in Pediatric vernal Keratoconjunctivitis: A Case Report. Cureus 16(11):e74268. Doi 10.7759/ cureus.74268
31. Mimura T, Fukagawa K.(June 26, 2025) Topical Innovation: A Report on Epinastine Eyelid Cream for Patients With Mild Atopic Keratoconjunctivitis. Cureus 17(6):e86792. Doi 10.7759/ cureus.86792
32. Ефимова Е.Л., Бржеский В.В. Новые возможности антибактериальной терапии блефароконъюнктивита у детей. Офтальмология. 2021;18(4):932–937. <https://doi.org/10.18008/1816-5095-2021-4-932-937>.
33. Gwon A. Ofloxacin vs tobramycin for the treatment of external ocular infection. Ofloxacin Study Group II. Arch Ophthalmol. 1992 Sep;110(9):1234-7. doi: 10.1001/archopht.1992.01080210052022.
34. Янченко С.В., Малышев А.В., Тешаев Ш.Ж., Петросян Л.М., Рамазонова Ш.Ш. Эффективность и безопасность терапии хронического блефарита. Офтальмология. 2023;20(4):772–779. <https://doi.org/10.18008/1816-5095-2023-4-772-77>.
35. Hosseini K, Lindstrom RL, Foulks G, Nichols KK. A randomized, double-masked, parallel-group, comparative study to evaluate the clinical efficacy and safety of 1% azithromycin-0.1% dexamethasone combination compared to 1% azithromycin alone, 0.1% dexamethasone alone, and vehicle in the treatment of subjects with blepharitis. Clin Ophthalmol. 2016 Aug 10;10:1495-503. doi: 10.2147/OPTH.S110739.
36. Arrúa M, Samudio M, Fariña N, Cibils D, Laspina F, Sanabria R, Carpinelli L, Mino de Kaspar H. Comparative study of the efficacy of different treatment options in patients

- with chronic blepharitis. Arch Soc Esp Oftalmol. 2015 Mar;90(3):112-8. doi: 10.1016/j.ofal.2013.09.003. Epub 2014 Dec 23
37. Auw-Hädrich C, Reinhard T. Blepharitis component of dry eye syndrome. Ophthalmologe. 2018 Feb;115(2):93-99. doi: 10.1007/s00347-017-0606-8.
38. Herwig-Carl MC, Loeffler KU. Differential diagnoses of dry eye syndrome and blepharitis. Ophthalmologe. 2018 Feb;115(2):107-113. doi: 10.1007/s00347-017-0631-7.
39. Sabeti S, Kheirkhah A, Yin J, Dana R. Management of meibomian gland dysfunction: a review. Surv Ophthalmol. 2020 Mar-Apr;65(2):205-217. doi: 10.1016/j.survophthal.2019.08.007. Epub 2019 Sep 5.
40. Амин П.П., Абрамсон Э.Л. Блефарит / в кн. «Консультант за 5 минут. Базовая педиатрия / под ред. М.Д. Кабаны; пер. с англ. под ред. Д.О. Иванова, С.А. Сайганова, И.Ю. Мельниковой, В.П. Новиковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 896 с.
41. Маркова Е. Ю., Лобанова И. В., Венедиктова Л. В., Горбунова Е. Д., Кулькова А. Г. Воспалительные заболевания век у детей. Эффективная фармакотерапия. — 2013. — № 3. — С.32-34.
42. Kanograt Pornpanich, Panitee Luemsamran et al. Microbiology of primary acquired nasolacrimal duct obstruction: simple epiphora, acute dacryocystitis, and chronic dacryocystitis. Clinical Ophthalmol. 2016; 2016(10):337-342. doi: 10.2147/OPTH.S100280.
43. Ghauri AJ, Valenzuela AA. et al. Periorbital discoid lupus erythematosus. Ophthalmology. 2012;119(10):2193-2194.e11.
44. Day A., Abramson AK. et al. The spectrum of oculocutaneous disease: Part II. Neoplastic and drug-related causes of oculocutaneous disease. J Am Acad Dermatol. 2014;70(5):821.e1-821.e19.
45. Полосьянц О.Б. Применение гидрокортизоновой мази в офтальмологии. Обзор. Клин. мед. 1999. PMID: 10635632
46. Арестова Н.Н., Катаргина Л.А., Яни Е.В. Конъюнктивиты и дакриоциститы у детей: клиническая характеристика, современные возможности лечения. Российская педиатрическая офтальмология. 2016;4:200–206.

47. Loth C, Miller CV, Haritoglou C, Messmer ESBM. Hordeolum und Chalazion : (Differenzial)Diagnose und Therapie [Hordeolum and chalazion : (Differential) diagnosis and treatment]. *Ophthalmologe*. 2022 Jan;119(1):97-108. German. doi: 10.1007/s00347-021-01436-y. Epub 2021 Aug 11. PMID: 34379160.
48. BrinerAM. Surgical treatment of a chalazion or hordeolum internum. *Aust Fam Physician*. 1987 Jun;16(6):834-5. PMID: 3675336.
49. Shin HJ, Yoon JS, Choung H, Lew H. Management Practice for Hordeolum and Chalazion: A Survey of the Korean Society of Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery (KSOPRS) Members. *Korean J Ophthalmol*. 2025 Jun;39(3):222-240. doi: 10.3341/kjo.2025.0024. Epub 2025 Apr 23. PMID: 40267992; PMCID: PMC12178684.
50. Трубилин В.Н., Полунина Е.Г., Маркова Е.Ю., Куренков В.В., Капкова С.Г. Терапевтическая гигиена век в алгоритмах профилактики и лечения заболеваний глазной поверхности. ч. 1. *Офтальмология*. 2016;13(2):122–127. DOI: 10.18008/1816-5095-2016-2-122-127
51. С.В. Янченко, А.В. Малышев, Ш.Ж.Тешаев, Л.М.Петросян, Ш.Ш. Рамазонова. Эффективность и безопасность терапии хронического блефарита. *Офтальмология*. 2023;20(4):772–779. doi.org/10.18008/1816-5095-2023-4-772-779
52. Г.Ю. Кнорринг Новые аспекты применения антибиотиков в офтальмологии: взгляд клинического фармаколога. *Офтальмология*. 2024;21(3):451–455. doi.org/10.18008/1816-5095-2024-3-451-455
53. Е.А. Клещева, Г.М. Чернакова, Н.В. Мельникова, А.Е. Клещев. Роль бактериальной флоры век и конъюнктивы в развитии воспалительной патологии переднего отдела глаза. *Russian Journal of Clinical Ophthalmology*. 2024;24(4):211–216 (in Russ.). DOI: 10.32364/2311-7729-2024-24-4-8
54. Olson CL. Bacterial flora of the conjunctiva and lid margin. Effects of parenteral trisulfapyrimidines and topical tetracycline and erythromycin. *Arch Ophthalmol*. 1969 Aug;82(2):197-202. doi: 10.1001/archopht.1969.00990020199009. PMID: 4894275.
55. Arita R. Targeted therapies for meibomian gland dysfunction - The role of antibiotics in meibomian gland dysfunction management. *Taiwan J Ophthalmol*. 2025 Nov 7;15(4):516-525. doi: 10.4103/tjo.TJO-D-25-00109. PMID: 41523132; PMCID: PMC12782519.

56. Bragg KJ, Le PH, Le JK. Hordeolum (Archived). 2023 Jul 31. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan
57. Pflipsen M, Massaquoi M, Wolf S. Evaluation of the Painful Eye. *Am Fam Physician*. 2016 Jun 15;93(12):991-8
58. John AM, John ES, Hansberry DR, Thomas PJ, Guo S. Analysis of online patient education materials in pediatric ophthalmology. *J AAPOS*. 2015 Oct;19(5):430-4.
59. Machalińska A, Zakrzewska A, Safranow K, Wiszniewska B, Machaliński B. Risk Factors and Symptoms of Meibomian Gland Loss in a Healthy Population. *J Ophthalmol*. 2016;2016:7526120
60. Willmann D, Guier CP, Patel BC, Melanson SW. Hordeolum (Stye). 2024 Dec 11. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan
61. Comstock TL, DeCory HH. Loteprednol Etabonate 0.5%/Tobramycin 0.3% Compared with Dexamethasone 0.1%/Tobramycin 0.3% for the Treatment of Blepharitis. *Ocul Immunol Inflamm*. 2017 Apr;25(2):267-274. doi: 10.3109/09273948.2015.1115879. Epub 2016 Jan 20
62. Torkildsen GL, Cockrum P, Meier E, Hammonds WM, Silverstein B, Silverstein S. Evaluation of clinical efficacy and safety of tobramycin/dexamethasone ophthalmic suspension 0.3%/0.05% compared to azithromycin ophthalmic solution 1% in the treatment of moderate to severe acute blepharitis/blepharoconjunctivitis. *Curr Med Res Opin*. 2011 Jan;27(1):171-8. doi: 10.1185/03007995.2010.539603. Epub 2010 Dec 7.
63. Arrúa M, Samudio M, Fariña N, Cibils D, Laspina F, Sanabria R, Carpinelli L, Mino de Kaspar H. Comparative study of the efficacy of different treatment options in patients with chronic blepharitis. *Arch Soc Esp Oftalmol*. 2015 Mar;90(3):112-8. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ofal.2013.09.003. Epub 2014 Dec 23. PMID: 25542616.
64. Shulman DG, Sargent JB, Stewart RH, Mester U. Comparative evaluation of the short-term bactericidal potential of a steroid-antibiotic combination versus steroid in the treatment of chronic bacterial blepharitis and conjunctivitis. *Eur J Ophthalmol*. 1996 Oct-Dec;6(4):361-7. doi: 10.1177/112067219600600403.
65. Wilhelmus KR, Gilbert ML, Osato MS. Tobramycin in ophthalmology. *Surv Ophthalmol*. 1987 Sep-Oct;32(2):111-22. doi: 10.1016/0039-6257(87)90103-2. PMID: 3317953.

66. Leibowitz HM, Hyndiuk RA, Smolin GR, Nozik RA, Hunter GJ, Cagle GD, Davis DS. Tobramycin in external eye disease: a double-masked study vs. gentamicin. *Curr Eye Res.* 1981;1(5):259-66. doi: 10.3109/02713688108999445. PMID: 7030632.
67. RaskinEM, SpeakerMG, LaibsonPR. Blepharitis. *Infectious Disease Clinics of North America* 1992;6(4):777-87.
68. ChenM, GongL, SunX, GuY, HeX, QuJ, et al. A multicenter, randomized, parallel-group, clinical trial comparing the safety and efficacy of loteprednol etabonate 0.5%/tobramycin 0.3% with dexamethasone 0.1%/tobramycin 0.3% in the treatment of Chinese patients with blepharokeratoconjunctivitis. *Current Medical Research and Opinion* 2012;28(3):385-94.
69. TorkildsenGL, CockrumP, MeierE, Hammonds WM, SilversteinB, SilversteinS. Evaluation of clinical efficacy and safety of tobramycin/dexamethasone ophthalmic suspension 0.3%/0.05% compared to azithromycin ophthalmic solution 1% in the treatment of moderate to severe acute blepharitis/blepharoconjunctivitis. *Current Medical Research and Opinion* 2011;27(1):171-8.
70. ViswalingamM, RauzS, MorletN, DartJK. Blepharokeratoconjunctivitis in children: diagnosis and treatment. *British Journal of Ophthalmology* 2005;89(4):400-3.
71. HamadaS, KhanI, DennistonAK, RauzS. Childhood blepharokeratoconjunctivitis: characterising a severe phenotype in white adolescents. *British Journal of Ophthalmology* 2012;96(7):949-55.
72. JonesSM, WeinsteinJM, CumberlandP, KleinN, NischalKK. Visual outcome and corneal changes in children with chronic blepharokeratoconjunctivitis. *Ophthalmology* 2007;114(12):2271-80.
73. Eberhardt M, Zeppieri M, Rammohan G. Blepharitis. [Updated 2025 Feb 3]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from
74. Чернякова Т.В., Куроедов А.В., Волобуева Т.М. Блефариты и конъюнктивиты: что нужно знать о наиболее распространенных заболеваниях переднего отрезка глаза. *Клиническая офтальмология.* 2025;25(2):103-108. DOI: 10.32364/2311-7729-2025-25-2-4;
75. Wang C, Zeng A, Saeed HN, Djalilian AR, Mocan MC. Advances in the Medical

Management of Pediatric Blepharokeratoconjunctivitis. Adv Ther. 2026 Jan;43(1):109-126. doi: 10.1007/s12325-025-03417-y. Epub 2025 Nov 21. PMID: 41269518; PMCID: PMC12858537. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459305/>

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 ГKB 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 президиума ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов», член ООО «Общество офтальмологов России», Заслуженный врач РФ

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

16. 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».

17. 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».

18. 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».

19. 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-педиатры
 - Врачи-терапевты
- **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 Кокрайновскую 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, медицинской реабилитации, в том числе основанных на

использовании природных лечебных факторов (**профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств**)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследований 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, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (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 утверждённым 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 статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр).
3. Номенклатура медицинских услуг. Приказ Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».
4. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
5. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты. Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 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. Распоряжение Правительства РФ от 12.10.2019 № 2406-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, 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

Блефарит – хроническое воспаление века - при отсутствии своевременной диагностики и лечения может приводить к вовлечению в процесс роговицы и значительному снижению остроты зрения.

Блефариты – группа заболеваний, причиной возникновения которых являются инфекционные и неинфекционные процессы век.

Халязион – острое или хроническое воспаление век при отсутствии своевременной диагностики и лечения может приводить к деформации век и развитию осложнений со стороны глаза.

Гордеолум (ячмень) - острое воспаление сальной железы, как правило, бактериальной этиологии. При отсутствии своевременной диагностики и лечения может приводить к развитию абсцесса века с последующей деформацией век, а также развитию осложнений со стороны глаза.

Пациент должен быть информирован о возможных симптомах блефарита, халязиона, гордеолума и их осложнений, необходимости своевременного обращения к врачу-офтальмологу.

Пациента следует предупредить, что частые манипуляции с веком могут привести к раздражению кожи век и конъюнктивы; процедура очищения век может потребоваться в течение длительного времени, поскольку симптомы часто возобновляются после прекращения лечения.

Необходимо срочное обращение к врачу-офтальмологу при появлении любого из ниже перечисленных 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 (врача-ревматолога, врача-дерматовенеролога, врача-терапевта, врача-педиатра, 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.**

Отсутствуют.

Пронумеровано, прошнуровано,
скреплено печатью 36 (тридцать шесть) листов



Президент ООО «АВО», академик РАН
В.В. Нероев