Ожоги глаз

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: T26 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов"

Ожог глаза — термическое или химическое повреждение тканей глаза; тяжесть определяется глубиной поражения и его распространённостью, особенно повреждением лимбальных эпителиальных стволовых клеток. Рекомендация охватывает неотложное промывание, диагностику, консервативное и хирургическое лечение, а также длительное наблюдение.

Главное

- Диагноз и степень ожога устанавливают отдельно для каждого глаза; общую тяжесть определяет наиболее глубокое поражение век, конъюнктивы или роговицы.
- При химическом ожоге щёлочи обычно проникают в ткани глаза эффективнее кислот и вызывают более глубокое повреждение; тяжесть зависит также от концентрации вещества и длительности контакта.
- Отсутствие боли, светобоязни и слезотечения не исключает особо тяжёлый ожог: при глубоком повреждении чувствительность глазной поверхности может резко снижаться или исчезать.
- При тяжёлых химических ожогах прозрачность роговицы и острота зрения в первые дни или недели могут оставаться высокими, поэтому тяжесть оценивают также по чувствительности роговицы и лимба, ишемии перилимбальной конъюнктивы и состоянию передней камеры.
- Ожоги средней тяжести, тяжёлые и особо тяжёлые требуют госпитализации.
- При лёгком ожоге офтальмологический контроль проводят не реже одного раза в неделю в течение первого месяца; после любого ожога наблюдение продолжают несколько месяцев, до 1 года.

Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез: время и обстоятельства травмы, вид и длительность воздействия агента, выполненное промывание и другие лечебные мероприятия; отдельно оцените сопутствующие заболевания.
2. Проведите визуальный осмотр глаз. При ожогах средней тяжести, тяжёлых и особо тяжёлых дополнительно оцените дыхание, пульс и артериальное давление для выявления сочетанной или комбинированной травмы. УУР С, УДД 5.
3. Определите остроту зрения визометрией у всех пациентов; у детей до 3 лет оценку проводят ориентировочно по наличию предметного зрения. УУР С, УДД 5.
4. Выполните биомикроскопию: оцените эпителий, строму и десцеметову оболочку роговицы, гиперемию, деэпителизацию, хемоз, ишемию или некроз конъюнктивы, состояние склеры, передней камеры и хрусталика. УУР С, УДД 5.
5. Проведите флюоресцеиновую пробу для определения наличия и границ дефектов эпителия роговицы и конъюнктивы. УУР С, УДД 5.
6. Измерьте внутриглазное давление при первичном осмотре и выполните тест Ширмера для оценки слезопродукции. УУР С, УДД 5.
7. Лабораторные анализы не имеют самостоятельных диагностических критериев ожога глаза; их назначают госпитализированным пациентам с системными заболеваниями или риском системных осложнений после неотложной помощи и до начала лечения. УУР С, УДД 5.

Лечение

- При химическом ожоге после инстилляции местного анестетика немедленно промойте конъюнктивальную полость водой или 0,9% раствором натрия хлорида однократно не менее 15 минут. Веки отводят и выворачивают, остатки вещества удаляют; сбор анамнеза не должен задерживать промывание. УУР С, УДД 5.
- При термическом ожоге сразу промойте глаза водой или 0,9% раствором натрия хлорида в течение 15 минут для охлаждения тканей и удаления остатков агента или инородных тел. УУР С, УДД 5.

- Удалите некротизированный, мутный или частично отслаивающийся эпителий роговицы для улучшения реэпителизации. При ожогах средней тяжести, тяжёлых и особо тяжёлых введите подкожно противостолбнячный антитоксин 3000 МЕ, если нет аллергии к компонентам. УУР С, УДД 5.
- С первых дней применяйте местные кортикостероиды; при незавершённой эпителизации к концу второй недели уменьшите их применение и перейдите на короткий, до 2 недель, курс местных НПВП либо используйте покрытие амниотической мембраной или простую блефарорафию. После полной эпителизации продолжайте инстилляции кортикостероидов, постепенно сокращая их применение до стихания воспалительных явлений. УУР С, УДД 5.
- Назначайте местные противомикробные препараты, включая фторхинолоны, в течение 2 недель; затем заменяйте их на другие противомикробные средства до полной эпителизации роговицы. Для поддержки регенерации применяют препараты группы S01XA, включая декспантенол, до эпителизации. УУР С, УДД 5.
- При выраженном роговичном синдроме или циклите применяйте антихолинергические средства; растворы эпинефрина после ожога не рекомендуются. При угрозе изъязвления или изъязвлении роговицы после ожогов средней степени и тяжёлых с 3-го дня используют ферментные препараты; перед основным введением проводят пробу 1 мл за 10 минут. УУР С, УДД 5.
- При повышении внутриглазного давления назначайте ингибиторы карбоангидразы, бета-адреноблокаторы и/или симпатомиметики до целевого уровня; до полной реэпителизации следует избегать местных бета-адреноблокаторов. УУР С, УДД 5.
- При тяжёлых и особо тяжёлых ожогах операцию проводят не позднее 24 часов после поступления при отсутствии противопоказаний; необходимы ревизия сводов в первые сутки и, при показаниях, ранняя некрэктомия через 2–3 суток. При угрозе или перфорации роговицы выполняют послойную или сквозную кератопластику. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализируйте всех пациентов с ожогами средней тяжести, тяжёлыми и особо тяжёлыми ожогами.
- После выписки направляйте всех пациентов к офтальмологу по месту жительства на несколько месяцев, до 1 года; контролируйте офтальмотонус, стекловидное тело и оболочки глаза.
- При нестабильной глазной поверхности или продолжающейся ожоговой болезни частоту визитов и объём обследования определяют индивидуально.

Частые вопросы

Сколько времени промывать глаз при химическом ожоге?

Промывание водой или 0,9% раствором натрия хлорида начинают немедленно и проводят однократно не менее 15 минут. Осмотр и сбор подробного анамнеза не должны задерживать промывание.

Можно ли ориентироваться на остроту зрения при оценке тяжести химического ожога?

Нет. В первые дни и недели даже тяжёлый или особо тяжёлый химический ожог может сопровождаться относительно высокой остротой зрения и прозрачностью роговицы. Важны также чувствительность роговицы и лимба, ишемия перилимбальной конъюнктивы и внутриглазные изменения.

Когда госпитализировать пациента с ожогом глаза?

Госпитализации подлежат все пациенты с ожогами средней тяжести, тяжёлыми и особо тяжёлыми ожогами.

Когда применять амниотическую мембрану?

Временное покрытие амниотической мембраной используют при ожогах средней степени, тяжёлых и особо тяжёлых. Его можно выполнить с первых суток при частичной, субтотальной или предполагаемой тотальной гибели эпителиальных стволовых клеток либо позднее при отсутствии регенерации и персистирующей эрозии; оптимальный срок нахождения мембраны — 7–10 дней.

Что делать при послеожоговом повышении внутриглазного давления?

Применяют гипотензивные препараты: ингибиторы карбоангидразы, бета-адреноблокаторы и симпатомиметики для достижения целевого давления. При некомпенсируемой на медикаментозном режиме офтальмогипертензии рекомендуются эксплантодренирование или транссклеральная диодлазерная

циклодеструкция; криодеструкцию применяют при отсутствии возможности проведения транссклеральной диодлазерной циклодеструкции. Синусотрабекулэктомию проводят при недостаточном эффекте циклодеструктивных процедур и отсутствии условий для эндоскопической диод-лазерной циклокоагуляции и имплантации антиглаукоматозного дренажа, а дренаж имплантируют после эпителизации ожоговых ран при отсутствии эффекта других методов лечения.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/106-ozhogi-glaz. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/106_2