

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН КЎЗ МИКРОХИРУРГИЯ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

**«СКЛЕРИТ ВА ЭПИСКЛЕРИТ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Тошкент – 2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Республика ихтисослаштирилган
кўз микрохирургияси илмий-амалий
тиббиёт маркази

директори А.Ф. Юсупов



**«СКЛЕРИТ ВА ЭПИСКЛЕРИТ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Тошкент - 2025

Мундарижа:

«СКЛЕРИТ ВА ЭПИСКЛЕРИТ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШҲИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ УЧУН МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	5
«СКЛЕРИТ ВА ЭПИСКЛЕРИТ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР УЧУН МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	42
«СКЛЕРИТ ВА ЭПИСКЛЕРИТ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ УЧУН МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	53

**«СКЛЕРИТ И ЭПИСКЛЕРИТ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Тошкент – 2025

1. Кириш.

Ушбу клиник протокол склерит ва эписклерит билан оғриган беморларнинг диагностикаси ва даволаши бўйича тавсияларни ўз ичига олади, медикаментоз даволаш бўйича стратегик тавсияларни қамраб олади. Ушбу протоколни ишлаб чиқишда Америка офтальмологлар академиясининг клиник тавсиялари (Америсан Асадемай оф Опхтҳалмологй) (ЕеВики, 2023) ва Кокрейн китобхонаси (Сочране Либрарй) ҳамда ПубМед (МЕДЛИНЕ) маълумотлар базасидаги публикациялар асосини ташкил этди.

ХКТ-10 коди:

H15.0	Склерит
H15.1	Эписклерит
(МКБ ссылкаси)	H15 Склерит: описание болезни в справочнике МКБ-10 РЛС. (rlsnet.ru)

ХКТ-11 коди:

9A60-9B3Z	Склерит, Эписклерит
(ХКТ хавола)	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2097802831

Протоколнинг ишлаб чиқилиши ва қайта кўриб чиқилиши санаси: 27.02.2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2029 йил ёки янги асосий далиллар пайдо бўлганида. Таърифланган тавсияларга барча тўғрилашлар тегишли ҳужжатларда нашр этилади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: РИКМИАТМ

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишда қатнашганлар: Офтальмология йўналиши бўйича ишчи гуруҳи аъзолари.:

1. Юсупов А.Ф.	- РИКМИАТМ директор, т.ф.д., профессор
----------------	--

2. Каримова М.Х.	- РИКМИАТМ илмий ишлар бўйича директор ўринбосари, т.ф.д., профессор
3. Абдуллаева С.И.	- РИКМИАТМ офтальмологи, т.ф.н.
4. Закирходжаева М.А.	- РИКМИАТМ офтальмологи, т.ф.н.
5. Базарбаева К.Г.	- РИКМИАТМ врач-ординатори

Список авторов:

1. Билалов Э.Н.	- ТТА офтальмология кафедраси мудири, т.ф.д., профессор
2. Миркомиллов Э.М.	- ТТА офтальмология кафедраси катта ўқитувчиси

Рецензенты:

1. Бузруков Б.Т.	- заведующий кафедрой офтальмологии ТашПМИ, д.м.н., доцент
2. Шустеров Ю.А.	- заведующий кафедрой офтальмологии Карагандинского медицинского университета, д.м.н., профессор

Клиник протокол офтальмология кафедраси кафедра кенгашининг йиғилишида муҳокама қилинди. 27 февраль 2025 й . (Илмий кенгаш баенномаси №2).

Техник эксперт баҳолаши ва тахрирлаш:

Абдиназаров Дильшод Абдинабиевич – РИКМИАТМ врач-офтальмохирурги, филиал директори ўринбосари.

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги қошидаги

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Клиник протоколларнинг қабул қилиниши ва амалиётда қўлланилиши баҳоланди, бу Тошкент шаҳри ва Тошкент вилояти соғлиқни сақлаш амалиётда ишловчилар шифокорлар билан ҳамкорликда амалга оширилди.

Амалиётдаги шифокорлар:

1. Оралов Б.А. – ТТА офтальмология кафедраси ассистенти, PhD.
2. Орипов О.И. - ТТА офтальмология кафедраси ассистенти, PhD.

Протоколда қўлланиладиган қисқартмалар:

КИБ – кўз ияи босими
КИС – кўз ичи суюқлиги
КНБ – кўрув нерви бошчаси
КНД – кўрув нерви диски
ДВ – дори воситаси
МКБ 10 – Халқаро касалликлар классификацияси 10-метчалик.
МПН – Халқаро патентланмаган номланиши.
ОКТ – оптик когерент томография
КМ – кўрув майдони
САП – Стандартлаштирилган автоматлаштирилган периметрия.
ТПНТҚ – тўр парда нерв толалар қавати

Ушбу нозология бўйича протоколдан фойдаланувчилар:

1. Офтальмологлар;
2. Умумий амалиёт шифокорлари;
3. Клиник фармакологлар;
4. Талабалар, ординаторлар, аспирантлар, тиббиёт олий ўқув юртлари ўқитувчилари.

Ушбу нозологиядаги беморлар категорияси:

Котта ёшги склерит ва эписклерит билан оғриган беморлар..

Ишончлилиқ даражасини баҳолаш шкаласи (УДД) диагностика усуллари (диагностик аралашувлар) учун.

УДД	Тушунтириш
1	Систематик ўрганишлар референс усули билан ёки мета-анализни қўллаш орқали рандомизацияланган клиник тадқиқотлар бўйича систематик кўриб чиқиш
2	Алоҳида тадқиқотлар референс усули билан ёки алоҳида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ҳамда ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг систематик кўриб чиқишлари, рандомизацияланган клиник тадқиқотлардан ташқари, мета-анализни қўллаш орқали
3	Сўровлар референс усули билан, мустақил бўлмаган ёки нерандомизацияланган солиштирувчи тадқиқотлар, шу жумладан, когорти тадқиқотлари
4	Солиштирилмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолатни тавсифлаш.
5	Фақат механизмнинг ишлашини асослаш ёки экспертларнинг фикри мавжуд.

Профилактик, даволаш ва реабилитация аралашувлари учун ишончлилиқ даражасини баҳолаш шкаласи (УДД).

УДД	Тушунтириш
1	Систематик кўриб чиқиш рандомизацияланган клиник тадқиқотлар (РКИ) ва мета-анализни қўллаш.
2	Алоҳида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар (РКИ) ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг систематик кўриб чиқишлари, РКИ дан ташқари, мета-анализни қўллаш орқали.
3	Рандомизацияланмаган солиштирувчи тадқиқотлар, шу жумладан, когорт тадқиқотлари.
4	Солиштирилмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар сериясини тавсифлаш, «ўзгартириш-назорат» тадқиқотлари.
5	Фақат аралашув механизмнинг ишлашини асослаш (доклиник тадқиқотлар) ёки экспертларнинг фикри мавжуд.

Профилактик, диагностик, даволаш ва реабилитация аралашувлари учун тавсияларнинг ишончлилиқ даражасини баҳолаш шкаласи (УУР).

УУР	Тушунтириш
А	Кучли тавсия (барча қаралаётган самарадорлик критерийлари (чиқишлар) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга, уларнинг қизиқарли чиқишлар бўйича хулосалари бир-бири билан мувофиқ).
Б	Шартли тавсия (барча қаралаётган самарадорлик критерийлари (чиқишлар) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқарли чиқишлар бўйича хулосалари бир-бири билан мувофиқ эмас).
С	Кучсиз тавсия (таъсирчанлигини исботловчи манбааларнинг сифатли далиллари йўқ; барча қаралаётган самарадорлик критерийлари (чиқишлар) муҳим эмас, барча тадқиқотлар паст методологик сифатга эга ва уларнинг қизиқарли чиқишлар бўйича хулосалари бир-бири билан мувофиқ эмас).

2. Асосий қисм.

2.1 Кириш:

Склерит ва эписклерит — бу кўзнинг склера ташқи қабатидаги яллиғланишли касалликлардир. Эписклерит кўпинча ёш беморларда учрайди ва склеранинг ташқи қабатини яллиғланиши билан хосланади. Бу касалликлар одатда тизимли патологиялар, масалан, аутоиммун касалликлар ва инфекциян жараёнлар билан боғлиқ бўлади. Шунини таъкидлаш жоизки, эписклерит склеритга айланиши мумкин, бу эса камдан-кам учрайдиган ҳолат ҳисобланади.

Этиология

Склерит ва эписклеритнинг аниқ сабаби ҳозирга қадар маълум эмас. Бироқ, бу касалликларнинг пайдо бўлиши билан боғлиқ бир неча тахминлар мавжуд. Уларнинг пайдо бўлиши тизимли касалликлар, масалан, склеродермия, ревматоид артрит ва системали қизил кўпик билан боғлиқ бўлиши мумкин. Вирусли касалликлар, организмнинг ҳашаротлар чўқишига токсико-аллергик реакцияси, кимёвий жароҳатлар ва кўзнинг яллиғланувчи касалликлари ҳам бу касалликларнинг сабаблари бўлиши мумкин.

Эпидемиология

Эпидемиологик тадқиқотлар шуни кўрсатадики, 86% ҳолатларда узелковый склерит анкилозланувчи спондилит билан диагносикаланади. 40-50% беморларда склерадаги патологик ўзгаришлар яллиғланувчи генезли бурунлар билан бирлашади. 5-10% ҳолатларда артрит склерит билан бирга бўлади. Касаллик кўпроқ аёлларда (73%) учрайди.

Касаллик юз бериши 34-56 ёш орасидаги инсонларда юқори. Болаларда эса патология икки баробар кам учрайди.

Симптомларнинг ривожланиши учун хавф омиллари

Склеритнинг этиологияси анамнездаги тизимли касалликлар билан тўғридан-тўғри боғлиқ. Склеритнинг ривожланишини келтириб чиқарувчи асосий триггерлар орасида ревматоид артрит, Вегенер гранулематози, ювениль идиопатик артрит, реактив хламидий артрит, псориастик артрит, узелковый полиартрит, анкилозланувчи спондилит ва рецидивланувчи полихондрит каби касалликлар мавжуд. Шунингдек, ушбу патология операциядан кейин, масалан, птеригиумни олиб ташлаш ёки травматик жароҳатдан сўнг ривожланиши мумкин. Витреоретинал хирургик аралашуви бўлган беморларда инфекция склеритнинг клиник ҳолатлари тасвирланган.

Симптомлар:

- хира кўриш;
- ўткир кўздан ёш чиқиши;
- ёруғликка ошган сезгичлик;
- кўзда оғриқ, кўз ҳаракатланганда кучайиши;
- бираз кўтарилган, қизил ёки қизил доғлар.

2.2 Таъриф:

Склерит — бу кўз склерасининг ташқи қаватида яллиғланиш жараёнидир. Клиник белгилар гиперемия (қизариш), томир инъекцияси (каналардан қон йиғилиши), шишиш ва зарарланган зонани пальпация қилишда ёки кўз ҳаракатланганда оғриқ билан намоён бўлади. Склеритни аниқлаш учун ташқи кўриш, биомикроскопия, офтальмоскопия, визометрия, тонометрия, флуоресцентли ангиография, В-режимдаги ультразвук текшируви ва компьютер томографияси каби асбоблардан фойдаланилади. Касалликнинг шаклига қараб, даволаш схемаси маҳаллий ёки тизимли глюкокортикоидлар ва антибактериал воситаларни қўллашни ўз ичига олади.

Эписклерит турлари

1. **Оддий эписклерит — энг кўп учрайдиган туридир. У кўз соҳасида енгил яллиғланиш, қизариш ва оғриқ билан намоён бўлади. Касаллик одатда 2 ҳафта ичида тўлиқ йўқолади.**

2. **Тугунли (узелковый) эписклерит — склера бўйлаб кўзнинг турли жойларида аниқ кўринадиган қон томирли тугунчалар пайдо бўлади. Бу тугунчалар бир ой давомида секинлик билан сўрилади. Улар йўқолгандан сўнг кўк тусдаги доғ қолиши мумкин. Касаллик рецидивланганда тугунлар бошқа жойларда қайта пайдо бўлиши**

мумкин. Тугунли эписклерит кўз ёш чиқиши ва ёруғликка сезгирликни келтириб чиқармайди.

3. **Миграцияланувчи (кўчиб юрувчи) эписклерит** — кўз оқида тўсатдан қизил ёки фиолет тусли, шишган яллиғланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши билан характерланади. Бу ўчоқлар бир неча кун ёки ҳатто соат ичида йўқолиши мумкин. Қасаллик кўз қовоғининг кучли шишиши ва бош оғриғи билан бирга кечади. Миграцияланувчи эписклеритга ремиссия ва рецидив даврлари хос.

4. **Розацеа эписклерит** — қон томир тугунчалари, кўз роговицасининг яллиғланиши ва юз терисида розацеа (қизил бом) — гул оқаришининг пайдо бўлиши билан намоён бўлади. *Классификация:*

Склеритлар, одатда, кўзнинг олд сегментини қамраб олади ва 3 турга бўлинади: диффуз, тугунли ва некротизланувчи

1. Олд склерит (98%):
 - Ненекротизланувчи оддий (60%);
 - Ненекротизланувчи тугунли (25%);
 - Некротизланувчи яллиғланиш билан;
 - Некротизланувчи яллиғланишсиз
2. Орқа склерит (2%).

Клинические формы склеритов и особенности их течения

Клинические формы склеритов	Особенности клиники
Диффузные (чаще всего ограничены секторами)	Характерно синевато-фиолетовое окрашивание склеры за счет дилатации глубоких сосудов
Узелковые (ограничены секторами)	В области глазной щели наблюдается один или несколько узелков, оставляющих после себя истончение склеры
Аннулярные	Кольцо синюшно-багрового цвета окружает роговицу и оставляет после себя истончение склеры
Некротизирующиеся с воспалением	Наиболее тяжелая и деструктивная форма. Некроз имеет белый цвет, а при возрастании прозрачности склеры может приобретать коричневый оттенок. Возможны обширные спонтанные перфорации склеры, приводящие даже к потере глаза
Некротизирующиеся без воспаления (Scleromalacia perforans)	Почти без исключения встречаются у пациентов с длительно текущим ревматоидным артритом; в большинстве случаев располагаются симметрично; редко осложняются спонтанной перфорацией, чаще травматическими разрывами

3. Методлар, ёндошувлар ва диагностика процедуралари

3.1 Склерит ва эписклерит диагностикаси

Оғриқ (кўпинча чуқур тешилиш оғриғи сифатида тасвирланади), уйқу ва иштаҳани бузадиган даражада кучли. Ёритишга сезгирлик ва кўз ёш тўкиш кузатилиши мумкин. Гиперемик доғлар кўзнинг конъюнктиваси остида чуқур жойлашган ва эписклерит ёки конъюнктивитдаги гиперемиядан янада бой пурпурни ранг билан ажралиб туради. Кўз қовоқлари конъюнктиваси - нормал. Зарарланиш майдони ўчағли (яъни, бир квадрант кўз глобуси) ёки бутун кўз глобусини ўз ичига олиши мумкин (диффуз склерит), гиперемик, шишган, кўтарилган тугунча (тугунли склерит) ёки аваскуляр зона (некротик склерит) бўлиши мумкин. Оралиқ склерит ва орқа склерит камроқ учрайди ва кўзнинг қизаришига камроқ сабаб бўлади, аммо сузиб юрадиган коронауликлар, хиралашиш ёки кўришнинг пасайиши эҳтимоли юқорироқ.

Лаборатор текширувлар:

Инструментал теширувлар:

Основные инструментальные исследования:

- **Визометрия**
- **Рефрактометрия**
- **Тонометрия**
- **Компьютерная периметрия**
- **Биомикроскопия**
- **Биомикроофтальмоскопия**

Дополнительные инструментальные исследования:

- **Бош мия ва орбитанинг КТ**
- **Ультратовуш текшируви**

5C	Sklerit va episklerit bilan kasallangan barcha bemorlarga ko'ruv o'lchovi (vizometriya) tavsiya etiladi, chunki bu ko'z nervi va tarmoq parda (retina) funksional holatini baholashga yordam beradi.
----	--

5C	Склерит ва эписклерит билан касалланган барча беморларга, рефракция аномалияларининг мавжудлигини аниқлаш ва уларни
----	---

периметрикани ўтказиш учун нейтраллаштириш имкониятини баҳолаш мақсадида рефрактометрия тавсия этилади.

2А

Склерит ва эписклерит билан касалланган ва ушбу касалликдан шубҳаланилаётган барча беморларга диагностика, динамик кузатиш ва олиб борилаётган даволаш самарадорлигини назорат қилиш мақсадида офталмотонометрия тавсия этилади.

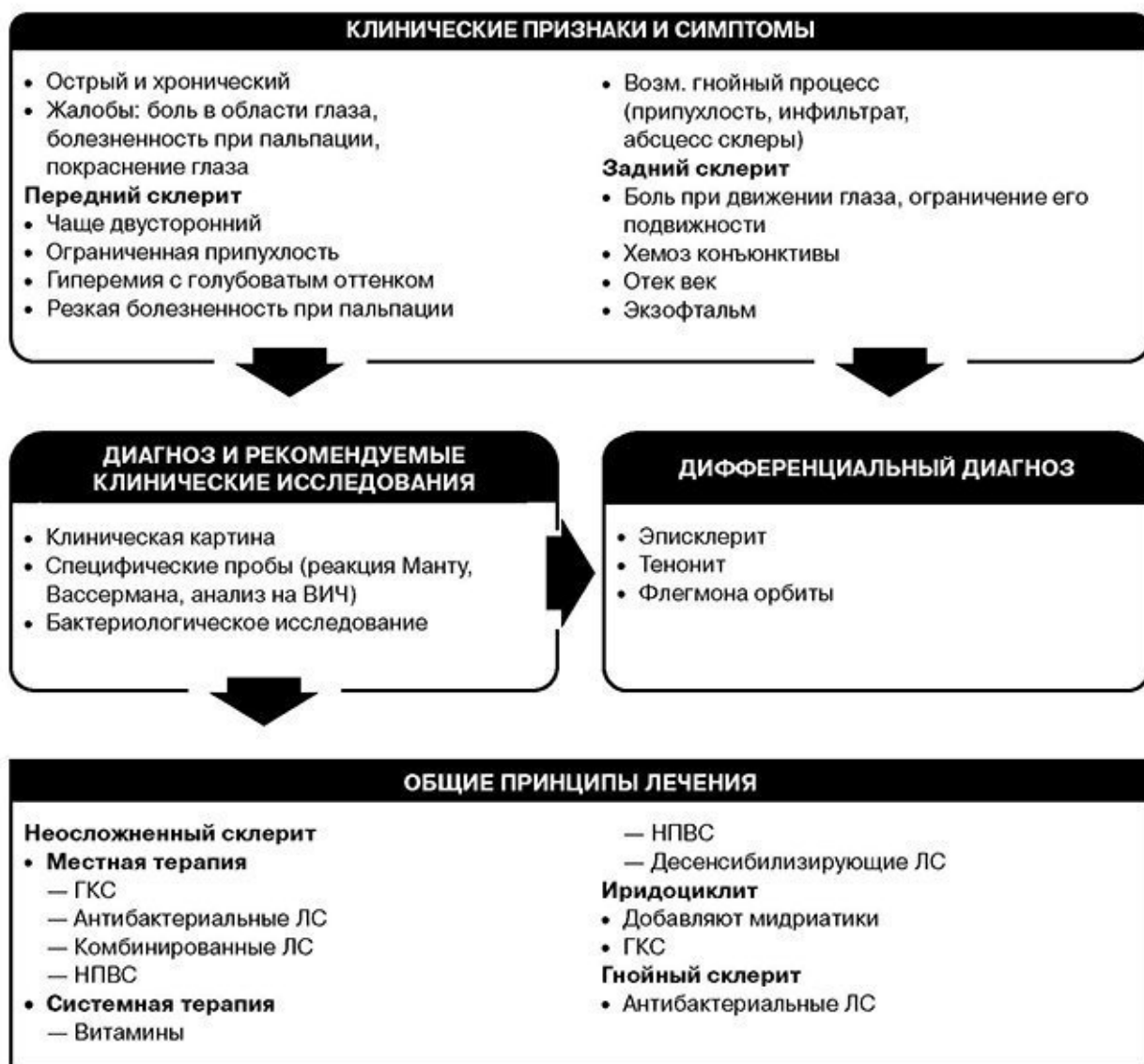
Кўзнинг биомикроскопияси – бу кўзнинг оптик муҳитлари ва тўқималарини ҳаётда визуал текшириш усули бўлиб, ёритилган ва ёритилмаган қисмлар ўртасидаги контрастни яратишга асосланган ва у ёриқлик лампаси ҳамда қўшимча диагностик линзалар (хусусан, кўз поясининг биомикроскопияси учун) ёрдамида амалга оширилади.

Склерит ташхиси клиник жиҳатдан ва ёриқлик лампаси ёрдамида қўйилади, бу одатда конъюнктива остига чуқур кириб борувчи бинафша рангли склерал доғни аниқлайди. Инфектсияли склеритни тасдиқлаш учун сминалар ёки камдан-кам ҳолларда биопсия зарур. Орқа склеритни диагностика қилиш учун КТ ёки ултратовуш текшируви ўтказиш зарур бўлиши мумкин.

3В

Кўзнинг биомикроскопияси барча беморларга кўзнинг ўрта ва тузилмалари ҳолатини баҳолаш мақсадида тавсия этилади.

2.2 Диагностический алгоритм:



3.3 Кусий таухис:

Дифференциально-диагностические признаки эписклерит-склеритов

Клинические признаки	Эписклерит	Склерит
Начало заболевания	В течение 24 час	Более суток
Характер поражения	Односторонний	Одно- или двусторонний
Боль	Ощущение инородного тела и небольшая болезненность при пальпации	Сверлящая, колющая, может быть с иррадиациями

4 Амбулатор даражада даво тактикаси:

4.1. Немедикаментоз даво:

Диета мавжуд эмас.

4.2. Медикаментоз даво :

2А	Склерит ва эписклерит билан касалланган барча беморларга яллиғланишга қарши таъсир кўрсатиш мақсадида маҳаллий доридармон терапиясини тайинлаш тавсия этилади.
----	---

1. Преднизолон ички равишда кунига 60-120 мг миқдорида 2-3 кун давомида қабул қилиш оғриқ синдромини сезиларли даражада камайтиради, бу эса касаллик фаоллигининг муҳим кўрсаткичи ҳисобланади. Сўнгра, кўрсатмаларга кўра доза камайтирилиши мумкин.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37257216/>

2. Иммуносупрессантлар (тсиклофосфамид, азатиоприн, тсиклоспорин) стероидларга қарши қаршилик ҳолатларида талаб қилиниши мумкин.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28524639/>

3. Комбинатсияланган терапия (томир ичига метилпреднизолон 500-1000 мг ва тсиклофосфамид 500 мг) перорал дориларни қабул қилишга чидамсиз беморлар ва склеранинг некрози аниқланган ҳолларда захира сифатида тавсия

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37257216/>

• Тизимли кортикостероидлар

Надирдан-надир ҳолатларда склеритнинг енгил шаклларини даволаш учун нестероид яллиғланишга қарши препаратлар етарли бўлади. Бироқ, одатда бошланғич терапия сифатида тизимли кортикостероид (масалан, преднизон 1–2 мг/кг, кунига бир марта оғиз орқали 7 кун давомида, сўнгра дозани ҳафтада 10 мг га камайтириш, беморнинг ҳолатига қараб ёки клиник тасвирга асосланиб) тайинланади. Яллиғланишнинг қайталаниши ҳолатларида, узок муддатли перорал кортикостероидларни қабул қилиш мумкин, бунда преднизон 1–2 мг/кг кунига бир марта оғиз орқали ёки юқори дозаларда кортикостероидлар билан пулсатсион венага юбориш, масалан, метилпреднизолон 1000 мг/кун 3 кун давомида қўлланилади. Агар

касалликнинг кечиши жавоб бермаса ёки беморлар тизимли кортикостероидларни кўтолмаса ёки некротизатсияланган склерит ва тизимли боғловчи тўқима касаллиги мавжуд бўлса, уларга тсиклофосфамид, метотрексат, микофенолат мофетил ёки биологик агентлар (масалан, ритуксимаб, адалимумаб) ёрдамида тизимли иммуносупрессия кўрсатилади, аммо фақат ревматолог билан маслаҳатлашгандан сўнг. Перфорация хавфи мавжуд бўлса, склерал тўқима трансплантацияси кўрсатилиши мумкин.

4.3. Хирургическое даво:

Махсус жарроҳлик даволашни талаб қилмайди.

4.4. Кейинги бошқариш:

- Склерит оғир, деструктив ва кўришга таҳдид солувчи яллиғланиш билан намоён бўлади.
- Симптомларга чуқур тешилиш оғриғи, ёритишга сезгирлик, кўз ёш тўкиш ва локал ёки диффуз гиперемия киради.
- Ташхис клиник жиҳатдан ва ёриқлик лампаси ёрдамида текшириш орқали аниқланади.
- Кўпчилик беморлар тизимли кортикостероидлар ва/ёки тизимли иммуносупрессив терапияга муҳтож, бу эса ревматолог билан маслаҳатлашгандан сўнг тайинланади.
- Перфорация хавфи мавжуд бўлса, склерал тўқима трансплантацияси кўрсатилиши мумкин.

4.5. Даволаш самарадорлигини кўрсатувчи кўрсаткичлар:

Склеритларни даволаш давомий характерга эга бўлиб, даволаш жараёнида компликациялар ривожланиши билан боғлиқ. Ушбу касалликларни даволаш самарадорлигини ошириш ва компликацияларни ривожланиш хавфини камайтириш учун замонавий нестероид яллиғланишга қарши воситалардан минимал инстиляция частотаси билан фойдаланиш зарур.

3B

Биимикроскопия кўзнинг ўрта ва тузилмалари ҳолатини баҳолаш мақсадида барча беморларга тавсия этилади.

5. Касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар тиббий ёрдам кўрсатиш турлари ҳисобга олинади:

1.1. Режалаштирилган касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

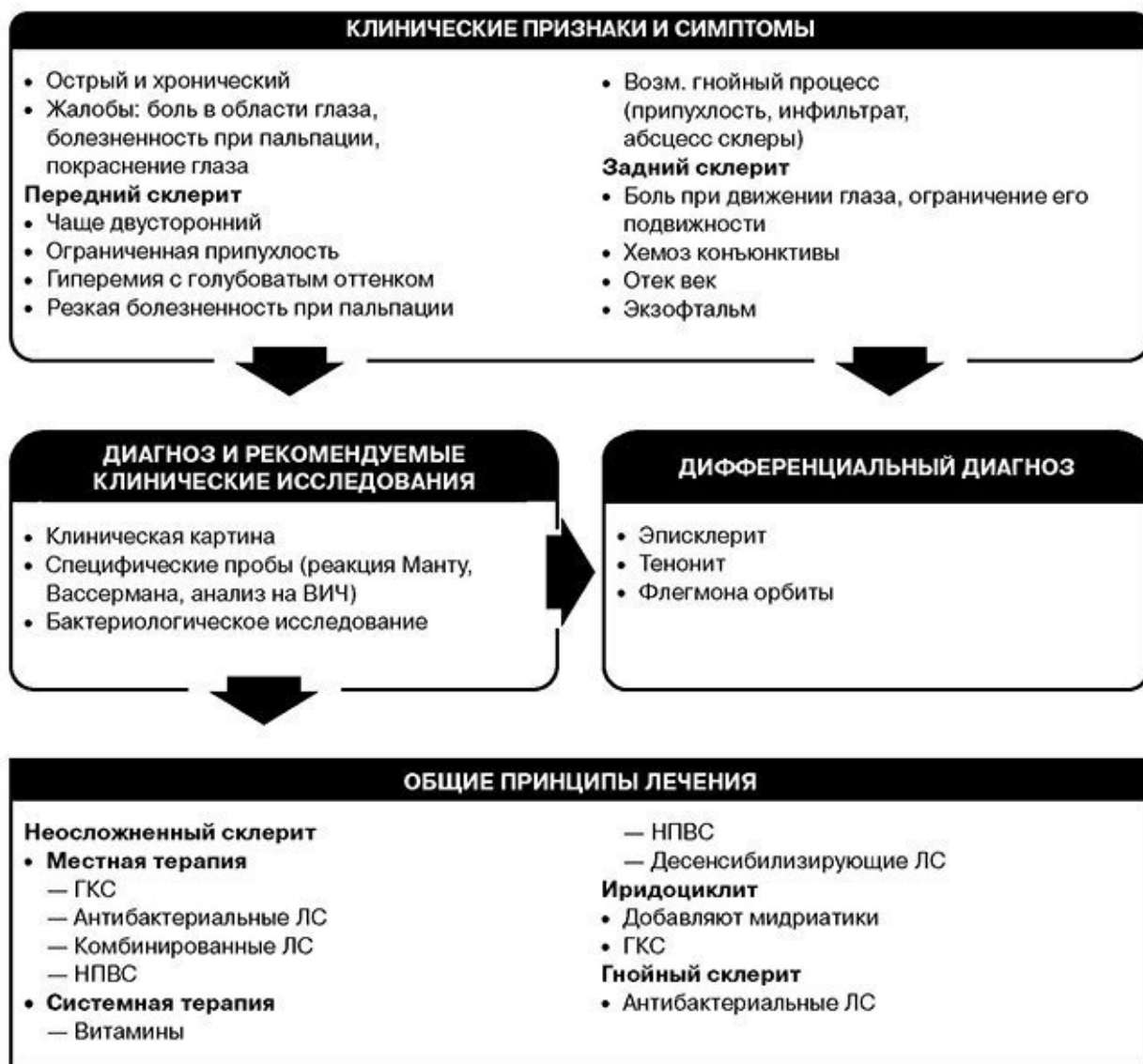
Фавқулодда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар мавжуд эмас.

1.2. Фавқулодда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

Фавқулодда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар мавжуд эмас.

6. Стационар босқичда даволаш тактикаси:

****6.1. Беморни кузатиш картаси, беморни маршрутлаштириш:****



Источник: Алгоритм ведения пациента с склеритом (Цит. по Национальное руководство по офтальмологии // М.: «ГЭОТАР-Медиа»; 2019: 469)

7. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

7.1. Манфаатлар тўқнашуви тўғрисида маълумот: Манфаатлар тўқнашуви мавжуд эмас;

7.2. Мутахассислар (республика ва хорижий мамлакатлардан) ҳақидаги маълумотлар:

Нарзикулова Кумри Исломовна – тиббиёт фанлари доктори, Тошкент тиббиёт академиясининг офталмология кафедраси доценти.

7.3. Протоколни қайта кўриб чиқиш шартлари: Протоколни ишлаб чиқилганидан сўнг 3 ёки 5 йил ичида ёки янги усулларни илмий далилларга асосланган ҳолда қайта кўриб чиқиш;

7.4. Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

Горонзй Ж.Ж., Веянд С.М. Девелопментс ин тхе ссиентифис ундерстандинг оф рхеуматоид артхритис. Артхритис ресеарч & тхерапй. 2009; 11: 249. [хттпс://дои.орг/10.1186/ar2758](https://doi.org/10.1186/ar2758).

2. Акпек Е.К., Тхорне Ж.Е., Қазии Ф.А., До Д.В., Жабс Д.А. Евалуатион оф пациентс витх сслеритис фор сйстемис дисеасе. Опхтхалмологй. 2004; 111: 501–6.

3. Ходсон К.Л., Галор А., Карп С.Л., ет ал. Епидемиологй анд висуал оутсомес ин пациентс витх инфестиоус сслеритис. Сорнеа. 2013; 32: 466–72. дои: 10.1097/ИСО.0б013е318259с952.

4. Хванг Й.С., Чен Й.Ф., Лаи С.С., Чен Х.С., Хсиао С.Х. Инфестиоус сслеритис афтер усе оф иммуномодуляторс. Арчивес оф Опхтхалмологй. 2002; 120:1093–4.

5. Нероев В.В., Яни Е.В. Результаты работы по целевой программе «Ликвидация устранимой слепоты вследствие роговичной и воспалительной патологии». В кн.: Материалы ВИИ Российского межрегионального симпозиума «Ликвидация устранимой слепоты: всемирная инициатива ВОЗ. Ликвидация устранимой слепоты вследствие роговичной и воспалительной патологии». Москва; 2015: 22–31.

6. Яни Е.В., Позднякова В.В., Селиверстова К.Е. Современные возможности терапии лекарственных офтальмоаллергозов. Российский офтальмологический журнал. 2017; 10 (3): 108–12.

**«СКЛЕРИТ ВА ЭПИСКЛЕРИТ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ
АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Тошкент -2025

2. Асосий қисм

2.1 Кириш:

Склерит ва эписклерит - Склеранинг ташқи қатламининг яллиғланиши эписклерит деб аталади. Ушбу патология одатда ёш беморларда учрайди. Касаллик одатда тизимли патологик жараёнларнинг мураккаблиги сифатида юзага келади. Эписклеритнинг склеритга айланиши казуистик ҳолатдир.

Этиология:

Ушбу икки касалликнинг аниқ сабаби маълум эмас. Бироқ олимлар склерит ва эписклеритнинг юзага келиши тизимли касалликлар (склеродермия, ревматоид артрит, тизимли қизил юқтириш) билан боғлиқ деб тахмин қилишмоқда.

Бундан ташқари, тахминий сабабларга вирусли касалликлар, организмнинг ҳашарот чақиши, кимёвий травмалар ва кўзнинг яллиғланишли касалликлари бўлиши мумкин.

Эпидемиология:

Анкилозловчи спондилитнинг 86% ҳолатида тугунли склерит ташхиси кўйилади. 40-50% беморларда склеранинг патологик ўзгаришлари яллиғланиш илдизи бўлган бўғимларнинг зарарланиши билан бирга бўлади, ва 5-10% ҳолатда артрит склерит билан бирга келади. Касаллик аёлларда кўпроқ учрайди (73%). Касалланишнинг энг юқори ёши 34-56 ёш орасида бўлади. Болаларда бу патология икки баравар кам учрайди.

Скломтомларнинг ривожланиш хавф омиллари:

Склеритнинг этиологияси тўғридан-тўғри тизимли касалликлар билан боғлиқ. Склеранинг зарарланишига сабаб бўлган турткилар орасида ревматоид артрит, Вегеннер грануломатози, ювенциал идиопатик, реаксион хламидияли ёки псориастик артрит, тугунли полиартрит, анкилозировка спондилит ва полихондрит бўлиб, уларнинг барчаси такрорланадиган кечиш билан тавсифланади. Камдан-кам ҳолларда, бу патология операциядан кейинги даврда птериgiumни жарроҳлик ёли билан олиб ташлаш ёки травматик зарарланишдан сўнг ривожланади. Витроретинал жарроҳлик аралашувини ўтган беморларда инфексияли склеритнинг клиник ҳолатлари ҳам тасвирланган.

Симптомлар:

- Ноаниқ кўриш;
- Яллиғланган кўздан кўз ёшлари тўкиш;
- Ёритишга нисбатан сезгирликнинг ошиши;

- Кўздаги оғриқ, кўз ҳаракатлантирилганда кучайиши;
- Кўз оқ қисмидан бироз кўтарилган бинафша ёки қизил доғлар.

2.2 Таъриф:

Склерит – бу кўзнинг ташқи бириктирувчи тўқима қобиғининг бутун қалинлигини зарарлайдиган яллиғланиш жараёни. Клиник жиҳатдан гиперемия, қон томирларининг инъексияси, шишиш, зарарланган худудни палпасияда оғриқ ёки кўзнинг ҳаракатларида оғриқ билан намоён бўлади. Склерит ташхиси ташқи текширув, биомикроскопия, офталмоскопия, визометрия, тонометрия, флоресан ангиография, ултратовуш текшируви (УЗД) Б-режимда, компьютер томографиясини ўтказиш орқали қўйилади. Касалликнинг шаклига қараб даволаш режасига маҳаллий ёки тизимли глюкокортикостероидлар ва антибактериал воситалар қўлланилади. Гной склеритда абсцессни очиш кўрсатилади.

Эписклерит турлари

Оддий эписклерит энг кўп учрайдиган тури ҳисобланади. У оз миқдордаги яллиғланиш, кўз атрофидаги қизариш ва оғриқлилик билан тавсифланади. Касаллик одатда 2 ҳафта ичида тўлиқ ўтиб кетади.

Тугунли эписклерит. Кўзнинг склераси бўйлаб томирли тугунлар пайдо бўлади, улар бир ой ичида ёқолади. Тугун ёқолгандан кейин кўк рангли доғ қолади. Касаллик қайталанишида янги тугунлар бошқа жойларда пайдо бўлади. Тугунли эписклерит кўз ёш тўкиш ва ёруғликдан қўрқишни келтириб чиқармайди.

Миграцияловчи эписклерит - кўз оқ қисмида шишган, қизил ёки бинафша рангли яллиғланишли доғлар кутилмаган ҳолда пайдо бўлади, улар бир неча кун ёки соатларда ёқолади. Касаллик кўз қовоқларининг кучли шишиши ва бош оғриғи билан кечади. Миграцияловчи эписклерит учун касалликнинг сўниш ва янги тўлқинлари хосдир.

Розацеа эписклерити қўйидаги симптомлар билан намоён бўлади: томирли тугунлар, кўзнинг шаффоф қавати (корнеа) яллиғланиши ва юз терисида розацеа (пудрали акне) пайдо бўлиши.

1.3 Классификация:

Олдинги склерит (98%):

- Некротизацияланмаган оддий (60%),
- Некротизацияланмаган тугунли (25%),

- в. Некротизацияланган яллиғланиш билан,
 - г. Некротизацияланган яллиғланишсиз (склеромалатсия перфоранс).
- Орқа склерит (2%)

Клинические формы склеритов и особенности их течения

Клинические формы склеритов	Особенности клиники
Диффузные (чаще всего ограничены секторами)	Характерно синевато-фиолетовое окрашивание склеры за счет дилатации глубоких сосудов
Узелковые (ограничены секторами)	В области глазной щели наблюдается один или несколько узелков, оставляющих после себя истончение склеры
Аннулярные	Кольцо синюшно-багрового цвета окружает роговицу и оставляет после себя истончение склеры
Некротизирующиеся с воспалением	Наиболее тяжелая и деструктивная форма. Некроз имеет белый цвет, а при возрастании прозрачности склеры может приобретать коричневый оттенок. Возможны обширные спонтанные перфорации склеры, приводящие даже к потере глаза
Некротизирующиеся без воспаления (Scleromalacia perforans)	Почти без исключения встречаются у пациентов с длительно текущим ревматоидным артритом; в большинстве случаев располагаются симметрично; редко осложняются спонтанной перфорацией, чаще травматическими разрывами

3.1. Процедура ёки аралашувни ўтказиш мақсади:

Жарроҳлик аралашуви талаб этилмайди.

4. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

4.1. Манфаатлар тўқнашуви тўғрисида маълумот:

Манфаатлар тўқнашуви мавжуд эмас;

4.2. Мутахассислар (республика ва хорижий мамлакатлардан) ҳақидаги маълумотлар:

Нарзикулова Кумри Исломовна – тиббиёт фанлари доктори, Тошкент тиббиёт академиясининг офталмология кафедраси доценти.

4.3. Протоколни қайта кўриб чиқиш шартлари

Протоколни ишлаб чиқилганидан сўнг 3 ёки 5 йил ичида ёки янги илмий усуллар мавжуд бўлса қайта кўриб чиқиш;

4.4. Ҳойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Горонзй Ж.Ж., Веянд С.М. Девелопментс ин тхе ссиентифис ундерстандинг оф рхеуматойд артхритис. Артхритис ресеарч & тхерапй. 2009; 11: 249. хттпс://дои.орг/10.1186/ар2758.
2. Акпек Е.К., Тхорне Ж.Е., Қазй Ф.А., До Д.В., Жабс Д.А. Евалуатион оф пациентс витх сслеритис фор сйстемис дисеасе. Опхтхалмологй. 2004; 111: 501–6.
3. Ходсон К.Л., Галор А., Карп С.Л., ет ал. Епидемиологй анд висуал оутсомес ин пациентс витх инфестиоус сслеритис. Сорнеа. 2013; 32: 466–72. дои: 10.1097/ИСО.0б013е318259с952.
4. Хванг Й.С., Чен Й.Ф., Лаи С.С., Чен Х.С., Хсиао С.Х. Инфестиоус сслеритис афтер усе оф иммуномодуляторс. Арчивес оф Опхтхалмологй. 2002; 120:1093–4.
5. Нероев В.В., Яни Е.В. Результаты работы по целевой программе «Ликвидация устранимой слепоты вследствие роговичной и воспалительной патологии». В кн.: Материалы ВИИ Российского межрегионального симпозиума «Ликвидация устранимой слепоты: всемирная инициатива ВОЗ. Ликвидация устранимой слепоты вследствие роговичной и воспалительной патологии». Москва; 2015: 22–31.
6. Яни Е.В., Позднякова В.В., Селиверстова К.Е. Современные возможности терапии лекарственных офтальмоаллергозов. Российский офтальмологический журнал. 2017; 10 (3): 108–12.

**«СКЛЕРИТА И ЭПИСКЛЕРИТА» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Ташкент - 2025

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш:

Склерит ва эписклерит учун махсус профилактика ёъқ. Скрининг, профилактика ва диспансер кузатувининг тиббий самарадорлиги ва иқтисодий самарадорлигига оид тадқиқотлар натижалари қарама-қаршидир ва тавсия характерига эга бўлиши мумкин эмас

2.2. Таъриф - профилактика ёки реабилитатсия:

Олдини олиш - бу ҳар қандай ҳодисанинг олдини олишга ва / ёки хавф омилларини бартараф этишга қаратилган ҳар хил турдаги чора-тадбирлар мажмуи.

Профилактик соғлиқни сақлаш (профилактик тиббиёт ёки профилактика) касалликларни даволашдан фарқли ўлароқ, уларнинг ривожланишининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини англатади. Саломатлик турли хил жисмоний ва руҳий ҳолатларни ўз ичига олганидек, касаллик ва ногиронликка атроф-муҳит омиллари, ирсий мойиллик, патогенлар ва турмуш тарзи таъсир қилади. Касалликнинг олдини олиш бирламчи, иккиламчи ва учинчи даражали профилактика чораларига бўлиниши мумкин бўлган чора-тадбирларга асосланади. Реабилитация “шахснинг функционал имкониятларини тиклашга ва соғлиғида муаммолар бўлган шахсларнинг яшаш шароитларини ҳисобга олган ҳолда ногиронлик даражасини пасайтиришга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи сифатида белгиланади.

2.3. Профилактика ёки реабилитатсия турлари:

Соғлиқ ҳолатига ёки оғир патологияга қараб, профилактиканинг уч тури кўриб чиқилади:

- асосий;
- иккиламчи;
- учинчи даражали.

Бирламчи профилактика эмлаш, ратсионал меҳнат ва дам олиш режими, мунтазам мувозанатли овқатланиш ва жисмоний фаолиятни ўз ичига олади. Иккиламчи профилактика муайян шароитларда

касалликнинг қайталанишига олиб келадиган хавф омилларини ёқ қилишни ўз ичига олади.

Учинчи даражали профилактика тўлиқ ҳаёт кечириш имкониятини ёқотган беморларни реабилитация қилиш бўйича чора-тадбирлар мажмуи сифатида қаралади.

Реабилитация босқичлари:

1-босқич. Даволаш ва реабилитация. Касаллик ёки шикастланишнинг ўткир даврида амалга оширилади. **2-босқич.** Эрта стационар тиббий реабилитация. У касаллик ёки шикастланишнинг ўткир ва эрта тикланиш даврида стационар эрта тиббий реабилитация бўлимларида амалга оширилади.

3-босқич. Амбулатория. У реабилитация марказларида, амбулатория ва поликлиника соғлиқни сақлаш ташкилотларининг ихтисослаштирилган бўлимларида амалга оширилади.

2.4. Жамоат профилактика тадбирлари ва индивидуал профилактика тамойиллари:

Бирламчи, иккиламчи ва учинчи даражали профилактика билан бир қаторда индивидуал ва оммавий касалликларнинг олдини олиш ҳам мавжуд.

Шахсий профилактика касалликларнинг олдини олиш, соғлиғини сақлаш ва мустаҳкамлаш бўйича инсоннинг ўзи томонидан амалга ошириладиган чора-тадбирларни ўз ичига олади ва амалда соғлом турмуш тарзи стандартларига, шахсий гигиенага, рационал овқатланиш ва оқилона меҳнат ва дам олиш режимига, фаол жисмоний тарбияга риоя қилишдан иборат.

Жамоат профилактикаси - бу фуқароларнинг жисмоний ва маънавий кучини ҳар томонлама ривожлантиришни таъминлаш, аҳоли саломатлигига зарарли таъсир кўрсатадиган омилларни бартараф этиш мақсадида давлат муассасалари ва жамоат ташкилотлари томонидан тизимли равишда амалга ошириладиган ижтимоий, маърифий, санитария-гигиена, эпидемияга қарши ва тиббий тадбирлар.

Амбулатор кузатув: биринчи текширувни даволаш бошланганидан кейин 1 ой ўтгач, сўнгра биринчи икки йилда ҳар 6 ойда ўтказиш тавсия этилади.

3В

Кўзнинг биомикроскопияси барча беморларга кўзнинг атроф-муҳит ва тузилмаларининг ҳолатини баҳолаш учун тавсия этилади.

3.1. Реабилитация усуллари ва тартиблари:

Склеранинг яллиғланиши кўпинча иммунитетнинг бузилиши ва бошқа касалликлар билан боғлиқ бўлганлиги сабабли, соғлом танани сақлаш ва шифокорга мунтазам ташриф буюриш муаммони ўз вақтида аниқлашга ёрдам беради. Кирувчи оқибатларнинг олдини олиш учун тизимли патологияларни даволашни имкон қадар эрта бошлаш керак. Бундан ташқари, кўзни шикастламаслик ва уларни ташқи муҳит таъсиридан ҳимоя қилиш керак.

Профилактиканинг мақсади склерит ва эписклеритни эрта босқичларда аниқлаш ва хавф омиллари мавжуд бўлганда ривожланишнинг олдини олишдир..

Биринчи профилактика - офталмологик касалликларни даволаш.

Балансли овқатланиш. Тана этарли миқдорда витамин ва минералларни олмаган ҳолда яхши кўриш мумкин эмас. Тўғри диетада ўсимлик ва сут маҳсулотлари, дон ва оз миқдордаги ёғсиз гўшт, шунингдек денгиз балиқлари ва парранда гўшти бўлиши керак. Ўртача жисмоний фаолият. Кундалик жисмоний фаоллик кўз тузилмаларида қон айланишини фаоллаштиради, бу эса толалар ва тўқималарнинг гипоксиясини олдини олишга ёрдам беради. Офталмолог томонидан профилактик текширувлар. Склерит ва эписклерит босқичма-босқич, секин ривожланиш билан тавсифланади. Офталмологик текширув сизга тегишли даволаш чораларини кўриш учун фондусда содир бўлган ўзгаришларни ўз вақтида аниқлаш ва аниқлаш имконини беради.

скрининг - склерит ва эписклерит белгиларини, хавф омилларини, айниқса оғирлашган оила тарихини аниқлаш учун ўтказилади; глаукома ташхисини аниқлаштириш учун офталмолог томонидан қўшимча текширувлар ва текширувлар учун тиббий кўрсатмаларни аниқлаш.

5C	Ревматологик касалликларга чалинган 40 ёш ва ундан катта ёшдаги фуқаролар склеритни эрта аниқлаш мақсадида офталмолог томонидан кўрикдан (консултациядан) ўтишлари тавсия этилади.
----	--

Шарҳ: Кузатиш частотаси ва қўшимча тадқиқот усуллари тайинлаш тўғрисидаги қарор асосий текширув натижаларига кўра шифокор томонидан қабул қилинади. Ҳозирча кузатувнинг оралиқлари ва якуний вақти бўйича келишувга эришилмаган. Офталмолог томонидан текширувларнинг частотаси ва тадқиқотлар ва манипуляциялар доираси индивидуал равишда белгиланади, лекин йилига камида бир марта. Касаллик белгиларини эрта аниқлаш ва унинг ривожланишининг олдини олишга қаратилган чора-

тадбирлар тизими. Скрининг мақсади чуқур текширув ўтказиш ва аниқ ташхис қўйиш учун аҳолининг касаллик ривожланиш хавфи юқори бўлган қисмини аниқлашдир.

2-профилактика - Склеритнинг иккиламчи профилактикаси касаллик аллақачон ташхис қўйилган бўлса, жуда муҳимдир.

Дори воситаларидан фойдаланиш. Дори-дармонларни қўллаш бўйича текширувлар ва тавсиялар учун офталмологга мунтазам ташриф буюриш керак.

Парҳез. Склерит ва эписклерит билан оғриган беморларга маринадлар, шўр ва ширин таомларни истеъмол қилишни чеклаш тавсия этилади. Истеъмол қилинадиган суюқлик миқдори кунига 1,5-2 литрдан ошмаслиги керак. Спиртли ичимликларни бутунлай ёъқ қилиш мажбурийдир.

Учинчи профилактика - эсда тутиш керакки, учинчи даражали профилактика иккиламчи профилактика билан бирга келади. Жуда камдан-кам ҳолларда у алоҳида амалга оширилиши мумкин. Учинчи даражали профилактикага қуйидагилар киради: касаллик, босқич, зарурат, шунингдек, бошқа турларга қараб тиббий, ижтимоий, тарбиявий, психологик, курорт даволаш. Бугунги кунда комплекс реабилитацияга катта эътибор қаратилмоқда. Иқтисодий маълумотлар шуни кўрсатадики, реабилитация тадбирларидан комплекс фойдаланиш соғлиқ ва иқтисодий самараларни беради. Шу мақсадда махсус реабилитация гуруҳлари тузилади, улар таркибига реабилитация шифокоридан ташқари бошқа зарур мутахассислар (кўп тармоқли гуруҳлар) киради. *Шундай қилиб, профилактиканинг барча турлари склерит ва эписклерит билан касалланган ёки ривожланиши мумкин бўлган беморни эрта аниқлаш, даволаш ва оқилона ҳаётини қўллаб-қувватлашга қаратилган.*

5С	Ногиронликнинг олдини олиш учун склерит ва эписклерит билан оғриган беморларни тиббий реабилитация қилиш тавсия этилади, бунга касалликни эрта босқичда ташхислаш ва керак бўлганда уни ўз вақтида тузатиш билан даволашни буюриш орқали офталмолог томонидан мунтазам равишда диспансер кузатуви билан эришиш мумкин.
----	--

4. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

4.1. манфаатлар тўқнашуви йўқлиги тўғрисидаги маълумотлар:

манфаатлар тўқнашуви - йўқ;

4.2. экспертлар (республика ва хорижий мамлакатлар мутахассислари) ма'лумотлари: Нарзикулова Қумри Исломовна – тиббиёт фанлари доктори, Тошкент тиббиёт академияси (ТМА) офталмология кафедраси доценти.

4.3. баённомани қайта кўриб чиқиш шартларини кўрсатиш: баённомани ишлаб чиқилганидан кейин 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар даражаси билан янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқиш;

4.4. Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Горонзй Ж.Ж., Веянд С.М. Девелопментс ин тхе ссиентифис ундерстандинг оф рхеуматоид артхритис. Артхритис ресеарч & тхерапй. 2009; 11: 249. хттпс://дои.орг/10.1186/ар2758.
2. Акпек Е.К., Тхорне Ж.Е., Қазии Ф.А., До Д.В., Жабс Д.А. Евалуатион оф пациентс витх сслеритис фор сйстемис дисеасе. Опхтхалмологй. 2004; 111: 501–6.
3. Ходсон К.Л., Галор А., Карп С.Л., ет ал. Епидемиологй анд висуал оутсомес ин пациентс витх инфестиоус сслеритис. Сорнеа. 2013; 32: 466–72. дои: 10.1097/ИСО.0б013е318259с952.
4. Хванг Й.С., Чен Й.Ф., Лаи С.С., Чен Х.С., Хсиао С.Х. Инфестиоус сслеритис афтер усе оф иммуномодуляторс. Арчивес оф Опхтхалмологй. 2002; 120:1093–4.
5. Нероев В.В., Яни Е.В. Результаты работы по целевой программе «Ликвидация устранимой слепоты вследствие роговичной и воспалительной патологии». В кн.: Материалы ВИИ Российского межрегионального симпозиума «Ликвидация устранимой слепоты: всемирная инициатива ВОЗ. Ликвидация устранимой слепоты вследствие роговичной и воспалительной патологии». Москва; 2015: 22–31.
6. Яни Е.В., Позднякова В.В., Селиверстова К.Е. Современные возможности терапии лекарственных офтальмоаллергозов. Российский офтальмологический журнал. 2017; 10 (3): 108–12.