УДК 617.7

Жукова О.В.
ФГУ «Самарская клиническая офтальмологическая больница им. Т.И. Ерошевского», г. Самара

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИССОЦИИРОВАННОГО ВЕРТИКАЛЬНОГО КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ

Проведен анализ результатов хирургического лечения диссоциированного вертикального косоглазия у 76 детей. Целесообразно начинать устранение вертикальной девиации с ослабления нижней косой мышцы. При недостаточном эффекте рекомендуется производить одномоментную бивертикальную рецессию, а в особо тяжелых случаях – резекцию ослабленной верхней прямой мышцы.

Ключевые слова: лечение диссоциированного вертикального косоглазия у детей

Актуальность

Сходящееся содружественное косоглазие у детей часто сопровождается вертикальным компонентом. Причиной развития такого косоглазия, как правило, являются врожденные парезы мышц вертикального действия. Чаще всего пораженной оказывается верхняя косая мышца одного глаза, реже – верхняя прямая, еще реже – нижняя прямая мышца одного из глаз. Вертикальный компонент при этом может проявляться как в виде содружественного вертикального косоглазия, когда глаза попеременно отклоняются в одну сторону (чаще вверх); так и в виде диссоциированного вертикального косоглазия, когда один глаз отклоняется вверх, а другой – вниз. При этом на вышестоящем глазу обычно имеет место парез верхней косой мышцы, который сопровождается компенсаторной гиперфункцией нижней косой мышцы этого же глаза. При этом на другом глазу развивается гиперфункция контралатерального синергиста – нижней прямой мышцы и ослабление функции контралатерального антагониста – верхней прямой мышцы. Возможен и другой вариант, когда имеет место парез верхней прямой мышцы на нижестоящем глазу, при этом также развивается компенсаторная гиперфункция ипсилатерального антагониста – нижней прямой мышцы и контралатерального синергиста – нижней косой мышцы другого глаза. При этом на пораженном глазу иногда отмечается ложный птоз верхнего века, что может маскировать вертикальную девиацию. Часто у таких детей имеется вынужденное положение головы (6).

Известно, что вертикальная девиация, даже при малых углах отклонения, не компенсируется консервативным аппаратным лечением и является серьезным препятствием для достижения правильного положения глаз и для выработки бинокулярных функций. Полноценно устранить косоглазие и создать условия для правильного формирования зрительных функций в этом случае можно только хирургическим путем (1). Тактика хирургического лечения диссоциированной вертикальной девиации, как изолированной, так и в сочетании с горизонтальной девиацией, может быть различной. Некоторые авторы рекомендуют устранять вертикальную девиацию операциями на прямых мышцах вертикального действия: производить рецессии и резекции верхней и нижней прямых мышц. Величину перемещения или укорочения как верхней, так и нижней прямых мышц не рекомендуют делать более 5 мм (1). Встречаются также рекомендации производить рецессию и антериоризацию нижней косой мышцы и даже смещение по вертикали мест прикрепления внутренней и наружной прямых мышц (4, 5).

Цель

Обобщение опыта хирургического лечения диссоциированного вертикального косоглазия и выработка рекомендаций по тактике хирургического лечения данной патологии у детей.

Материалы и методы

Проанализированы результаты хирургического лечения 76 детей в возрасте от 8 до 14 лет, находившихся в детском отделении СКОБ им. Т.И. Ерошевского в 2003–2008 годах. У всех этих детей имело место сходящееся содружественное альтернирующее косоглазие в сочетании с диссоциированной вертикальной девиацией. Все дети были обследованы по общепринятой методике, которая включала следующие позиции:

1. Определение остроты зрения.
2. Определение рефракции.

3. Определение характера зрения при прямом и вынужденном положении головы.

4. Определение подвижности глазных яблок по 8 направлениям взора.

5. Исследование ширины глазных щелей при фиксации каждым глазом.

6. Измерение величины угла косоглазия в первичной позиции, в состоянии приведения и отведения каждого глаза, а также при наклоне головы в стороны.

Величина углов горизонтальной девиации определялась по Гиршбергу и была различной: 10–15° у 28 детей, 20–25° у 42, 30° – у 6. Объективный угол горизонтальной девиации, определенный на синоптофоре, превышал величину угла, определенную по Гиршбергу, на 4–8 градусов.

В первичном положении взора у всех детей определялась вертикальная девиация: у 52 – гипертропия, у 24 – гипотропия. При выключении ведущего глаза возникало отклонение его в противоположную сторону: у 52 пациентов – книзу, у 24 – кверху. Величина углов вертикальной девиации в первичном положении взора у 63 детей равнялась 10–12°, у 13 детей глаза отклонялись по вертикали на 15°. В положении приведения вышестоящего глаза вертикальная девиация увеличивалась до 20-25° у 49 детей.

Все эти дети были разделены на две группы. 1-ю группу составили 49 пациентов, у которых была диагностирована гиперфункция нижней косой мышцы на вышестоящем глазу. У всех этих детей гипертропия усиливалась в положении аддукции и при наклоне головы в противоположную сторону. У 12 детей из этой группы отмечалось вынужденное положение головы.

2-я группа – 27 пациентов, у которых диссоциированное вертикальное косоглазие не сопровождалось гиперфункцией нижней косой мышцы. Причиной вертикальной девиации у них был парез верхней прямой мышцы нижестоящего глаза. На другом глазу компенсаторно развилась гиперфункция нижней прямой мышцы. У 4 пациентов этой группы отмечался ложный птоз верхнего века нижестоящего глаза.

Хирургическое лечение косоглазия заключалось в исправлении как горизонтального, так и вертикального компонентов девиации. Выполнялись следующие хирургические вмешательства:

1. Рецессия внутренней прямой мышцы и резекция наружной прямой мышцы – для исправления горизонтальной девиации. Величина перемещения и укорочения мышц зависела от угла девиации и определялась по предложенной нами схеме (2).

2. Миэктомия нижней косой мышцы. Операция выполнялась на вышестоящем глазу при наличии признаков гиперфункции этой мышцы (7).

3. Бивертикальная рецессия – одномоментная рецессия мышц вертикального действия – верхней прямой мышцы на вышестоящем глазу и нижней прямой мышцы на нижестоящем глазу. Величина рецессий зависела от угла девиации и составляла 4–5 мм.

4. Рецессия нижней прямой мышцы и резекция верхней прямой мышцы на нижестоящем глазу. Величины рецессии и резекции зависели от угла девиации в первичном положении взора и составляли 4–5 мм.

Результаты и обсуждение

При хирургическом лечении столь сложного вида косоглазия не всегда удается ограничиться одной операцией. Тем не менее, мы старались минимизировать число операций у каждого ребенка.

Исправление косоглазия всегда начинали с горизонтального компонента. Несмотря на альтернирующий характер косоглазия, производили рецессию внутренней прямой мышцы и резекцию наружной прямой мышцы на чаще косящем или хуже видящем глазу. Мы предпочитаем такую тактику билатеральной рецессии внутренних прямых мышц, так как она позволяет точнее дозировать эффект операции.

При наличии гиперфункции нижней косой мышцы производили ее миэктомию. Данная операция всегда выполнялась одновременно с вмешательством на мышцах горизонтального действия, что позволяло уменьшить общее число операций у данного ребенка. Мы отдаем этой методике предпочтение перед рецессией и передней транспозицией нижней косой мышцы, так как она проста в исполнении, занимает значительно меньше времени при аналогичном, а порой и лучшем эффекте (3).

В результате проведенного хирургического лечения в раннем послеоперационном периоде достигнуто правильное положение глаз по горизонтали и вертикали у 37 детей из 49 (75,5%),

прооперированных одновременно на мышцах горизонтального действия и нижней косой мышце. У 4 детей сохранилась остаточная горизонтальная девиация 10–15 градусов (до операции у всех угол косоглазия был 25° и более). У 6 детей этой группы исправился горизонтальный компонент девиации, но сохранилась вертикальная девиация от 7 до 10°. Это было связано с превалированием пареза верхней прямой мышцы на нижестоящем глазу как первопричины диссоциации. Через 2-3 месяца им была сделана операция на прямых вертикаломоторах.

Детям 2-й группы (27 человек) хирургическое лечение осуществляли заведомо в два этапа. Первым этапом исправляли горизонтальную девиацию общепринятым способом. Вторая операция, направленная на исправление вертикальной девиации, делалась через 2-3 месяца.

Для исправления вертикальной девиации 12 детям из этой группы была сделана рецессия нижней прямой мышцы и резекция верхней прямой мышцы на нижестоящем глазу. При анализе непосредственных результатов операции было обнаружено, что правильное положение глаз было получено у 7 из 12 детей. У остальных 5 детей оперированный нижестоящий глаз стал ведущим, и при фиксации им предметов сохранилась суправергирующая девиация другого глаза. Еще у 2 детей аналогичное состояние развилось в позднем послеоперационном периоде спустя 3-6 месяцев после вмешательства. Таким образом, более чем у половины этих детей был получен гипоэффект.

15 детям из этой группы, а также 6 детям из 1-й группы, у которых вертикальный компонент полностью не исправился после первой операции, выполняли бивертикальную рецессию. Всего этим способом прооперирован 21 ребенок. В раннем послеоперационном периоде было достигнуто правильное положение глаз у всех прооперированных детей. Ложный птоз исправился полностью у 3 детей и уменьшился у 1 ребенка.

Отдаленные сроки наблюдения составили от 1 до 5 лет. Все дети в послеоперационном периоде получали курсы плеоптического и диплоптического лечения. Ни у одного ребенка в отдаленные сроки не развилось вторичного расходящегося косоглазия. У 6 детей с углом горизонтальной девиации 20-25° проявился остаточный положительный угол 10-15°. Всем детям с остаточным углом горизонтальной девиации была сделана операция рецессии внутренней прямой мышцы с резекцией наружной прямой мышцы на втором, неоперированном глазу в срок от 6 месяцев до 1,5 года после первой операции. У 3 детей с выраженным парезом верхней прямой мышцы на нижестоящем глазу через 1-3 месяца после двух этапов хирургического лечения вновь появилась вертикальная девиация. Это была остаточная гипотропия 7-10° на нижестоящем глазу. Этим детям был выполнен третий этап хирургического лечения: резекция верхней прямой мышцы на нижестоящем глазу. Величина резекции составила 5 мм. В результате – у одного ребенка гипотропия была устранена полностью, у 2 она сохранилась в пределах 5° и проявлялась непостоянно. За весь период наблюдения ни у одного ребенка не развилось гиперэффекта вертикальной девиации.

Проводимое в послеоперационном периоде аппаратное лечение позволило получить одновременное зрение вблизи у 18 детей, одновременное зрение вдаль – у 23, бинокулярное зрение вблизи – у 11 детей и бинокулярное зрение вдаль – у 7 пациентов. В общей сложности, выработать бинокулярные функции той или иной степени выраженности удалось у 59 пациентов из 76 (77,6%).

Заключение

Диссоциированное вертикальное косоглазие представляет собой сложную для диагностики и лечения патологию глазодвигательного аппарата. Оно часто сочетается с горизонтальной девиацией и сопровождается вынужденным положением головы и ложным птозом верхнего века. Хирургическое лечение данной патологии всегда следует начинать с устранения горизонтальной девиации. При этом целесообразно одновременно с операциями на прямых мышцах горизонтального действия производить операцию ослабления нижней косой мышцы при ее гиперфункции. Зачастую это позволяет исправить как горизонтальную, так и диссоциированную вертикальную девиацию за один этап. В качестве операции, ослабляющей нижнюю косую мышцу, мы рекомендуем ее миэктомию. Эта операция проста в исполнении, непродолжительна по времени и эффективна.

При отсутствии гиперфункции нижней косой мышцы или недостаточном эффекте операции по ее ослаблению вертикальную девиацию можно эффективно устранить с помощью одно-

моментной бивертикальной рецессии прямых мышц вертикального действия: верхней прямой мышцы на вышестоящем глазу и нижней прямой мышцы на нижестоящем глазу. Бивертикальная рецессия оказалась эффективнее односторонней операции рецессии нижней прямой мышцы с резекцией верхней прямой мышцы.

В качестве третьего этапа устранения диссоциированной вертикальной девиации, при недостаточности первых двух, целесообразно производить резекцию ослабленной верхней прямой мышцы на нижестоящем глазу. Величина резекции – 5 мм.

Своевременное хирургическое лечение вертикального компонента косоглазия позволяет достичь правильного положения глаз у большинства пациентов и создать условия для формирования бинокулярных зрительных функций.

Список использованной литературы:

1. Аветисов Э.С., Кащенко Т. П., Смольянинова И.Л., Мац К.А., Лохтина Н.И. Клинические особенности и тактика лечения больных с вертикальным косоглазием // Офтальмологический журнал, 1990, №4, стр. 193-197.
2. Жукова О.В., Маркова Т.А., Золотарев А.В. К вопросу о дозировании эффекта операции при хирургическом лечении сходящегося косоглазия у детей //Труды Всероссийской конференции, посвященной 105-летию со дня рождения Т.И. Ерошевского. Самара, 2007, стр. 644-647.
3. Жукова О.В. К вопросу о выборе оперативного вмешательства на нижней косой мышце при устранении ее гиперфункции у детей // Сборник тезисов VII Всероссийской конференции с международным участием «Федоровские чтения 2008». Москва, 2008, стр. 314-315.
4. Зубарев С.Ф. К диагностике и хирургическому лечению врожденного содружественного сходящегося косоглазия с вертикальным компонентом // Офтальмологический журнал, 1990, №4, стр. 209-212.
5. Попова Н.А., Свирина А.С., Мавлони Р.А., Кейкина Л.К. Передняя транспозиция нижней косой мышцы // Труды Всероссийской конференции «Геронтологические аспекты офтальмологии» и VI Международного семинара по вопросам пожилых, посвященные 100-летию со дня рождения Т.И. Ерошевского. Самара, 2002, стр. 502-502.
6. Сердюченко В.И. Клиника и лечение диссоциированного вертикального косоглазия //Офтальмологический журнал, 1990, №4, стр. 216-221.
7. Good W.V., Hoyt C.S. Strabismus management. 1995, p. 139-153.