



ГОО ВПО Дон НМУ им.М.Горького
Кафедра офтальмологии ФИПО
РДКБ г.Донецк

РЕДКИЕ ФОРМЫ КОСОГЛАЗИЯ

Доцент Голубов К.Э.,
Зав.офтальмологическим отделением РДКБ
Горбачевская И.Ю.

К редким видам косоглазия относят:

- ⊙ *Синдром ретракции глаза (синдром Дуана)*
- ⊙ *Синдром сухожильного влагалища верхней косой мышцы (синдром Брауна)*
- ⊙ *Синдром перемежающейся вертикально-горизонтальной девиации*
- ⊙ *Диссоциированная вертикальная девиация (ДВД-синдром)*
- ⊙ *Офтальмомиопатия*
- ⊙ *Офтальмомиастения*
- ⊙ *Офтальмомиотония*

Синдром ретракции глаза

Ретракционный синдром Дуана (в другой транскрипции — Дуэйна) относится к атипичным видам косоглазия, при которых движения глаз не поддаются законам моторики глазодвигательных мышц (законы Шеррингтона, Геринга, Головина), то есть не выполняются правила классического соотношения глазодвигателей, обусловленного естественными нейрофизиологическими явлениями синергизма и антагонизма. Однако существует ряд закономерностей патологического состояния, которые и позволяют авторам объединить совокупность характерных симптомов и назвать их синдромом.

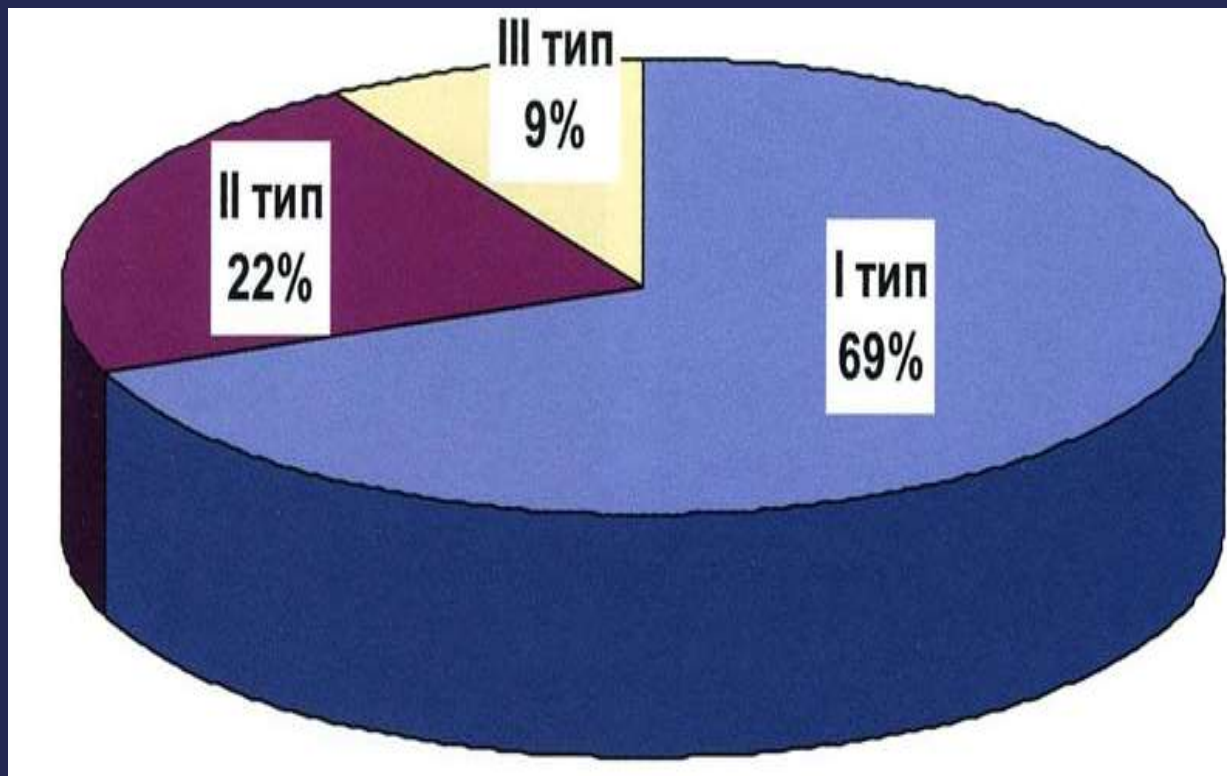
Комплекс характерных симптомов при синдроме Дуана объединяет следующее: феномен ретракции глазного яблока — «затягивание» глаза вглубь орбиты с явлением суживания глазной щели при определенном направлении взора, ограничение подвижности пораженного глаза и наличие глазного

Ретракционный синдром Дуана может быть врожденным и приобретенным. Согласно статистике чаще страдают девочки, чаще поражается левый глаз. Основными причинами возникновения врожденного ретракционного синдрома являются парадоксальная иннервация и аномалии развития и прикрепления глазодвигательных мышц.

Приобретенный ретракционный синдром может развиваться в результате травм, воспалений в области орбиты, а также после форсированных резекций глазодвигательных мышц. Информативным в этих случаях является тракционный тест.

Известны три типа ретракционного синдрома Дуана.

Положение пораженного глаза в первичной позиции взора и характер нарушений его подвижности определяет тип синдрома.



Наиболее часто встречается I тип, известный в отечественной литературе как *синдром Штиллинга-Тюрка-Дуана*. Для него характерны эзотропия в прямой позиции взора, отсутствие движения глазного яблока кнаружи и расширение глазной щели при попытке его отведения. Подвижность глаза к носу сохранена, однако при аддукции глазная щель резко суживается, и возникает ретракция глазного яблока. Объяснение характерной картины нарушения подвижности и феномена ретракции глазного яблока при синдроме Дуана I типа следует из теории парадоксальной иннервации. Для I типа синдрома характерно избирательное положение головы - поворот в сторону пораженного глаза. Нередко факт отсутствия движения глаза кнаружи является причиной диагностической ошибки, когда ставят диагноз паралича наружной прямой мышцы и проводят соответствующее паралитическому





II тип

Для II типа синдрома Дуана также характерно избирательное положение головы, однако поворот происходит в сторону здорового глаза.

В первичном положении взора возникает расходящееся косоглазие - экзотропия, отсутствуют движения глаза кнутри при сохранной абдукции.

При попытке приведения возникает ретракция глазного яблока.







- При III типе синдрома Дуана ограничено как приведение, так и отведение, возникает ретракция глазного яблока, возможен феномен «привязи».



- Пораженный глаз в первичной позиции чаще отклоняется кнаружи, однако возможно и симметричное положение глаз при взоре прямо.





- ① 1. Наличие избирательного положения головы является показанием к хирургическому лечению косоглазия, так как представляет риск асимметричного роста лицевого черепа ребенка.
- ① 2. Хирургическое лечение синдрома Дуана должно исключать резекции глазодвигательных мышц, так как это может усилить ретракцию глазного яблока и сужение глазной щели, что усугубляет косметический дефект даже при симметричном положении глаз.
- ① 3. При планировании объема вмешательства при ретракционном синдроме Дуана требуется компромисс между косметическим и функциональным результатами.

Хирургическое вмешательство показано только при наличии девиации. Целесообразно произвести рецессию внутренней прямой мышцы. Можно осуществлять также частичную трансплантацию вертикальных прямых мышц к месту прикрепления наружной прямой мышцы. При отклонении глаза кверху или книзу производят соответствующие операции на мышцах вертикального действия. Если ретракция глаза анатомического происхождения, то после этих вмешательств она обычно уменьшается.

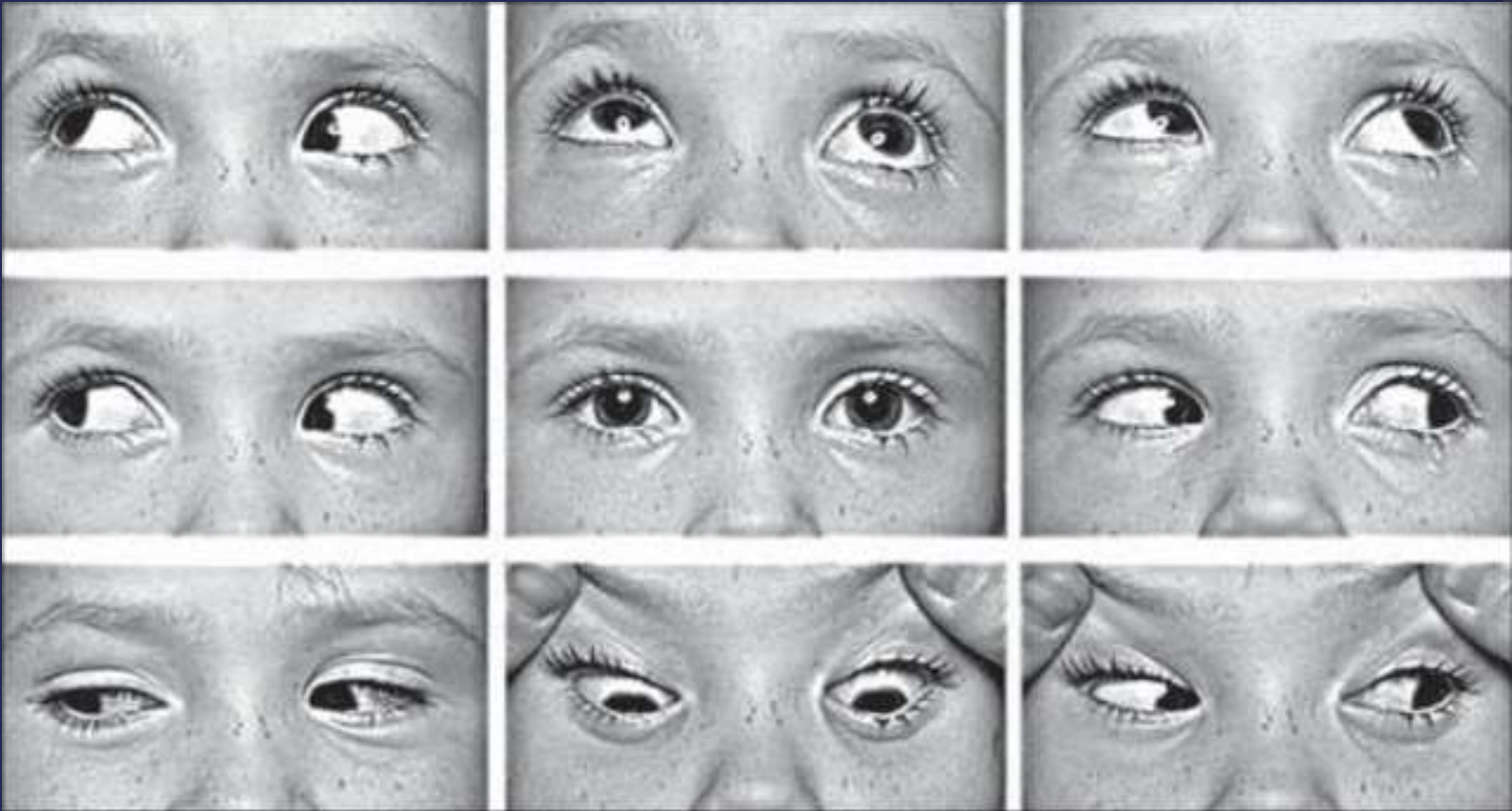
⊙Нарушения движений глаза, нередко сопровождающиеся его ретракцией, могут возникать и при парадоксальной иннервации других пар глазных мышц. Может наблюдаться также синдром

Синдром сухожильного влагалища верхней косой мышцы

Этиология - врожденная патология, травма, оперативное вмешательство и воспалительный процесс в области блока.

Для этого синдрома характерны следующие признаки:

- недоведение глаза кверху в положении аддукции,
- недоведение кверху и легкое отклонение кнаружи при взгляде прямо кверху,
- компенсаторный поворот головы в сторону здорового глаза и легкий наклон в другую сторону.
- Причиной возникновения синдрома-являются изменения фасциальной оболочки сухожилия верхней косой мышцы, ведущие к его укорочению или затрудняющие прохождение через блок. Диагноз устанавливают на основании резкого ограничения или отсутствия пассивных движений аддуцированного глаза вверх (положительный тракционный тест).





- ⦿ Хирургическое лечение синдрома Брауна показано в случаях наличия избирательного положения головы, гипотропии и отсутствия подвижности глаза кверху в первичной позиции взора. Наиболее эффективной является операция тенэктомии верхней косой мышцы.
- ⦿ При возникновении в послеоперационном периоде клинических признаков полного паралича оперированной мышцы, следующим этапом необходимо выполнить операцию ослабления ее антагониста: нижней косой мышцы пораженного глаза.

Синдром перемежающейся вертикально-горизонтальной девиации

- ⦿ Синдром перемежающейся вертикально-горизонтальной девиации связан с двусторонним парезом мышц (горизонтального действия на одном глазу и вертикального действия на другом) либо с их неправильным прикреплением к склере, врожденным или возникшим после операции.
- ⦿ Эта атипичная форма косоглазия характеризуется тем, что при фиксации одним глазом другой глаз отклоняется по горизонтали, а при фиксации последним наблюдается отклонение первого глаза по вертикали.
- ⦿ Если имеется постоянно фиксирующий глаз, то при исправлении девиации второго глаза косоглазие не будет заметно.
- ⦿ В противном случае даже после успешно произведенной операции на обоих глазах при фиксации одним из них будет появляться косоглазие.
- ⦿ В таких случаях приходится «обучать» больного постоянно использовать для фиксации один определенный глаз, что, к сожалению, не всегда удается.

Диссоциированная вертикальная девиация

Характеризуется отклонением одного глаза вверх или альтерни-рующим отклонением обоих глаз вверх, которое происходит непроизвольно, или при закрывании одного из глаз.

Девиация может быть явной и скрытой, не всегда периодической. При ДВД-синдроме величина угла подъема кверху глаза в первичном положении, при абдукции и аддукции практически одинакова. Для ДВД характерна эксциклоторзия (вращательные движения кнаружи) с отклонением кверху при окклюзии исследуемого глаза и инциклоторзия с отклонением книзу после ее устранения.

ДВД часто сочетается с врожденным сходящимся косоглазием. Функция верхней косой мышцы не нарушается, может иметь место ее гиперфункция. появляющегося аккомодационного компонента необходимо повторно исследовать рефракцию у всех

Хирургическое лечение показано по косметическим соображениям. Рецессия верхней прямой с операцией Faden или без нее и/или перемещение нижней косой — часто применяемые вмешательства при ДВД, хотя полная коррекция достигается редко.

Амблиопия со временем развивается в 50% случаев. Акомодационный может быть заподозрен, если после вмешательства положение глаз правильное или почти правильное, а затем возникает реконвергенция. В связи с этим для коррекции появляющегося акомодационного компонента необходимо повторно исследовать рефракцию.

- Офтальмомиопатия — одна из форм многочисленных мышечных атрофии, которые характеризуются первичным поражением самих мышц при сохранении их иннервации. Патогенетическую основу заболевания составляют наследственно обусловленные изменения метаболизма мышечного аппарата.
- Офтальмологическую форму миопатии раньше описывали как прогрессирующую хроническую наружную офтальмоплегию Грефе. Заболевание чаще всего выявляется в возрасте до 30 лет и очень медленно прогрессирует. Вначале обычно возникает птоз, затем наступает атрофия наружных мышц глаза, постепенно ведущая к его полной неподвижности. Вследствие медленного развития процесса диплопии, как правило, не бывает.

Офтальмомиастения

- Офтальмомиастения - обычно ранний синдром общей миастении, которая характеризуется слабостью и патологической утомляемостью поперечнополосатых мышц и возникает в результате нарушения интимных процессов нервно-мышечного возбуждения.
- Клиническая картина заболевания сходна «с таковой при отравлении кураре. Офтальмомиастения может развиваться в любом возрасте. Чаще всего поражается мышца, поднимающая верхнее веко, затем- глазодвигательные мышцы, вследствие чего нередко отмечается диплопия. Заболевание характеризуется прогрессирующим течением, но часто наступают ремиссии на несколько месяцев и даже лет.
- Основной метод лечения — антихолинэстеразные препараты (Физостигмина салицилат (Эзерина

Офтальмомиотония

- Офтальмомиотония — одно из проявлений особого состояния мышц, проявляющегося в том, что сократившаяся мышца долгое время не расслабляется, а затем наступает ее медленное расслабление.
- Заболевание наследственное, передается по аутосомно-доминантному типу.
- Периодически возникают отклонения глаз в ту или иную сторону, которые сопровождаются диплопией, и спастические сокращения век или их дрожание.
- На электромиограмме, записанной в этот период, обнаруживают серии разрядов.
- Лечение в основном симптоматическое (аскорбиновая кислота, хинин, препараты кальция, пища с небольшим содержанием калия и др.) обычно дает нестойкий эффект.