Кератит

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: H16.1, H16.2, H16.3, H16.8, H16.9, H17.1, H17.8, H18.2 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов", Общероссийская общественная организация «Общество офтальмологов России»

Кератит — воспаление роговицы с отеком, клеточной инфильтрацией и повреждением эпителия или без него. Рекомендация охватывает диагностику и лечение инфекционных и неинфекционных форм у взрослых и детей; ключевое — быстро определить этиологию, оценить риск осложнений и начать местную этиотропную терапию.

Главное

- Кератиты делят на инфекционные: бактериальные, герпетические, аденовирусные, грибковые, акантамебные; и неинфекционные: краевые, нейротрофические, при синдроме «сухого глаза».
- Типичные жалобы при большинстве кератитов: слезотечение, светобоязнь, ощущение инородного тела, боль, покраснение глаза и век, снижение зрения. При нейротрофическом кератите из-за снижения чувствительности боль может отсутствовать, чаще беспокоят снижение зрения и покраснение.
- Бактериальный кератит чаще дает гнойное или слизисто-гнойное отделяемое, выраженную инфильтрацию стромы с дефектом эпителия, увеальные явления и гипопион; Pseudomonas aeruginosa и Neisseria gonorrhoeae могут быстро разрушать строму.
- Герпетический кератит подозревают при древовидных дефектах с «терминальными луковицами» или географических поражениях; в зоне поражения чувствительность роговицы снижена примерно в 80% случаев.
- Акантамебный кератит часто протекает волнообразно; сильная боль, несоразмерная осмотру, характерна, но ее отсутствие диагноз не исключает. Кольцевой инфильтрат появляется на поздних стадиях.
- Возможные осложнения: язва с расплавлением или перфорацией роговицы, синехии, вторичная офтальмогипертензия и глаукома, осложненная катаракта, гипотония и субатрофия глаза.
- Прогноз лучше при легком течении и своевременной местной/системной терапии; хуже — при тяжелом или длительном течении, осложнениях и резистентности к лечению.

Диагностика

1. Начинают со сбора жалоб и анамнеза у всех пациентов: уточняют боль, светобоязнь, отделяемое, снижение зрения, длительность и волнообразность, травму, контактные линзы, операции, длительные инстилляции антибиотиков или глюкокортикоидов, рецидивы, аллергоанамнез и системные болезни. УУР С, УДД 5.
2. Физикальное обследование как отдельный этап не показано; при системных или синдромных заболеваниях пациента направляют к профильному специалисту для уточнения тактики. УУР С, УДД 5.
3. При инфекционном бактериальном или грибковом кератите берут мазок или соскоб с роговицы и конъюнктивы для определения возбудителя и чувствительности к противомикробным препаратам; микроскопия отделяемого конъюнктивы — УУР В, УДД 3.
4. Всем пациентам выполняют визометрию, рефрактометрию или подбор пробными линзами при возможности, наружный осмотр, биомикроскопию глаза, флюоресцеиновую пробу и офтальмотонометрию. Для этих методов указан УУР С, УДД 5.
5. Офтальмоскопию или биомикроскопию глазного дна в мидриазе проводят при подозрении на воспаление или осложнения в заднем отделе глаза; перед расширением зрачка оценивают глубину передней камеры. УУР С, УДД 5.
6. ОКТ переднего отдела применяют для количественной и качественной оценки изменений роговицы; УЗИ глаза — при недостаточной прозрачности сред и для оценки внутриглазных/орбитальных изменений. УУР С, УДД 5.
7. При подозрении на нейротрофический кератит проводят кератоэстезиометрию; при подозрении на кератит при синдроме «сухого глаза» и нейротрофический кератит — тест Ширмера. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Лечение ведет офтальмолог; тактика зависит от этиологии, риска осложнений, угрозы снижения зрения и сопутствующей системной патологии. Цели — устранить возбудителя, подавить воспаление, добиться выздоровления или длительной ремиссии и сохранить зрение.
- Для бактериального, грибкового, акантамебного кератита или профилактики вторичной бактериальной инфекции используют местные антибиотики. Примеры доз: офлоксацин 1–2 капли каждые 4–6 ч; ципрофлоксацин 1–2 капли каждые 4 ч; левофлоксацин 1–2 капли каждые 2 ч до 8 раз/сут; курс 5–10 дней. УУР С, УДД 5.
- Другие местные антибактериальные варианты: нетилмицин 1–2 капли 3 раза/сут, тобрамицин 1–2 капли каждые 4 ч курсом 5–10 дней; тетрациклиновая мазь 0,5–1 см 2–3 раза/сут 5–7 дней; эритромициновая мазь 0,5–1 см 1–3 раза/сут 5–10 дней; хлорамфеникол 1 капля 3–4 раза/сут 5–10 дней. УУР С, УДД 5.
- Антисептики при бактериальном, грибковом, акантамебном кератите или риске вторичной инфекции: пиклоксидин взрослым 1 капля 2–6 раз/сут, детям 1 капля 6 раз/сут до 10 дней; бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний 1–2 капли 4–6 раз/сут 5–14 дней. УУР С, УДД 5.
- При герпетическом и аденовирусном кератите назначают местные противовирусные препараты: интерферон альфа-2b + дифенгидрамин 1–2 капли 6–8 раз/сут с уменьшением до 2–3 раз/сут до исчезновения симптомов; сумма полисахаридов побегов картофеля 2 капли 4 раза/сут с интервалом 2 ч до 15 дней. УУР С, УДД 5.
- При герпетическом кератите применяют ацикловир, глазную мазь: взрослым и детям по 1 см 5 раз/сут до заживления и еще 3 дня после него. УУР С, УДД 5.
- При краевом кератите и выраженном воспалении возможны местные глюкокортикостероиды: дексаметазон 0,1% по 1–2 капли 4–5 раз/сут 2 дня, затем 3–4 раза/сут 4–6 дней; детям 6–12 лет по 1 капле 2–3 раза/сут 7–10 дней. Фторметолон 0,1% — 1–2 капли 2–4 раза/сут до уменьшения воспаления, не дольше 3 недель. Нужен контроль ВГД и толщины/состояния роговицы. УУР С, УДД 5.
- При грибковом кератите используют местную противогрибковую терапию: амфотерицин В 0,15% по 1 капле 4–6 раз/сут 10–15 дней, возможно субконъюнктивально 0,1–0,5 мг в 0,5 мл 1 раз/сут 10–15 дней; флуконазол 0,2% по 1 капле 4–6 раз/сут 10–15 дней; хлоргексидин 0,02% по 1 капле 5–6 раз/сут 10–20 дней. УУР С, УДД 4.

Когда направить и как наблюдать

- Пациента с сопутствующим системным или синдромным заболеванием направляют к профильному специалисту: терапевту, ревматологу, дерматовенерологу, пульмонологу, фтизиатру, ЛОР-врачу, инфекционисту, гастроэнтерологу или педиатру. УУР С, УДД 5.
- Неотложную помощь при кератите оказывают амбулаторно или в стационаре; этапы включают первую медицинскую помощь, амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь.
- Плановая госпитализация показана, если нужна консервативная терапия под постоянным наблюдением офтальмолога, есть угроза осложнений, лечение невозможно амбулаторно или требуется хирургическое лечение.
- Хирургическое лечение показано при длительно незаживающем изъязвлении, которое не отвечает на консервативную терапию; рекомендовано покрытие амниотической мембраной. УУР С, УДД 5.
- В отдаленном периоде при низких зрительных функциях или поздних осложнениях решают вопрос об оптико-реконструктивных операциях для достижения максимально возможной остроты зрения. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

Какие признаки помогают отличить герпетический кератит от нейротрофического?

Для герпетического кератита характерны древовидные дефекты с «терминальными луковицами» или географические поражения с зубчатыми краями и снижением чувствительности в зоне поражения. При нейротрофическом кератите жалоб мало из-за сниженной чувствительности, чаще отмечают снижение зрения и покраснение.

Когда брать мазок или соскоб при кератите?

При инфекционном бактериальном или грибковом кератите мазок или соскоб с поверхности роговицы и коньюнктивы берут для определения этиологии, вида микроорганизма и чувствительности к противомикробным препаратам. УУР В.

Какие обследования входят в базовую диагностику кератита?

Всем пациентам показаны визометрия, оценка рефракции при возможности, наружный осмотр, биомикроскопия, флюоресцеиновая проба для оценки дефекта роговицы и пальпаторная офтальмотонометрия. Для этих методов указан УУР С, УДД 5.

Чем лечить герпетический кератит местно?

В тексте указаны местные противовирусные препараты, включая интерферон альфа-2b + дифенгидрамин, сумму полисахаридов побегов картофеля и ацикловир. Ацикловир в виде глазной мази назначают по 1 см 5 раз в день до заживления и еще 3 дня после него.

Когда при кератите нужна госпитализация?

Плановая госпитализация нужна при необходимости консервативного лечения под постоянным наблюдением офтальмолога, угрозе осложнений, невозможности амбулаторного лечения или для хирургического лечения.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1010-keratit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1010_1