

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОДНОМОМЕНТНОЙ ТАРЗОРАФИИ И ИМПЛАНТАЦИИ ЗОЛОТОЙ ПЛАСТИНЫ ПРИ ПАРАЛИТИЧЕСКОМ ЛАГОФТАЛЬМЕ

Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования врачей им. А.Алиева, г. Баку

Для изучения патологии лицевого нерва, прежде всего, необходимо знать его клиническую анатомию. Двигательное ядро лицевого нерва расположено в области ретикулярной формации моста, являющейся связующим звеном между корой полушарий головного мозга, мозжечком и спинным мозгом. На основании мозга нерв выходит между мостом головного мозга и оливой продолговатого мозга и через внутреннее слуховое отверстие проникает в височную кость. Далее лицевой нерв следует по внутреннему слуховому проходу, каналу лицевого нерва и выходит через шилососцевидное отверстие на наружную поверхность основания черепа. Пробождая толщу околоушной железы и распадаясь на конечные ветви, образует на лице большую гусиную лапку

Лицевой нерв управляется совокупностью различных друг от друга центральных ядер и имеет 4 главные функции:

1. Двигательное ядро: Иннервирует мимическую мускулатуру лица, в том числе круговую мышцу глаза.
2. Ядро слюноотделения: Контролирует слезную железу и слюнные железы посредством субмандибулярных ганглий и ганглий птеригопалатины
3. Вкусовое ядро: Контролирует вкусовую функцию 2/3 передней части языка.
4. Тригеминальное чувствительное ядро: контролирует незначительную часть наружного слухового прохода.

Лицевой нерв состоит из 58% двигательных окончаний, 24% слюнных и слезных, 18% вкусовых окончаний

Повреждение лицевого нерва может быть обусловлено различными причинами. Они могут быть общими, что наблюдается при первичном неврите лицевого нерва, когда причиной является первичная инфекция (например, вирусная, ревматическая) или простуда.

При общих токсико-аллергических заболеваниях и при местных процессах по ходу нерва развивается вторичный неврит, который присоединяется к остальным синдромам основного заболевания. Такими заболеваниями являются грипп, дифтерия, базальный туберкулезный менингит, сифилитические процессы основания мозга, отиты, паротиты, некоторые сосудистые и опухолевидные процессы. Также неврит лицевого нерва наблюдается при лепре, токсоплазмозе, увеопаротидной лихорадке Хеерфорда и пр.

Лицевой нерв может поражаться на различных уровнях, что связано и с причиной поражения [1]. Так например, часть нерва выходящая из костного канала, поражается при простуде, при инфекционных невритах (гриппозном, сифилитическом и др.), при herpes zoster ganglion geniculi (при так называемом синдроме Рамзеля Хунта с появлением герпетического высыпания на коже ушной раковины), при некоторых полиневритах, столбняке, при травме. Заболевания околоушной железы (воспаления, опухоли) также поражают внечерепную часть нерва. Часть нерва находящегося в самом костном канале, может быть поражена в случае случайных или оперативных травм, а также при отитах.

Кроме того, причиной паралича лицевого нерва может быть диабет, ботулизм, Вирус Эпштейна – Бара, назофарингиальная карцинома, инъекция противогриппозной вакцины, болезнь Люме. Болезнь Люме характеризуется повышением температуры, лихорадкой, усталостью, артралгией, миалгией, тошнотой, укусом клеща.

Кроме того, одной из частых причин может быть и идиопатическое поражение нерва, которое называют параличом Белла.

Правильной постановке топического диагноза способствует определение состояния секреции слезы. Когда поражение расположено ниже ganglion geniculi, выделение слезы не нарушено. Наоборот, отсутствие слезной секреции указывает, что поражение расположено выше этого ганглия и выше большого каменистого нерва [2].

В отношении поражений центральной нервной системы следует учитывать альтернирующие синдромы Вебенера и синдром Милларда – Гублера. При первом наступает паралич глазодвигательного нерва со стороны поражения в сочетании с параличом лицевого нерва и гемиплегией противоположной стороны. Он обусловлен поражением ножек головного мозга, которые расходятся от переднего края моста вперед и в стороны полушарий мозга и, ограничивают межножковую ямку. При втором синдроме на стороне поражения отмечают паралич лицевого нерва, а на противоположной стороне - гемиплегию. Эти синдромы развиваются при поражении вентральных отделов одной половины мозга.

Для выяснения причины паралича лицевого нерва необходимо полное неврологическое, отоларингологическое обследование, полное обследование крови; для определения локализации и этиологии неопластических образований КТ или МРТ. Если есть подозрение на саркоидоз необходимо провести рентгенографию легких, при подозрениях на ВИЧ инфекцию соответствующие анализы. При подозрении на коллагенозы кровь проверяется на ревматоидный фактор, антинуклеарный антикор. Если есть гемиплегия, необходима эхокардиограмма, каротидные инвазивные тесты; при подозрении на карциноматозный менингит показана пункция спинного мозга.

Главные симптомы паралича лицевого нерва:

1. Паралич одной половины лица
2. Несмыкание глазной щели
3. Нарушение речи.

Из офтальмологических симптомов птоз века, эктропион нижнего века, ретракция верхнего века, замедленное моргание, слезостояние, точечные эпителиальные эрозии, приводящие к серьезным язвенным кератитам.

Центральные параличи лицевого нерва не сопровождаются выраженным лагофталмом [3]. Вследствие этого, довольно часто их трудно обнаружить, они устанавливаются на невозможности пораженного глаза закрываться изолированно. Паралитический лагофталм вызван параличом лицевого нерва. При частичном параличе обычно наступает паралитический эктропион, а при полном параличе - выраженный лагофталм.

При наличии лагофталма, когда больного заставляют закрыть глаз, ему это не удается, но при попытке больного закрыть его, глазное яблоко отклоняется кверху (признак Белла) и отчасти к виску.

Выраженный лагофталм характерен для периферического поражения лицевого нерва и включается в так называемый синдром поражения ствола лицевого нерва. При центральном поражении нерва *m orbicularis oculi* обычно не поражается и лагофталм встречается исключительно редко.

Наличие лагофталма требует быстрых мер закрытия век либо прижимающей повязкой, либо блефарорафией и регулярным смазыванием глаза антисептическими мазями. В противном случае это может привести к тяжелым кератитам, которые могут закончиться слепотой.

Если медикаментозное лечение не помогает, то прибегают к оперативному вмешательству. Цель хирургии уменьшить размер глазной щели для достижения косметических и функциональных результатов [4, 5, 6]. Если одновременно с лагофталмом наблюдается выраженный паралич мимических мышц, то больному одновременно производится пластика угла рта посредством бедренной фасции, которая проходит через туннельный разрез в щеке, соединяя скуловую дугу и угол рта.

Выбор хирургической тактики в зависимости от состояния глаза приведен в таб.1.

Таблица 1.

Выбор хирургической тактики в зависимости от состояния глаза

Кератит вследствие высыхания роговицы	Тарзорафия хрящом века
Открыта медиальная часть роговицы	Внутренняя тарзорафия
Эктропион нижнего века	Латеральная кантопластика, сокращение длины хряща нижнего века с подшиванием к периосту орбиты
Ретракция нижнего века	Натяжение нижнего века при помощи бедренной фасции
Ретракция верхнего века	Рецессия леватора и мышцы Мюллера
Птоз брови	Пластика брови, исправление птоза
Лагофталм	Имплантиция золотой пластины

Целью исследования явилась оценка эффективности сочетания латеральной тарзорафии с имплантацией золотой пластины в верхнее веко у пациентов с паралитическим лагофталмом

Материал и методы исследования. В данное исследование было включено 13 пациентов (13 глаз), среди которых 5 женщин и 7 мужчин с параличом лицевого нерва, осложненным лагофталмом и ретракцией нижнего века. У исследованных больных определяли остроту зрения и рефракцию, исследовались передний отрезок глаза, глазное дно, тонометрия и периметрия. Все больные проходили неврологическое обследование и получали соответствующее лечение.

Всем больным проверяли чувствительность роговицы при помощи ватного жгутика. Для исследования слезопродукции проводили тест Ширмера. Проверяли смыкание глазной щели в состоянии покоя. При биомикроскопии определяли наличие ретракции, отмечали положение слезной точки. Роговица окрашивалась

флюоресцеином на наличие эпителиальных эрозий вследствие высыхания роговицы. Для более тщательного исследования проводился тест с Rose Bengal. Если флюоресцеин окрашивает разрушенный эпителий, то Rose Bengal тест окрашивает мертвые клетки конъюнктивы и роговицы. У всех больных проверялся феномен Белла.

Техника операции. После проведения местной инфильтрационной анестезии, скальпелем проводился разрез по складке верхнего века, включая кожу и пальпебральную часть круговой мышцы глаза. Круговая мышца полностью отсепаровывалась с поверхности хряща на 2 мм, отступая от ресничного края верхнего века. Золотая пластина весом от 0,8 до 1.4 грамм (проба 999,9 – чистое золото 24К; Med. Dev. Corp., Calif.) посредством двух отверстий проленовой нитью подшивалась к хрящу. В конце операции мышца и кожа века натягиваясь над пластиной, сшивались краями. Далее выполнялась наружная тарзорафия следующим образом: верхнее и нижнее веко в проекции интермаргинального пространства разделялось на 2 слоя: переднее и заднее ребро. Таким образом, верхнее и нижнее веко в области интермаргинального пространства сшивалось между собой примерно на 4.0-5.0 мм.



Результаты и их обсуждения. Паралитический лагофтальм в сочетании с ретракцией нижнего века является причиной выраженного дискомфорта больного. В частности, постоянный контакт конъюнктивы с внешней средой приводит к воспалению и гипертрофии конъюнктивы. При синдроме сухого глаза усиливается выделение муциновой секреции, что приводит к присоединению инфекции. При несмыкании глазной щели возникают точечные эпителиальные эрозии, которые могут быть причиной язвенного кератита.

Причинами слезостояния могут быть: синдром сухого глаза, приводящий к рефлекторному слезотечению, эктропион нижнего века с обнажением конъюнктивы, выворот слезной точки, препятствующий прохождению слезы в слезные пути, потеря круговой мышцей функции помпы и вследствие этого застой слезы в слезном озере.

Данная операция производится при длительно существующем лагофтальме, когда медикаментозная терапия и тарзорафия не являются эффективными. Кроме того, за счет определенной тяжести, оказываемой пластиной на опущение нижнего века, у всех пациентов был получен косметический эффект. Если латеральная тарзорафия не приводит к полному смыканию глазной щели, комбинированная операция позволяет получить как косметический, так и функциональный эффект.

Заключение. Таким образом, полученные оптимальные результаты, отсутствие осложнений, ранняя реабилитация, высокий косметический и функциональный эффект свидетельствуют о целесообразности лечения паралитического лагофтальма одномоментной тарзорафией и имплантацией золотой пластины в толщу верхнего века.

ЛИТЕРАТУРА

1. Okuloplasti Türk Oftalmoloji Dernegi eğitim yayinlari, №1.2003.
2. Baker DC- Facial paralysis in SmithS Ophthalmic plastic and reconstructive surgery // Edi Nesi FA, Lisman RD, Levine M.R. Brazzo BG, Mosby comp. 1998, p.308-317.
3. Dresner S.- Facial nerve paralysis in oculoplastic surgery // The essentials (edi Chen WP) Thime, 2001, p.103-111.
4. Hart WM-Reflex Blinking in Adler's Physiology of the eye (edi Hart WM) Mosby Year Book, 9, eds, 1992, p.9.
5. Murhy ML, Nerad JA- Paralytic or atonic ectropion, ectropion in Ophathmic surgery principles and techniques (edi Albert DM, Robinson NL) Blackwell Sciens1999, vol. two, p.1182-1184.
6. Savino PJ, Sergott RC (consultants) - Isolated seventh- nerve palsy in the wills eye manuel 3 edition (edi Rhee DJPyfer MF) Lippincott Williams & wilkins, 1999, p.290-294

Əsədova Ş. Ə.

PARALİTİK LAQOFTALMDA TARZOROFİYANIN VƏ QIZIL PLASTİNİN
İMLANTASIYASININ KOMBİNƏ CƏRRAHİYYƏ MÜALİCƏSİNİN EFFEKTİVLİYİ

Ə. Əliyev ad. Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Göz Xəstəlikləri kafedrası, Bakı şəh.

XÜLASƏ

Tədqiqat işi 7-ci sinir iflic keçirdən 13 xəstədə aparılmışdır. Bütün xəstələrdə laqoftalm və alt qapaq retraksiyası müşahidə olunurdu. Xəstələrdə eyni zamanda aparılan lateral tarzorafiya və üst qapağa yerləşdirilən qızıl plastinin yerləşdirilməsi ilə yüksək kosmetik və funksional nəticələr əldə edilmişdir.

Asadova Sh.A.

EFFICACY OF COMBINED TARSORRHAPHY AND IMPLANTATION OF GOLD SHEET IN THE TREATMENT OF PARALITIC LAGOPHTHALMOS

The department of ophthalmology ASAID named after A. Aliyev, Baku.

SUMMARY

13 patients with facial nerve palsy had lagophthalmos and lower lid retraction. These operations show that the patients have underbgone the combined surgery which includes lateral tarsorrhaphy and implantation of gold sheet. There have been received considerable cosmetic and functional results.

Enat 400

Təbii E vitamini 400 BV



Yeganə lipofil antioksidant kimi görmə zülalı rodopsinin sintezi üçün vacib olan A vitamininin oksidləşməsinin qarşısını alır və biotransformasiyasını artırır



Sarı ləkənin degenerasiyasını ləngidir, gözdə kataraktanın inkişafının qarşısını alır



Torlu qişanın involyusiyasını dayandırır, damar keçiriciliyini normallaşdırır


EUROPHARMA

Azərbaycanda rəsmi distribütor
"Paşa-K" əczaçılıq şirkəti.
Ünvan: Bakı ş., F.Xoyski 138.
Tel: (012) 571 00 00.