

Хирургическое лечение вертикального косоглазия

Нарушение функции мышц вертикального действия встречается у 30–72% больных по данным разных авторов, однако диагностика патологии глазодвигательных мышц, определение тактики и объема хирургических вмешательств, представляет для практического врача трудную задачу.

Проведен анализ лечения 33 детей, оперированных в возрасте от 3 до 16 лет, с различными видами вертикального косоглазия.

У всех детей исследовали остроту зрения, статическую рефракцию, характер зрения. Степень девиации определяли по методу Гиршберга в 9 кардинальных позициях взора. Пораженную мышцу выявляли по движению глаз в восьми направлениях, применяли трехэтапный тест Паркса, тест наклона головы Бильшовского, оценивали характер тортиколлиса.

У 31 ребенка вертикальное косоглазие было врожденное, у 2 – приобретенное. У 19 детей косоглазие альтернирующее и у 14 постоянное, у всех отмечался паретический компонент, у 2 детей косоглазие в сочетании с двусторонним птозом и офтальмоплегией было наследственным. Гипертропия была у 16 детей, гипотропия у – 17 детей. Величина вертикальной девиации в пределах от 15 до 25 гр.

Показания к операции – функциональные нарушения, косметический дефект, вынужденное положение головы.

Нами выделены 3 группы больных.

1-я группа. Вертикальное косоглазие с дисфункцией косых мышц (парез ВКМ и гиперфункция НКМ) – 6 больных. У этих больных наблюдали девиацию с углом отклонения вверх 10–15 гр., увеличивающуюся в состоянии аддукции до 15–25 гр.

Пяти больным была произведена рецессия НКМ и одному с вертикальной девиацией в аддукции 25 гр. – передняя транспозиция НКМ. У всех больных в первичной позиции положение глаз было близким к симметричному, наблюдалось исчезновение тортиколлиса, у одного больного восстановилось бинокулярное зрение. У двух больных в положении аддукции была гипертропия до 10 гр. У девочки 14 лет через год после операции был рецидив гипертропии, но значительно меньшей степени.

2-я группа. Сочетание горизонтального косоглазия с вертикальным компонентом – 12 детей. Комбинация односторонней вертикальной девиации с эзотропией отмечена у 8 детей, с экзотропией – у 2, гиперметропия была у 8 с детей, миопия – у 2. Косоглазие было неаккомодационным и частично аккомодационным, величина угла косоглазия по горизонтали без коррекции варьировала от 15 до 25 гр. Величина гипертропии в приведении варьировала от 10 до 25 гр.

Всем детям с эзотропией была произведена рецессия внутренних прямых мышц на 5 мм. У 7 детей, у которых гипертропия была выражена только в приведении, вертикальный компонент был исправлен. У одного ребенка с гипертропией также в первичном положении глаза и в приведении, положение глаза по вертикали не улучшилось и ему планируется рецессия НКМ.

У двух больных с экзотропией и вертикальным косоглазием после операции на мышцах горизонтального действия положение глаз по вертикали не изменилось и им произведена рецессия НКМ, что привело к почти симметричному положению глаз.

У нас было двое детей с приобретенным расходящимся с вертикальным компонентом косоглазием, развившимся после экстрасклеральной операции по поводу отслойки сетчатки. Сетчатка прилегла с повышением остроты зрения до 0,7 у девочки и 0,2 у мальчика. После удаления силиконовой пломбы и циркляжной ленты у девочки была экзо- и гипертропия, ей была произведена резекция внутренней прямой мышцы и резекция НПМ – положение глаз симметричное, восстановилось бинокулярное зрение.

У мальчика после удаления экстрасклеральных эксплантатов сохраняется экзо- и гипотропия, ему планируется резекция внутренней прямой мышцы и резекция ВПМ.

3-я группа. Сочетание вертикального косоглазия (гипотропия) с птозом – 15 больных, у всех детей был врожденный характер заболевания.

1. Монолатеральное вертикальное косоглазие и односторонний истинный птоз – 8 детей.
2. Вертикальное косоглазие с ложным птозом – 4 детей.
3. Вертикальное косоглазие, двусторонний птоз и офтальмоплегия – 3 детей.

У 8 детей была гипотропия на фоне ограничения или отсутствия функции ВПМ в сочетании с односторонним истинным птозом 2-3 степени с нарушением функции леватора и отрицательным фиксационным тестом (полное отсутствие расширения глазной щели при фиксации глазом на стороне птоза). У 6 детей с гипотропией и истинным птозом одновременно на пораженном глазу производили рецессию НПМ и резекцию леватора, веко удалось поднять в правильную позицию у всех детей, однако небольшая гипотропия сохранялась.

У 2 детей первым этапом на пораженном глазу была произведена рецессия НПМ и резекция ВПМ. Что привело к симметричному положению глаз, вторым этапом произведена резекция леватора верхнего века. У детей, которым первым этапом произведено исправление вертикального косоглазия, а затем резекция леватора результат лучше.

У 4 больных была монолатеральная гипотропия с парезом ВПМ, ложным птозом с сохранной функцией леватора и положительным фиксационным тестом и гипертропией здорового глаза при фиксации глазом на стороне птоза.

У 3 больных с гипотропией и ложным птозом первый этап провели на здоровом глазу для устранения его гипертропии – рецессию ВПМ и резекцию НПМ, что привело к частичному устранению ложного птоза. Вторым этапом провели рецессию НПМ и резекцию ВПМ на стороне птоза, что привело к полному устранению птоза.

У мальчика с гипотропией и ложным птозом для смещения здорового глаза вниз первым этапом сделали рецессию НКМ и резекцию НПМ, что привело к симметричному положению глаз и исчезновению ложного блефароптоза. При ложном птозе в операции на леваторе необходимости нет.

У 3 больных была двусторонняя гипотропия, парез взора вверх, комбинированные с поражением нескольких глазодвигательных мышц, двусторонний птоз 3 степени с отсутствием функции леватора, отрицательным фиксационным тестом и вынужденное положение головы (поза звездочета). У этих больных первым этапом произведена рецессия НПМ и резекция леватора на одном глазу и вторым этапом аналогичная операция на другом глазу. Положение верхнего века после операции было правильным, однако в отдаленном периоде веко частично опустилось (птоз 2-й степени). Так как сохраняется небольшая гипотропия, этим больным будет произведена резекция ВПМ на обоих глазах, после чего будет решен вопрос о повторной резекции леватора или подвешивании верхнего века.

При косоглазии, сочетанном с птозом, устранение косоглазия должно предшествовать операции устранения птоза, так как вмешательства на глазодвигательных мышцах изменяют ширину глазных щелей.

В настоящее время отсутствует единая тактика лечения больных с вертикальным косоглазием, однако в этом и нет необходимости, поскольку в каждом конкретном случае вопрос о выборе метода лечения решается индивидуально. Необходимо, учитывая разнообразие клинической картины и сложность диагностики вертикального косоглазия, тщательно и всесторонне обследовать больных и дифференцированно подходить к их лечению.
