



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Язва роговицы краевая

МКБ 10: **H16.0**

Возрастная категория: **дети, взрослые**

ID: **KP105**

Год утверждения: **2017**

Профессиональные ассоциации:

- **Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей-офтальмологов»**

Главный внештатный специалист офтальмолог Минздрава России

В.В. Нероев _____

Главный внештатный детский специалист офтальмолог Минздрава России

Л.А. Катаргина _____

Оглавление

1.1 Определение.....	6
1.2 Этиология и патогенез.....	6
1.3 Эпидемиология.....	6
1.4 Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10).....	7
1.5 Классификация аллергических реакций.....	7
1.6 Клиническая картина.....	8
1.7 Организация оказания медицинской помощи.....	8
2.1 Жалобы и анамнез.....	9
2.2 Физикальное обследование.....	9
2.3 Лабораторная диагностика.....	9
2.4 Инструментальная диагностика.....	10
3.1 Консервативное лечение.....	10
3.2 Хирургическое лечение.....	13

Ключевые слова

- аллергические заболевания
- краевая язва роговицы
- гиперчувствительность

Список сокращений

МКБ 10 - международная классификация болезней 10-го пересмотра

ИФА - иммуноферментный анализ

РАСТ - радиоаллергосорбентный тест

ТДТК – тормозящие дегрануляцию тучных клеток

НПВС – нестероидные противовоспалительные средства

Термины и определения

1. Краткая информация

1.1 Определение

Краевая язва роговицы формируется у края лимба. Появляется небольшой дефект, чаще на основе мелких (точечных) поверхностных инфильтратов, которые сливаются и распадаются.

Круг аллергических реакций и болезней роговой оболочки пока очерчен менее четко, чем аллергия вспомогательного аппарата глаза. Положение осложнено тем, что роговица подвержена воздействию не только экзо- и эндоаллергенов, но также аллергенов из собственной ткани, возникающих при ее повреждении. Наиболее часто, язва роговицы при аутоиммунных и аллергических реакциях имеет краевую локализацию.

По данным Отдела инфекционных и аллергических заболеваний глаз за период 2000-2012 гг из 1620 пациентов с диагнозом язва роговицы 10% составляют процессы именно краевой локализации.

1.2 Этиология и патогенез

Чаще всего краевая язва роговицы аутоиммунного или аллергического генеза. Термин «аллергические заболевания» объединяет группу патологических состояний, в основе развития которых лежит патологическая иммунная реакция на экзогенный антиген, протекающая с повреждением тканей. При аутоаллергических процессах в роли антигена выступают собственные структуры организма. Частота поражений глаза обусловлена тем, что в его тканях и структурах в значительном количестве представлены все компоненты, необходимые для протекания аллергических реакций. В слезной жидкости, омывающей конъюнктиву, имеются антимикробные субстанции: лизоцим, лактоферрин, все классы иммуноглобулинов (Ig). В умеренной концентрации в слезе содержатся факторы комплемента. Конъюнктивита – оболочка глаза, богатая лимфоцитами и нейтрофилами. Многочисленные клетки иммунной системы способны к осуществлению фагоцитоза, уничтожению антигенов и формированию иммунной памяти. В строме роговицы представлены все важнейшие классы иммуноглобулинов, за исключением IgM. В лимбальной области отмечена повышенная концентрация тучных клеток. Сосудистая оболочка (область перехода роговицы в склеру) также содержит большое количество тучных клеток, плазматических клеток, лимфоцитов, иммуноглобулинов классов G и M.

1.3 Эпидемиология

Во всем мире аллергические заболевания являются одними из наиболее распространенных болезней. Считается, что примерно каждый четвертый – пятый человек имеет те или иные проявления аллергии. Эпидемиологические исследования свидетельствуют о глобальном увеличении аллергических болезней человека. В докладе Всемирной организации по аллергии (2005) подчёркивается, что во всём мире растёт заболеваемость аллергией. За последние 40 лет распространённость этих заболеваний в западных странах выросла в 2-3 раза. Этот рост совпал с изменением, как окружающей среды, так и образа жизни людей. Считается, что аллергические конъюнктивиты

поражают примерно 15% населения и являются частой проблемой в офтальмологии и в общей медицинской практике (М.Н. Friedlander, 2000). Е. Vogaska (2003) приводит следующую поражённость сезонными аллергическими конъюнктивитами: 21% среди британцев, 20% - среди американцев. По данным эпидемиологических исследований, риноконъюнктивитами в среднем по России страдает 16,5% населения.

1.4 Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10)

H16.0 - Язва роговицы

1.5 Классификация аллергических реакций

Классификация аллергических реакций рассматривает развитие характерных клинических проявлений, в основе которых лежат те или другие эффекторные иммунные механизмы.

1. Гиперчувствительность I типа (анафилактический тип):

- ангионевротический отек век (отек Квинке);
- атопический дерматит век;
- сенная конъюнктивальная лихорадка;
- острый аллергический конъюнктивит;
- хронический аллергический конъюнктивит;
- вернальный кератоконъюнктивит;
- экзематозный кератоконъюнктивит;
- папиллярный конъюнктивит;
- гигантский папиллярный конъюнктивит (у носителей контактных линз).

2. Гиперчувствительность II типа (цитотоксический тип):

- болезнь кератотрансплантата;
- симпатическая офтальмия;
- вульгарный пемфигус;
- глазной пемфигоид.
- язва Мурена.

3. Гиперчувствительность III типа (иммунокомплексные реакции):

- синдром Стивенса-Джонсона (мультиформная эритема)
- узелковый периартериит;
- сухой кератоконъюнктивит при системной красной волчанке;
- глазные проявления при синдроме Шегрена;
- глазные проявления при болезни Бехтерева;
- глазные проявления при болезни Рейтера;
- глазные проявления при болезни Педжета;
- гранулематоз Вегенера.

4. Гиперчувствительность IV типа (клеточные реакции):

- контактный дерматит век;
- контактный конъюнктивит;

- фликтенулезный кератоконъюнктивит;
- медикаментозный кератоконъюнктивит.

Факторы риска развития краевых язв роговицы

В силу анатомического расположения, глаз широко открыт воздействию различных аллергенов. Среди основных факторов риска развития краевых язв роговицы могут быть:

- экзогенные факторы
- эндогенные факторы
- роговичные нарушения
- общие заболевания

В зависимости от причинного фактора различают следующие типы глазных аллергозов:

- **Неинфекционные:** весенний катар, лекарственные, поллинозы, бытовые, пищевые, химические, косметические, профессиональные.
- **Инфекционные:** бактериальные, вирусные, паразитарные, грибковые
- **Аутоиммунные:** атопический, язва Мурена, дегенерация Терриенса, синдром Стивенса-Джонсона, болезнь Вегенера.

Основные клинические формы краевых язв роговицы:

- язва Мурена
- краевая язва при розацеа дерматите
- атопическая краевая язва роговицы,
- краевая язва при гранулематозе Вегенера,
- синдром Стивенса-Джонсона (мультиформная эритема)
- краевая язва роговицы при лекарственной аллергии.

1.6 Клиническая картина

Характерными клиническими признаками являются:

- ✓ симптомы раздражения глаза (слезотечение, светобоязнь, блефароспазм)
- ✓ лимбит
- ✓ наличие перикорнеальной или смешанной инъекции, сочетающейся с гиперемией конъюнктивы
- ✓ паралимбальное расположение язвы роговицы
- ✓ формирование краевого помутнения роговицы в исходе воспалительного процесса

1.7 Организация оказания медицинской помощи

Нозологическая форма: пациенты с краевой язвой роговицы

Возрастная категория: взрослые, дети

Стадия заболевания: любая

Фаза: острое заболевание 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: стационар

2. Диагностика

2.1 Жалобы и анамнез

Характерны жалобы:

1. светобоязнь;
2. слезотечение;
3. блефароспазм;
4. снижение зрения;
5. покраснение.

- Рекомендуется тщательно собранный аллергологический анамнез [1, 3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –4)

Комментарии: Обобщение всей анамнестической информации может быть дополнено анализом естественно возникавшей или специально созданной элиминационной или экспозиционной пробы. Первая заключается в выключении предполагаемого аллергена, вторая - в повторном воздействии им при стихании клинических явлений. Эти наблюдения позволяют получить важные данные для выявления лекарственных, косметических, профессиональных аллергенов, но особенно ценны они при пищевой аллергии. При подозрении на пищевую аллергию больному предлагают вести дневник, где он подробно описывает состав используемых продуктов и свое состояние.

2.2 Физикальное обследование

- Рекомендовано выявление характерных клинических признаков [1, 3, 4]:
 1. симптомы раздражения глаза (слезотечение, светобоязнь, блефароспазм);
 2. лимбит;
 3. наличие перикорнеальной или смешанной инъекции, сочетающейся с гиперемией конъюнктивы;
 4. паралимбальное расположение язвы роговицы;
 5. формирование краевого помутнения роговицы в исходе воспалительного процесса.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

2.3 Лабораторная диагностика

- Рекомендовано провести целый ряд иммунологических тестов. Чаще других применяются тест дегрануляции базофилов (тест Шелли), определение общего Ig E

(РАСТ), реакция микропреципитации (по Уанье), реакция бласттрансформации, иммуноферментный анализ (ИФА) и другие [2, 3, 4].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –4)

Комментарии: *Основными преимуществами данных методов аллергологического обследования являются:*

- *безопасность для больного;*
- *возможность использования в тех случаях, когда постановка кожных тестов невозможна (распространенный процесс);*
- *возможность использования теста в любом возрасте;*
- *отсутствие ложноположительных и ложноотрицательных результатов;*
- *возможность количественной оценки;*
- *возможность анализа антител класса IgE с помощью соответствующих модификаций.*

В связи с этим, возможно включение в диагностический алгоритм обязательных методов исследования, таких, как иммунологическое исследование крови с определением общего Ig E, ИФА.

2.4 Инструментальная диагностика

- Рекомендована биомикроскопия всем пациентам [1, 2, 3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств –4)

Комментарии: *характерными клиническими признаками являются: симптомы раздражения глаза (слезотечение, светобоязнь, блефароспазм, лимбит, наличие перикорнеальной или смешанной инъекции, сочетающейся с гиперемией конъюнктивы, паралимбальное расположение язвы роговицы, формирование краевого помутнения роговицы в исходе воспалительного процесса.*

3. Лечение

3.1 Консервативное лечение

- Рекомендовано использовать основную базисную фармакотерапию, которую обеспечивают две группы лекарственных средств – препараты антигистаминные и препараты, тормозящие дегрануляцию тучных клеток [1,3,4].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

Комментарии: *Антигистаминные глазные капли, дополнительно нередко содержащие сосудосуживающий препарат, оказывают наиболее быстрый эффект. При острой аллергической реакции эти препараты блокируют H₁-рецепторы, уменьшают реакцию тканей на гистамин и этим обеспечивают уже в течение нескольких минут противоаллергическое действие: уменьшаются зуд и отёк век, слёзотечение, гиперемия и отёк конъюнктивы.*

Глазные капли, тормозящие дегрануляцию тучных клеток – содержат 2% раствор кромогликата натрия. Кромогликат препятствует высвобождению гистамина и других медиаторов из тучных клеток. Кромогликаты имеют по сути профилактический

механизм действия, терапевтический эффект развивается медленно, но поддерживается дольше, чем при применении антигистаминных глазных капель.

Не менее важным моментом в терапии аллергических заболеваний глаз является правильный выбор дополнительных лекарственных средств лечения, к которым относятся глюкокортикоиды, нестероидные противовоспалительные препараты, иммуносупрессанты, слезозаместительные и другие лекарственные препараты.

Глюкокортикоиды широко применяют для лечения аллергических поражений глаза. Их используют местно (капельно, с помощью субконъюнктивальных и парабульбарных инъекций), а также системно (внутрь и парентерально). В основном глюкокортикоиды применяют в терапии аллергических заболеваний, протекающих в форме гиперчувствительности замедленного типа, при неотложных состояниях (анафилактический шок, астматический статус), реакциях отторжения роговичного трансплантата и аутоиммунных заболеваниях. Доза гормонов, схема и метод введения зависят от тяжести и вида заболевания.

Нестероидные противовоспалительные препараты обладают выраженным противовоспалительным действием и не дают нежелательных последствий, наблюдаемых при применении кортикостероидов. Назначаются при комплексном лечении тяжелых инфекционных конъюнктивитов, язв роговицы, увеитов и комплексном лечении тяжелых аллергических кератоконъюнктивитов.

Иммуносупрессанты могут применяться при некоторых аллергических поражениях глаз, не поддающихся другой терапии, а также при аутоиммунных кератитах и увеитах.

Аллергические заболевания глаз почти всегда сопровождаются в той или иной степени выраженности нарушением слезопродукции. Поэтому всегда рекомендуется с первого дня лечения добавлять, а затем и длительное время продолжать слезозаместительную терапию.

- Рекомендована следующая терапия при язве Мурена [1, 3, 4]:
- 1. Кортикостероиды (дексаметазон ***) в инстилляциях 1-3 раза в день; п/б инъекции.
- 2. Антибактериальные и/или антисептические средства в инстилляциях 2-3 раза в день.
- 3. Антиаллергические глазные капли:
 - антигистаминные препараты (дифенгидрамин + нафазолин, в инстилляциях 2 раза в день;
 - препараты ТДТК (кромоглициевая кислота**) в инстилляциях 2 раза в день;
 - препараты, сочетающие антигистаминный и ТДТК эффекты (кетотифен, олопатадин) в инстилляциях 2 раза в день.
- 4. Репаративные и слезозаместительные препараты в инстилляциях 2-6 раз в день.
- 5. Мидриатики в инстилляциях 1-2 раза в день.
- 6. Системные противоаллергические препараты.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- Рекомендована следующая терапия при розацеа-кератите с краевой язвой роговицы [1, 3, 4]:

1. Кортикостероиды в инстилляциях 1-3 раза в день; п/б инъекции.
2. Антибактериальные и/или антисептические средства в инстилляциях 2-3 раза в день.
3. Антиаллергические глазные капли:
 - антигистаминные препараты в инстилляциях 2 раза в день;
 - препараты ТДТК в инстилляциях 2 раза в день;
 - препараты, сочетающие антигистаминный и ТДТК эффекты в инстилляциях 2 раза в день.
4. Репаративные и слезозаместительные препараты в инстилляциях 2-6 раз в день.
5. Мидриатики в инстилляциях 1-2 раза в день.
6. Иммуностропные препараты в инстилляциях 2 раза в день.
7. Системные антибактериальные препараты.
8. Системные противоаллергические препараты.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- Рекомендована следующая терапия при краевой язве атопической, при грануломатозе Вегенера, при синдроме Стивенса-Джонсона [1, 3, 4]:
1. Кортикостероиды в инстилляциях 1-3 раза в день; п/б инъекции; в/в инъекции (возможна пульс-терапия).
 2. Антисептические средства в инстилляциях 2-3 раза в день.
 3. Антиаллергические глазные капли:
 - антигистаминные препараты в инстилляциях 2 раза в день;
 - препараты ТДТК в инстилляциях 2 раза в день;
 - препараты, сочетающие антигистаминный и ТДТК эффекты в инстилляциях 2 раза в день;
 4. Репаративные и слезозаместительные препараты в инстилляциях 2-6 раз в день.
 5. Мидриатики в инстилляциях 1-2 раза в день.
 6. Иммуностропные препараты в инстилляциях 2 раза в день.
 7. Системные противоаллергические препараты.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- Рекомендована следующая терапия при краевой язве роговицы при лекарственной аллергии [1, 3, 4]:
1. Отмена «виновного» лекарственного препарата!
 2. Кортикостероиды в инстилляциях 1-3 раза в день; п/б инъекции.
 3. Антисептические средства в инстилляциях 2-3 раза в день.
 4. Антиаллергические глазные капли:
 - антигистаминные препараты в инстилляциях 2 раза в день;
 - препараты ТДТК в инстилляциях 2 раза в день;
 - препараты, сочетающие антигистаминный и ТДТК эффекты в инстилляциях 2 раза в день;

5. Репаративные и слезозаместительные препараты в инстилляциях 2-6 раз в день.
6. Системные противоаллергические препараты.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- Рекомендована следующая терапия при осложненной бактериальной краевой язвы роговицы [1, 3, 4]:
1. Антибактериальные и/или антисептические средства в инстилляциях 2-3 раза в день (возможна форсированная терапия); п/б инъекции.
 2. Комбинированные противовоспалительные препараты (кортикостероид + антибактериальный препарат) в инстилляциях 1-2 раза в день.
 3. Антиаллергические глазные капли:
 - антигистаминные препараты в инстилляциях 2 раза в день;
 - препараты ТДТК в инстилляциях 2 раза в день;
 - препараты, сочетающие антигистаминный и ТДТК эффекты в инстилляциях 2 раза в день;
 4. Репаративные и слезозаместительные препараты в инстилляциях 2-6 раз в день.
 5. Мидриатики в инстилляциях 1-2 раза в день.
 6. Системные антибактериальные препараты.
 7. Системные противоаллергические препараты.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

- Рекомендована следующая терапия при осложненной герпетической краевой язвы роговицы [1, 3]:
1. Противовирусные препараты (ацикловир**, ганцикловир, интерферон человеческий рекомбинантный альфа-2 дифенгидрамин и другие) 2-3 раза в день.
 2. НПВС в инстилляциях 1-2 раза в день.
 3. Антиаллергические глазные капли:
 - антигистаминные препараты в инстилляциях 2 раза в день;
 - препараты ТДТК в инстилляциях 2 раза в день;
 - препараты, сочетающие антигистаминный и ТДТК эффекты в инстилляциях 2 раза в день;
 4. Антибактериальные и/или антисептические средства в инстилляциях 2-3 раза в день.
 5. Репаративные и слезозаместительные препараты в инстилляциях 2-6 раз в день.
 6. Мидриатики в инстилляциях 1-2 раза в день.
 7. Системные противовирусные препараты.
 8. Системные противоаллергические препараты.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

3.2 Хирургическое лечение

- Рекомендовано хирургическое вмешательство при наличии глубокой незаживающей язвы с повреждением 2/3 глубины стромы роговицы и/или

десцеметоцеле, перфорации роговицы, набухающей катаракты, неэффективности других методов лечения, невозможности осуществления других методов лечения (в том числе несоблюдение врачебных рекомендаций, выраженные побочные эффекты) или недоступность соответствующей медикаментозной терапии [1, 3, 4].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4)

4. Реабилитация

После выздоровления реабилитация не требуется. В некоторых случаях рекомендуется проведение рассасывающей терапии.

5. Профилактика

В целях профилактики рекомендуется соблюдение гипоаллергенной диеты.

Диспансерное наблюдение не требуется.

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

Критерии оценки качества медицинской помощи

Нозологическая форма: пациенты с краевой язвой роговицы

Код по МКБ-10: Н16.0

Возрастная категория: взрослые, дети

Стадия заболевания: любая

Фаза: острое заболевание 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: стационар

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Выполнена визометрия с определением коррекции остроты зрения	4	С
2	Выполнена биомикроскопия глаза	4	С
3	Выполнено окрашивание роговицы раствором флюоресцеина	4	С
4	Выполнено лечение основное: противоаллергическими лекарственными препаратами не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	4	С

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
	Выполнено лечение дополнительное: противовоспалительными лекарственными препаратами и/или лекарственными препаратами группы регенеранты и репаранты не позднее 2 часов от момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)		
5	Выполнено хирургическое вмешательство (при наличии глубокой незаживающей язвы с повреждением 2/3 глубины стромы роговицы и/или десцеметоцеле, перфорации язвы роговицы, набухающей катаракты)	4	С
6	Достигнута эпителизация поверхности роговицы	4	С

Список литературы

1. Майчук Ю.Ф. Аллергические заболевания глаз.//М., Медицина - 1983. – 224с.
2. Johansson S.G.O., Naahtela T. Всемирная организация по аллергии: Руководство по профилактике аллергии и аллергической астмы. // Аллергия и иммунология. 2005. N1. – С. 81-91.
3. Курбачёва О.М. Поллиноз. Современные аспекты диагностики и лечения аллергических заболеваний. М. – 2009. – С.31-37.
4. Ollert M. Molecular allergology: concepts for new diagnosis and therapeutic solutions. //Русск. аллергол. Журнал. – 2007. - №3 (приложение 1). – 83с. Renhard T., Larkin F. Cornea and external eye diseases. New York. NY.

Приложение А1. Состав рабочей группы

1. Яни Е.В., к.м.н. - руководитель группы, Ассоциация врачей-офтальмологов;
 2. Позднякова В.В., к.м.н., Ассоциация врачей-офтальмологов;
 3. Арестова Н.Н. д.м.н., Ассоциация врачей-офтальмологов;
 4. Бржеский В.В., д.м.н., Ассоциация врачей-офтальмологов;
 5. Вахова Е.С., к.м.н., Ассоциация врачей-офтальмологов;
 6. Ковалевская М.А., д.м.н., Ассоциация врачей-офтальмологов;
 7. Ковалева Л.А., н.с., Ассоциация врачей-офтальмологов;
 8. Кричевская Г.И., к.м.н., Ассоциация врачей-офтальмологов;
 9. Майчук Д.Ю., д.м.н., Ассоциация врачей-офтальмологов;
 10. Селиверстова К.Е., н.с., 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, базы данных EMBASE и MEDLINE, а также монографии и статьи в ведущих специализированных рецензируемых отечественных медицинских журналах по данной тематике. Глубина поиска составляла 15 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 П1 – Уровни достоверности доказательств

Уровень достоверности	Тип данных
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 П2 – Уровни убедительности рекомендаций

Уровень убедительности	Основание рекомендации
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

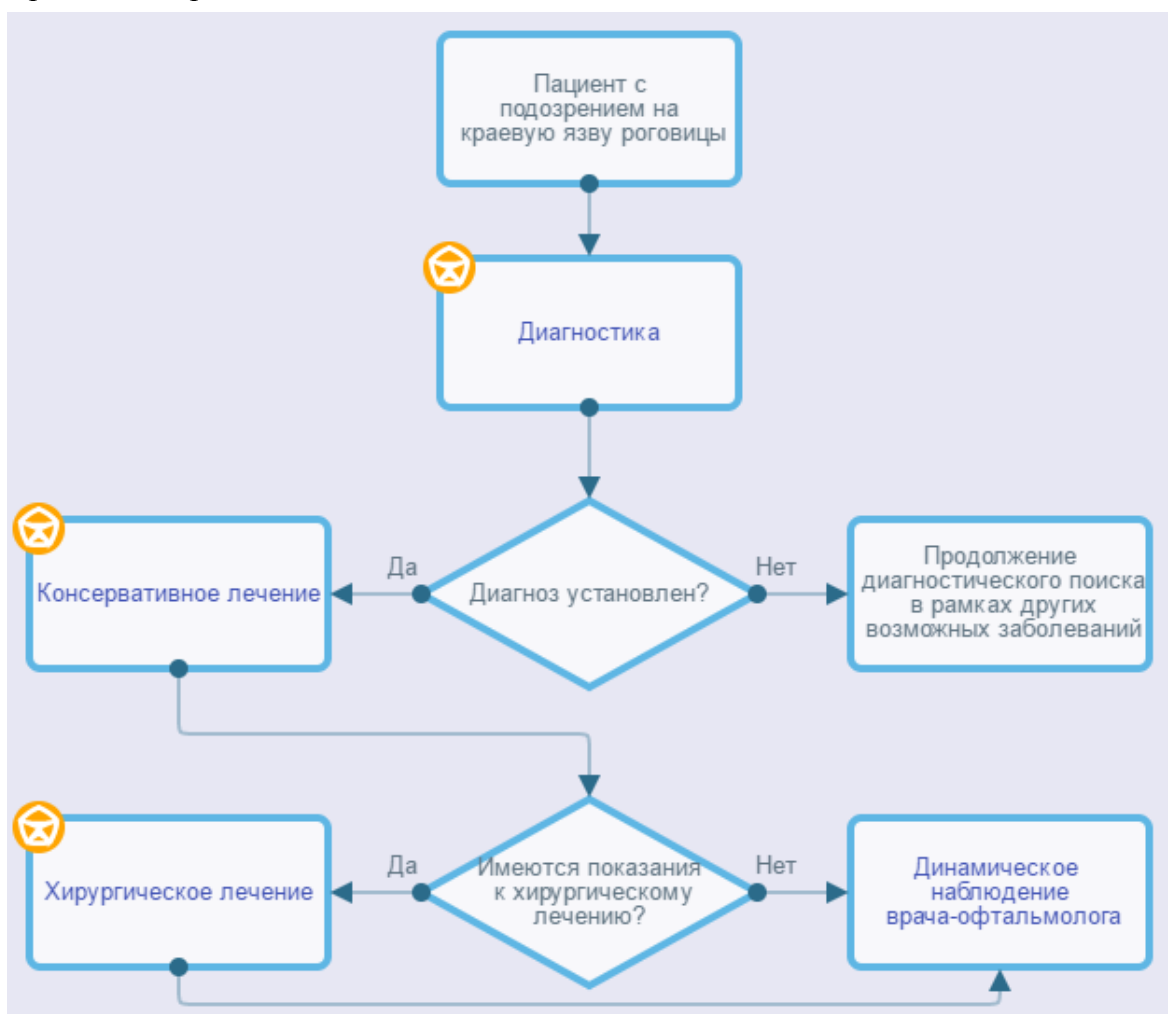
результаты комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результаты клинической апробации.

Приложение А3. Связанные документы

1. Международная [классификация](#) болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра (МКБ-10) (Всемирная организация здравоохранения) 1994.
2. [Номенклатура](#) медицинских услуг (Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации) 2011.
3. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323 ФЗ.
4. Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 902н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты".
5. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2016 г. Распоряжение Правительства РФ от 26.12.2015 № 2724-р.

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента

Краевая язва роговицы



Приложение В. Информация для пациентов

Пациенту с установленным диагнозом краевой язвы роговицы должна быть оказана скорая медицинская помощь в экстренной и неотложной форме, в условиях стационара.

Приложение Г.