

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЛАГОФТАЛЬМОМ

*Лебедева П.А., Ситник Г.В.
БелМАПО, Минск*

Введение. Недостаточное смыкание век (*лагофтальм*) является тяжелым и опасным для глазного яблока патологическим состоянием, которое сопровождается ксерозом глазной поверхности, развитием хронических воспалительных и дистрофических процессов в роговице вплоть до её лизиса и перфорации, т.е. может привести не только к снижению зрения, но и к потере глазного яблока. Причинами развития лагофтальма могут быть различные травматические повреждения, парез и паралич лицевого нерва, врожденная недостаточность век, выворот век различной этиологии, резко выраженный экзофтальм, ретракция век и др. Традиционно выделяют три вида лагофтальма: паралитический, рубцовый и физиологический. Последний вид лагофтальма связан с особенностями строения глазной щели и не относится к патологическим состояниям.

В данной статье произведен анализ медикаментозной терапии и методов хирургической коррекции рубцового и паралитического лагофтальма.

Цель. Повысить эффективность лечения пациентов с различными видами лагофтальма.

Материалы и методы. За период 2017-2020 гг. под нашим наблюдением находились 63 пациента (63 глаза) с различными видами лагофтальма. Все пациенты были пролечены на базе отделений микрохирургии №1 и №2 УЗ «10-я ГКБ» г. Минска, являющейся базой кафедры офтальмологии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования». Из них – 34 (53,9%) мужчины и 29 (46,1%) женщин, средний возраст $49,3 \pm 7,3$ года. По этиологии лагофтальм был рубцовым (постожоговый, посттравматический) – в 26 (41,3%),

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

паралитическим в 37 (58,7%), случаях. Лагофтальм легкой степени был диагностирован у 9 (14,3%) пациентов, средней – у 31 (49,2%), тяжелой – у 21 (36,5%). Величина лагофтальма варьировала от 2 до 13 мм ($M \pm m$, мм: $5,8 \pm 0,47$). Сроки существования лагофтальма колебались от 1,5 месяцев до 11 лет. У 59 (93,7%) пациентов были выявлены осложнения со стороны роговицы (кератопатия – 8 (12,7%) случаев, кератоконъюнктивит – 9 (14,3%), кератит (экспозиционный и нейротрофический) – 23 (36,5%), язва роговицы – 17 (26,9%), из них – 7 (11,1%) язвы роговицы с перфорацией, помутнения роговицы – 6 (9,6%) случаев.

Результаты и обсуждение. Всем пациентам проводилось комплексное лечение: симптоматическая медикаментозная терапия и хирургическая коррекция лагофтальма.

При наличии тяжелых осложнений со стороны роговицы (рубцовый лагофтальм – 11 (42,3%), паралитический – 29 (78,4%) случаев) 1-м этапом выполнялись хирургические вмешательства на переднем отрезке глазного яблока: лечебная кератопластика с использованием амниотической мембраны (АМ) – 9 глаз, кератопластика аутоконъюнктивальным лоскутом на питающей «ножке», при необходимости в комбинации с АМ (АКЛ/АКЛ + АМ) – 23, пересадка роговицы (сквозная или послойная) – 8 глаз. В качестве завершающего этапа указанных операций выполнялась временная частичная некровавая блефарорафия.

Хирургическое устранение лагофтальма выполнено 57 пациентам: 40 пациентам – 2-м этапом после стабилизации состояния роговицы, в 17 случаях состояние роговицы было удовлетворительным и коррекция положения век производилась 1-м этапом.

Необходимо отметить, что в результате проведенного комплексного лечения состояние передней поверхности глазного яблока улучшилось во всех случаях. Однако, у пациентов с паралитическим лагофтальмом стойкой положительной динамики выявлено не было – в 18 из 29 (62,1%) случаев потребовались повторные тектонические хирургические вмешательства, в то время как у пациентов с рубцовым лагофтальмом состояние роговицы оставалось стабильным на протяжении всего периода наблюдения.

Выводы. При определении алгоритма лечения пациентов с различными видами лагофтальма, необходимо отдавать предпочтение комплексному и своевременному подходу, включающему оптимальное сочетание медикаментозной терапии и хирургической коррекции.

При наличии тяжелых осложнений со стороны роговицы (кератит, язва, перфорация) показано сочетать хирургические вмешательства на переднем отрезке глазного яблока и хирургическую коррекцию положения век, сроки которой определяются индивидуально в каждом конкретном случае.