

УДК 617.751.6:617.77–007.281–053.1–085

**СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ИЗЛЕЧЕНИЯ КОСОГЛАЗИЯ,
СОЧЕТАННОГО С ПТОЗОМ ВЕРХНЕГО ВЕКА****Л. А. Бруцкая**, канд. мед. наук

Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова АМН Украины

Ключевые слова: птоз, косоглазие**Ключові слова:** птоз, косоокість

В общей структуре заболеваний органа зрения в детском возрасте патология век составляет около 10% [1]. По данным Т. П. Кащенко с соавт., врожденный характер птоза верхнего века в сочетании с косоглазием наблюдается в 60,4%, приобретенный — в 39,6% случаев, при этом в 52–81,3% диагностируется амблиопия [4, 7, 10]. Снижение зрения, появление косоглазия, безусловно, связано с частичным выключением зрительного сенсорного сигнала. А это приводит к ограничению трудоспособности и профессиональной пригодности.

Аномалии развития и положения век, как правило, обусловлены многообразными тератогенными факторами, которые действовали в процессе беременности в период закладки и развития век, а также могут передаваться по наследству и носить семейный характер [1]. Данная патология часто может осложняться вынужденным поворотом головы, контрактурой мышц шеи, а также большим косметическим недостатком является и косоглазие. Клинические формы этой сочетанной патологии достаточно разнообразны [5].

Птоз отрицательно сказывается на функциональном развитии глаза: ограничивает поле зрения, изменяет рефракцию роговицы, вызывает косоглазие, что в дальнейшем приводит к нарушению бинокулярного зрения [2, 3], поскольку зрительная система чувствительна к депривации на протяжении всего периода формирования зрительного восприятия [6, 8]. При асимметрии в положении глаз зрительные раздражения сдвигаются с симметричных участков сетчаток и создаются условия для двоения. Ребенок освобождается от двоения тем, что его внимание концентрируется на более отчетливом изображении, воспринимаемом фиксирующим глазом, а изображение косящего глаза тормозится. Вследствие длительного торможения наступает снижение остроты зрения косящего глаза [9].

В этом отношении представляет интерес наше наблюдение, выявившее влияние птоза верхнего

века на оптомоторный механизм бинокулярного зрения у больного Б., 9 лет. В Институт глазных болезней и тканевой терапии им. В. П. Филатова АМН Украины по направлению невропатолога обратилась мать с жалобами на опущение верхнего века и косоглазие правого глаза у ребенка. Ранее мать этого не замечала. Птоз и косоглазие заметил невропатолог при профосмотре в школе две недели назад. Данные компьютерной томографии головного мозга в норме. Ребенок из тройни, 8-месячный. Родоразрешение — путем кесарева сечения. Два родных брата здоровы.

Объективно: острота зрения правого глаза = 0,7; острота зрения левого глаза = 0,85. Правый глаз отклонен кнаружи 0–20°. По цветотесту монокулярный характер зрения с 5м, бинокулярный с 3м. Верхнее веко правого глаза прикрывает роговицу соответственно 1/3 области зрачка, веко левого глаза зрачок не закрывает. Ширина глазных щелей: правого глаза — 6 мм, левого — 8 мм. Оба глаза: глазное дно без видимой патологии, фиксация фовеальная. На фоне циклоплегии рефракция правого и левого глаза: 90° +0,5 дптр, 180° +1,25 дптр. Острота зрения с широким зрачком: правого глаза = со сферой + 0,5 и цилиндром +0,75 ах 90° = 0,7; острота зрения левого глаза = со сферой + 0,5 и цилиндром +0,75 ах 90° = 0,85. Назначена очковая коррекция на оба глаза цилиндры +0,75 ах 90°. Девияция в очках 0°. Поставлен диагноз OU: врожденный частичный птоз верхнего века, периодическое содружественное расходящееся косоглазие, гиперметропический астигматизм, OD — амблиопия слабой степени. Ребенок очки носил постоянно, дома проводил упражнения на конвергенцию. Через 6 месяцев острота зрения правого глаза = 1,0 с цилиндром +0,5 ах 90° = 1,2; острота зрения левого глаза = 1,0 с цилиндром +0,5 ах 90° = 1,2. Девияция без очков и в очках 0°, установочных движений нет. Цветотест — бинокулярное зрение с 5м.

© Л. А. Бруцкая, 2010

Тактика лечения косоглазия и птоза верхнего века имеет свои показания и особенности и не всегда укладывается в традиционную схему лечения. С учетом частичного характера птоза верхнего века и малого возраста пациента хирургическое лечение может быть проведено в более старшем возрасте. В данном случае оно в настоящее время не было показано.

При астигматизме слабой и средней степеней у детей и подростков зрение может быть снижено незначительно, при больших же степенях анизометропии зрительная система этого глаза резко отстает в развитии, а это оказывает влияние на оптомоторный механизм бинокулярного зрения.

Часто этот глаз начинает отклоняться. При существующей девиации первым шагом является постоянное ношение очков, которое вводится в комплекс лечения косоглазия как лечебный фактор. В дальнейшем это предотвращает нарушение симметрии в положении глаз. При назначении очков нужно стремиться повысить остроту зрения и создать надлежащие взаимоотношения между аккомодацией и конвергенцией. Выравнивание зрительной линии косящего глаза создает благоприятные условия для развития бинокулярного зрения. В данном случае при расходящемся косоглазии имела гиперметропическая рефракция. Назначением очковой коррекции добивались цели повышения остроты зрения, а не уменьшения потребности в аккомодации [9].

Таким образом, к лечению сочетанной патологии птоза верхнего века и косоглазия необходимо подходить индивидуально. Раннее обнаружение амблиогенных факторов и адекватное лечение мо-

жет существенно улучшить остроту зрения, оказать влияние на оптомоторный процесс бинокулярного зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Аветисов Э. С., Ковалевский Е. И., Хватова А. В.** Руководство по детской офтальмологии. — М.: Медицина, 1987. — 495 с.
2. **Боброва Н. Ф., Хриненко В. П., Тронина С. А.** Показания к ранней хирургической коррекции синдрома блефарофимоза // Тез. доп. Х міжнар. офтальмологічного симпозиума Одеса-Генуя. — Одеса. — 1997. — С. 161–162.
3. **Боброва Н. Ф., Хриненко В. П., Тронина С. А.** Эффективность оперативного лечения врожденного птоза у детей различных возрастных групп // Офтальмол. журн. — 1993. — № 4. — С. 201–206.
4. **Кашенко Т. П., Катаев М. Г., Шарипова С. К., Аклаева Н. А.** // Вестн. офтальмол. — 2005. — № 2. — С. 8–11.
5. **Кашенко Т. П., Катаев М. Г., Шарипова С. К., Хведелидзе Т. З.** // Труды межд. конф. «Рефракционные и глазодвигательные нарушения» Москва, 25–26 сентября 2007, с.33.14–33.17.
6. **Куман И. Г., Федоров С. Н., Новикова Л. А.** // ЖВНД. — 1983. — Т.33. — № 3. — С. 434–441.
7. **Левагин В. Е.** // Офтальмол. журн. — 1988. — № 3. — С. 192–193.
8. **Мазумдар М. К.** // Офтальмол. журнал. — 1986. — № 6. — С. 328–331.
9. **Пильман Н. И.** Безоперационное лечение содружественного косоглазия у детей // Киев, 1955. — С. 79.
10. **Сергеева П. А., Халецкая Л. Я.** // Офтальмол. журн. — 1974. — № 2. — С. 146–148.

Поступила 12.10.2010

Рецензент д-р мед. наук В. И. Сердюченко

