

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР МИКРОХИРУРГИИ
ГЛАЗА
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО
НОЗОЛОГИИ «СКЛЕРИТ И ЭПИСКЛЕРИТ»**

Ташкент – 2025

«УТВЕРЖДАЮ»

**Директор Республиканского
специализированного научно-
практического медицинского
центра микрохирургии глаза
Республики Узбекистан**

А.Ф.Юсупов



2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО
НОЗОЛОГИИ «СКЛЕРИТ И ЭПИСКЛЕРИТ»**

Ташкент - 2025

Оглавление:

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ “СКЛЕРИТА И ЭПИСКЛЕРИТА”.....	5
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ “СКЛЕРИТЕ И ЭПИСКЛЕРИТЕ”.....	42
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ “СКЛЕРИТЕ И ЭПИСКЛЕРИТЕ”.....	53

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«СКЛЕРИТ И ЭПИСКЛЕРИТ»**

Ташкент – 2025

1. Вводная часть.

Настоящий клинический протокол включает в себя рекомендации по диагностике и лечению пациентов с склеритом и эписклеритом, охватывает стратегические рекомендации в отношении медикаментозного лечения. Основу при разработке данного протокола составили клинические рекомендации Американской коллегии офтальмологов American academy of ophthalmology (EyeWiki,2023), и публикации, вошедшие в Кокрейновскую библиотеку (Cochrane Library), базы данных PubMed (MEDLINE).

Коды по МКБ-10:

H15.0	Склерит
H15.1	Эписклерит
Скачать (ссылка с МКБ)	H15 Склерит: описание болезни в справочнике МКБ-10 РЛС. (rlnet.ru)

Коды по МКБ-11:

9B51	Склерит
9B50	Эписклерит
Скачать (ссылка с МКБ)	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2097802831

Дата разработки и пересмотра протокола: 27.02.2025 год, дата пересмотра 2029г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:

РСНПМЦМГ

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы по направлению офтальмологии:

1. Юсупов А.Ф.	- профессор, д.м.н., директор РСНПМЦМГ
2. Каримова М.Х.	- профессор, д.м.н., заместитель-директора по научной работе РСНПМЦМГ,
3. Абдуллаева С.И.	- к.м.н., офтальмолог РСНПМЦМГ
4. Закирходжаева М.А.	- к.м.н., офтальмолог РСНПМЦМГ
5. Базарбаева К.Г.	- врач-ординатор РСНПМЦМГ

Список авторов:

1. Билалов Э.Н.	– д.м.н., профессор кафедры офтальмологии ТМА.
2. Миркомиллов Э.М.	– ассистент кафедры офтальмологии ТМА.

Рецензенты:

1. Нарзикулова К.И.	- д.м.н., доцент кафедры офтальмологии Ташкентской медицинской академии
2.	

Клинический протокол обсужден на заседании кафедрального Совета кафедры офтальмологии ТМА.

27 февраля 2025 г. (выписка из протокола №2).

Техническая экспертная оценка и редактирование:

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

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

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

Практикующие врачи:

1. Оралов Б.А. – доктор философии (PhD), ассистент кафедры офтальмологии ТМА.
2. Нарзикулова К.И. – д.м.н., доцент кафедры офтальмологии ТМА.
3. Орипов О.И. - доктор философии (PhD), ассистент кафедры офтальмологии ТМА.

Сокращения, используемые в протоколе:

ВГД – внутриглазное давление
ВГЖ – внутриглазная жидкость
ГЗН – головка зрительного нерва
ДЗН – диск зрительного нерва
ЛС – лекарственное средство
МКБ 10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра
МНН – международное непатентованное наименование
ОКТ – оптическая когерентная томография
ПЗ – поле зрения
САП – стандартная автоматизированная периметрия
СНВС – слой нервных волокон сетчатки

Пользователи протокола по данной нозологии:

1. Врачи-офтальмологи;
2. Врачи общей практики;
3. Клинические фармакологи;
4. Студенты, ординаторы, аспиранты, преподаватели медицинских вузов.

Категория пациентов в данной нозологии:

Взрослые пациенты с склеритом и эписклеритом.

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

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

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

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

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

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

2. Основная часть.

2.1 Введение:

Склерит и эписклерит - Воспаление наружного слоя склеры называется эписклеритом. Эта патология чаще всего поражает молодых пациентов. Заболевание, как правило, является осложнением системных патологических процессов. Трансформация эписклерита в склерит является казуистической ситуацией.

Этиология:

Точная причина возникновения этих двух заболеваний неизвестна. Однако ученые предполагают, что появление склерита и эписклерита связано с системными заболеваниями ([склеродермия](#), [ревматоидный артрит](#), [системная красная волчанка](#)).

Кроме того, среди предполагаемых причин могут быть вирусные болезни, токсико-аллергическая реакция организма на укусы насекомых, химические [травмы](#) и [воспалительные заболевания глаз](#).

Эпидемиология:

В 86% случаев анкилозирующего спондилита диагностируют узелковый склерит. У 40-50% пациентов патологические изменения склеры сочетаются с поражением суставов воспалительного генеза, а в 5-10% случаев артриту сопутствует склерит. Болезнь чаще встречается у лиц женского пола (73%). Пик заболеваемости приходится на возраст от 34 до 56 лет. У детей патология наблюдается в 2 раза реже

Факторы риска для развития симптомов:

Этиология склерита напрямую связана с системными заболеваниями в анамнезе. Триггерами поражения склеры являются ревматоидный артрит, гранулематоз Вегенера, ювенильный идиопатический, реактивный хламидийный или псориатический артрит, узелковый полиартрит, анкилозирующий спондилит и полихондрит, характеризующийся рецидивирующим течением. Реже данная патология развивается в послеоперационном периоде после оперативного удаления птеригиума или травматического повреждения. Описаны клинические случаи инфекционного склерита у пациентов с витреоретинальным хирургическим вмешательством в анамнезе.

Симптомы:

- нечеткое зрение;
- слезотечение из воспаленного глаза;
- повышенная чувствительность к свету;
- боль в глазу, увеличивающаяся при движениях глаза;
- выпуклые багровые или красные пятна, немного приподнятые над белком глаза.

2.2 Определение:

Склерит – это воспалительный процесс, который поражает всю толщу наружной соединительнотканной оболочки глазного яблока. Клинически проявляется гиперемией, инъекцией сосудов, отеком, болезненностью при пальпации зоны поражения или движениях глазного яблока. Диагностика склерита сводится к проведению наружного осмотра, биомикроскопии, офтальмоскопии, визометрии, тонометрии, флуоресцентной ангиографии, ультразвукового исследования (УЗД) в В-режиме, компьютерной томографии. В зависимости от формы заболевания схема лечения включает местное или системное применение глюкокортикоидов и антибактериальных средств. При гнойном склерите показано вскрытие абсцесса.

Виды эписклерита

Простой эписклерит встречается чаще всего. Характеризуется незначительным воспалением, покраснением и болезненностью в области глаза. Заболевание полностью проходит в течение 2-х недель.

Узелковый эписклерит. На склере по всему периметру глаза появляются заметные сосудистые узелки, которые рассасываются в течение месяца. После исчезновения узелка остается синеватое пятнышко. При рецидиве заболевания новые узелки появляются уже на других местах. Узелковый эписклерит не вызывает слезотечения и боязни света.

Мигрирующий эписклерит - неожиданное возникновение на белках глаз отечных красных или фиолетовых очагов, которые пропадают через несколько дней или часов. Болезнь сопровождается сильным отеком век и головной болью. Для мигрирующего эписклерита характерны периоды затухания и новые всплески заболевания.

Розацеа эписклерит проявляется такими симптомами, как сосудистые узелки, воспаление роговицы глаза и появление розовых угрей (розацеа) на коже лица.

[Klinicheskie rekomendacii POUG 2022.pdf \(avo-portal.ru\)](#)

2.3 Классификация:

Склериты, как правило, вовлекают передний сегмент глаза и бывают 3 типов: диффузный, узелковый и некротизирующий.

1. Передний склерит (98%):
 - а. ненекротизирующий простой (60%),
 - б. ненекротизирующий узелковый(25%),
 - в. некротизирующий с воспалением,
 - г. некротизирующий без воспаления (scleromalacia perforans)
2. Задний склерит(2%)

[Klinicheskie rekomendacii POUG 2022.pdf \(avo-portal.ru\)](#)

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 истонченные 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. Методы, подходы и процедуры диагностики

3.1 Диагностика склерита и эписклерита

Боль (часто описывается как глубокая сверлящая боль), достаточно сильная, чтобы нарушать сон и аппетит. Могут возникать светобоязнь и слезотечение. Пятна гиперемии возникают глубоко под конъюнктивой глазного яблока и отличаются от гиперемии при эписклерите или конъюнктивите более насыщенным фиолетовым оттенком. Пальпебральная конъюнктива – в норме. Область поражения может быть очаговой (т.е. один квадрант глазного яблока) или вовлекать все глазное яблоко (диффузный склерит), может содержать гиперемированный, отечный возвышающийся узелок (узелковый склерит) или аваскулярную зону (некротизирующий склерит). Промежуточный склерит и задний склерит встречаются реже и с меньшей вероятностью являются причиной покраснения глаз, но с большей вероятностью вызывают появление плавающих помутнений, размытость или снижение зрения.

[Klinicheskie rekomendacii POUG 2022.pdf \(avo-portal.ru\)](#)

Лабораторные исследования: не применяется.

Инструментальные исследования:

Основные инструментальные исследования:

- Визометрия
- Рефрактометрия

- **Тонометрия**
- **Компьютерная периметрия**
- **Биомикроскопия**
- **Биомикроофтальмоскопия**

[EyeWiki](#)

Дополнительные инструментальные исследования:

- **КТ головного мозга и орбиты**
- **Ультразвуковая исследования**

5С	<p>Рекомендуется визометрия всем пациентам с склеритом и эписклеритом для оценки функционального состояния зрительного нерва и сетчатки. Klinicheskie rekomendacii POUG 2022.pdf (avo-portal.ru)</p>
----	---

5С	<p>Рекомендуется рефрактометрия всем пациентам с склеритом и эписклеритом с целью определения наличия сопутствующих аномалий рефракции и возможности их нейтрализации для проведения периметрии. Klinicheskie rekomendacii POUG 2022.pdf (avo-portal.ru)</p>
----	---

2А	<p>Рекомендуется офтальмотонометрия всем пациентам с склеритом и эписклеритом и подозрением на данное заболевание для диагностики, динамического наблюдения и контроля эффективности проводимого лечения. Klinicheskie rekomendacii POUG 2022.pdf (avo-portal.ru)</p>
----	--

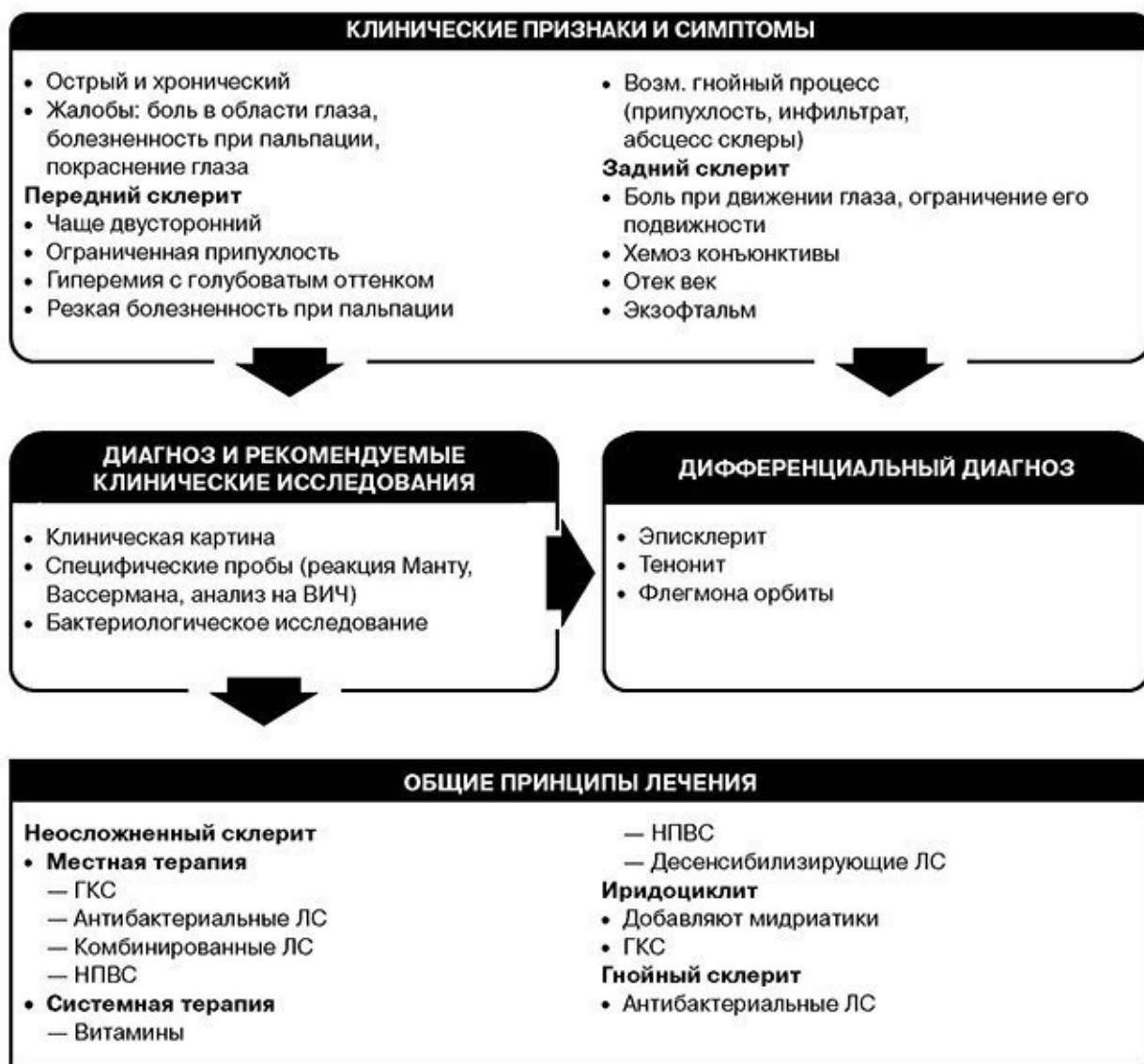
Биомикроскопия глаза – это метод прижизненного визуального исследования оптических сред и тканей глаза, основанный на создании контраста между освещенными и неосвещенными участками, проводимый при помощи щелевой лампы и дополнительных диагностических линз (в частности, для биомикроскопии глазного дна).

Диагноз склерита ставится клинически и с помощью [осмотра в щелевой лампе](#), который обычно выявляет склеральное пятно фиолетового оттенка, проникающее глубоко под конъюнктиву. Для подтверждения инфекционного склерита необходимы мазки или редко - биопсия. Для

диагностики заднего склерита может быть необходимо провести КТ или ультразвуковое исследование.

3В **Рекомендуется** биомикроскопия глаза всем пациентам для оценки состояния сред и структур глаза.
[Klinicheskie rekomendacii POUG 2022.pdf \(avo-portal.ru\)](#)

3.2 Диагностический алгоритм:



3.3 Дифференциальный диагноз:

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 Тактика лечения на амбулаторном уровне:

4.1. Немедикаментозное лечение:

Специальной диеты при Склеритах и эписклеритах не существует.

4.2. Медикаментозное лечение:

2А	Рекомендуется назначить местную медикаментозную терапию всем пациентам с склеритом и эписклеритом с целью протовоспалительного эффекта. http://avo-portal.ru/doc/fkr/item/569-sklerit-i-episklerit
----	--

1.Преднизолон внутрь 60-120 мг в день в течение 2-3 дней значительно снижает болевой синдром, что является важным индикатором активности болезни. Затем по показаниям дозу можно снизить.

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

2.Иммуносупрессанты (циклофосфамид, азатиоприн, циклоспорин) могут потребоваться в случаях резистентности к стероидам.

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

3.Комбинированная терапия (внутривенно метилпреднизолон 500-1000 мг и циклофосфамид 500 мг) в резерве для пациентов, устойчивых к пероральному приему препаратов, и в случаях установленного некроза склеры. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28524639/>

<http://avo-portal.ru/doc/fkr/item/569-sklerit-i-episklerit>

- Системные кортикостероиды

В редких случаях для лечения легких форм склерита достаточно нестероидных противовоспалительных препаратов. Однако обычно в качестве начальной терапии назначается системный кортикостероид

(например, преднизон 1–2 мг/кг перорально один раз в день в течение 7 дней, затем дозу снижают по 10 мг каждую неделю по мере переносимости или по показаниям на основании клинической картины). При рецидивах воспаления возможно назначение более длительного приема пероральных кортикостероидов, также начиная с преднизона 1–2 мг/кг перорально один раз в день или пульсирующей внутривенной терапии высокими дозами кортикостероидов, такими как метилпреднизолон 1000 мг/день в течение 3 дней.

Если течение заболевания не реагирует или пациенты не переносят системные кортикостероиды или имеют некротизирующий склерит и системное заболевание соединительной ткани, им показана системная иммуносупрессия циклофосфамидом, метотрексатом, микофенолатом мофетиллом или биологическими агентами (например, ритуксимабом, адалимумабом), но только после консультации с ревматологом. При угрозе перфорации может быть показана пересадка склеральной ткани.

<http://avo-portal.ru/doc/fkr/item/569-sklerit-i-episklerit>

4.3. Хирургическое вмешательство:

Специальной хирургического лечения не требует.

4.4. Дальнейшее ведение:

- Склерит проявляется тяжелым деструктивным, угрожающим зрению воспалением.
- Симптомы включают глубокую сверлящую боль, светобоязнь, слезотечение и локальную или диффузную гиперемию.
- Диагноз устанавливается клинически и при осмотре при помощи щелевой лампы.

- Большинство пациентов нуждается в применении системных кортикостероидов и/или системной иммуносупрессивной терапии, которые назначаются после консультации ревматолога.
- При угрозе перфорации может быть показана пересадка склеральной ткани.

4.5. Индикаторы эффективности лечения:

Терапия склеритов носит продолжительный характер и сопряжена с развитием осложнений в процессе лечения. Для повышения эффективности терапии данных заболеваний и снижения риска развития осложнений необходимо использование современных нестероидных противовоспалительных средств с минимальной кратностью инстилляций.

3B

Рекомендуется биомикроскопия глаза всем пациентам для оценки состояния сред и структур глаза.

[Klinicheskie rekomendacii POUG 2022.pdf \(avo-portal.ru\)](#)

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

1.1 Показания для плановой госпитализации:

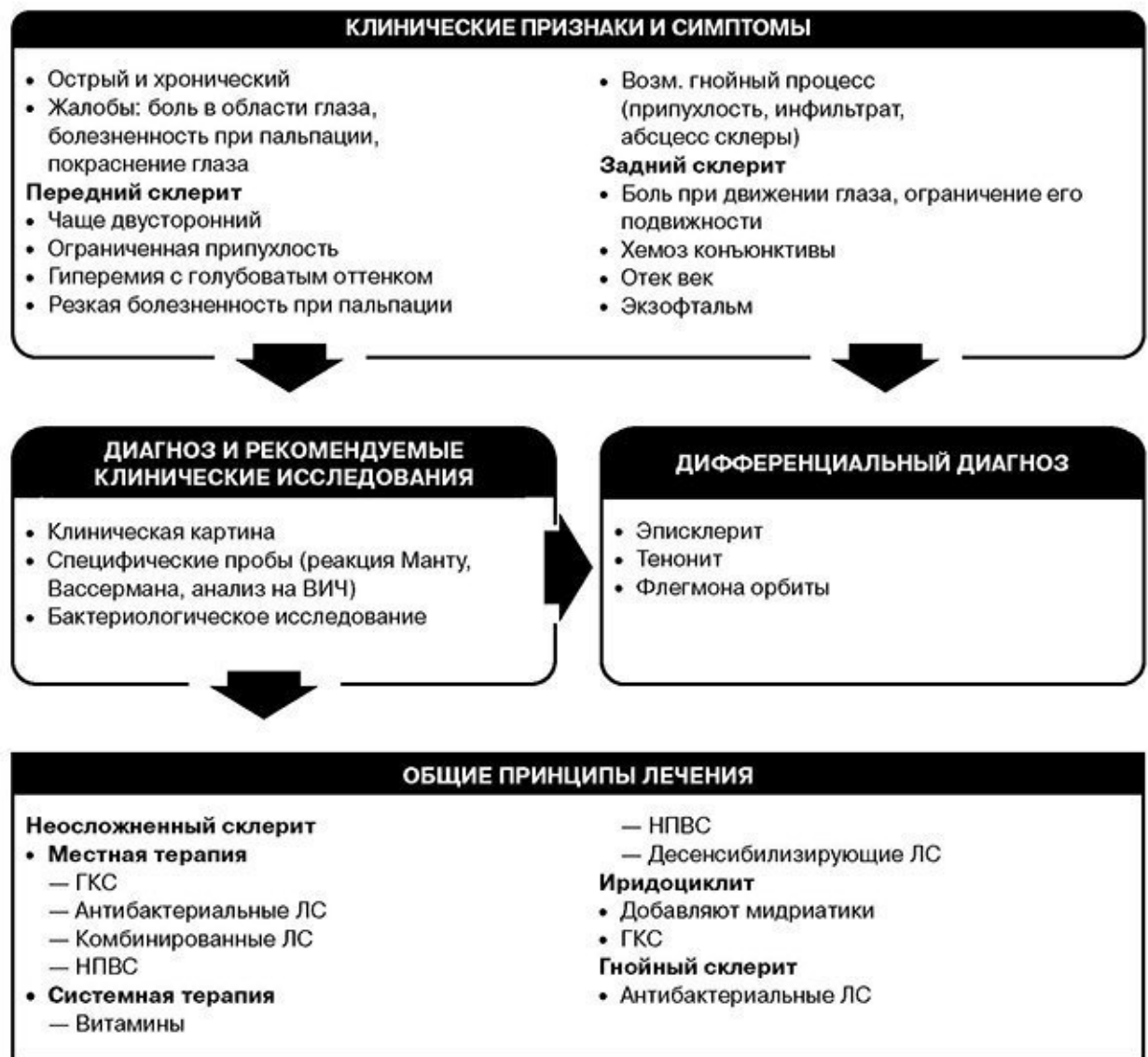
Показания для экстренной госпитализации отсутствуют.

1.2 Показания для экстренной госпитализации:

Показания для экстренной госпитализации отсутствуют.

6. Тактика лечения на стационарном уровне:

6.1. карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента:



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

7. Организационные аспекты протокола:

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

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

Нарзикулова Кумри Исламовна – д.м.н., доцент кафедры офтальмологии Ташкентской медицинской академии (ТМА).

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

7.4. список использованной литературы:

1. Goronzy J.J., Weyand C.M. Developments in the scientific understanding of rheumatoid arthritis. *Arthritis research & therapy*. 2009; 11: 249. <https://doi.org/10.1186/ar2758>.
2. Акпек Е.К., Thorne J.E., Qazi F.A., Do D.V., Jabs D.A. Evaluation of patients with scleritis for systemic disease. *Ophthalmology*. 2004; 111: 501–6.
3. Hodson K.L., Galor A., Karp C.L., et al. Epidemiology and visual outcomes in patients with infectious scleritis. *Cornea*. 2013; 32: 466–72. doi: 10.1097/ICO.0b013e318259c952.
4. Hwang Y.S., Chen Y.F., Lai C.C., Chen H.S., Hsiao C.H. Infectious scleritis after use of immunomodulators. *Archives of Ophthalmology*. 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 VII 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.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ
«СКЛЕРИТА И ЭПИСКЛЕРИТА»**

Ташкент -2025

2. Основная часть.

2.1 Введение:

Склерит и эписклерит - Воспаление наружного слоя склеры называется эписклеритом. Эта патология чаще всего поражает молодых пациентов. Заболевание, как правило, является осложнением системных патологических процессов. Трансформация эписклерита в склерит является казуистической ситуацией.

Этиология:

Точная причина возникновения этих двух заболеваний неизвестна. Однако ученые предполагают, что появление склерита и эписклерита связано с системными заболеваниями ([склеродермия](#), [ревматоидный артрит](#), [системная красная волчанка](#)).

Кроме того, среди предполагаемых причин могут быть вирусные болезни, токсико-аллергическая реакция организма на укусы насекомых, химические [травмы](#) и [воспалительные заболевания глаз](#).

Эпидемиология:

В 86% случаев [анкилозирующего спондилита](#) диагностируют узелковый склерит. У 40-50% пациентов патологические изменения склеры сочетаются с поражением суставов воспалительного генеза, а в 5-10% случаев артриту сопутствует склерит. Болезнь чаще встречается у лиц женского пола (73%). Пик заболеваемости приходится на возраст от 34 до 56 лет. У детей патология наблюдается в 2 раза реже

Факторы риска для развития симптомов:

Этиология склерита напрямую связана с системными заболеваниями в анамнезе. Триггерами поражения склеры являются [ревматоидный артрит](#), [гранулематоз Вегенера](#), ювенильный идиопатический, реактивный хламидийный или [псориатический артрит](#), узелковый полиартрит, анкилозирующий спондилит и [полихондрит](#), характеризующийся рецидивирующим течением. Реже данная патология развивается в послеоперационном периоде после оперативного [удаления птеригиума](#) или травматического повреждения. Описаны клинические случаи инфекционного склерита у пациентов с витреоретинальным хирургическим вмешательством в анамнезе.

Симптомы:

- нечеткое зрение;
- слезотечение из воспаленного глаза;
- повышенная чувствительность к свету;
- боль в глазу, увеличивающаяся при движениях глаза;

- выпуклые багровые или красные пятна, немного приподнятые над белком глаза.

2.2 Определение:

Склерит – это воспалительный процесс, который поражает всю толщу наружной соединительнотканной оболочки глазного яблока. Клинически проявляется гиперемией, инъекцией сосудов, отеком, болезненностью при пальпации зоны поражения или движениях глазного яблока. Диагностика склерита сводится к проведению наружного осмотра, биомикроскопии, офтальмоскопии, визометрии, тонометрии, флуоресцентной ангиографии, ультразвукового исследования (УЗД) в В-режиме, компьютерной томографии. В зависимости от формы заболевания схема лечения включает местное или системное применение глюкокортикоидов и антибактериальных средств. При гнойном склерите показано вскрытие абсцесса.

Виды эписклерита

Простой эписклерит встречается чаще всего. Характеризуется незначительным воспалением, покраснением и болезненностью в области глаза. Заболевание полностью проходит в течение 2-х недель.

Узелковый эписклерит. На склере по всему периметру глаза появляются заметные сосудистые узелки, которые рассасываются в течение месяца. После исчезновения узелка остается синеватое пятнышко. При рецидиве заболевания новые узелки появляются уже на других местах. Узелковый эписклерит не вызывает слезотечения и боязни света.

Мигрирующий эписклерит - неожиданное возникновение на белках глаз отечных красных или фиолетовых очагов, которые пропадают через несколько дней или часов. Болезнь сопровождается сильным отеком век и головной болью. Для мигрирующего эписклерита характерны периоды затухания и новые всплески заболевания.

Розацеа эписклерит проявляется такими симптомами, как сосудистые узелки, воспаление роговицы глаза и появление розовых угрей (розацеа) на коже лица.

[Klinicheskie rekomendacii POUG 2022.pdf \(avo-portal.ru\)](#)

2.4 Классификация:

Склериты, как правило, вовлекают передний сегмент глаза и бывают 3 типов: диффузный, узелковый и некротизирующий.

2. Передний склерит (98%):

- а. ненекротизирующий простой (60%),
 - б. ненекротизирующий узелковый(25%),
 - в. некротизирующий с воспалением,
 - г. некротизирующий без воспаления (scleromalacia perforans)
2. Задний склерит(2%)

[Klinicheskie rekomendacii POUG 2022.pdf \(avo-portal.ru\)](#)

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 истонченные 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. Методы, подходы, процедуры диагностики и лечения:

3.1. Цель проведения процедуры или вмешательства:

Хирургического вмешательства не требует.

[Klinicheskie rekomendacii POUG 2022.pdf \(avo-portal.ru\)](#)

4. Организационные аспекты протокола:

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

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

Нарзикулова Кумри Исламовна – д.м.н., доцент кафедры офтальмологии Ташкентской медицинской академии (ТМА).

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

4.4. *Список использованной литературы:*

1. Goronzy J.J., Weyand C.M. Developments in the scientific understanding of rheumatoid arthritis. *Arthritis research & therapy*. 2009; 11: 249. <https://doi.org/10.1186/ar2758>.
2. Акрек Е.К., Thorne J.E., Qazi F.A., Do D.V., Jabs D.A. Evaluation of patients with scleritis for systemic disease. *Ophthalmology*. 2004; 111: 501–6.
3. Hodson K.L., Galor A., Karp C.L., et al. Epidemiology and visual outcomes in patients with infectious scleritis. *Cornea*. 2013; 32: 466–72. doi: 10.1097/ICO.0b013e318259c952.
4. Hwang Y.S., Chen Y.F., Lai C.C., Chen H.S., Hsiao C.H. Infectious scleritis after use of immunomodulators. *Archives of Ophthalmology*. 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 VII 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.

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

Ташкент - 2025

2. Основная часть.

2.1. Введение:

Специфической профилактики склеритов и эписклеритов не существует. Результаты исследований, касающиеся медицинской эффективности и экономической эффективности проведения скрининга, профилактики и диспансерного наблюдения противоречивы, и не могут носить рекомендательного характера.

2.2. Определение – профилактики или реабилитации:

Профилактика – это комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и/или устранение факторов риска.

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

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

2.3. Виды профилактики или реабилитации:

В зависимости от состояния здоровья или выраженной патологии рассматривают три вида профилактики:

- первичная;
- вторичная;

-третичная.

Первичная профилактика включает вакцинацию, рациональный режим труда и отдыха, регулярное сбалансированное питание, физическую активность.

Вторичная профилактика включает устранение факторов риска, которые при определённых условиях вызовут рецидив заболевания.

Третичная профилактика рассматривается как комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизни.

Этапы реабилитации:

Этап 1. Лечебно-реабилитационный. Он осуществляется в остром периоде заболевания или травмы.

Этап 2. Ранняя стационарная медицинская реабилитация. Осуществляется в остром и раннем восстановительном периоде заболевания или травмы в стационарных отделениях ранней медреабилитации.

Этап 3. Амбулаторный. Осуществляется в реабилитационных, а при их отсутствии — в профильных отделениях амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения.

2.4. принципы проведения общественных профилактических мероприятий и индивидуальной профилактики:

Помимо первичной, вторичной и третичной профилактики, выделяют также индивидуальную и общественную профилактику болезней.

Индивидуальная профилактика - включает меры по предупреждению болезней, сохранению и укреплению здоровья, которые осуществляет сам человек, и практически сводится к соблюдению норм здорового образа жизни, к личной гигиене, рациональному питанию и рациональному режиму труда и отдыха, активному занятию физической культурой.

Общественная профилактика – это социальные, воспитательные, санитарно-гигиенические, противоэпидемические и лечебных мероприятия, планомерно проводимые государственными институтами и общественными организациями с целью обеспечения всестороннего развития физических и духовных сил граждан, устранения факторов, вредно действующих на здоровье населения.

Диспансерное наблюдение: рекомендуется первый осмотр проводить через 1 месяцев после начала лечения, затем – каждые 6 месяцев на протяжении первых двух лет.

ЗВ

Рекомендуется биомикроскопия глаза всем пациентам для оценки состояния сред и структур глаза.

[Klinicheskie rekomendacii_POUG_2022.pdf \(avo-portal.ru\)](#)

3.1. Методы и процедуры реабилитации:

Поскольку воспаление склеры часто связано с иммунными нарушениями и сторонними заболеваниями, поддержание здоровья организма и регулярные визиты к врачу помогут вовремя выявить проблему. Лечение системных патологий необходимо начинать как можно раньше, чтобы предотвратить возникновение нежелательных последствий. Кроме того, нужно избегать травм глаз и защищать их от внешнего воздействия окружающей среды.

Цель профилактики – выявление на ранних этапах склеритов и эписклеритов и предотвращать прогрессирование при наличии факторов риска.

1-я профилактика – лечение офтальмологических заболеваний.

Сбалансированное питание. Хорошее зрение невозможно без получения организмом достаточного количества витаминов и минералов. Правильный пищевой рацион должен включать растительные и молочные продукты, крупы и небольшое количество нежирного мяса, а также морской рыбы и птицы.

Умеренные физические нагрузки. Каждодневная физическая активность активизирует кровообращение в глазных структурах, что позволяет избежать гипоксии волокон и тканей.

Профилактические осмотры офтальмолога. Для склеритов и эписклеритов характерно постепенное небыстрое развитие. Офтальмологический осмотр, позволит вовремя выявить и обнаружить изменения, происходящие на глазном дне, чтобы принять соответствующие меры лечения.

скрининг - проводится с целью выявления признаков склеритов и эписклеритов, факторов риска, особенно при отягощенном семейном анамнезе; определения медицинских показаний к выполнению

дополнительных обследований и осмотров врачом-офтальмологом для уточнения диагноза глаукомы.

5С	Рекомендуется осмотр (консультация) врачом-офтальмологом граждан в возрасте 40 лет и старше, имеющих ревматологические заболевания с целью раннего выявления склеритов. Klinicheskie rekomendacii POUG 2022.pdf (avo-portal.ru)
----	--

Комментарий: Решение о периодичности наблюдения и назначении дополнительных методов исследования принимает врач по результатам базового обследования. На сегодняшний день не достигнуто согласие относительно интервалов и финальных сроков наблюдения. Периодичность осмотров врачом-офтальмологом и объем исследований и манипуляций определяется индивидуально, но не реже 1 раза в год.

Система мероприятий, направленных на раннее выявление признаков заболевания и предотвращение его прогрессирования. Целью скрининга является выявление части популяции с повышенным риском развития заболевания для проведения углублённого обследования и постановки точного диагноза.

2-я профилактика - Мероприятия вторичной профилактики склеритов весьма актуальны при диагностированном уже заболевании. Применение лекарственных средств. Необходимы регулярные посещения офтальмолога для проведения обследований и получения рекомендаций в отношении применения медикаментозных средств.

Диета. Пациентам с склеритом и эписклеритов рекомендовано ограничение потребления маринадов, соленой и сладкой пищи. Потребляемое количество жидкости не должно быть больше 1.5-2 литров в сутки. Обязательно полностью исключить алкоголь.

3-я профилактика – Необходимо помнить, что третичная профилактика обязательно сопутствует вторичной. В очень редких случаях она может проводиться отдельно. Третичная профилактика включает в себя: медицинскую, социальную, педагогическую, психологическую, санаторно-курортное лечение в зависимости от заболевания, стадии, необходимости, а также другие виды.

Сегодня комплексной реабилитации уделяется много внимания. Экономические данные свидетельствуют о том, что комплексное применение реабилитационных мероприятий дает хороший оздоравливающий и экономический эффекты. Для этого создаются специальные реабилитационные бригады, в которые входят помимо врача-реабилитолога другие необходимые специалисты (мультидисциплинарные бригады).

Таким образом, все виды профилактики направлены на раннее выявление, лечение и рациональную жизнедеятельность пациента могущего или заболевшего склеритом и эписклеритом.

5С	Рекомендуется проведение медицинской реабилитации пациентов с склеритом и эписклеритом с целью предотвращения инвалидизации, что может быть достигнуто диагностированием заболевания на начальной стадии и назначением лечения с его своевременной коррекцией в случае необходимости при регулярном диспансерном наблюдении врача-фталъмолога Klinicheskie rekomendacii POUG 2022.pdf (avo-portal.ru)
----	--

4. Организационные аспекты протокола:

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

4.2. данные экспертов (специалистов республики и зарубежных стран): Нарзикулова Кумри Исламовна – д.м.н., доцент кафедры офталъмологии Ташкентской медицинской академии (ТМА).

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

4.4. Список использованной литературы:

1. Goronzy J.J., Weyand C.M. Developments in the scientific understanding of rheumatoid arthritis. *Arthritis research & therapy*. 2009; 11: 249. <https://doi.org/10.1186/ar2758>.
2. Akpek E.K., Thorne J.E., Qazi F.A., Do D.V., Jabs D.A. Evaluation of patients with scleritis for systemic disease. *Ophthalmology*. 2004; 111: 501–6.
3. Hodson K.L., Galor A., Karp C.L., et al. Epidemiology and visual outcomes in patients with infectious scleritis. *Cornea*. 2013; 32: 466–72. doi: 10.1097/ICO.0b013e318259c952.

4. Hwang Y.S., Chen Y.F., Lai C.C., Chen H.S., Hsiao C.H. Infectious scleritis after use of immunomodulators. *Archives of Ophthalmology*. 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 VII 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.