

ТРАНСЛЯЦИОННЫЙ ПОДХОД К ИМПЛАНТАЦИОННОЙ КОРРЕКЦИИ ЛАГОФТАЛЬМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРАЛИЧЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

**Камилов Х.М., Матякубов М.Н., Максудова Л.М.,
Бабаханова Д.М, Икрамов О.И.**

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских
работников, Узбекистан ¹Республиканская клиническая
офтальмологическая больница²*

Актуальность.

Периферические поражения лицевого нерва занимают одно из ведущих мест в структуре неврологической патологии, с частотой 20–30 случаев на 100000 населения. Одним из клинически значимых проявлений является паралитический лагофтальм, возникающий вследствие нарушения иннервации век при параличе лицевого нерва.

Данное состояние ассоциировано с развитием тяжёлых офтальмологических осложнений — от кератита до язвы роговицы, вплоть до перфорации и потери глаза, что обусловлено снижением слёзопродукции и экспозицией роговицы.

Одним из методов коррекции является использование импланта для верхнего века, впервые предложенного в 1950-х годах. В 1999 году Американское общество оториноларингологии и офтальмологии признало метод подбора массы века эффективной стратегией коррекции паралитического лагофтальма. Разработанная Грушой Я.О. и соавторами (2010г.) методика коррекции лагофтальма с использованием золотых имплантов в настоящее время проходит клиническую апробацию.

Цель исследования.

Провести оценку клинической эффективности применения импланта при паралитическом лагофтальме на основе клинического случая.

Материалы и методы.

В Республиканскую клиническую офтальмологическую больницу обратился пациент (О.Д.) 1982 года рождения с жалобами на снижение зрения, покраснение, болевые ощущения и опущение верхнего века левого глаза. Из анамнеза известно, что пациент перенёс инсульт (ОНМК) 8 лет назад, после чего появились жалобы со стороны левого глаза.

Диагноз: OS- ксероз конъюнктивы, лагофтальм.

Несмотря на регулярное проведение противовоспалительной и регенеративной терапии по месту жительства, значительного улучшения не отмечалось, в связи с чем пациент был направлен в специализированное учреждение. После обследования пациент был госпитализирован в отделение офтальмопластики.

Результаты и обсуждение.

При поступлении:

OD — без патологии, OS — сужение глазной щели, смешанная инъекция склеры, на роговице имеется инфильтрат размером 3×4 мм в оптической и параоптической зоне. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Хрусталик прозрачный.

Острота зрения: OD — 1,0; OS — 0,02 с коррекцией.

Внутриглазное давление:

OU — 18 мм рт. ст.

Хирургическое лечение.

Операционное поле обработано стандартным способом. Проведена местная анестезия и акинезия: 4,0 мл 2% раствора новокаина, ретробульбарно 4,0 мл 2% раствора лидокаина. Выполнен разрез кожи верхнего века с рассечением мышечного слоя до тарзальной пластинки. Имплант массой 1,8 г из золота (99,99%) фиксирован к мышечному слою верхнего века с использованием шовного материала Vicryl 8.0 узловыми швами. На кожу наложен непрерывный шов. В конъюнктивальный мешок инстиллирован 0,3% раствор ципрофлоксацина, нанесена 1% эритромициновая глазная мазь. Наложена асептическая монокулярная повязка.

Результаты и обсуждение.

Отмечено:

- уменьшение степени лагофталма с $5,44 \pm 2,62$ мм до $0,24 \pm 0,71$ мм ($p < 0,05$)
- увеличение подвижности верхнего века с $7,78 \pm 13,82$ мм до $20,13 \pm 9,55$ мм ($p < 0,05$)

Положение верхнего века после операции было на 1,6 мм ниже по сравнению с контралатеральной стороной.

Выводы.

1. Имплантация золотого грузика способствует эффективной коррекции лагофталма и улучшению биомеханики век.

«ILM-FAN FIDOYISI»

ILMIY-AMALIY KO`RIK TANLOVI

2. В представленном клиническом случае отмечено значительное снижение степени лагофталма и повышение подвижности верхнего века после хирургического вмешательства.