

1. На першому етапі лікування необхідно виконати рефрактуру, репонувати кістки верхньої щелепи і очниці в правильне положення і зафіксувати за допомогою метало остеосинтезу.

2. Параорбітальна клітковина має бути переміщена в порожнину очниці через гайморову пазуху щоб ізолювати титанову пластину від органу зору.

3. Представлений алгоритм лікування пацієнтів з посттравматичними деформаціями верхньої щелепи та кісток очниці може бути методом вибору в практичній діяльності клінік і відділень хірургічної стоматології.

ОРБІТАЛЬНА КІСТКОВА ДЕКОМПРЕСІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЕНДОКРИННОЇ ОРБІТОПАТІЇ

РОМАНОВА А.Ю.¹, ЧЕРЕНЬКО М.С.², ЧЕПУРНИЙ Ю.В.³, ПЕТРЕНКО О.В.⁴,
БУЛАВІНЦЕВА Л.О.⁵, КОПЧАК А.В.⁶

¹ *Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

² *Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів та тканин*

³ *Інститут післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця*

⁴ *Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика*

⁵ *Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів та тканин*

⁶ *Інститут післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна*

Хвороба Грейвса (ХГ) - це аутоімунне захворювання щитовидної залози, яке було вперше описано Грейвсом у 1835 році. ХГ має високу поширеність (0,5-2%), при цьому переважно хворіють жінки (2:1). ХГ може проявлятися в будь-якому віці, але частіше спостерігається у осіб віком від 30 до 60 років [1]. Орбітопатія Грейвса (ОГ) є важливим та найбільш поширеним екстра тироїдальним симптомом ГД, що призводить до запалення периорбітальних тканин, набряку жирової тканини і м'язів, та збільшення інтраорбітального об'єму. В результаті чого у пацієнтів розвивається екзофтальм і дислокація повік. У довгостроковій перспективі це призводить до міопатії через збільшення м'язів та фіброз, з постійною диплопією [2].

З того часу як Доллінджер в 1911 році вперше описав методику хірургічної декомпресії орбіти у пацієнтів з ОГ, було розроблено багато нових методів. Одно-, дво- та трьохстілкові декомпресії широко застосовуються сьогодні, з або без видалення орбітального жиру відповідно до індивідуальних проявів захворювання у пацієнта [3]. Хірургічна декомпресія орбіт на стабільній фазі ОГ також рекомендується з морфоестетичних та функціональних причин для поліпшення якості життя хворих.

Метою роботи було оцінити можливості кісткової декомпресії орбіт із використанням CAD/CAM технології в комплексному лікуванні пацієнтів з ендокринною орбітопатією.

Матеріали та методи. На основі отриманих даних комп'ютерних томографій 30 пацієнтів було проведено визначення зон безпеки для остеотомії нижньої, медіальної та латеральної стінок орбіт. Десяти пацієнтам з ендокринною орбітопатією на основі отриманих даних проводили віртуальну симуляцію операції декомпресії орбіт, створювали навігаційні

хірургічні шаблони. Всі пацієнти спостерігалися у ендокринолога, офтальмолога та щелепно-лицевого хірурга в доопераційному та післяопераційному періоді. Результати операцій оцінювали в найближчому та віддаленому післяопераційному періоді на основі об'єктивних клінічних та функціональних параметрів і даних контрольної КТ.

Результати. 9 пацієнтам (90%) було проведено двосторонню декомпресію орбіт, з них в 8 випадках була проведена дво- або тристінкова декомпресія орбіт (латеральної, нижньої та/або медіальної стінок), в одному випадку лише нижніх стінок орбіт з видаленням параорбітального жиру не більше 3,5-4 мл. Одному пацієнту була проведена одностороння двостінкова декомпресія орбіти. В ряді випадків підхід до декомпресії правої та лівої орбіти був різним. У всіх випадках був використаний субциліарний доступ з використанням індивідуальних навігаційних шаблонів для меж остеотомії в межах зони безпеки. Пацієнти в передопераційному періоді пройшли медикаментозну терапію СПЗП. Лише в одному випадку двостороння двостінкова декомпресія орбіт була проведена в активній фазі основного захворювання, в зв'язку з значним підвищенням внутрішньоочного тиску та загрозою втрати зору. Під час операцій для попередження механічного ушкодження рогівки очей застосовувалися одноразові лінзи.

Ускладнення пов'язані з остеотомією в післяопераційному періоді: оніміння, кровотеча, диплопія або гіпофтальм, спостерігалися в одиничних випадках (2 пацієнти) та не мали негативних наслідків у віддаленому післяопераційному періоді.

У віддалені строки після операції у всіх пацієнтів було відмічено зниження внутрішньоочного тиску, значне зменшення проптозу, та покращення зовнішнього вигляду. В одного пацієнта після трьох місяців від операції виник односторонній проптоз, який потребував хірургічної корекції.

Висновки. Таким чином, мультидисциплінарний підхід в лікуванні пацієнтів з ендокринними орбітопатіями дозволяє забезпечити комплексне лікування та їх реабілітацію, а декомпресія стінок орбіти використовуючи направляючі хірургічні шаблони створює умови для видалення необхідного об'єму кісткової тканини не виходячи за межі зон безпеки, що дозволяє уникнути інтра- та післяопераційних ускладнень.

Список використаних джерел

1. Nicholas Mahoney, Michael P. Grant, Srinivas Murthy Susarla, Shannath Merbs. Computer-Assisted Three-Dimensional Planning for Orbital Decompression. *Craniofacial Trauma Reconstr.* 2015 September 03; 8(4): 375
2. Milind Neilkant Naik, Akshay Gopinathan Nair, Adit Gupta, Saurabh Kamal. Minimally invasive surgery for thyroid eye disease. *Indian J Ophthalmol.* 2015 Nov; 63(11): 847–853
3. Tara L. Braun, Mohin A. Bhadkamkar, Kevin T. Jubbal, Adam C. Weber, Douglas P. Marx, Orbital Decompression for Thyroid Eye Disease. *Semin Plast Surg.* 2017 Feb;31(1):40-45