

## **Общероссийская общественная организация**

### **«Ассоциация врачей-офтальмологов»**

г. Москва, ул. Садовая-Черногрязская, д.14/19,  
тел. (495) 607-73-31, [www.avo-portal.ru](http://www.avo-portal.ru)

---

название медицинской профессиональной некоммерческой организации,  
утвердившей Клинические рекомендации, адрес, телефон, web-сайт

## **КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

### **Травма века: клиника, диагностика, лечение**

---

наименование заболевания (заболеваний) или состояния (состояний)

### **Код/коды по МКБ-10: S00.1, S00.2 0, S01.1**

---

код/коды заболевания (заболеваний) или состояния (состояний), представленного/ных в Клинических рекомендациях, по Международной классификации болезней десятого пересмотра

**Утверждено:** «    »                    2017 г, Москва,  
Заседание Президиума Общероссийской общественной организации  
«Ассоциация врачей-офтальмологов»

---

дата и место утверждения Клинических рекомендаций с указанием мероприятия, на котором были утверждены Клинические рекомендации

**В.В. Нероев**

---

ФИО и подпись руководителя  
медицинской профессиональной  
некоммерческой организации,  
утвердившей Клинические рекомендации

**В.В. Нероев**

---

ФИО и подпись Главного внештатного  
специалиста Минздрава России по профилю

## Оглавление

Ключевые слова .....	Error! Bookmark not defined.
Список сокращений.....	Error! Bookmark not defined.
1. Краткая информация.....	5
1.1 Определение .....	5
1.2 Эпидемиология.....	5
1.3 Этиология и патогенез .....	5
1.4 Кодирование по МКБ-10.....	5
1.5 Классификация травм века .....	6
2. Клиническая картина.....	7
3. Диагностика.....	9
4. Лечение.....	10
4.1 Консервативное лечение.....	10
4.2. Хирургическое лечение .....	11
4.3. Виды, формы, условия оказания медицинский помощи пациентам с травмой века .....	13
5. Реабилитация.....	13
5.1. Медико-психологическая реабилитация .....	13
5.2 Хирургическая реабилитация .....	13
6. Профилактика .....	14
Приложения:	
Приложение А1. Состав Рабочей группы .....	15
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.....	16
Приложение А3. Критерии оценки качества медицинской помощи .....	18
Приложение А4. Порядок оказания медицинской помощи при закрытой травме глаза .....	19
Приложение А5. Модели пациентов.....	20
Приложение А5. Список литературы.....	21

## **Ключевые слова**

- Контузия века
- Ранение века
- Разрыв века
- Отрыв века
- диагностика
- лечение

## **Список сокращений**

МКБ 10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

КТ – компьютерная томография

## 1. Краткая информация

### 1.1 Определение

К механическим травмам век относятся контузии и ранения век.

**Контузия века** (сдавление, ушиб). – повреждение века в результате воздействия на ткани века тупой силы (тупой предмет, взрывная волна)

**Ранение века** – повреждение тканей века острым предметом

### 1.2 Эпидемиология

Контузии век встречаются как в мирное, так и в военное время. По данным Н. А. Вишневого, контузии век во время Великой Отечественной войны составляли **8,5%** всех повреждений органа зрения. По данным **Купряшиной** в мирное время контузии век составляют примерно **4%** бытовых травм, а у детей даже **19,3%** травматических повреждений области глаза.

Ранения век в мирное время составляют **5—7%** до всех повреждений органа глаза и **8—11%** всех бытовых и особенно детских травм. Ранящими предметами при этом могут быть нож, палка, камень, металлические осколки, проволока, осколки стекла и проч. В мирное время изолированные ранения век, естественно, встречаются чаще, чем во время войны.

Среди боевых травм органа зрения ранения век встречаются гораздо чаще, чем в мирное время. По данным Б. Л. Поляка, во время Великой Отечественной войны их число составляло **45,9%** всех повреждений органа зрения. Как правило, повреждения век сочетались с ранениями глазного яблока и орбиты и лишь редко были самостоятельными (**3,9%**). Одной из особенностей травм глазного яблока военного времени является частое расположение входного отверстия не в стенке глаза, а на веках или по соседству. Важно об этом помнить, что характер и размеры повреждения глубжележащих тканей далеко не всегда соответствуют ране века. Боевые повреждения век, как правило, сочетаются с тяжелыми повреждениями глазного яблока. Это обусловлено большой кинетической энергии повреждающих предметов во время войны (пули, осколки снарядов, авиабомб и др.). Особенно тяжелыми являются ранения век в комбинации с повреждениями черепа и мозга, а также с обширными ранениями лица и придаточных пазух носа.

### 1.3 Этиология и патогенез

Основные причины травмы мирного времени - несчастные случаи (ДТП, бытовые несчастные случаи, аварии на производстве и т.д.); - падения; - нападения, драки, физическое насилие. Непосредственной причиной контузионного повреждения обычно бывает тупой удар о предмет или поверхность. Непосредственной причиной ранения может быть воздействие острого предмета.

Патогенез травм век многообразен и складывается из ряда стандартных этапов: альтерации тканей, нарушения нейро-сосудистой регуляции, изменения биохимических показателей в жидких средах глаза и развития общего и местного адаптационного синдрома (стресс-реакция)

### 1.4 Кодирование по МКБ-10

S00.1 - ушиб века и окологлазничной области

S00.2 0 - другие поверхностные травмы века и окологлазничной области

S01.1- открытая травмы века и окологлазничной области

### **1.5. Классификация травм век**

Механические повреждения век по патогенезу делятся на ранения и контузии.

Контузии века:

- подкожные кровоизлияния и отек век
- гематома века
- подкожная эмфизема века
- разможжение века

### **Классификация ранений век (по Поляку Б.Л.)**

#### **1. По характеру ранения:**

- А
  - несквозное
  - сквозное (без повреждения свободного края)
  - разрыв свободного края века
  - отрыв века (полный или частичный);
- Б
  - с повреждением слезных канальцев
  - без повреждения слезных канальцев

#### **2. По локализации:**

- Одного века: верхнего, нижнего.
- Обоих век

В настоящее время в Российской Федерации также широко применяется классификация травмы органа зрения, включающая и травму век по степени тяжести (Волков В.В., Даниличев В.Ф., Ерюхин И.А., Шиляев В.Г., Шишкин М.М.)

**Травмы век по тяжести подразделяются на легкие, средней тяжести, тяжелые.**  
Понятие тяжести определяет **прогноз**

- **Лёгкие травмы** не угрожают пострадавшему понижением функций органа зрения или стойким косметическим дефектом;

*При ранениях:* гематомы и несквозные ранения век (без повреждения их свободного края);

*При контузиях:* подкожные кровоизлияния, рвано-ушибленная рана кожи (без разрыва или отрыва) век

- **Травмы средней тяжести** - вызывают умеренное понижение функции или не резко выраженный косметический дефект;

*При ранениях:* разрыв или частичный отрыв века без большого дефекта ткани, не угрожающие развитием резко выраженных рубцовых деформаций;

*При контузиях:* гематома, подкожная эмфизема века, рвано-ушибленное повреждение, не угрожающие развитием резко выраженных рубцовых деформаций;

- **Тяжёлые травмы** угрожают пострадавшему слепотой или значительными нарушениями функций органа зрения вследствие стойких анатомических и функциональных расстройств.

*При ранениях:* ранение век со значительным дефектом ткани;

*При контузиях:* значительный разрыв или отрыв век с рвано-ушибленными краями и повреждением слезных канальцев и мешка, после которых развились резко выраженные рубцовые деформации, птоз или лагофтальм хотя бы на одном глазу

### **Отдаленные последствия механической травмы век**

1. Изменение положения век:

- рубцовый выворот, заворот
- посттравматический птоз
- анкилоблефарон

2. Изменение положения углов глазной щели:

- смещение внутреннего угла глазной щели
- смещение наружного угла глазной щели

3. Рубцовые дефекты формы век:

- Колобома века
- Дефицит тканей века с лагофтальмом или без него
- Укорочение века

4. Рубцовое заращение слезоотводящих путей

### **2. Клиническая картина**

#### **Клинические проявления контузии века:**

- 1) кровоизлияния под кожей век, появляющиеся сразу после травмы, которые необходимо дифференцировать с кровоизлияниями век, возникающими при переломе основания черепа. В этом случае имеется двусторонняя локализация кровоизлияний, которые появляются не сразу, а через 12—36 ч после травмы;
- 2) отечность тканей века и окологлазничной области;
- 3) нарушение функции века — глазная щель сужена, веко не поднимается, нарушена зрительная функция;

4) подкожная эмфизема возникает при трещинах и переломах стенок орбиты. В результате этого воздух из поврежденных придаточных пазух попадает под кожу.

В легких случаях контузии век клиническая картина характеризуется быстро развивающимся отеком век вследствие выхода в подкожную клетчатку сыворотки крови и клеточных элементов, появлением подкожных и внутрикожных кровоизлияний (тканевы кровоизлияния, экхимозы). В силу большой растяжимости кожи век и неплотного прилегания к подлежащим тканям отек и кровоизлияния, появившиеся на веках при повреждении, обычно значительнее, чем на других участках тела. Нередко даже становится невозможным активное раскрытие глазной щели. Спустя три-пять дней отек век обычно исчезает, однако синевато-красная окраска кожи остается еще довольно продолжительное время (две-три недели). При повреждении отводящих лимфатических путей отек век может оставаться дольше и даже переходит в элевантiazис. Через две-три недели окраска кожи век становится зеленоватой, затем желтоватой и, наконец, восстанавливается нормальный цвет кожи. Отек век и подкожные кровоизлияния могут распространит через спинку носа на другую сторону, а также под конъюнктивой особенно если больной лежит на боку.

В более выраженных случаях контузии могут образоваться гематомы, а также подкожная эмфизема век. Диагноз эмфиземы ставится на основании следующих признаков: резкий отек неповрежденной кожи века, ее эластичное напряжение и крепитация, связанная с передвижением пузырьков воздуха в рыхлой подкожной клетчатке. Присутствие воздуха в коже века свидетельствует о ненормальном сообщении подкожной клетчатки века с полостями, окружающими глазницу. Это происходит при переломе или трещине соответствующей кости. Чаще всего — это трещины во внутренней стенке орбиты, в области бумажной пластинки решетчатой кости, реже нарушенными оказываются костные стенки в области лобной пазухи или позади слезного мешка. Иногда повреждается нижняя или верхняя орбитальная стенка. Наконец, возможна эмфизема без видимого перелома орбитального края при нарушении бумажной пластинки решетчатой кости. Эмфизема бывает чисто пальпебральная либо орбито-пальпебральная. Воздух может распространиться и под кожу лица. Развивается эмфизема почти всегда в течение первого дня или первых суток после травмы, реже — еще позже, и обычно в течение нескольких дней исчезает.

Подкожные кровоизлияния век могут развиваться также в результате непрямого ушиба или травмы, например, при повреждении края орбиты, лба, носа, щек, височной области, а также при переломе стенок орбиты или основания черепа. Такого рода кровоизлияния частью проявляются в виде, *«симптома очков»*. Клинически «симптом очков» представляет собой отек и диффузное пропитывание подкожной клетчатки век кровью. Края пропитывания действительно производят впечатление темных стекол, приложенных к глазам. Симптом, как правило, двусторонний. Чаще он возникает при переломе костей лицевого черепа и реже — при переломе основания черепа.

Ранения век могут быть сквозными и несквозными (поверхностными). В первом случае повреждаются все слои века, во втором — века и иногда мышечный слой.

Поверхностные раны век в легких случаях представляют собой ссадины, ранки, быстро заживающие, без каких-либо функциональных нарушений. Однако они могут быть довольно распространенными и иногда приводят даже к укорочению века (чаще верхнего), по вывороту.



Сквозные, или проникающие, раны век весьма разнообразны. Сличаются они по своему характеру, локализации и глубине, но размерам рапы и направлению раневого канала. Сквозное ранение может быть без повреждения свободного края века и с его разрывом.

При резаных ранах тяжесть повреждения зависит от направления разреза. Если оно располагается горизонтально по отношению к свободному краю века, т. е. проходит по ходу волокон круговой мышцы, то рана не склонна к зиянию, края ее обычно сопоставлены и заживление происходит даже без наложения швов. При вертикальном же направлении раны часто нарушается целостность всего века до свободного края. При этом края рапы оттягиваются волокнами поврежденной круговой мышцы века, что обуславливает ее зияние. Подобные ранения нередко вызывают в последующем деформацию глазной щели; особенно часто развивается эктропион. При глубоких резаных ранах верхнего века, сопровождающихся повреждением мышцы, поднимающей верхнее веко или ее сухожилия, образуется птоз.

Колотые раны века обычно сочетаются с ранением глазного яблока и орбиты. В этих случаях очень важно установить направление раневого канала. В неясных случаях это устанавливается путем зондирования, ревизии раны. При такой ране может повреждаться тарзоорбитальная фасция, периост и сама кость орбиты, возможно развитие эмфиземы век. В редких случаях остается узкая фистула.

Чаще, чем резаные и колотые раны, при контузионном механизме повреждения встречаются рваные раны и или разрывы века. Такие раны обычно наносятся тупым ранящим предметом, от вида и силы воздействия которого зависят распространенность и тяжесть повреждения.

Особую клиническую форму представляет отрыв века (частичный, полный). В результате частичного отрыва века наступает значительная деформация глазной щели, различного размера травматическая колобома. Отрыв век у внутреннего угла часто с повреждением слезного канальца. При полном отрыве линия отрыва проходит обычно у орбитального края.

### **3. Диагностика**

#### **2.1 Жалобы и анамнез**

Жалобы на отек тканей века, боль в области повреждения, наличие раны века, несмыкания век.

Анамнез заключается в выявлении характера повреждающего агента (тупой или острый предмет и др, направления удара, обстоятельств травмы, объема оказанной первой помощи[1,2].

#### **2.2 Физикальное обследование**

- Физикальное обследование рекомендуется всем пациентам[1,2].

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств 1а).

***Комментарии:** Оценка состояния пострадавшего проводится на основании анализа внешнего вида, поведения, характера дыхания, пульса, показателей артериального давления пострадавшего. Необходимо исключить или подтвердить сочетанный или комбинированный характер травмы [1, 2].*

### **2.3 Лабораторная диагностика**

- **Общеклинический минимум** рекомендуется всем пациентам[1,2].

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств 1а).

**Комментарии:** оценка фонового состояния организма, наличия сопутствующих гемотрасмиссивых инфекционных заболеваний, биохимических показателей крови

### **2.4 Инструментальная диагностика**

- **Определение остроты зрения** рекомендуется всем пациентам с помощью проектора опто типов (таблиц), при отсутствии предметного зрения светоощущение и светопроекция определяются с помощью прямого офтальмоскопа[1,2].

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств 1а).

- **Биомикроскопия** рекомендуется всем пациентам[1,2].

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств 2а).

- **Зондирование раневого канала** рекомендуется определять пациентам с ранами [1].

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств 2а).

- **Компьютерная томография (КТ) глазниц и околоносовых пазух** или при отсутствии КТ рентгенологическое исследование **глазниц и околоносовых пазух** рекомендуются всем пациентам с контузиями и ранениями средней и тяжелой степени для исключения повреждения глазницы, инородных тел параорбитальной области, гемосинуса, исключения переломов основания черепа при наличии симптома «очков» [1,2].

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств 2а).

- **Зондирование и промывание слезоотводящих путей** рекомендуется определять пациентам с нарушением слезоотведения и локализации раны в области внутреннего угла глазной щели[1].

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств 2а).

## **4. Лечение**

### **4.1 Консервативное лечение**

Лечение контузионных повреждений век без наличия рвано-ушибленной раны в остром периоде

- Рекомендуется всем пациентам: местная гипотермия; кровоостанавливающие средства (этамзилат, дицинон); препараты, укрепляющие сосудистую стенку (аскорутин, 10%-ный раствор глюконата кальция); рассасывающая терапия
- При наличии рвано-ушибленной раны века необходимо хирургическое лечение, объем которого определяется выраженностью дефекта века, наличием лагофталма и угрозы главному яблоку, инфицированностью раны.

Консервативное лечение ранений век, а также контузионных повреждений с наличием рвано-ушибленной раны в остром периоде

- Рекомендуется всем пациентам: при наличии раны :обезболивание (внутримышечно анальгетики), профилактика столбняка, антибактериальная терапия.
- Рекомендуются пациентам с травмой век средней степени тяжести и тяжелыми: инъекции препаратов, улучшающих микроциркуляцию и стимулирующих репаративные процессы, противовоспалительных препаратов (стероидные или нестероидные препараты) [1].

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств 3)

Консервативное лечение рубцовых последствий ранений век и контузионных повреждений век

- Рекомендуется пациентам при наличии грубых рубцов: пролонгированные кортикостероиды в толщу рубца, препараты гиалуронидазы в виде кремов и инъекционных форм, физиолечение с протеолитическими ферментами.

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств 3)

#### **4.2 Хирургическое лечение**

Хирургическое лечение рекомендуется всем пациентам с наличием раны века, не склонной к самостоятельной адаптации

**Главным при лечении** ранений век является ранняя хирургическая обработка раны с наложением швов.

**В зависимости от сроков наложения швов Б. Поляк различает:**

1. первичные швы, накладываемые до **24** час. после ранения;
2. первично-отсроченные швы (от **2**-го до **4**-го дня);

3. ранние вторичные швы (от 5-го до 15-го дня после ранения);
4. поздние вторичные швы (от 15 дней до 1—2 месяцев после ранения).

Для закрытия значительных дефектов или восстановления целости век применяются пластические операции на веках.

При сквозных ранениях век накладываются двухрядные швы (глубокие – рассасывающимся материалом, кожные – нерассасывающимся шовным материалом), или восьмеркообразные (через глубокие слои с выводом на кожу). Следует отметить высокую восстановительную способность тканей века. Поэтому при обработке следует сохранять каждый миллиметр ткани, чтобы избежать укорочения и деформации век. Если свободный край века поврежден, то первым накладывается шов на интермаргинальное пространство. Если края раны размозжены, предварительно необходимо их аккуратно выровнять, создав новые хорошо сопоставимые раневые поверхности. Степень натяжения шва зависит от слоя: на хряще узел завязывают с большим натяжением, кожный шов затягивают до хорошего сопоставления краев с учетом инфильтрационной анестезии и отека тканей. При повреждении слезного канала в поврежденный каналец вставляют стент (силиконвую трубочку, зонд Поляка или отрезок лески). Кроме швов на слизистую и кожу накладывается еще матрасный шов, закрепляющий оторванную внутреннюю связку к культе связки или надкостнице внутренней стенки орбиты. Швы с кожи снимают через 4-5 дней, при зияющих ранах и отрыве век - на 7-10 день.

При небольших дефектах края раны сближают и фиксируют, используя технику прямого сшивания. При больших дефектах требуются направляющие швы и пластика местными тканями. При обширных дефектах тканей требуется пересадка свободного кожного лоскута. При сохранении угрозы лагофтальма после пластики века необходима блефарорафия для защиты поверхности глазного яблока от высыхания.

**Комментарии:** *тяжесть поражения кожи век (т.е. степень деформации век) во многом определяет динамику заживления ран и является одной из важных причин продолжающейся деструкции тканей глаза на 2-й неделе и более после травмы.*

*Блефарорафия должна проводиться в ранние сроки с целью профилактики лагофтальма, трихиаса и последующего изъязвления и перфорации оболочек глаза при обширных дефектах века и конъюнктивальных сводов.*

*Свободную кожную пластику век при их выраженном дефиците можно провести сразу после травмы, завершая операцию блефарорафией.*

## **5. Реабилитация**

### **5.1. Медико-психологическая реабилитация**

Всем пострадавшим с тяжелыми повреждениями и обширными дефектами тканей рекомендуется психологическая или психиатрическая помощь вследствие психоэмоциональных расстройств, вызванных косметическими недостатками и возможной потерей зрения [1]. В легких случаях рекомендованы препараты класса бензодиазепинов, фитотерапию, гомеопатические средства. При поступлении пациента с уже развившимся депрессивным синдромом или отягощенным преморбидным статусом (психопатии различной формы до травмы) рекомендуется назначение антидепрессантов, не влияющих на ВГД. При более тяжелых случаях, при наличии психических заболеваний в анамнезе рекомендуется консультация психиатра [1].

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств 3).

### **5.2 Хирургическая реабилитация**

Хирургическую реабилитацию пациентов с последствиями тяжелых травматических повреждений век рекомендуется начинать спустя 6 месяцев после травмы. В зависимости от имеющего последствия травмы выполняются следующие хирургические вмешательства:

Устранение рубцового выворота (заворота) века

Устранение посттравматического птоза путем ревизии и подшивания апоневроза мышцы, поднимающей верхнее веко или подвешивающих операций

Устранение рубцового симблефарона (анкилоблефарона)

Пластика внутреннего угла глазной щели

Устранение колобомы века, укорочения века, посттравматического лагофтальма путем пластики местными тканями или пересадки свободного кожного лоскута

Восстановление проходимости слезоотводящих путей

*Комментарии: при выполнении пластических операций на веках рекомендуется широко применять тракционные швы и временную блефарорафию для профилактики послеоперационной ретракции века вследствие рубцового процесса*

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств 3).

## 5. Профилактика и диспансерное наблюдение

Профилактикой травматических повреждений век в быту и на производстве является соблюдение правил работы с движущимися аппаратами, техники безопасности, разъяснительная работа с детьми и подростками (- Всегда надевайте шлем во время катания на мотоцикле и велосипеде. - Убедитесь, что дети играют в безопасном месте. - Следите за тем, чтобы дети любого возраста были под присмотром взрослых. - Соблюдайте правила дорожного движения. - Не делайте резких непредсказуемых движений на дороге. - Не ездите на велосипеде в темное время суток. - Используйте необходимые средства защиты (прежде всего, шлем для мотоцикла и -велосипеда и ремень безопасности в автомобиле). - Не управляйте транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения и не садитесь в машину, водитель которой, как вам кажется, не трезв. - Используйте специальное детское автомобильное кресло, если ездите с ребенком). Профилактики криминальных травм не существует.

Пациентам, перенесшим тяжелую травму век с развившимся лагофталмом, угрожающим зрительным функциям, рекомендуется диспансерное наблюдение до момента устранения деформации: динамический контроль остроты зрения, состояния роговицы, использование заменителей слезной жидкости.

Рекомендуется детальное разъяснение пациенту и его родственникам последовательности этапов лечения, вероятности развития и характера возможных осложнений [1, 2].

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств 3).

### **Приложение А1. Состав рабочей группы**

1. Куликов А.Н., д.м.н., проф., ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»;
2. Харитонова Н.Н., к.м.н., ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»
3. Филатова И.А., д.м.н., ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»

**Конфликт интересов** отсутствует.

## **Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций**

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств: поиск в электронных базах данных, библиотечные ресурсы. Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств: доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE, а также монографии и статьи в ведущих специализированных рецензируемых отечественных медицинских журналах по данной тематике. Глубина поиска составляла 10 лет. Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств: консенсус экспертов, оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой.

### **Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:**

1. Врачи офтальмологи

**Таблица 7 уровни достоверности доказательств.**

<b>Уровень достоверности</b>	<b>Тип данных</b>
1a	Мета анализ рандомизированных контролируемых исследований (РКИ)
1b	Хотя бы одно РКИ
2a	Хотя бы одно хорошо выполненное контролируемое исследование без рандомизации
2b	Хотя бы одно хорошо выполненное квазиэкспериментальное исследование
3	Хорошо выполненные не экспериментальные исследования: сравнительные, корреляционные или «случай-контроль»
4	Экспертное консенсусное мнение либо клинический опыт признанного авторитета

**Таблица 8 уровни убедительности рекомендаций.**

<b>Уровень убедительности</b>	<b>Основание рекомендации</b>
А	Основана на клинических исследованиях хорошего качества, по своей тематике непосредственно применимых к данной специфической рекомендации, включающих по меньшей мере одно РКИ
В	Основана на результатах клинических исследований хорошего дизайна, но без рандомизации



С	Составлена при отсутствии клинических исследований хорошего качества, непосредственно применимых к данной рекомендации
---	--

### **Порядок обновления клинических рекомендаций**

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года или при появлении новой информации о тактике ведения пациентов с данным заболеванием. Решение об обновлении принимает МЗ РФ на основе предложений, представленных медицинскими некоммерческими профессиональными организациями. Сформированные предложения должны учитывать результаты комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результаты клинической апробации.

### **Консультации и экспертная оценка**

Проект рекомендаций был представлен для дискуссии в предварительной версии на профильной комиссии, проходившей в рамках заседания президиума «Ассоциации врачей-офтальмологов» России. Предварительная версия была представлена для широкого обсуждения на сайте Межрегиональной общественной организации ассоциации врачей-офтальмологов.

## Критерии оценки качества медицинской помощи

**Название группы:** травмы века

**МКБ коды:** S00.1, S00.2 0, S01.1

**Вид медицинской помощи:** специализированная, в том числе высокотехнологичная.

**Возрастная группа:** взрослые, дети

**Условия оказания медицинской помощи:** стационарно, в дневном стационаре.

**Форма оказания медицинской помощи:** экстренная, плановая

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Осуществлен сбор анамнеза	2a	B
2	Определена степень тяжести травмы	1b	A
3	Выполнена визометрия с коррекцией	1b	A
4	Выполнена биомикроскопия	2a	B
5	Выполнена офтальмоскопия глазного дна	1b	A
6	Выполнена КТ и/или рентгенологическое исследование	2a	B
7	Выполнено хирургическое лечение по показаниям	1b	A
8	Проведен подбор медикаментозной терапии	3	B
9	Выполнена по показаниям операция при последствиях травмы век	3	B

### 5. Виды, формы, условия оказания медицинской помощи пациентам с травмой века.

**Вид оказания медицинской помощи:** специализированная, в том числе высокотехнологичная.

**Формы оказания медицинской помощи:** скорая медицинская помощь в экстренной и неотложной форме.

**Условия оказания медицинской помощи:** амбулатория, стационар.

## **6. Порядок оказания медицинской помощи при закрытой травме глаза.**

**Порядок оказания медицинской помощи при закрытой травме глаза** (Приказ Минздрава России от 12.11.2012 N 902н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты»).

**Категория возрастная:** взрослые, дети.

**Пол:** любой.

**Фаза:** острое заболевание (травма) века.

**Стадия:** любая.

**Осложнения:** без осложнений.

**Вид оказания медицинской помощи:** специализированная, в том числе высокотехнологичная.

**Условия оказания медицинской помощи:** амбулатория, стационар.

**Форма оказания медицинской помощи:** скорая медицинская помощь в экстренной и неотложной форме.

**Средние сроки лечения (количество дней):** длительность оказания медицинской помощи в офтальмологическом отделении определяется с учетом клинического течения заболевания на основе стандартов медицинской помощи.

**Реабилитационные мероприятия:** устранение дефектов века, угрожающих лагофтальмом, предотвращение снижения зрительных функций, косметическая реабилитация

## 10. Модели пациента

**Нозологическая форма:** пациенты травмой с века.

**Код по МКБ-10:** S00.1, S00.2 0, S01.1

---

**Возрастная категория:** взрослые, дети.

**Стадия заболевания:** любая.

**Фаза:** острое заболевание (травма) вспомогательных органов глаза.

**Осложнения:** без осложнений.

**Вид оказания медицинской помощи:** специализированная, в том числе высокотехнологичная.

**Формы оказания медицинской помощи:** скорая медицинская помощь в экстренной и неотложной форме.

**Условия оказания медицинской помощи:** амбулаторная, стационарная.

**Средние сроки лечения (количество дней):** длительность оказания медицинской помощи в офтальмологическом отделении определяется с учетом клинического течения заболевания на основе стандартов медицинской помощи – 11 дней.

**Реабилитационные мероприятия:** восстановление утраченных зрительных функций.

### Список литературы.

1. Поляк, Б.Л. Повреждения органа зрения / Б.Л. Поляк.- Л.: Медицина, 1972. – 415 с.
2. Гундорова Р.А., Степанов А.В., Курбанова Н.Ф. Современная офтальмотравматология -М.: Медицина, 2007. 149 с
3. Сусайкова М.С. Особенности клиники, диагностики и лечения больных с травмой глаза на этапе неотложной специализированной помощи: Автореферат диссертации канд. мед. наук: 14.00.08/Московский НИИ глазных болезней им. Гельмгольца-М.,2005-24 с.
4. Волков В.В. Открытая травма глаза/ В.В. Волков. – СПб.: ВМедА, 2016. – 280 с.
5. Сочетанные повреждения/ В.В. Волков [и др.]; Повреждения органа зрения под ред. В.Ф. Даниличева. – СПб.: Изд-во Питер, 2000.– Глава 3. – с. 131-158.
6. Поляк, Б.Л. Военно-полевая офтальмология / Б.Л. Поляк. - Л.: Медгиз, 1957. – 388 с.
7. Общая классификация поражений органа зрения и эвакуационное предназначение пострадавших / В.В. Волков [и др.] // Повреждения органа зрения, Тр. Военно-медицинской академии. – Л., 1984. – Т. 214. – С.10-14.