Лагофтальм

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: H02.2 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация врачей-офтальмологов"

Лагофтальм — неполное смыкание век, чаще из-за поражения лицевого нерва или механического препятствия смыканию. Главное в ведении — оценить степень несмыкания и состояние роговицы, предупредить экспозиционную кератопатию, а при угрозе язвы/перфорации своевременно направить на хирургическое лечение.

Главное

- Диагностический критерий лагофтальма: при закрытых веках остается щель шириной 1 мм и более; нужен первичный осмотр офтальмолога для диагностики и выявления осложнений. УУР С, УДД 5.
- Степени тяжести: легкая — до 3 мм, средняя — до 5 мм, тяжелая — более 5 мм; при тяжелой степени возможны язва роговицы, угроза перфорации и васкуляризированное бельмо.
- При паралитическом лагофтальме типичны атония мимических мышц на стороне поражения, выворот нижнего века, отсутствие мигания, слезостояние, ССГ, кератит, эрозия или язва роговицы и снижение зрения.
- При осмотре измеряют ширину глазной щели и величину лагофтальма в миллиметрах при спокойном смыкании век; оценивают выворот, ретракцию/укорочение век, рубцы, подвижность глаза, косоглазие, ССГ и дефекты роговицы. УУР С, УДД 5.
- Лабораторные исследования при лагофтальме неинформативны.
- Консервативное лечение используют как начальный, вспомогательный, послеоперационный подход, а также при легком или физиологическом лагофтальме: искусственная слеза/индифферентные препараты постоянно при ССГ и ксерозе, гели и мазевые кератопротекторы; антибиотики — при угрозе инфекции на фоне деэпителизации.
- Язва роговицы, включая угрозу перфорации, требует экстренного направления в стационар; плановая помощь допустима только при отсутствии угрожающей патологии роговицы.

Диагностика

1. Начать с анамнеза: время начала, врожденный или приобретенный характер, травма, ожог, инсульт, инфекция, нейрохирургическое вмешательство, острая аллергическая реакция на НПВП, наследственность; уточнить жалобы на несмыкание век, выворот, асимметрию лица/деформацию век, слезотечение или его отсутствие, сухость, инородное тело, снижение зрения, косоглазие и неврологические симптомы. УУР С, УДД 5.
2. Подтвердить сам факт лагофтальма: неполное одно- или двустороннее смыкание век с щелью от 1 мм при закрытых веках.
3. Провести физикальный офтальмологический осмотр: визуально оценить смыкание век, атонию, выворот, укорочение/ретракцию, рубцы век и конъюнктивы; измерить ширину глазной щели и величину лагофтальма в миллиметрах. УУР С, УДД 5.
4. Оценить глазную поверхность: проба Норна, тест Ширмера, выявление дефектов роговицы; при необходимости определить подвижность глаза и угол косоглазия. УУР С, УДД 5.
5. Выполнить визометрию без коррекции или с коррекцией, чтобы оценить снижение зрения из-за патологии переднего отрезка глаза. УУР С, УДД 5.
6. Провести биомикроскопию, включая витальные красители, для выявления конъюнктивита, кератита, рецидивирующих эрозий, язвы роговицы, васкуляризированного бельма и дефектов эпителия. УУР С, УДД 5.
7. При паралитическом лагофтальме нужен первичный осмотр невролога для поиска патологии ЦНС и оценки функций черепных нервов. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Цели лечения — предупредить и лечить угрожающую патологию роговицы и выбрать хирургическую тактику с учетом причины лагофтальма.

- При ССГ и ксерозе роговицы — постоянное применение искусственной слезы и других индифферентных препаратов S01XA20; для профилактики дистрофии коньюнктивы и роговицы — гелевые и мазевые кератопротекторы S01XA.
- При деэпителизации роговицы и риске вторичной инфекции добавляют местную антисептическую и/или антибактериальную терапию; антибиотики показаны при угрозе инфекционных осложнений на фоне хронического коньюнктивита, кератита, эрозии или язвы роговицы.
- Как временный паллиативный прием веко можно фиксировать в правильном положении глазными пластырными полосками на нетканой основе.
- При тяжелом паралитическом лагофтальме с язвой роговицы, в том числе угрозой перфорации, выполняют частичную или полную блефарорафию/тарзорафию; язва и угроза перфорации — показание к срочной операции. УУР С, УДД 5.
- Плановая операция при паралитическом лагофтальме показана при параличе лицевого нерва более 6 месяцев и его необратимости, экспозиционной кератопатии с риском язвы/перфорации, паралитическом вывороте нижнего века.
- При легкой и средней степени с атоническим выворотом нижнего века проводят латеральную кантопластику с подвешиванием нижнего века к надкостнице наружной стенки орбиты. УУР С, УДД 5.
- При тяжелом рубцовом, в том числе послеожоговом, лагофтальме с укорочением и выворотом век выполняют свободную пересадку кожи верхнего и нижнего век в сочетании с тракционными швами или блефарорафией; постоянная блефарорафия на длительный срок — 6 месяцев — необходима для профилактики рецидива лагофтальма. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Всех детей и взрослых с признаками или подозрением на лагофтальм направляют на первичную консультацию офтальмолога. УУР С, УДД 5.
- Пациентам с паралитическим лагофтальмом показана консультация невролога для исключения патологии ЦНС и оценки черепных нервов. УУР С, УДД 5.
- Врожденный и приобретенный лагофтальм у детей и взрослых является показанием к госпитализации в круглосуточный или дневной стационар для хирургического лечения; детям помощь при лагофтальме может оказываться только в круглосуточном стационаре.
- Язва роговицы, включая угрозу перфорации, — показание для экстренного направления в стационар.
- Динамическое наблюдение офтальмолога: при патологии коньюнктивы и роговицы — 1 раз в 3–6 месяцев; у детей без патологии роговицы — 2 раза в год; у взрослых без патологии роговицы — 1 раз в 2 года. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

С какого размера щели ставят диагноз лагофтальма?

Критерий — неполное смыкание век с щелью от 1 мм при закрытых веках, односторонне или двусторонне.

Как определить степень тяжести лагофтальма?

Легкая степень — до 3 мм, средняя — до 5 мм, тяжелая — более 5 мм. При тяжелой степени полностью нарушается защитная функция век и возрастает риск язвы, перфорации и бельма роговицы.

Какие обследования обязательны у офтальмолога?

Критерии качества включают визометрию, биомикроскопию глаза с использованием витальных красителей и измерение величины лагофтальма до и после операции, если операция проводилась.

Когда достаточно консервативного лечения?

Медикаментозная терапия уместна на начальном этапе, как вспомогательная до операции и после нее, а также при легком или физиологическом лагофтальме. Основу составляют постоянная искусственная слеза/индифферентные препараты и кератопротекторы; антибиотики добавляют при риске инфекции на фоне деэпителизации.

Когда лагофтальм требует срочной хирургии или госпитализации?

Язва роговицы и особенно угроза перфорации требуют экстренного направления в стационар.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/991-lagoftalm. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/991_1