

## СЛУЧАЙ НЕХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЭКСПОЗИЦИОННОЙ ЯЗВЫ РОГОВИЦЫ И ЛАГОФТАЛЬМА ПРИ ОСТРОМ ПАРАЛИЧЕ ЛИЦЕВОГО НЕРВА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

**Коррекция паралитического лагофталма с помощью инъекции геля гиалуроновой кислоты в верхнее веко является современной и малоизвестной методикой. В данной статье авторы описывают возможность моделирования эффекта продолжительностью более 18 месяцев у пациента с острым параличом *p. facialis* с экспозиционной язвой роговицы.**

**Ключевые слова:** Паралитический лагофталм, гель гиалуроновой кислоты, экспозиционная кератопатия, язва роговицы, ультразвуковая биомикроскопия.

### Актуальность

Паралитический лагофталм является распространенной проблемой в пластической и реконструктивной хирургии век и орбиты. Нарушение иннервации круговой мышцы глаза приводит к несмыканию глазной щели и как следствие к развитию экспозиционной кератопатии, язвы роговицы и перфорации с развитием эндофтальмита в тяжелых случаях. Несмотря на активное применение увлажняющих препаратов, введение ботулотоксина типа А, необходимость хирургической коррекции (некровавая блефарорафия, тарзорафия, постановка утяжеляющих имплантатов, проведение круговой нити) остается золотым стандартом в лечении данной патологии. Однако соматический статус пациента или отказ от операции, наряду с возможным неудовлетворительным косметическим результатом часто требуют необходимости применения неинвазивной или малоинвазивной методики коррекции. Так, техника инъекции ботулотоксина типа А часто ограничена короткой продолжительностью и непредсказуемостью эффекта, в связи с чем актуальность поиска нового способа коррекции лагофталма не вызывает сомнений.

В последнее время в мировой литературе появились первые упоминания использования филлеров на основе геля гиалуроновой кислоты (ГГК) у пациентов с такими патологическими состояниями, как лагофталм, ретракция нижнего века и аномалии расположения век, энофтальм [1]–[6]. Данные препараты длительное время активно применяются в косметологии для восполнения утраченного объема тканей и обладают доказанной эффективнос-

тью и безопасностью. Нами впервые описано успешное применение ГГК в коррекции лагофталма при эндокринной офтальмопатии и при паралитическом лагофталме [7].

Средняя продолжительность биодеградации препарата по данным производителя и литературным источникам составляет в среднем 6 месяцев. Однако в литературе встречаются единичные случаи более длительного сохранения эффекта инъекции [8]–[10]. В данной статье мы представляем клинический случай коррекции лагофталма при остром параличе лицевого нерва через 2 года после введения геля гиалуроновой кислоты.

### Клинический случай

Пациент Е., 62 лет обратился в НИИ глазных болезней РАМН с жалобами на дискомфорт, ощущение инородного тела, боли в области левого глаза. Из анамнеза известно, что в ноябре 2011 года пациент перенес острый неврит *p. facialis*. Проводилось лечение в условиях неврологического стационара с положительной динамикой. В связи с возникновением паралитического лагофталма и эрозии роговицы, по месту жительства была выполнена блефарорафия (викрил 7/0) в области медиального и латерального угла глазной щели. Несмотря на это, эрозия сохранялась, в связи с чем, в декабре 2011 года больной был направлен на консультацию в НИИ глазных болезней РАМН.

Пациенту было выполнено стандартное офтальмологическое обследование. При осмотре: VisusOS = 0,6 н/к, ВГД в пределах нормальных значений. Лагофталм 4 мм, края век в медиальной и латеральной части глазной щели

сведены апроксимирующими швами, симптом Белла положительный, в 2 мм от лимба в парацентральной зоне роговицы – эрозивный дефект округлой формы, размером 3x3 мм. ОД – здоров. Пациент отказался от проведения кровавой тарзорафии и был направлен на амбулаторное лечение с увеличением кратности закапывания увлажняющих препаратов.

Через 2 недели пациент вновь обратился в связи с ухудшением состояния, сохранением перечисленных выше жалоб. При осмотре: VisusOS = 0,09 н/к, ВГД в пределах нормальных значений. Лагофтальм 7 мм, несостоятельность швов, смешанная инъекция конъюнктивы. При окраске флуоресцеином в 2 мм от лимба в парацентральной зоне выявлены язвенный дефект, выраженный отек стромы и эпителия в прилегающей области, складки десцеметовой оболочки, 2 буллы в 1,5 мм от латерального края язвы, на периферии роговицы васкуляризация по лимбу. ОД – здоров (рис. 1, цветная вкладка).

Учитывая отказ от операции и возможность восстановления функции лицевого нерва, нами было принято решение о введении геля гиалуроновой кислоты (Restylane, Q-Med, Sweden) по описанной ранее методике [7].

Препарат Restylane является стабилизированной гиалуроновой кислотой неживотного происхождения (NASHA) и представляет собой 2% вязкоэластический, прозрачный, нерастворимый в воде гель, с концентрацией гиалуроновой кислоты 20 мг/мл. Размер частиц геля в 1 мл препарата составляет 400µm, что делает данный препарат предпочтительным в сравнении с гелями на основе гиалуроновой кислоты животного происхождения [7].

После поверхностной анестезии кожи века с помощью крема ЭМЛА препарат вводили с помощью линейной техники претарзально и подкожно, с постепенным достижением необходимого эффекта.

После введения 0,35 мл препарата лагофтальм уменьшился до 4 мм. Дополнительно было введено 0,2 мл препарата с последующим уменьшением лагофтальма до 1 мм. Поставлена мягкая контактная линза, назначены капли из группы антибиотиков широкого спектра и заменителей слезы 4 раза в день. В течение последующей недели отмечалась положительная динамика со стороны поверхности глазного яблока OS, с по-

вышением остроты зрения до 0,9. Величина лагофтальма оставалась стабильной. При осмотре отмечены неравномерная «бугристость» контура верхнего века, гиперемия, незначительный птоз (MRD1 = 2 мм). Нижнее веко атонично, положение правильное. Конъюнктивит глазного яблока слегка раздражена, выраженность перикорнеальной инъекции уменьшилась, язвенный дефект эпителизировался с формированием легкого стромального помутнения, незначительный отек стромы, а также запустевание сосудов, врастающих на периферии. В глубже лежащих структурах глазного яблока отрицательная динамика не наблюдалась (рис. 2, цветная вкладка). Пациент был выписан с рекомендациями продолжать капельный режим.

Пациент был осмотрен через 3, 6, 12, 18 месяцев после введения препарата. На протяжении всего периода отдаленного наблюдения больной жалоб не предъявлял. При осмотре отмечался птоз верхнего века 1,5 мм и уплотнение тканей в области введенного препарата, лагофтальм отсутствовал. Пациент продолжал закапывать увлажняющие препараты 4 раза в день. Через 12 месяцев после введения препарата контурирование века сохранялось, в связи с чем, было выполнено ультразвуковое биомикроскопическое исследование (УБМ).

УБМ проводили с помощью ультразвукового биомикроскопа ОТИ PA 35-50 UltrasoundSystem (УБМ) – ОТИ (Канада). На кожу сомкнутых век помещали воронкообразный силиконовый векорасширитель, который заполняли иммерсионной средой, в качестве последней применяли офтагель или корнерегель. Погружая ультразвуковой датчик в раствор для иммерсии, сканировали подлежащие ткани в заданной плоскости.

По данным УБМ в центральной области верхнего века в 6 мм от края визуализировался введенный препарат в виде гипэхогенного образования неправильной формы, размерами 7,4 x 2,5 мм, вокруг и внутри которого, выявлялись гиперэхогенные участки, образующие ячеистую структуру в толще века.

Через 18 месяцев после введения контурирование века практически не наблюдалось, однако по данным УБМ визуализировано депо введенного препарата, представленное гипэхогенной структурой с гиперэхогенными участками, меньшей плотности, размерами 4,6 x 1,7 мм (рис. 3, цветная вкладка).

По данным УБМ биодеградация препарата завершилась полностью через 24 месяца после введения.

### Заключение

Введение ГГК в верхнее веко пациенту с острым параличом n.facialis, экспозиционной кератопатией и язвой роговицы позволило добиться нормализации состояния роговицы. ГГК визуализировался в верхнем веке даже через 18 месяцев после инъекции, что впервые подтверждено

данными ультразвуковой биомикроскопии. Столь длительный эффект инъекции создавал «запас прочности» на протяжении всего периода отдаленного наблюдения и может быть связан с техникой введения 2 последовательными слоями. Таким образом, этот метод может быть альтернативой кровавой тарзорафии при остром паралитическом лагофтальме, однако для оценки его эффективности и безопасности необходимы дополнительные проспективные исследования с большим количеством пациентов.

3.10.2014

### Список литературы:

1. Treatment of lower eyelid retraction by expansion of the lower eyelid with hyaluronic acid gel / R.A. Goldberg // Ophthal Plast Reconstr Surg. 2007. 23:343–348.
2. Nonsurgical management of congenital eyelid malpositions using hyaluronic Acid gel / M. Taban [et al] // Ophthal Plast Reconstr Surg. 2009. Jul-Aug; 25(4):259-63.
3. Use of hyaluronic acid gel in the management of paralytic lagophthalmos: the hyaluronic acid gel «gold weight» / R. Mancici [et al.] // Ophthal Plast Reconstr Surg. 2009. 25:23–26.
4. Tay, E. Intraorbital hyaluronic acid for enophthalmos / E. Tay, J. Olver // Ophthalmology. 2008. 115:1101.e2.
5. Goldberg, R.A. Filling the orbital hollows with hyaluronic acid gel: initial experience with 244 injections / R.A. Goldberg, D. Fiashetti // Ophthal Plast Reconstr Surg. 2006. 22:335–341.
6. Катаев, М.Г. Применение имплантов внутридермальных Реплери на основе гиалуроновой кислоты для заполнения объема и коррекции дефектов мягких тканей орбитальной и периорбитальной области при анофтальме и наличии глаза / М.Г. Катаев // Практическая медицина, Том 2. – 2012. – С. 194–198.
7. Первый опыт применения препарата стабилизированной гиалуроновой кислоты для коррекции лагофтальма / Я.О. Груша [и др.] // Вестник офтальмологии. – 2010. – № 1. – С. 39–42.
8. Dayan S.H. Restylane persisting in lower eyelids for 5 years / S.H. Dayan, J.P. Arkins, M. Somenek // J Cosmet Dermatol. 2012 Sep; 11(3):237-8.
9. Liew, S Nonsurgical volumetric upper periorbital rejuvenation: a plastic surgeon's perspective / S. Liew, D.Q. Nguyen // Aesthetic Plast Surg. 2011 Jun;35(3):319-25.
10. Modifying the upper eyelid crease in Asian patients with hyaluronic acid fillers / H.S. Choi [et al.] // Plast Reconstr Surg. 2011 Feb;127(2):844-9.

Сведения об авторах:

**Груша Ярослав Олегович**, профессор кафедры глазных болезней

Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, заведующий отделением пластической и реконструктивной хирургии век и орбиты НИИ Научно-исследовательского института Глазных болезней РАМН, доктор медицинских наук

**Амбарцумян Асмик Робертовна**, старший научный сотрудник отделения факохирургии и интраокулярной коррекции Научно-исследовательского института Глазных болезней РАМН, доктор медицинских наук

**Фетцер Елена Игоревна**, врач консультативно-поликлинического отделения Научно-исследовательского института Глазных болезней РАМН, кандидат медицинских наук

**Шептулин Владимир Аркадьевич**, аспирант отделения пластической и реконструктивной хирургии век и орбиты Научно-исследовательского института глазных болезней РАМН,

119435, г. Москва, ул. Россолимо, 11, e-mail: vsheptulin@gmail.com