

УДК 617.761-009.11:616-092

*Т. С. Телеуова, д.м.н., проф., А. Адилханкызы, Г. Б. Мамутова*

Казахский медицинский университет непрерывного образования

Центральная городская клиническая больница

г. Алматы, Казахстан

**К ПАТОГЕНЕЗУ ПАРАЛИТИЧЕСКОГО КОСОГЛАЗИЯ****АННОТАЦИЯ**

Повреждение экстраокулярных мышц проявляется в виде косоглазия, офтальмоплегии и нистагма. Паралитическое косоглазие встречается гораздо реже, чем содружественное. Представлены клинические картины 5 детей с нуклеарным паралитическим косоглазием и птозом. Возраст детей колебался в пределах 1-3 лет. По результатам обследования косоглазие ядерное паралитическое, расходящееся с птозом, чаще появлялось после перенесенной вирусной инфекции с высокой температурой тела и головными болями. Только у одного ребёнка косоглазие с птозом верхнего века возникло после травмы. У всех отсутствовал глазной тортиколиз.

**Ключевые слова:** глазодвигательный аппарат, экстраокулярные мышцы, паралитическое косоглазие, нистагм, птоз, ядра глазодвигательного нерва.

**П**атология глазодвигательного аппарата в детском возрасте встречается довольно часто. Повреждение экстраокулярных мышц проявляется в виде косоглазия, офтальмоплегии и нистагма. Паралитическое косоглазие встречается гораздо реже, чем содружественное.

Косоглазие с птозом может быть содружественным, паралитическим или сопровождаться парезом различных экстраокулярных мышц. Нередко заболевание осложняется обскурационной, дисбинокулярной амблиопией, вынужденным поворотом головы, контрактурой мышц шеи. По данным Е. Е. Сомова (2002), ядра глазодвигательного нерва залегают в сером веществе мозга под силвиевым водопроводом на уровне верхних бугров четверохолмия. Все его нервные стволы проходят около красных ядер, выходят в межножковое пространство и располагаются между верхней мозжечковой и задней мозговой артериями. Далее они направляются вперед, через верхнюю стенку кавернозного синуса близ внутренней сонной артерии. В орбиту входят через верхнюю орбитальную щель, проходят внутрь сухожильного кольца Цинна, делятся на 2 ветви – верхнюю и нижнюю. Верхняя ветвь глазодвигательного нерва иннервирует верхнюю прямую мышцу и леватор верхнего века. Нижняя ветвь глазодвигательного нерва делится на три веточки: наружная, средняя и внутренняя. Наружная ветвь иннервирует нижнюю косую

мышцу. От начальной части этой ветви отходит короткий корешок к цилиарному узлу и входит снизу в задний полюс цилиарного узла. Средняя ветвь разветвляется и иннервирует нижнюю прямую мышцу, внутренняя – подходит к внутренней мышце и иннервирует её [1, 2].

К глазодвигательному нерву присоединяются симпатические ветви нервных волокон от сплетения в области внутренней сонной артерии и чувствительные нервные волокна от первой ветви тройничного нерва.

Учитывая редкость заболевания и трудность диагностики для врачей офтальмологов, мы решили представить клиническую картину косоглазия паралитического, расходящегося с птозом. Под наблюдением находились 5 детей с нуклеарным паралитическим косоглазием и птозом. Возраст детей колебался в пределах 1-3 лет.

*Первый случай.* Ребёнок, 2 года, родители обратились к офтальмологу с жалобами на сужение глазной щели и отклонение левого глаза к виску.

Со слов мамы, утром обратила внимание на асимметрию глазной щели и отклонение левого глаза кнаружи.

*Из анамнеза:* 1 мес. назад девочка перенесла тупую травму головы, за медицинской помощью не обращались, поскольку общее состояние ребёнка не страдало. Ребёнок от второй

беременности. Беременность и роды протекали без осложнений. Общее развитие ребёнка соответствовало возрасту. Не состоит на диспансерном учёте у специалистов. В семье никто не страдает аналогичной патологией.

При осмотре ребенок беспокойный. Положение головы правильное, тортиколиса нет. Исследовать остроту зрения не удалось. Глазная щель левого глаза сужена за счёт опущения верхнего века до верхнего края зрачка (птоз первой степени). Глазное яблоко в орбите отклонено кнаружи, угол косоглазия по Гиршбергу  $15^\circ$ . Анизокория. Диаметр зрачка левого глаза шире (4,0-4,5 мм), чем правого глаза (3,0 мм). Рекомендовано КТ черепа и консультация невролога. Однако через 2,5 мес. родители вновь обратились к нам в связи с ухудшением состояния левого глаза. При этом установлено опущение верхнего века почти до нижнего отдела лимба (птоз 3 степени). Угол косоглазия увеличился от исходного ( $15^\circ$ ) до  $45^\circ$ . Движение глазного яблока к носу резко ограничено. Имеется небольшое отклонение вверх. На глазном дне видимые изменения отсутствуют.

По данным Е. Живкова и соавт. (1967), если наряду с вышеуказанными симптомами наблюдается птоз с мидриазом и параличом аккомодации, а заболевание поражает только один глаз, то следует полагать, что патологический процесс локализуется ниже ядра глазодвигательного нерва, т.е. под местом выхода нерва из ядра в среднем мозгу [3].

Так как ядерное паралитическое косоглазие в основном наблюдается при кровоизлияниях и опухолях в области ядер, при нейросифилисе, рассеянном склерозе, прогрессивном параличе, энцефалите, травмах черепа, а также учитывая высказывание Е. Живкова и соавт., мы поставили диагноз: косоглазие ядерное паралитическое, расходящееся с вертикальным компонентом левого глаза. (Кровоизлияние в области ниже ядра глазодвигательного нерва?)

У последующих 4-х детей изменения со стороны органа зрения и анамнез были почти идентичными, поэтому мы представили более подробно изменения органа зрения одного из них:

в возрасте 1 год 4 мес. у ребёнка обнаружено внезапное полное опущение верхнего века и расходящееся косоглазие правого глаза.

Из анамнеза: 7 дней назад ребёнок переболел острым респираторным заболеванием, которое сопровождалось повышением температу-

ры тела до  $39^\circ\text{C}$ . По назначению участкового педиатра принимал антибиотики широкого спектра действия в течение 5 дней.

Ребёнок от третьей беременности, родился в срок с массой тела 3200 г. Беременность и роды протекали без осложнений. Наследственность не отягощена. На диспансерном учете не состоит.

При обследовании: острота зрения не определена из-за малого возраста пациента. Глазной тортиколиз отсутствует. Правый глаз: верхнее веко полностью прикрывает роговицу. Глаз спокоен, отклонён к виску. Угол косоглазия по Гиршбергу по горизонтали составляет  $45^\circ$ , по вертикали –  $5-7^\circ$ . Движение глазного яблока к носу отсутствует, некоторое ограничение движения его кверху. Экзофтальма нет. Передний отрезок глаза не изменен. Анизокория. Диаметр зрачка справа 4 мм, слева – 2,5 мм. Прямая реакция зрачка на свет отсутствует. Оптические среды прозрачные. Глазное дно без видимой патологии. Левый глаз здоров. МРТ головного мозга и орбиты без изменений.

На основании клинической картины и наличия в анамнезе перенесенной вирусной инфекции был поставлен диагноз: косоглазие ядерное паралитическое, расходящееся с вертикальным компонентом правого глаза.

Все дети были направлены на стационарное лечение в неврологическое отделение.

### Выводы

Косоглазие ядерное паралитическое, расходящееся с птозом, чаще появляется после перенесенной вирусной инфекции с высокой температурой тела и головными болями. Только у одного ребёнка косоглазие с птозом верхнего века возникло после травмы. У всех отсутствовал глазной тортиколиз. Возможно, это связано с тем, что больные обращались в остром периоде заболевания, и глазная кривошея не успела клинически проявиться. Лечение и наблюдение должны происходить у невролога, поскольку патологический очаг располагается интракраниально.

### ЛИТЕРАТУРА

- 1 Сомов Е. Е. Анатомия глаза человека. – М., 2002.
- 2 Никифоров А. Г., Гусева М. Р. Нейроофтальмология. – М., 2008.
- 3 Живков Е., Денев В. Л., Големинова Р. Глазные симптомы в общей диагностике // Медицина и физкультура. – София. 1967.

### ТҮЙІН

Экстраокулярлық бұлшықеттердің зақымдануы қатарлық, офтальмоплегия және нистагм түрінде білінеді. Паралитикалық қатарлық бірлескен қатарлыққа қарағанда өте сирек кездеседі. Бұл жұмыста птозы бар және нуклеарлы паралитикалық қатарлығы бар 5 баланың клиникалық белгілері сипатталған. Жастары 1-3 аралығында. Тексеру нәтижесінде ядрлі паралитикалық қатарлық птозбен науқас вирусты инфекцияны температурамен және бас ауруымен ауырғаннан кейін пайда болған. Тек 1 науқаста ғана жоғарға қабақтың птозы мен қатарлық жарақаттан кейін пайда болған. Барлығында көздік тортиколис жоқ болған.

**Түйінді сөздер:** көзқозғалтқыш аппарат, экстраокулярлы бұлшықеттер, паралитикалық қатарлық, нистагм, птоз, көзқозғалтқыш нервісінің ядросы.

### SUMMARY

Damage to the extraocular muscles is manifested in the form of strabismus, ophthalmoplegia and nystagmus. Paralytic strabismus is much rarer than friendly. Presented the clinical picture of five children with nuclear paralytic strabismus and ptosis. Age of children ranged from 1-3 years.

According to the result of nuclear paralytic strabismus observed in a divergent with ptosis often appear after a viral infection with high fever and headaches. Only one child with strabismus upper eyelid ptosis occurred after injury. All the missing eye torticosis.

**Key words:** oculomotor apparatus, extraocular muscles, paralytic strabismus, nystagmus, ptosis, the nucleus of the oculomotor nerve.