

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Реферат

«Косоглазие»

Работу выполнила:
ординатор кафедры офтальмологии
с курсом ПО им. проф. М.А. Дмитриева
Сафронова А.С.

Работу проверила:
заведующая кафедрой офтальмологии
с курсом ПО им. проф. М.А. Дмитриева
д.м.н., проф. Козина Е.В.

Красноярск 2017г.

Косоглазие - постоянное или периодическое отклонение зрительной оси глаза от точки фиксации, что приводит к нарушению бинокулярного зрения. Косоглазие проявляется внешним дефектом – отклонением глаза/глаз к носу или виску, вверх или вниз. Кроме этого у пациента с косоглазием могут отмечаться двоение в глазах, головокружения и головные боли, снижение зрения, амблиопия.

Диагностика косоглазия включает офтальмологическое обследование (проверку остроты зрения, биомикроскопию, периметрию, офтальмоскопию, скиаскопию, рефрактометрию, биометрические исследования глаза и др.), неврологическое обследование. Лечение косоглазия проводится с помощью очковой или контактной коррекции, аппаратных процедур, плеоптических, ортоптических и диплоптических методик, хирургической коррекции.

В детской офтальмологии косоглазие (гетеротропия или страбизм) встречается у 1,5-3% детей, с одинаковой частотой у девочек и мальчиков. Как правило, косоглазие развивается в 2-3-летнем возрасте, когда формируется содружественная работа обоих глаз; однако, может встречаться и врожденное косоглазие.

Косоглазие является не только косметическим дефектом: это заболевание приводит к нарушению работы практически всех отделов зрительного анализатора и может сопровождаться рядом зрительных расстройств. При косоглазии отклонение положения одного или обоих глаз от центральной оси приводит к тому, что зрительные оси не перекрещиваются на фиксируемом предмете. В этом случае в зрительных центрах коры головного мозга не происходит слияния раздельно воспринимаемых левым и правым глазом монокулярных изображений в единый зрительный образ, а возникает двойное изображение объекта. Для защиты от двоения ЦНС подавляет сигналы, получаемые от косящего глаза, что с течением времени приводит к амблиопии - функциональному понижению зрения, при котором косящий глаз почти или совсем не задействуется в зрительном процессе. При отсутствии лечения косоглазия развитие амблиопии и снижение зрения происходит примерно у 50 % детей.

Кроме этого, косоглазие неблагоприятно влияет на формирование психики, способствуя развитию замкнутости, негативизма, раздражительности, а также накладывая ограничения на выбор профессии и сферы деятельности человека.

Причины возникновения косоглазия.

Причины косоглазия очень разнообразны. Они могут быть как врожденного, так и приобретенного характера:

- наличие аметропии (миопия, гиперметропия, астигматизм) средней и высокой степеней;
- травмы;
- параличи и парезы;
- аномалии развития и прикрепления глазодвигательных мышц;
- заболевания центральной нервной системы;
- стрессы;

- инфекционные заболевания (корь, скарлатина, дифтерия, грипп и т. д);
- соматические заболевания;
- психические травмы (испуг);
- резкое снижение остроты зрения одного глаза.

Виды косоглазия по происхождению.

Косоглазие различают по нескольким критериям:

- По времени возникновения:
 - врожденное;
 - приобретенное.
- По стабильности отклонения:
 - постоянное;
 - непостоянное.
- По вовлеченности глаз:
 - одностороннее (монолатеральное);
 - перемежающееся (альтернирующее).
- По происхождению:
 - содружественное;
 - паралитическое.
- По виду отклонения:
 - сходящееся (глаз направлен к переносице);
 - расходящееся (глаз направлен к виску);
 - вертикальное (отклонение глаза вверх или вниз);
 - смешанное.

Специалисты выделяют две формы косоглазия: содружественное и паралитическое.

- **Содружественное косоглазие.**

При содружественном косоглазии косит то левый, то правый глаз, при этом величина отклонения от прямого положения примерно одинаковая. Практика показывает, что чаще косоглазие возникает у лиц с аметропией и анизометропией, среди которых превалирует дальнозоркость. Причем дальнозоркость преобладает в случаях сходящегося косоглазия, а близорукость сочетается с расходящимся видом косоглазия. Основной причиной содружественного косоглазия чаще всего является аметропия, и чем больше она выражена, тем большая ее роль в возникновении этой патологии.

К причинам содружественного косоглазия специалисты также относят:

- состояние зрительной системы, когда острота зрения одного глаза значительно ниже остроты зрения другого;
- заболевание зрительной системы, приводящее к слепоте или резкому снижению зрения;
- некоррегированные аметропии (гиперметропия, миопия, астигматизм);

- нарушения прозрачности преломляющих сред глаза;
- заболевания сетчатки, зрительного нерва;
- заболевания и повреждения центральной нервной системы;
- врожденные различия в анатомическом строении обоих глаз.

Содружественное косоглазие характеризуется следующими основными признаками:

- при фиксации неподвижного предмета один из глаз находится в состоянии отклонения в какую-либо сторону (к носу, к виску, вверх, вниз);
- может быть попеременное отклонение то одного, то другого глаза;
- угол отклонения (первичный) (чаще или постоянно) косящего глаза при включении его в акт зрения почти всегда равен углу отклонения (вторичный) парного глаза;
- подвижность глаза (поле зрения) сохраняется в полном объеме во всех направлениях;
- отсутствует двоение перед глазами;
- отсутствует бинокулярное (объемное, стереоскопическое) зрение;
- возможно понижение зрения в косящем глазу;
- часто выявляются аметропии различного вида (дальнозоркость, близорукость, астигматизм) и различной величины (азиометропия).

- **Паралитическое косоглазие.**

При паралитическом косоглазии косит один глаз. Основным признаком этого вида косоглазия является ограничение или отсутствие движений глаза в сторону действия пораженной мышцы и, как следствие, – нарушение бинокулярного зрения, двоение. Причины возникновения этого вида косоглазия могут быть обусловлены поражением соответствующих нервов или нарушением морфологии и функции самих мышц. Эти изменения могут носить врожденный характер или наступить вследствие инфекционных заболеваний, травм, опухолей, сосудистых заболеваний.

Признаки паралитического косоглазия:

- ограничение или отсутствие подвижности глаза в сторону пораженной мышцы (мышц);
- первичный угол отклонения (девиации) меньше вторичного;
- отсутствие бинокулярного зрения, возможно, двоение;
- вынужденное отклонение головы в сторону измененной мышцы;
- головокружение.

Данный вид косоглазия может возникать у человека в любом возрасте. Он может быть также вызван повреждениями (травмами), токсикозами, отравлениями и т. п.

Кроме того, различаются следующие формы косоглазия:

- сходящееся (часто сочетается с дальнозоркостью), когда глаз направлен к переносице;

- расходящееся косоглазие (часто сочетается с близорукостью), когда глаз направлен к виску;
- вертикальное (в случае, если глаз косит вверх или вниз).

При сходящемся косоглазии зрительная ось одного из глаз отклонена к носу. Сходящееся косоглазие обычно развивается в раннем возрасте и сначала нередко бывает непостоянным. Чаще всего данный вид косоглазия присутствует при дальнозоркости средней и высокой степеней.

При расходящемся косоглазии зрительная ось отклонена в сторону виска. Расходящееся косоглазие зачастую наличествует при врожденной или рано появившейся близорукости. Причинами появления расходящегося косоглазия могут быть травмы, заболевания головного мозга, испуг, инфекционные заболевания.

Помимо этого бывают и другие сочетания разных положений. Косоглазие может быть постоянным или периодически появляющимся.

Атипичные виды косоглазия – встречаются редко, обусловлены анатомическими аномалиями развития (синдром Дуана, Брауна, LVL-синдром и т. д.)

Симптомы косоглазия.

Объективным симптомом любого вида косоглазия служит асимметричное положение радужки и зрачка по отношению к глазной щели.

При паралитическом косоглазии подвижность отклоненного глаза в сторону парализованной мышцы ограничена или отсутствует. Отмечается диплопия и головокружения, которые исчезают при закрытии одного глаза, невозможность правильно оценить местоположение предмета. При паралитическом косоглазии угол первичного отклонения (косящего глаза) меньше, чем угол вторичного отклонения (здорового глаза), т. е. при попытке фиксации точки косящим глазом, здоровый глаз отклоняется на гораздо больший угол.

Пациент с паралитическим косоглазием вынужденно поворачивает или наклоняет голову в сторону с тем, чтобы компенсировать нарушения зрения. Этот адаптационный механизм способствует пассивному переводу изображения объекта на центральную ямку сетчатки, избавляя тем самым от двоения и обеспечивая не вполне совершенное бинокулярное зрение. Вынужденный наклон и поворот головы при паралитическом косоглазии следует отличать от такового при кривошее, отите.

В случае поражения глазодвигательного нерва отмечается птоз века, расширение зрачка, отклонение глаза кнаружи и книзу, возникает частичная офтальмоплегия и паралич аккомодации.

В отличие от паралитического косоглазия, при содружественной гетеротропии, диплопия, как правило, отсутствует. Объем движения косящего и фиксирующего

глаз приблизительно одинаковый и неограниченный, углы первичного и вторичного отклонения равны, функции глазодвигательных мышц не нарушены. При фиксации взгляда на предмете один или попеременно оба глаза отклоняются в какую-либо сторону (к виску, носу, вверх, вниз).

Содружественное косоглазие может быть горизонтальным (сходящимся или расходящимся), вертикальным (суправергирующим или инфравергирующим), торзионным (циклотропия), комбинированным; монолатеральным или альтернирующим.

Монолатеральное косоглазие приводит к тому, что зрительная функция отклоненного глаза постоянно подавляется центральным отделом зрительного анализатора, что сопровождается снижением остроты зрения этого глаза и развитием дисбинокулярной амблиопии различной степени. При альтернирующем косоглазии амблиопия, как правило, не развивается или бывает выражена незначительно.

Диагностика косоглазия.

При косоглазии необходимо комплексное офтальмологическое обследование с проведением тестов, биометрических исследований, осмотром структур глаза, исследованием рефракции.

При сборе анамнеза уточняют сроки возникновения косоглазия и его связь с перенесенными травмами и заболеваниями. В ходе наружного осмотра обращают внимание на вынужденное положение головы (при паралитическом косоглазии), оценивают симметрию лица и глазных щелей, положение глазных яблок (энофтальм, экзофтальм).

Затем производится проверка остроты зрения без коррекции и с пробными линзами.

Для определения оптимальной коррекции с помощью скиаскопии и компьютерной рефрактометрии исследуется клиническая рефракция. Если на фоне циклоплегии косоглазие исчезает или уменьшается, это указывает на аккомодационный характер патологии. Передние отделы глаза, прозрачные среды и глазное дно исследуются с помощью биомикроскопии, офтальмоскопии.

Для исследования бинокулярного зрения проводится проба с прикрыванием глаза: косящий глаз при этом отклоняется в сторону; с помощью аппарата синоптофора оценивается фузионная способность (способность к слиянию изображений). Производится измерение угла косоглазия (величины отклонения косящего глаза), исследование конвергенции, определение объема аккомодации.

При выявлении паралитического косоглазия показана консультация невролога и дополнительное неврологическое обследование (электромиография, электронейрография, вызванные потенциалы, ЭЭГ и др.).

Лечение косоглазия.

При содружественном косоглазии главной целью лечения служит восстановление бинокулярного зрения, при котором устраняется асимметрия положения глаз и нормализуются зрительные функции. Мероприятия могут включать оптическую коррекцию, плеоптико-ортоптическое лечение, хирургическую коррекцию косоглазия, пред- и послеоперационное ортоптодиплоптическое лечение.

В ходе оптической коррекции косоглазия преследуется цель восстановления остроты зрения, а также нормализации соотношения аккомодации и конвергенции. С этой целью производится подбор очков или контактных линз. При аккомодационном косоглазии этого бывает достаточно для устранения гетеротропии и восстановления бинокулярного зрения. Между тем, очковая или контактная коррекция аметропии необходима при любой форме косоглазия.

Плеоптическое лечение показано при амблиопии для усиления зрительной нагрузки на косящий глаз. С этой целью может назначаться окклюзия (выключение из процесса зрения) фиксирующего глаза, использоваться пенализация, назначаться аппаратная стимуляция амблиопичного глаза (Амблиокор, Амблиопанорама, программно-компьютерное лечение, тренировка аккомодации, электроокулостимуляция, лазерстимуляция, магнитостимуляция, фотостимуляция, вакуумный офтальмологический массаж). Ортоптический этап лечения косоглазия направлен на восстановление согласованной бинокулярной деятельности обоих глаз. С этой целью используются синоптические аппараты (Синоптофор), компьютерные программы.

На заключительном этапе лечения косоглазия проводится диплоптическое лечение, направленное на выработку бинокулярного зрения в естественных условиях (тренировки с линзами Баголини, призмами); назначается гимнастика для улучшения подвижности глаз, тренировки на конвергенцтренере.

Хирургическое лечение косоглазия может предприниматься, если эффект от консервативной терапии отсутствует в течение 1-1,5 лет. Оперативную коррекцию косоглазия оптимально проводить в возрасте 3-5 лет. В офтальмологии хирургическое уменьшение или устранение угла косоглазия часто проводится поэтапно. Для коррекции косоглазия применяются операции двух типов: ослабляющие и усиливающие функцию глазодвигательных мышц. Ослабление мышечной регуляции достигается с помощью пересадки (рецессии) мышцы либо пересечения сухожилия; усиления действия мышцы добиваются путем ее резекции (укорочения).

До и после операции по коррекции косоглазия показано ортоптическое и диплоптическое лечение для ликвидации остаточной девиации. Успешность хирургической коррекции косоглазия составляет 80-90%. Осложнениями хирургического вмешательства могут являться гиперкоррекция и недостаточная коррекция косоглазия; в редких случаях - инфекции, кровотечение, потеря зрения.

Критериями излечения косоглазия служат симметричность положения глаз, устойчивость бинокулярного зрения, высокая острота зрения.

Прогноз и профилактика косоглазия.

Лечение косоглазия необходимо начинать, как можно раньше, чтобы к началу школьного обучения ребенок был в достаточной степени реабилитирован в отношении зрительных функций. Практически во всех случаях при косоглазии требуется упорное, последовательное и длительное комплексное лечение. Поздно начатая и неадекватная коррекция косоглазия может привести к необратимому снижению зрения.

Наиболее успешно поддается коррекции содружественное аккомодационное косоглазие; при поздно выявленном паралитическом косоглазии прогноз восстановления полноценной зрительной функции неблагоприятный.

Профилактика косоглазия требует регулярных осмотров детей офтальмологом, своевременной оптической коррекции аметропий, соблюдения требований гигиены зрения, дозированной зрительных нагрузок. Необходимо раннее выявление и лечение любых заболеваний глаз, инфекций, профилактика травм черепа. В процессе беременности следует избегать неблагоприятных воздействий.

Список литературы.

Аветисов Э.С.Руководство по детской офтальмологии. – М: Медицина, 1987.- 495 с.

Аветисов Э.С., Ковалевский Е.И., Хватова А.В.Руководство по детской офтальмологии.- М.: Медицина, 1987.- 495 с.

Аветисов Э.С. Содружественное косоглазие. – М.: Медицина, 1997.- 312 с.

Архангельский В.Н.Морфологические основы офтальмологической диагностики. – М.: Медицина, 1960.- 174 с.

Азнабаев М.Т., Бабушкин А.С., Мальханов В.Б. Редкие случаи клинической офтальмологии.- Уфа, 2005.- 302 с.

Рецензия

на реферат по офтальмологии

Ординатора Сафроновой Анны Сергеевны.

на тему: «Косоглазие»

В основной части работы автор последовательно и доходчиво излагает теоретический материал. Материал излагается от общего к частному. Дается понятие содружественное и паралитическое косоглазие, сходящееся расходящееся и вертикальное косоглазие. В тексте используется много схем и классификации, облегчающих понимание излагаемого материала. Интерпретация данных анамнеза жизни и заболевания, угла отклонения девиации важна в диагностике при постановки вида косоглазия и тактики дальнейшего лечения. Поэтому необходимы повторные исследования угла отклонения по Гиршбергу с диагностической целью и для оценки эффекта оперативного, ортоптического и окклюзионного лечения.

Оценивая представленную работу, можно отметить тот факто, что автор стремился максимально подробно разобраться и изложить изучаемый теоретический материал и справился с поставленной задачей - работа не содержит значимых фактических ошибок. Стил изложения соответствует поставленной цели.

В целом работа выполнена на хорошем уровне и заслуживает оценки «отлично».

Заведующая кафедрой офтальмологии

с курсом ПО им. Проф. М.А. Дмитриева

д.м.н., проф. Козина Е.В.

