

Утверждено:

Общероссийская общественная
организация «Ассоциация
врачей-офтальмологов»

президент, академик РАН

Нероев В.В.



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Лагофтальм

Кодирование по Международной Н02.2
статистической классификации
болезней и проблем, связанных
со здоровьем:

Возрастная группа: **Взрослые, дети**

Год утверждения: **2025**

Разработчик клинической рекомендации:

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

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений.....	4
Термины и определения	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	6
1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	6
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)....	8
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	9
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)....	9
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	9
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	10
2.1 Жалобы и анамнез	10
2.2 Физикальное обследование.....	11
2.3 Лабораторные диагностические исследования.....	12
2.4 Инструментальные диагностические исследования	12
2.5 Иные диагностические исследования	13
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	13
3.1 Консервативное лечение	13

3.2 Хирургическое лечение.....	14
3.3 Иное лечение	16
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов.....	16
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	16
6. Организация оказания медицинской помощи	17
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)	18
Критерии оценки качества медицинской помощи	18
Список литературы.....	20
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	26
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	27
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	30
Приложение Б. Алгоритм действий врача.....	31
Приложение В. Информация для пациента	32
Приложение Г1-ГН. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях	

Список сокращений

ССГ – синдром сухого глаза

МРТ – магнитно-резонансная томография

КТ – компьютерная томография

НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты

ПТФЭ – политетрафторэтилен

ЦНС – центральная нервная система

Термины и определения

Лагофthalm – неполное смыкание век

Ретракция века – смещение века в сторону края орбиты (верхнего или нижнего)

Экзофthalm – смещение глазного яблока вперед

Эндокринная офтальмопатия – воспаление и отек мягких тканей ретробульбарного пространства, возникающий на фоне аутоиммунной патологии щитовидной железы

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Лагофthalm – (от греческого – lagoos — заячий, ophthalmus — глаз) – нарушение функции смыкания век, неполное смыкание век.

Основными причинами развития лагофthalма являются поражение лицевого нерва или наличие механических факторов, препятствующих полному смыканию век. Отдельно выделяют такое состояние, как физиологический лагофthalm.

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

По этиопатогенетическим признакам лагофthalm подразделяют на паралитический, рубцовый, физиологический (зависит от анатомического разреза глазной щели) [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Наиболее распространенной причиной возникновения лагофthalма является поражение лицевого нерва (паралитический лагофthalm) [5, 6, 7].

Патология лицевого нерва может быть вызвана следующими причинами.

Паралич Белла - идиопатический паралич (нейропатия) лицевого нерва является наиболее частой причиной развития паралитического лагофthalма. Заболевание, как правило, возникает внезапно, характеризуется односторонним поражением, и, зачастую, спонтанным разрешением процесса. Поражение лицевого нерва нередко связывают с перенесенной вирусной инфекцией [8, 9].

Менее распространенными инфекционными причинами развития паралича лицевого нерва могут быть паротит, грипп, энцефалит, герпес зостер, ветряная оспа, полиомиелит, дифтерия, ботулизм, проказа, фелиноз (болезнь кошачьих царапин), саркоидоз, болезнь Лайма (клещевой боррелиоз), синдром Рамсея Ханта, синдром Гийне-Барре [10, 11, 12].

Одним из клинических проявлений болезни Лайма является поражение черепных нервов, связанное с диссеминацией возбудителя данного инфекционного заболевания, спирохеты *Borrelia*, в различные органы и системы. Наиболее часто в воспалительный

процесс вовлекается VII пара черепных нервов с развитием лицевого паралича. Невриты глазодвигательного и зрительного нервов сопровождаются нарушением конвергенции и снижением остроты зрения [13, 14]

Синдром Рамсея Ханта, обусловленный герпетическим (*herpes zoster*) поражением коленчатого ганглия, начинается с появления односторонней пузырьковой сыпи в области ушной раковины и нейропатии лицевого нерва [15,16].

Синдром Гийена - Барре – острая аутоиммунная полирадикулоневропатия, развившаяся вследствие перенесенной инфекции, и проявляющаяся вялыми парезами, а также двусторонним параличом лицевого нерва [17, 18].

Новообразования центральной нервной системы (опухоли мостомозжечкового угла), невриномы слухового и лицевого нервов, заболевания околоушной слюнной железы и др. также могут являться причиной поражения лицевого нерва [19, 20, 21].

Нарушение функции *n. facialis* нередко является осложнением после проведения нейрохирургических оперативных вмешательств (ятрогенный паралич) [22].

Врожденные аномалии развития. Синдром Мебиуса (фациальная диплегия)- генетически детерминированное заболевание, характеризующееся врожденным недоразвитием ядер V, VI, VII, IX, XII пар черепных нервов, приводящее к нарушению функции лицевого и отводящего нервов. Заболевание проявляется отсутствием мимики лица, неполным смыканием век, косоглазием, нарушением сосания, глотания, артикуляции, моторики и другой неврологической симптоматикой. Причиной развития данной патологии является аутосомно-доминантное, аутосомно-рецессивное и X-сцепленное наследование [23].

Острые нарушения мозгового кровообращения, аневризмы. Благодаря особенностям кровоснабжения *n. facialis* от передней нижней мозжечковой артерии и области коленчатого ганглия, острая ишемия данной области мозга становится причиной развития лицевого паралича [24, 25].

Травматическое повреждение лицевого нерва. Травмы лица, среднего уха, переломы основания черепа (каменистая часть височной кости) или нижней челюсти могут вызывать повреждения, как ствола, так и отдельных ветвей лицевого нерва [24, 25, 26].

Рубцовый лагофтальм. Наличие рубцовой деформации век также часто приводит к развитию лагофтальма. Причинами могут быть механические повреждения, химические и термические ожоги, лучевые поражения, рубцующий пемфигоид, синдром Стивенса - Джонса, синдром Лайелла, ихтиоз, хирургические вмешательства на веках (удаление халязиона, новообразований, эстетическая блефаропластика, коррекция птоза верхнего века и др.). При рубцовом лагофтальме величина несмыкания глазной щели будет зависеть от площади дефекта тканей и выраженности нарушений экскурсии век [3, 27, 28, 29].

Лагофтальм может быть следствием ретракции верхнего и/или нижнего века у пациентов с эндокринной офтальмопатией [30].

Физиологический лагофтальм может встречаться у людей без какой-либо патологии век и окружающих тканей, чаще это состояние наблюдается при монголоидной форме глазной щели. Неполное смыкание глазной щели при этом возникает во время сна (ночной лагофтальм) [31].

Лагофтальм на фоне атонии нижнего века у пациентов старшей возрастной группы развивается на фоне потери эластичности тканей и характеризуется пролапсом (птозом) нижнего века и выворотом слезной точки [32, 33].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы)

Распространённость ночного лагофтальма колеблется от 1,3 до 23 % в зависимости от популяции и существенно увеличивается при седации в условиях реанимации, достигая 21- 75 % [34].

Частота лагофтальма после хирургического лечения апоневротического блефароптоза достигает 11 %. [35].

Парез лицевого нерва занимает второе место среди заболеваний периферической нервной системы и первое место среди поражений черепно-мозговых нервов. Ежегодно выявляется от 20 до 30 случаев лицевого паралича на 100 тысяч населения, в равной степени среди женщин и мужчин [19, 36].

Распространенность синдрома Мебиуса составляет 1 случай на 150 тысяч новорожденных [37].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

- Н02.2 – Лагофтальм

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Клиническая классификация

Классификация лагофтальма по степени тяжести (по выраженности лагофтальма):

Легкая степень. Лагофтальм до 3,0 мм. Глазная щель пораженной стороны заметно шире по сравнению со здоровой контралатеральной стороной. Смыкание век возможно, однако оно неполное, что особенно заметно во время сна.

Средняя степень. Лагофтальм до 5,0 мм. Смыкание век затруднено, глазная щель остается частично открытой. Конъюнктив и роговица подвергаются воздействию внешних раздражителей, что приводит к развитию хронического конъюнктивита, кератита, синдрома сухого глаза (ССГ), частичного помутнения роговицы.

Тяжелая степень. Лагофтальм более 5,0 мм. Смыкание век полностью нарушено. Отсутствие защитной функции век может привести к развитию таких тяжелых последствий, как язва роговицы с угрозой перфорации или формирование васкуляризированного бельма. [1, 5, 38]

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Клиническая картина паралитического лагофтальма. Паралич лицевого нерва характеризуется атонией мимических мышц на пораженной стороне, мышечным гипертонусом непораженной (здоровой) стороны, выворотом нижнего века и лагофтальмом, отсутствием мигательных движений глаза, слезостоянием, патологией роговицы (ССГ, кератит, эрозия, язва роговицы, васкуляризированное бельмо), снижением зрительных функций. [6, 11, 39]

Функциональная недостаточность век при парезе лицевого нерва проявляется нарушением смыкания (лагофтальмом) и моргания, атонией и выворотом нижнего века.

Это приводит к чрезмерному испарению слезной пленки и экспозиционной кератопатии. Отсутствие нормальной функции орбикулярной мышцы на фоне длительно существующего пареза лицевого нерва способствует ретракции верхнего века, что увеличивает тяжесть лагофтальма. Нейротрофические нарушения, снижение базальной секреции слезы являются дополнительными неблагоприятными факторами, которые усугубляют состояние конъюнктивы и роговицы. Наиболее опасными осложнениями лагофтальма являются: тяжелый роговично-конъюнктивальный ксероз, кератит, помутнение, эрозия, язва роговицы. Формирование васкуляризированного бельма с потерей зрения, перфорация язвы роговицы с развитием эндофтальмита и утратой глаза, как органа - наиболее тяжелые последствия перенесенных воспалительных процессов [3, 6, 7, 21, 32].

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики

Критерии установления лагофтальма: одностороннее или двустороннее неполное смыкание век, которое при закрытых веках образует щель шириной от 1 мм и более.

- **Рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный (B01.029.001) детей и взрослых с признаками лагофтальма или подозрением на лагофтальм с целью диагностики заболевания и сопутствующих осложнений со стороны органа зрения. [32, 40]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога повторный (B01.029.002) детей и взрослых с лагофтальмом с целью оценки риска осложнений со стороны органа зрения и решения вопроса о хирургическом лечении лагофтальма.[1]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

2.1 Жалобы и анамнез

- **Рекомендуется** при сборе анамнеза и жалоб при лагофтальме (A01.26.001) – определять время начала заболевания и обстоятельства, способствующие его развитию (травма, врожденный характер, перенесенные соматические и инфекционные болезни), оценивать жалобы пациента на неполное смыкание век, выворот, косметический дефект (асимметрию лица при параличе лицевого нерва, деформацию век при рубцовых изменениях, конъюнктивы и кожи век), слезотечение или его отсутствие при подозрении

на поражение черепных нервов, чувство инородного тела и сухости, снижение остроты зрения или низкую остроту зрения, косоглазие (при поражении глазодвигательного аппарата), иные жалобы неврологического характера у взрослых пациентов с лагофталмом и у детей, начиная с возраста, когда ребенок способен формулировать жалобы, а также жалобы и анамнез, предоставленные родителями ребенка [2, 5, 11, 40, 41].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии. *Диагностика начинается со сбора анамнеза: определение времени начала, характера заболевания (врожденный, приобретенный), предшествующих событий (травма, ожог, перенесенные инсульт, острое инфекционное заболевание, нейрохирургическое вмешательство, острая аллергическая реакция на НПВП и др) и выявление наследственной обусловленности.*

2.2 Физикальное обследование

- **Рекомендуется** проводить пациентам с лагофталмом:

- визуальное исследование глаз A01.26.002 (выявление неполного смыкания век при закрытых глазах, атонии, выворота, укорочения и/или ретракции века (век), рубцовых изменений век и конъюнктивы);
- измерение ширины глазной щели (выявление асимметрии);
- измерение величины лагофтальма (в миллиметрах при сомкнутых веках в спокойном состоянии) [42];
- исследование подвижности глаза A02.26.028 (определение объема движений глазного яблока для выявления частичной или полной офтальмоплегии при поражении глазодвигательного нерва;
- измерение угла косоглазия A02.26.010;
- определение состояния глазной поверхности (выявление синдрома сухого глаза (A03.26.021 определение времени разрыва слезной пленки, проба Норна; измерение секреции слёзной жидкости, A02.26.020 тест Ширмера) или определение дефектов поверхности роговицы A02.26.017) [43]
- выявление асимметрии лица, провисания угла рта на стороне лагофтальма при параличе лицевого нерва.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** прием (осмотр, консультация) врача-невролога первичный (B01.023.001) пациентам с паралитическим лагофталмом с целью выявления патологии центральной нервной системы (ЦНС) [44].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий консультация невролога необходима для оценки функций черепно-мозговых нервов, что позволяет исключить лагофталм, как проявление, в том числе, и врожденной аномалии развития.

2.3 Лабораторные диагностические исследования при данной патологии не информативны

2.4 Инструментальные диагностические исследования

- **Рекомендуется** проведение визометрии (A02.26.004) без коррекции или с коррекции (при сопутствующем нарушении рефракции) у взрослых пациентов с лагофталмом и у детей с лагофталмом, начиная с возраста, когда ребенок способен называть опто типы, с целью определения снижения зрительных функций вследствие патологии переднего отрезка глаза [43].

- **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

Комментарии: При исследовании остроты зрения выявляют снижение остроты зрения, как следствие экспозиционной кератопатии.

- **Рекомендуется** проведение биомикроскопии глаза (A03.26.001): исследование переднего отрезка глаза у пациентов с лагофталмом с целью выявления изменений со стороны переднего отрезка глаза - воспалительные, нейротрофические и дегенеративные заболевания конъюнктивы и роговицы (хронические конъюнктивиты, кератиты, рецидивирующие эрозии, язва роговицы, васкуляризированное бельмо) [43, 45].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: биомикроскопия глаза, как метод диагностики, позволяет оценить состояние переднего отрезка глаза, выявить изменения со стороны конъюнктивы и роговицы, которые могут сопутствовать лагофтальму

- **Рекомендуется** проведение биомикроскопии глаза (A03.26.001) с использованием витальных красителей у пациентов с лагофтальмом для объективного определения состояния глазной поверхности [46].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: метод имеет вспомогательное значение при оценке состояния глаза и его прозрачных сред. Для выявления дефектов эпителия роговицы необходимо использовать витальные красители.

2.5 Иные диагностические исследования

- **Рекомендуется** проведение экзофтальмометрии A02.26.022 у пациентов с лагофтальмом на фоне экзофтальма с целью определения положения глазного яблока в глазнице и степени его выстояния [43].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий Исследование проводят с помощью зеркального экзофтальмометра Гертеля. В норме выстояние глазного яблока из глазницы составляет 14-18 мм, а асимметрия в положении парных глаз не должна превышать 1-2 мм [43].

- **Рекомендуется** проведение магнито-резонансной томографии (МРТ) глазницы (A05.26.008) /компьютерной томографии (КТ) глазницы (A06.26.006) и головного мозга пациентам с лагофтальмом, имеющих в анамнезе травму глазницы, подозрение на ретробульбарное образование, патологию центральной нервной системы для исключения сопутствующей патологии [1].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

3.1 Консервативное лечение

- **Рекомендуется** для профилактики и лечения осложнений со стороны переднего отрезка глаза назначать пациентам с лагофталмом консервативное лечение, которое включает местную антисептическую и/или антибактериальную терапию в случаях деэпителизации роговицы и риска присоединения вторичной инфекции, а также кератопротекцию для профилактики дистрофических изменений со стороны конъюнктивы и роговицы [39, 47-51]

Комментарий применение медикаментозной терапии целесообразно только на начальном этапе, в качестве вспомогательного метода до хирургического лечения и в послеоперационном периоде, а также в тех случаях, когда имеет место лагофталм легкой степени или физиологический лагофталм. Для лечения сопутствующего ССГ и ксероза роговицы показано постоянное применение препаратов искусственной слезы и других индифферентных препаратов (S01XA20). Для профилактики развития дистрофических изменений со стороны конъюнктивы и роговицы показано применение гелевых и мазевых кератопротекторов (S01XA другие препараты, применяемые в офтальмологии). Назначение антибиотиков целесообразно при угрозе развития инфекционных осложнений на фоне деэпителизации (хронический конъюнктивит, кератит, эрозия, язва роговицы).

В качестве паллиативного метода временно зафиксировать веко в правильном положении возможно и с помощью пластырных полосок (пластыри медицинские глазные на нетканой основе) [11].

3.2 Хирургическое лечение

- **Рекомендуется** с органосохранной целью при паралитическом лагофталме тяжелой степени и развитии осложнений со стороны роговицы (язва роговицы, в том числе с угрозой перфорации) применять операцию частичной/полной блефарорафии (тарзорафии) [38, 41, 52-53, 56].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Язва и угроза перфорации роговицы является показанием к проведению **срочной** блефаро- и тарзорафии. Показанием для **планового** хирургического лечения паралитического лагофталма является длительность паралича лицевого нерва более полугода и его необратимость, экспозиционная кератопатия с возможной угрозой развития язвы и перфорации роговицы, паралитический выворот нижнего века.

- **Рекомендуется** пациентам с лагофталмом легкой и средней степени проводить латеральную кантопластику с подвешиванием нижнего века к надкостнице наружной стенки орбиты с целью устранения атонического выворота нижнего века [52, 54, 66].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: показанием для хирургического лечения лагофтальма на фоне возрастных изменений связочного аппарата век является выраженная атония, пролапс и старческий выворот нижнего века, нарушение нормального слезоотведения (слезостояние и слезотечение).

Рекомендуется пациентам с лагофталмом на фоне экзофтальма проводить рецессию мышцы, поднимающей верхнее веко и ретрактора нижнего века, как один из этапов хирургической реабилитации [40, 55-57, 69]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** для укрепления нижнего века у пациентов с лагофталмом средней и тяжелой степени в сочетании паралитическим выворотом проводить операцию по методике Кунта-Шимановского с частичной наружной блефарорафией или операции с применением синтетических или биологических трансплантатов (имплантат из политетрафторэтилена (ПТФЭ), аллотрансплантат для пластики век, ацеллюлярный дермальный матрикс и другие материалы) [40, 56, 58-60, 67].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** у пациентов с тяжелым рубцовым, в том числе послеожоговым, лагофталмом на фоне укорочения и выворота верхнего и нижнего век, для замещения дефекта кожи, приводящего к лагофталму, проводить свободную пересадку кожи верхнего и нижнего век в сочетании с тракционными швами или блефарорафией [3, 27, 40, 61-62, 60].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии. Показанием для планового хирургического лечения рубцового лагофтальма является рубцовая деформация, укорочение или выворот века (век), угроза помутнения роговицы.

Для послеожогового лагофтальма характерны рубцовые изменения кожи век. Рубцовая тракция приводит к деформации хряща, укорочению и вывороту век.

Устранение лагофтальма в данном случае возможно путем восполнения дефицита кожи верхнего и нижнего век с применением пересадки свободного кожного лоскута [3].

Постоянная блефарорафия на длительный срок (6 месяцев) необходима для профилактики рецидива лагофтальма. В качестве шовного материала подойдут: нити аллосухожилльные для пластической офтальмохирургии стерильные (рег уд. №2011/12012 от 29.12.2021), нити хирургические стерильные, синтетические, рассасывающиеся, с атравматическими иглами и без игл и другие материалы [42, 58, 68].

В послеоперационном периоде по показаниям назначают следующие группы лекарственных средств: инстилляции противомикробных препаратов, S01XA20 искусственные слезы и другие индифферентные препараты, S01XA другие препараты, применяемые в офтальмологии в качестве кератопротекции.

3.3. Иное лечение – не применяется

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

- **Рекомендуется** для реабилитации пациентов с лагофтальмом, с целью профилактики тяжелых осложнений со стороны роговицы (язва с угрозой перфорации, формирование васкуляризированного бельма, развитие тяжелого ксероза на фоне ССТ), устранения нарушений слезоотведения, профилактики инфекционных осложнений (хронический конъюнктивит, кератоконъюнктивит): 1) своевременно направить пациента на хирургическое лечение; 2) осуществлять регулярное динамическое наблюдение врача-офтальмолога, 3) совместное наблюдение врача-офтальмолога и врача-невролога пациентов с паралитическим лагофтальмом [11, 63-65, 68]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии. *Наблюдение пациентов с лагофтальмом в динамике осуществляется при повторном приеме (осмотр, консультация) врача-офтальмолога B01.029.002 и повторном приеме (осмотр, консультация) врача-невролога B01.023.001.*

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- **Рекомендуется** профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога (B04.029.002) детей и взрослых с целью выявления лагофтальма и своевременной профилактики развития осложнений со стороны роговицы [1, 11, 40].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** динамическое наблюдение - прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога повторный (B01.029.002) при лагофтальме любой этиологии у детей и взрослых при наличии сопутствующей патологии конъюнктивы и роговицы – 1 раз в 3-6 месяцев; при лагофтальме у детей без сопутствующей патологии роговицы – 2 раза в год в качестве контроля; при лагофтальме без патологии роговицы у взрослых – 1 раз в 2 года с целью оценки динамики сопутствующих осложнений со стороны конъюнктивы и роговицы, назначения/продолжения паллиативного лечения. [1, 65]

- **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)**

6. Организация оказания медицинской помощи

Медицинская помощь при лагофтальме осуществляется в плановом порядке только при отсутствии угрожающей патологии роговицы. Язва роговицы, в том числе с угрозой перфорации, является показанием для направления пациента на стационарное лечение в экстренном порядке.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь при лагофтальме осуществляется медицинскими работниками со средним медицинским образованием, первичная врачебная медико-санитарная помощь при лагофтальме осуществляется врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами). При выявлении признаков лагофтальма, медицинские работники со средним медицинским образованием, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики (семейные врачи) направляют пациентов на консультацию к врачу-офтальмологу. При лагофтальме первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-офтальмологом.

Согласно Приказу Минздрава РФ от 14.04.2025 № 211н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» при прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, врач-офтальмолог осматривает детей в возрасте 1 месяц, 12 месяцев, 3 года, 6 лет, 7 лет, 10 лет, 13 лет, 15 лет, 16 лет и 17 лет.

Взрослых с лагофтальмом врач-офтальмолог осматривает при направлении пациентов от врача-невролога и врачей других специальностей, а также при проведении предварительных и периодических медицинских осмотров при приеме на работу и в течение рабочего периода в соответствии с ведомственными нормативными актами и/или

в соответствии с Приказом Минтруда № 988н и Минздрава РФ №1420н от 31 декабря 2020 года «Об утверждении перечня вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры» и Приказом Минздрава РФ от 28 января 2021 г. № 29н «Об утверждении порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры».

Врожденный и приобретенный лагофтальм также выявляется при самостоятельном обращении пациентов (взрослых и детей) в офтальмологический кабинет на обслуживаемой территории с жалобами на изменение положения век.

Врач-офтальмолог офтальмологического кабинета осуществляет: оказание консультативной, лечебно-диагностической помощи; при наличии медицинских показаний – направляет пациентов на консультацию к хирургу-офтальмологу в плановом порядке либо в экстренном порядке на стационарное лечение в детское или взрослое офтальмологическое отделение.

Показанием к госпитализации в медицинскую организацию служит врожденный и приобретенный лагофтальм у детей и взрослых. Пациенты направляются в круглосуточный или дневной стационар для проведения хирургического лечения. Медицинская помощь детям при лагофтальме может оказываться только в условиях круглосуточного стационара.

Показанием к выписке пациента из медицинской организации служит завершение запланированного стационарного лечения.

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

При лагофтальме предполагается решение двух основных задач: во-первых, профилактика и лечение угрожающей патологии роговицы; во-вторых, выбор оптимального хирургического метода. При выборе тактики хирургического лечения необходимо учитывать этиологию заболевания (причины развития).

Критерии оценки качества медицинской помощи

№ п/п	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
1	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	(Да/нет)
2	Выполнена визометрия	(Да/нет)
3	Выполнена биомикроскопия глаза с использованием витальных красителей	(Да/нет)
4	Выполнено измерение величины лагофталма до и после операции (если проводилось)	(Да/нет)

Список литературы

1. Аветисов, С.Э. Офтальмология: национальное руководство/ С.Э.Аветисов, Е.А. Егоров, Л.К. Мошетова Л.К// М.: ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 752 с.
2. Агафонова, Е.И. Новые подходы к коррекции паралитического лагофтальма (Экспериментально-клиническое исследование): дис. ... канд. мед. наук: 14.01.07/Агафонова Елена Игоревна. - М., 2012. - 128 с.
3. Нураева, А.Б. Восстановительная хирургия послеожоговых рубцовых выворотов верхнего и нижнего век / А.Б. Нураева // Офтальмологические ведомости. – 2016. – Т.9. - № 4. – С. 46-51
4. Пенн Роберт Б. Окулопластика / Роберт Б.Пенн; пер. с англ. Т.В.Бакаевой: пол ред. Я.О. Груши. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 288 с.: ил. – (Серия «Атласы в офтальмологии»).
5. Сайда, А. С. Клиника, диагностика и методы хирургического лечения синдрома лагофтальма / дис. ... канд. мед. наук: Сайда Арас Сальманович - М., 2017. – 201 с.
6. Pereira, M. V. C. Lagophthalmos/ M. V. C.Pereira, A. L. F. Gloria //Seminars in Ophthalmology. - 2010. - Vol. 25, №3. - P. 72-8.
7. Rahman, I. Ophthalmic Management of Facial Nerve Palsy: A Review/ I.Rahman, S. A.Sadiq // Survey of Ophthalmology. - 2007. - Vol. 52. - №2. – P. 121-144.
8. De Diego-Sastre, J. I. The epidemiology of Bell's palsy/ J. I. De Diego-Sastre, M. P.Prim-Espada, F. Fernández-García //Revista de Neurologia. -2005. - Vol.41. - №5. - P. 287-290.
9. Jabor, M.A. Management of Bell's palsy /M.A. Jabor, G.J. Gianoli // La State Med Soc. - 1996. - 148(7). – P. 279-83.
10. Лебедева, П. А. О паралитическом лагофтальме: этиология, клиника, методы лечения / П. А. Лебедева // Медицинский журнал. - 2015. - № 1. - С. 23-30
11. Современные подходы к диагностике и лечению лагофтальма при невропатии лицевого нерва /Л.Б. Завалий [и др.] //Нервные болезни. – 2023. – №. 1. – С. 81-88. DOI: 10.24412/2226-0757-2023-12849
12. Алексеевич, Г.В. Особенности терапии нейропатии лицевого нерва (паралич Белла) при коморбидных состояниях / Г.В. Алексеевич, Г.Ю. Алексеевич, Н.В. Исаева// РМЖ. 2022; 4: 38–43.

13. Баранова, Н. С. Поражение нервной системы при хроническом Лайм-боррелиозе / Баранова Н. С., Спирин Н. Н., Буланова В. А // Медицинский совет. – 2012. – №. 6. – С. 28-35.
14. Неврологические аспекты клещевого боррелиоза / Ю.В. Лобзин и др. // Неврологический журнал. – 1996. – Т. 1. – №. 3. – С. 49-52.
15. Шахова, М. А. Опыт применения аминодигидрофалазиндиона натрия в комплексном лечении пациента с синдромом Рамсея-Ханта / М.А. Шахова, А.Б Терентьева // Медицинский совет. – 2023. – Т. 17. – №. 7. – С. 146-150.
16. Finsterer, J. Favorable Outcome of Ramsay Hunt Syndrome under Dexamethasone / J. Finsterer, A. Bachtar, A. Niedermayr // Case Rep Med. 2012;2012:247598. doi: 10.1155/2012/247598.
17. Facial diplegia as unusual variant of Guillain-Barré syndrome: first case reported in Venezuela /J. F. Piñerúa-Gonsálvez [et al.] // Investigación Clínica. – 2015. – Т. 56. – №. 4. – С. 406-410
18. A case of ascending paralysis in pregnancy: Thiamine deficiency mimicking Guillain-Barré syndrome / C.M. Lee [et al.] //Clinical Medicine. – 2025. – Т. 25. – №. 2. – С. 100294.
19. Интратемпоральные поражения лицевого нерва / Х.М. Дивб, А.А. Бакаев, А.Е. Михалевич, Л.И. Терехина // Российская оториноларингология. – 2020. 19(3): 56-53.
20. Офтальмологическая патология у детей с оперированными опухолями головного мозга в периоде ремиссии / Рычкова С. И. [и др.] //Российская Детская Офтальмология. – 2025. – №. 1. – С. 5-16.
21. Случай клинического течения паралитического лагофталма, осложненного перфорацией роговицы, возникшего после операции удаления невриномы слухового нерва / С. А. Мальков [и др.] // Современные технологии в офтальмологии. – 2015. – № 3. – С. 100.
22. Pirrello, R. Static treatment of paralytic lagophthalmos with autogenous tissues/ R. Pirrello, S.D. Arpa, F. Moschella // Aesthetic Plast Surg. – 2007. – Vol. 31. – P. 725 - 731.
23. Матросова, Ю. В. Синдром Мебиуса. Клинический случай / Ю.В. Матросова //Вестник российских университетов. Математика. – 2014. – Т. 19. – №. 4. – С. 1175-1177.

24. Клиника, диагностика и лечение невропатий лицевого нерва / А.С. Артюшкевич [и др.] // Современная стоматология. – 2015. – №. 2 (61). – С. 23-28.
25. Маркин, С. П. Поражения лицевого нерва в практике врача / С.П. Маркин //Лечащий врач. – 2013. – №. 9. – С. 38-38.
26. Correia Pereira, M. V. Lagophthalmos / M.V. Correia Pereira, A.L. Firmato Glória // Seminars in Ophthalmology. – 2010. – 25(3). – 72-78. doi: 10.3109/08820538.2010.48857
27. Нураева, А. Б. Современные хирургические методы лечения выворотов век / А.Б. Нураева //Офтальмологические ведомости. – 2017. – Т. 10. – №. 1. – С. 53-61.
28. Handzel, D.M. Lagophthalmos and ectropion of the upper eyelids in congenital ichthyosis / D.M. Handzel, A.A. Zubcov-Iwantscheff, H. Aral // Ophthalmologe. – 2013. – Vol. 110. - № 10. – P. 975-77.
29. Morax, S. Complications of blepharoplasty / S. Morax, V. Touitou // Orbit. – 2006. – Vol. 25. – P. 303-18.
30. Фенотипы эндокринной офтальмопатии: клиническая манифестация и томографические характеристики / И.М. Беловалова [и др.] //Проблемы эндокринологии. – 2018. – Т. 64. – №. 6. – С. 383-389.
31. Nocturnal lagophthalmos. / Shawn H. Tsai, Shu-I Yeh, Lee-Jen Chen, Chien-Hsiu Wu, Shu-Lang Liao // International Journal of Gerontology . – 2009. – 3(2). – P. 89–95.
32. Потемкин, В. В. Алгоритм оценки тонуса нижнего века / В. В. Потемкин, Е. В. Агеева // Офтальмологические ведомости. - 2016. – Т.9. - № 3. – С. 10-14.
33. Потемкин, В.В. Принципы хирургического лечения инволюционных нарушений положения нижнего века / В.В. Потемкин, Е.В. Гольцман // Учебное пособие. – М. Эко-Вектор. – 2019. – 35 с.
34. Common ocular surface disorders in patients in intensive care units / A. Grixti, M. Sadri, J. Edgar, A.V. Datta // Ocul Surf. – 2012 Jan. – 10(1). – P. 26-42. doi: 10.1016/j.jtos.2011.10.001
35. Tucker, S.M. Incidence of lagophthalmos after aponeurotic ptosis repair / S.M. Tucker, H. Cabral // Orbit. 2000 Jun. – 19(2). – P. 61-66. PMID: 12045949.
36. Гущина, М.Б., Офтальмологические проявления паралича лицевого нерва /М.Б. Гущина, А.В. Терещенко, С.А. Мальков // Вестник офтальмологии. – 2018. - 134(3). – С. 116-120. <https://doi.org/10.17116/oftalma20181343116>
37. Сафронова, Н.А. Особенности клинической картины и возможности реабилитации ребёнка с синдромом мебиуса (клинический пример) / Н.А. Сафронова, А.Е. Дагаева, Ю.В. Асташкина. // Сборник тезисов XII Междисциплинарный научно-

- практический конгресс с международным участием «Детский церебральный паралич и другие нарушения движений у детей» 17-19 ноября 2022 года.
38. Иванченко, Ю.Ф. Хирургическая коррекция лагофтальма при хроническом параличе лицевого нерва: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.07 /Юлия Феликсовна Иванченко. - М., 2011. - 134 с.
39. Vázquez, L. M. Lagophthalmos after facial palsy: Current therapeutic options/ L. M. Vázquez, R. Medel //Ophthalmic Research. - 2014. - Vol. 52, №4. - P. 165-169.
40. Груша, Я.О. Современные возможности коррекции лагофтальма. / Я.О. Груша, Е.И. Фетцер // Вестник офтальмологии. 2023. – 139; (3-2). – С. 90–95.
41. Катаев М.Г. Выбор способа лечения паралитического лагофтальма // Современные технологии и возможности реконструктивно восстановительной и эстетической хирургии - 2010/ М.Г. Катаев // Сб. научных статей. - М., 2010. - С. 188 - 190.
42. Нураева, А.Б. Реконструктивная хирургия деформаций, дислокаций и колобом век с использованием биоматериалов Аллоплант дис. ... д-ра. мед. наук: 14.01.07 / Нураева Айгуль Булатовна – М. – 2018. - 356 с.
43. Современные методы исследования в офтальмологии: учебное пособие / А.Н. Епихин, Ю.Н. Епихина, Н.А. Епихин; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России; кафедра офтальмологии. - Ростов н/Д : Изд-во РостГМУ, 2016. - 62 с
44. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. N 1497н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при поражениях лицевого нерва»
https://library.mededtech.ru/rest/documents/mcs_1497n/?ysclid=mf9fdn4f1l382005569#paragraph_ice65
45. Клинико-функциональное обоснование алгоритма выбора хирургического лечения паралитического лагофтальма / М.Б. Гущина [др.] //ОФТАЛЬМОХИРУРГИЯ. – 2025. – №. 1. – С. 71-81.
46. Плотникова Е.В. Применение флюоресцеина в клинической практике врача-офтальмолога / Е.А. Плотникова // The EYE ГЛАЗ. – 2019. – 4. – С. 41-48. DOI: 10.33791/2222-4408-2019-4-41-48
47. Современные аспекты в лечении инфекционных заболеваний переднего отрезка глаза (обзор литературы)/В.И. Баранов [и др.] //Innova. – 2016. - №2(3). – С. 60-63.

48. Бабушкин А. Э. Местная антибиотикотерапия бактериальных инфекционно-воспалительных заболеваний переднего отрезка глаза //Точка зрения. Восток–Запад. – 2021. – №. 2. – С. 89-93.– №. 2 (3). – С. 60-63.
49. Комарова, М.Г. Коррекция лагофтальма после проведения эстетической блефаропластики мягкими контактными линзами/ М.Г. Комарова, Т.Ю.Клюваева// Вестник офтальмологии. - 2006. - № 2. -С. 33 - 35.
50. Комплексное поэтапное лечение паралитического лагофтальма (клинический случай) /М.Б. Гущина М.Б., С.А. Мальков, Е.В. Ковшун, Н.С. Южакова // Вестник офтальмологии. 2017; 133(1): 75- 80.
51. Lee, V. Ophthalmic management of facial nerve palsy / V. Lee, Z. Currie, J.R.O. Collin //Eye. – 2004. – Т. 18. – №. 12. – С. 1225-1234.
52. Груша, Я.О. Концептуальные основы коррекции паралитического лагофтальма/Я.О. Груша // Вестник офтальмологии. - 2013. - № 5. - С. 92-96.
53. Chang, L. A useful augmented lateral tarsal strip tarsorrhaphy for paralytic ectropion / L.Chang, J.Olver // Ophthalmology - 2006. - № 113. - P. 84-91
54. Smith, D.S. The lower-eyelid tarsal-strip procedure. / D.S.Smith, M.K. Wax // Ear Nose Throat J. - 2005. - Vol. 84. - P. 698
55. Состояние глазной поверхности и контура верхнего века при эндокринной офтальмопатии после хирургического лечения ретракции верхнего века [Текст] / Л. К. Аникина, С. Ю. Астахов, В. В. Потемкин [и др.] // Офтальмологические ведомости. - 2022. - Т. 15. - № 2. - С. 43-52
56. Шеметов, С. А. Разработка модифицированных методик пластики век с использованием имплантата из политетрафторэтилена дис. ... канд. мед. наук: 14.01.07 / Шеметов Сергей Александрович – М. – 2018. - 160 с.
57. Manna, A. Levator-Muller's muscle recession with tarsorrhaphy: A technique for corneal protection in cases with cicatricial upper eyelid retraction/ A.Manna, P.Mehta, H.Ahluwalia //Orbit. - 2013. - Vol. 32(April). -P. 190-193.
58. Пластическая офтальмохирургия. Пластика век, орбиты, анофтальмический синдром / Э.Р. Мулдашев, Н.Д. Кульбаев, А.Б. Нураева [и др.] // Регенеративная медицина / под ред. Э.Р. Мулдашева. – Уфа: ГУП «Государственное республиканское издательство «Башкортостан», 2014. – Гл. 3. – С. 77-137.
59. Филатова, И.А., Шеметов, С.А. Комбинированный способ хирургического лечения паралитического лагофтальма с применением имплантатов из

- политетрафторэтилена / И.А. Филатова, С.А. Шеметов // Российский офтальмологический журнал. – 2018.- Т.11. - №2.- С. 27-34.
60. Gu, J. The use of acellular human dermis composite graft for upper eyelid reconstruction in ocular injury / J. Gu, J. Zhai, J. Chen // J. Trauma Acute Care Surg. – 2012. – Vol. 72. – P. 288-92.
61. Современные возможности свободной аутоотрансплантации тканей в реконструктивной хирургии век и периорбитальной области / Грищенко С. В. [и др.] //Российский медицинский журнал. – 2012. – №. 3. – С. 23-27.
62. Filatova, I. A. Consequences of burn injury of adnexa in children. The effectiveness of surgical treatment //Russian Pediatric Ophthalmology. – 2018. – Т. 13. – №. 1. – С. 42-45
63. Табашникова, Т. В. Тактика лечения трофической кератопатии и коррекции лагофтальма у нейрохирургических больных. дис канд. мед. наук: 14.01.07/ Табашникова Татьяна Владимировна – М. – 2016. - 143 с.
64. Диагностика, лечение и реабилитация пациентов с паралитическим лагофтальмом / Завалий Л. Б. [и др.] //Нервные болезни. – 2023. – №. 3. – С. 36-45.
65. Груша, Я.О. Паралитический лагофтальм / Я. О. Груша, Е. И. Фетцер, А. А. Федоров // - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 224 с.
66. Грищенко С. В., Филатова И.А., Виссарионов В.В. и др. и др. Модифицированный способ пластики латеральной связки век //Общество офтальмологов России ФГУ МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. СН Федорова. – 2009. – Т. 2. – С. 23-25.
67. Филатова И.А., Шеметов С.А., Кондратьева Ю.П., Мохаммад И.М. Особенности хирургического лечения патологии век при сенильных изменениях. Пластическая хирургия и эстетическая медицина. 2022;(2):5-10.
68. Аршина Ю. А. и др. Блефарорафия в комплексном лечении заболеваний переднего отдела глаза //The EYE ГЛАЗ. – 2023. – Т. 25. – №. 3. – С. 203-208.
69. Катаев М. Г., Бирюкова Ю. Е., Дзагурова З. Р. Лечение ретракции верхнего века: старое по-новому //Современные технологии в офтальмологии. – 2018. – №. 3. – С. 152-154.

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Галимова Венера Узбековна, д.м.н., профессор, ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»;
2. Голубев Сергей Юрьевич, к.м.н., ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»
3. Нураева Айгуль Булатовна, д.м.н., ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»;
4. Потемкин Виталий Витальевич, д.м.н, ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов»;
5. Филатова Ирина Анатольевна, д.м.н., профессор, ООО «Ассоциация врачей-офтальмологов».

Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А 2. Методология разработки клинических рекомендаций

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств: поиск в электронных базах данных; анализ современных научных разработок по проблеме астигматизма в России и за рубежом; обобщение практического опыта Российских и зарубежных коллег.

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в ее достоверности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу вытекающих из нее рекомендаций.

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которых попросили прокомментировать, прежде всего, насколько интерпретация доказательств, лежащих в основе рекомендаций, достоверна и доступна для практических врачей и пациентов.

Получены комментарии со стороны врачей-офтальмологов, занимающихся проблемой офтальмопластики, и врачей первичного звена в отношении доходчивости изложения и важности рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной медицинской практики.

Комментарии, полученные от экспертов, тщательно систематизировались и обсуждались председателями и членами рабочей группы. Каждый пункт обсуждался. Рекомендованные в результате обсуждения изменения и дополнения вносились в текст рекомендаций.

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-офтальмологи;
2. Врачи общей практики (семейные врачи);
3. Врачи-педиатры;
4. Врачи-педиатры городские (районные);
5. Врачи-педиатры участковые;
6. Врачи-неврологи, нейрохирурги, ЧЛХ.

Таблица 1. 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

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УД Д	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

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (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)

Порядок обновления клинических рекомендаций

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

1. Приказ Минздрава России от 25 октября 2012 г. № 442н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты».
2. Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. N 902н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты" (с изменениями и дополнениями)
3. Приказ Минздрава РФ от 04 апреля 2025 г. № 203н "Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи"
4. Приказ Минздрава России от 14.04.2025 № 211н "Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учетной формы N 030-ПО/у "Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего", порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения N 030-ПО/о "Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних", порядка ее заполнения").
5. Приказ Минтруда России № 988н и Минздрава России №1420н от 31 декабря 2020 года «Об утверждении перечня вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры»
6. Приказ Минздрава России от 28 января 2021 г. № 29н «Об утверждении порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры».

Приложение Б. Алгоритмы действий врача



Приложение В. Информация для пациента

Лагофталм – (от греческого – lagoos — заячий, ophthalmus — глаз) – нарушение функции смыкания век.

Основными причинами возникновения лагофталма являются поражение лицевого нерва и наличие различных факторов, препятствующих смыканию век.

Пациенту следует знать, что при наличии несмыкания глазной щели необходимо обратиться к офтальмологу. При отсутствии патологии роговицы достаточно гигиены и применения искусственной слезы и других индифферентных препаратов по показаниям. При наличии патологии роговицы целесообразно планировать хирургическое лечение.

Вид хирургического лечения определяет лечащий врач по показаниям. После операции чаще всего необходимо наблюдаться у офтальмолога и продолжать применение искусственной слезы и других индифферентных препаратов, применяемых в офтальмологии в качестве кератопротекции.

Пронумеровано, прошнуровано,
скреплено печатью 32 (тридцать два) листа

Президент ООО «АВО», академик РАИ
В.В. Перов

