

Глазодвигательные нарушения у нейрохирургических больных

Онопко О.Б.

к. м. н., доцент, доцент кафедры офтальмологии
ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский
университет им. М. Горького»

Актуальность

Правильная клиническая оценка глазодвигательных расстройств крайне важна в практике нейрохирургов и нейроофтальмологов. Хорошее знание анатомо-физиологических закономерностей, характеризующих окуломоторную функцию, позволяет поставить точный топический диагноз.

Часто глазодвигательные нарушения наблюдаются у больных с нейрохирургической патологией. Они заставляют пациентов обращаться за медицинской помощью вначале к врачу-офтальмологу, поэтому необходима настороженность по поводу объёмных сосудистых образований головного мозга, уточнение этиологии процесса.

Степень научной разработанности темы

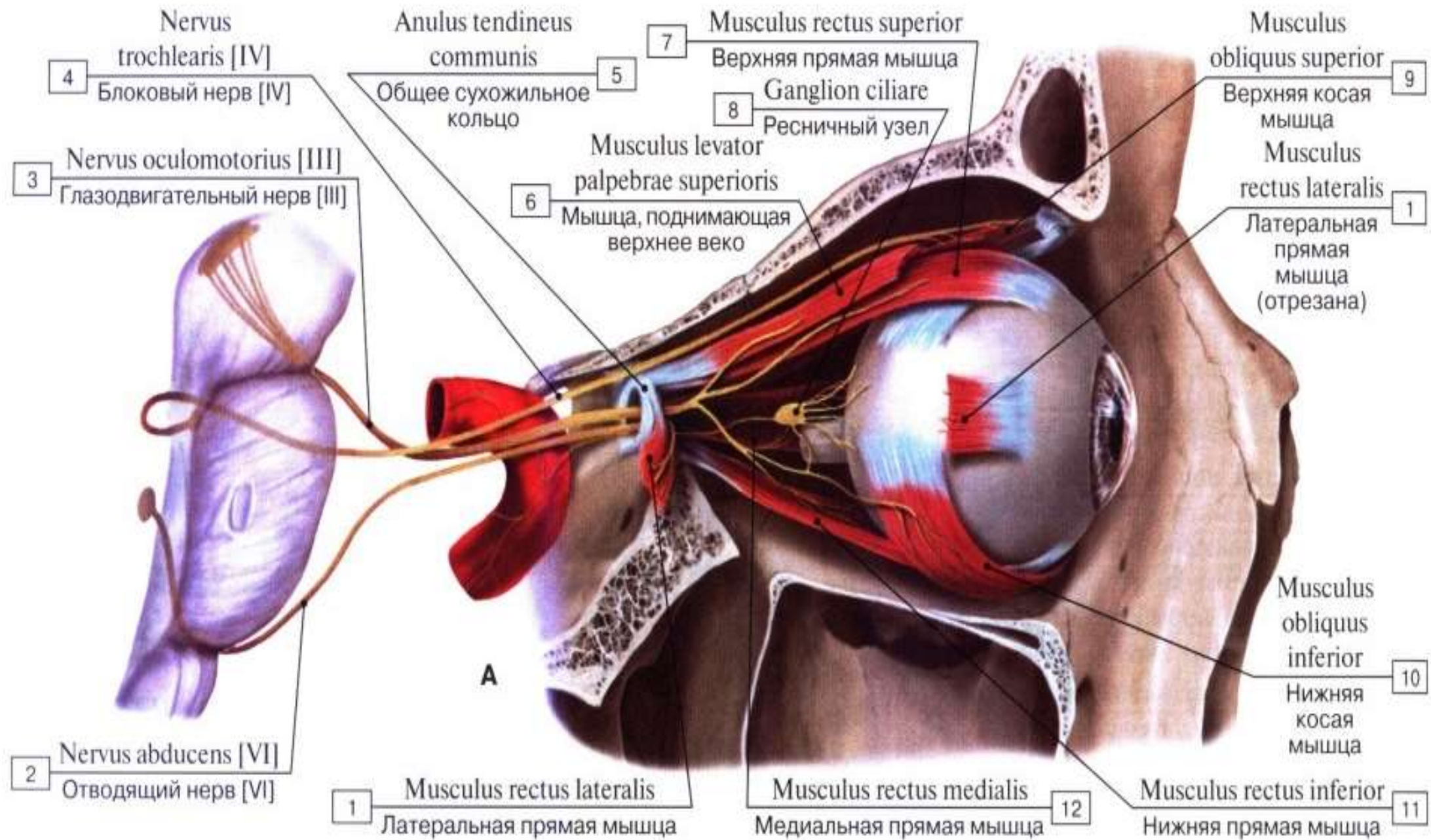
Глазодвигательные нарушения - одна из наиболее изученных тем в офтальмологии.

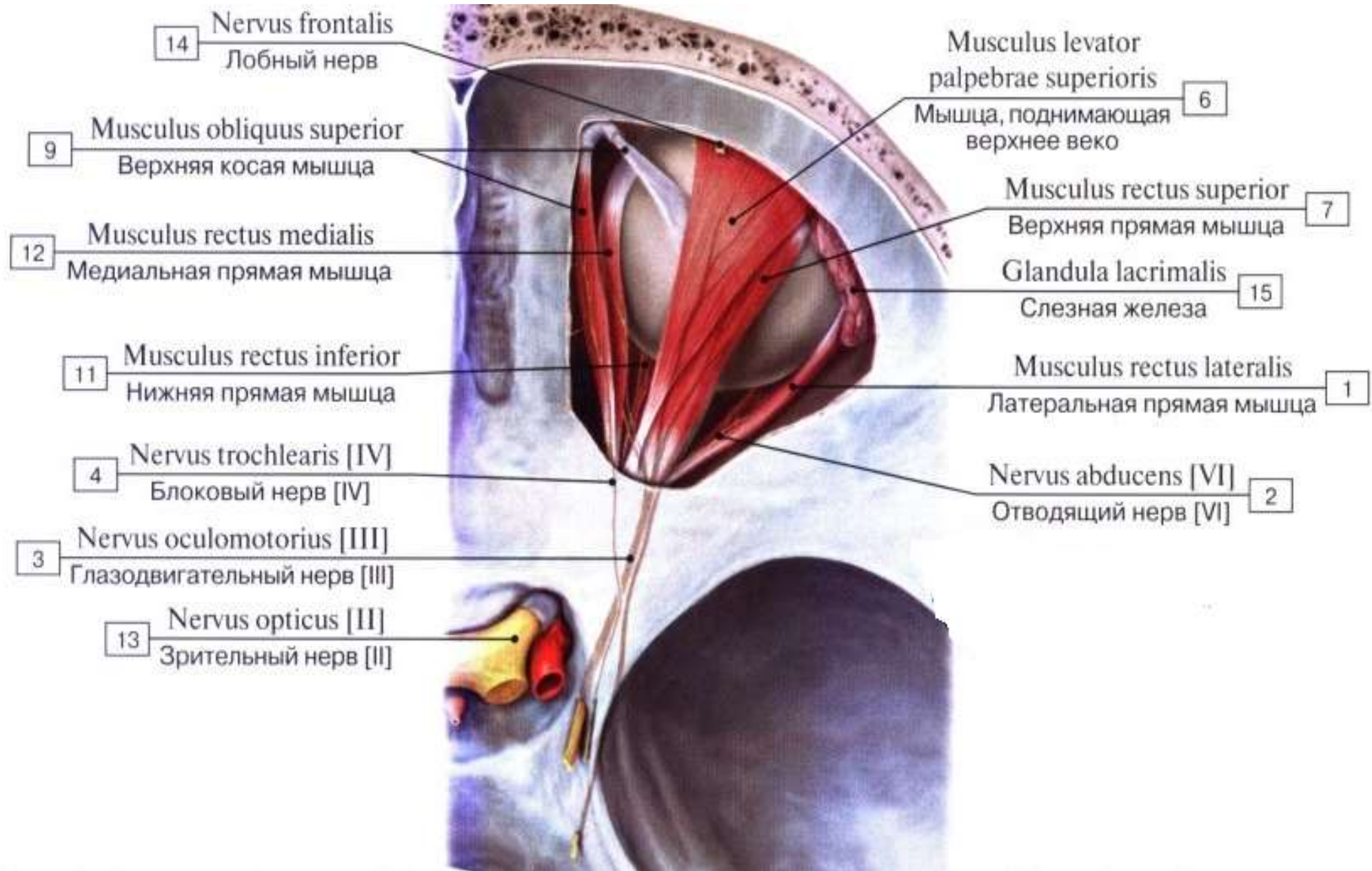
Основные исследования в этой сфере имеют междисциплинарный характер и выполнены на стыке с эндокринологией, неврологией, нейрохирургией, неонатологией, педиатрией, психиатрией и другими отраслями медицинской науки.

Вместе с тем глазодвигательные нарушения у нейрохирургических больных являются предметом изучения лишь небольшого ряда отечественных и зарубежных научных работ. К ним относятся исследования, проведённые такими учёными как Базиян Б.Х., Дамянович Е.В., Жданова В.Н., Задоянный Л.В., Листратенко А.И., Кардаш А.М., Смирнова А.Ф., Цымбалюк В.И. и др.

Цель

Обобщить и систематизировать основные теоретико-методологические наработки современных исследований в сфере выявления этиологии глагодвигательных нарушений у нейрохирургических больных.





6 Musculus levator palpebrae superioris
Мышца, поднимающая верхнее веко

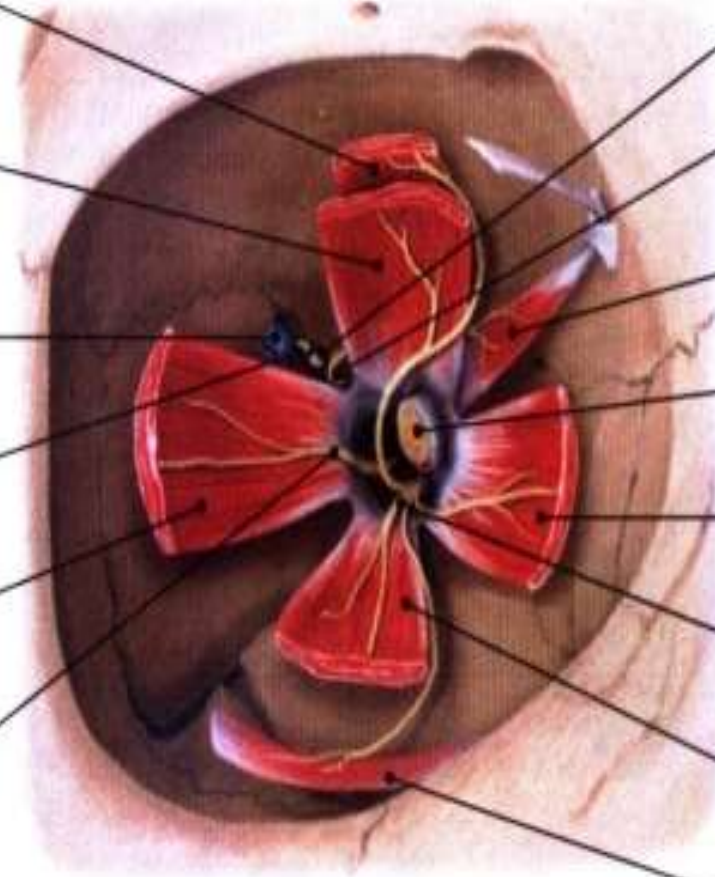
7 Musculus rectus superior
Верхняя прямая мышца

17 Vena ophthalmica superior
Верхняя глазная вена

16 Nervus lacrimalis
Слезный нерв

1 Musculus rectus lateralis
Латеральная прямая мышца

2 Nervus abducens [VI]
Отводящий нерв [VI]



Nervus frontalis 14
Лобный нерв

Nervus trochlearis [IV] 4
Блоковый нерв [IV]

Musculus obliquus superior 9
Верхняя косая мышца

Nervus opticus [II] 13
Зрительный нерв [II]


Musculus rectus medialis 12
Медиальная прямая мышца

Nervus oculomotorius [III] 3
Глазодвигательный нерв [III]

Musculus rectus inferior 11
Нижняя прямая мышца

Musculus obliquus inferior 10
Нижняя косая мышца

Причины глазодвигательных нарушений у нейрохирургических больных

- опухоли головного мозга;
 - сосудистые заболевания в черепной полости;
 - различные травмы черепа.
- 

Опухоли

Наиболее частой локализацией опухолей, приводящих к появлению симптомов со стороны глазодвигательных мышц, является задняя черепная ямка и основание черепа.

В большинстве случаев поражается п. abducens. Обычно его поражение обусловливается повышением внутричерепного давления. Таким же образом поражается п. oculomotorius и п. trochlearis. Двигательные глазные нервы могут быть поражены также и в результате непосредственного сдавления опухолью и распространением опухолевого процесса на них.



Поражение правого глазодвигательного нерва.



Расходящееся косоглазие при неполном поражении левого глазодвигательного нерва (больной отводит глаза вправо).

N. abducens поражается чаще всего. Это наблюдается при глиомах в бульбарно-протуберанциальной области, при опухолях мозжечка, слухового нерва, в области основания черепа, при мозговых абсцессах и пр.

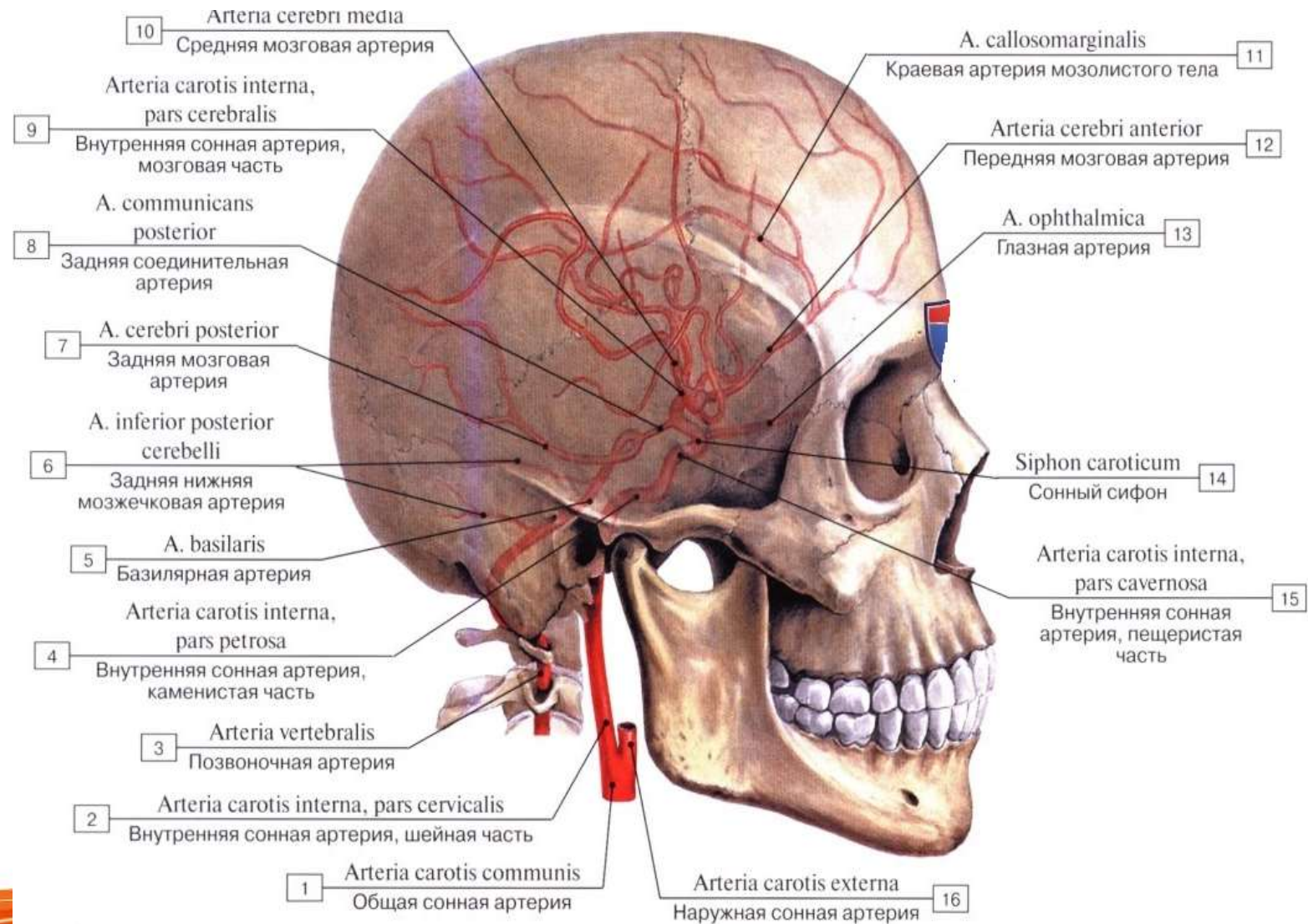
N. oculomotorius реже поражается при опухолях мозга. Поражается при повышенном внутричерепном давлении, непосредственном поражении ядер нерва, надавливании на его инфрануклеарные части. Опухоли, охватывающие верхнюю сфеноидальную щель и кавернозный синус, могут вызывать соответствующие синдромы. Опухоли, в частности, менингиомы малого крыла сфеноидальной кости, вызывают поражения данного нерва с той стороны, где локализована опухоль.

N. trochlearis поражается при опухолях corpora quadrigemina, пинеальной области, при опухолях в височной области мозга и его основания.

Заболевания сосудов в черепной полости

При недостаточности внутренней сонной артерии, при аневризмах и в особенности при недостаточности а. vertebralis, наблюдается поражение всех трёх глазодвигательных нервов, но наиболее часто п. oculomotorius и п. abducens.

При наличии аневризмы в позвоночной артерии в результате нарушения кровоснабжения мозгового ствола также может наступить поражение глазодвигательных нервов.



При кровоизлиянии в мозжечок наступают непрерывные, волнообразные или «плавающие» движения глазных яблок, расходящееся косоглазие, миоз.

Субарахноидальное кровоизлияние в области основания мозга проявляется птозом, косоглазием, диплопией.

Субдуральным кровоизлиянием сопутствует птоз, парез взора кверху, расходящееся косоглазие.

Кровоизлияние в желудочке мозга характеризуется маятникообразными движениями глаз, расходящимся косоглазием, миозом, судорожными сведениями глазных яблок и головы в сторону очага.



Субарахноидальное
кровоизлияние

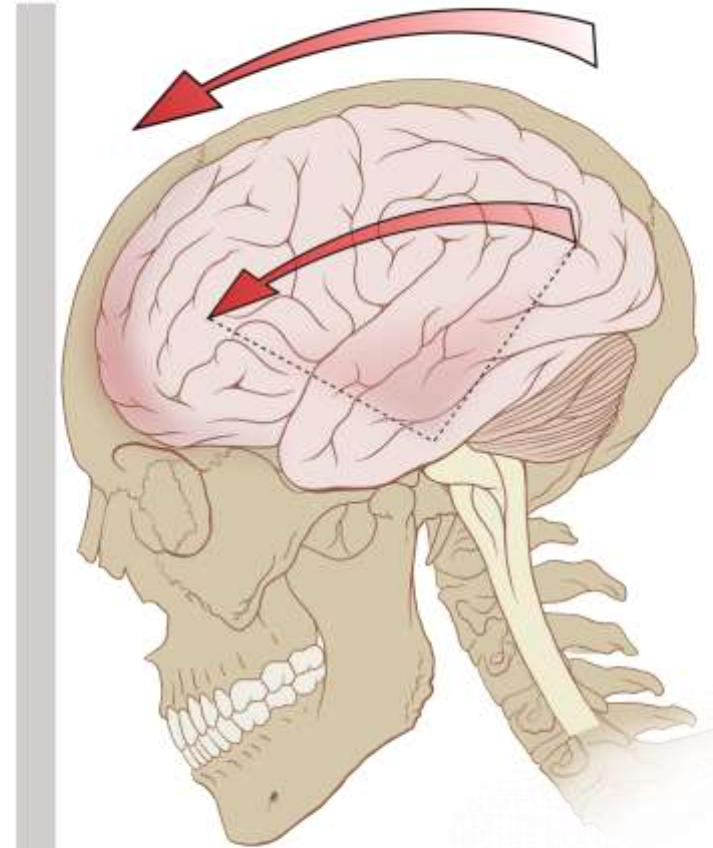


Артерио-венозная аневризма кавернозного синуса характеризуется пульсирующим экзофтальмом, возникающим вследствие травматического, реже спонтанного разрыва внутренней сонной артерии в кавернозном синусе.

Синдром наружной стенки кавернозного синуса (Де-Фуа) характеризуется полной офтальмоплегией вследствие паралича отводящего, глазодвигательного и блокового нервов. Отмечается отёк век и половины лица.

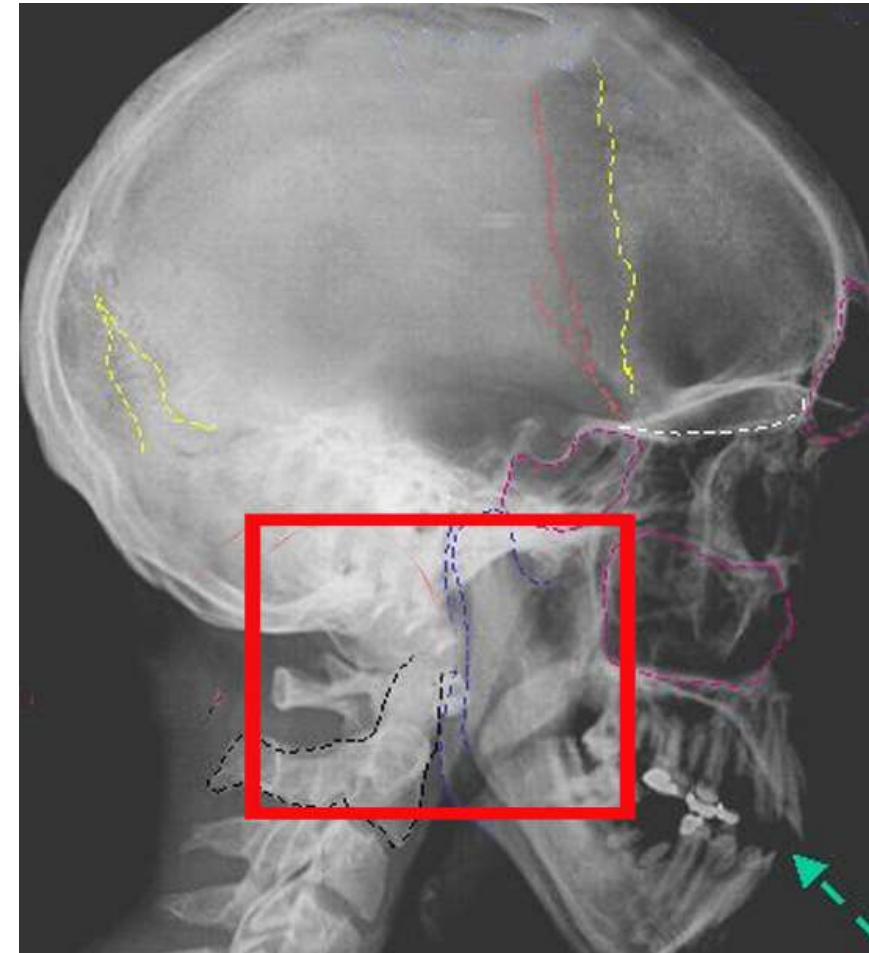
Травмы черепа

Сотрясения мозга. Глазодвигательные нарушения проявляются временным парезом взора кверху. «Плавающие» движения глазных яблок обычно являются симптомом необратимых стволовых поражений. Сразу или спустя 2-4 дня после травмы у большинства больных возникает спонтанный нистагм, который может быть различной длительности. При движении глазных яблок типично появление боли, иррадиирующей в лобную, височную или затылочную область (симптом Гуревича), особенно при субарахноидальных кровоизлияниях. В случаях повреждения черепно-мозговых нервов возникают парезы наружных мышц глаза, а отсюда - птоз, частичный лагофталм, наружное косоглазие или затруднение поворота глаз в горизонтальном направлении.



Перелом основания черепа. Симптомы зависят от тяжести черепно-мозговой травмы и локализации перелома. Травма глазодвигательного нерва сочетается с повреждениями отводящего, тройничного, блокового, лицевого, слухового. Этому сопутствует нарушение подвижности глаз по типу наружной офтальмоплегии или полной. Расстройства двигательной функции возникают при поражении отводящего или лицевого нерва.

В тяжёлых случаях может развиваться арахноидит, окклюзионная гидроцефалия, появляться параличи взора вверх, симптом Гертвига-Мажанди, вертикальный нистагм.



Заключение

Выяснение этиологии способствует выработке правильной тактики лечения больного, а своевременная диагностика основного заболевания, приведшего к глазоподвигательным нарушениям, позволяет сохранить пациенту жизнь.

Спасибо за внимание!

