

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Лола Джаннановна Бабаджанова
Дилором Тешаевна Махмудова
Адолат Махмуджон кизи Дусмухамедова
Дурдона Бахромовна Каланхаджаева
Ташкентского Педиатрического медицинского института

СМЕШАННАЯ ФОРМА КОСОГЛАЗИЯ У ДЕТЕЙ

For citation: Lola Dzhannanovna BABADZHANOVA, Dilorom Teshaevna MAKHMUDOVA, Adolat Makhmudjon kizi DUSMUKHAMEDOVA, Durdona Bakhromovna KALANKHADZAYEVA THE MIXED FORM OF STRABISMUS IN CHILDREN. Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 1, pp.126-131

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-1-18>

АННОТАЦИЯ

В статье представлен сравнительный анализ результатов хирургического лечения детей смешанной формой косоглазия у 30 детей в возрасте от 5 до 12 лет. Вертикальный компонент при смешанной форме косоглазия выражался гиперфункцией нижней косой мышцы (НКМ). Все обследуемые дети были поделены на две группы: первую группу- составили 16 детей, у которых I этапом хирургического вмешательства было проведено устранение угла девиации на горизонталомоторах с транспозицией их кверху или книзу. Во второй группе (14 детей) первенство хирургии заняло устранение вертикальной девиации - операция на НКМ. Результаты хирургического лечения показали, что в 1 группе вертикальный компонент был устранен в 58% случаев, при этом сохранялась оверация и остаточный угол "V" паттерна. Во 2 группе вертикальный компонент был исправлен в 89% случаев и устранена оверация. Таким образом сравнительный анализ результатов хирургического лечения детей со смешанной формой косоглазия, показал, что первым этапом хирургического вмешательства необходимо выполнять хирургию на НКМ.

Ключевые слова: смешанное косоглазие, миотомия, "J" транспозиция, "A" паттерн, "V" паттерн

Lola Djannanovna Babadjanova
Dilorom Teshaevna Mahmudova
Adolat Mahmudjon qizi Dusmuhamedova
Durdona Baxromovna Kalanxadjayeva
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti oftalmologiya

BOLALARDA G'ILAYLIKNING ARALASH SHAKLI

ANNOTATSIYA

Maqolada 5 yoshdan 12 yoshgacha g'ilyalikning aralash shakli bo'lgan 30 bolada bolalarni jarrohlik davolash natijalarining qiyosiy tahlili keltirilgan. G'ilyalikning aralash shaklidagi vertikal komponent pastki qiyshiq mushakning (PQM) giperfunktsiyasi bilan ifodalangan. Barcha tekshirilgan bolalar ikki guruhga bo'lingan: birinchi guruh 16 boladan iborat bo'lib, ularda gorizontall mushaklarda burilish burchagini yo'q qilish maqsadida yuqoriga yoki pastga transpozitsiya o'tkazildi. Ikkinchi guruhda (14 bola) operatsiyaning ustunligi vertikal og'ish olib tashlash maqsadida - PQMda operatsiya olib borildi. Jarrohlik muolajasi natijalari shuni ko'rsatdiki, 1-guruhda 58% hollarda vertikal komponent yo'q qilingan, shu bilan birga overatsiya va "V" pattern qoldiq burchagi saqlanib qolgan. 2-guruhda 89% hollarda vertikal komponent tuzatilgan va overatsiya yo'q qilingan. Shunday qilib, g'ilyalikning aralash shakli bo'lgan bolalarni jarrohlik davolash natijalarini qiyosiy tahlili shuni ko'rsatdiki, jarrohlik aralashuvining birinchi bosqichi PQMda operatsiya qilishdir.

Kalit so'zlar: aralash g'ilyalik, miotomiya, "J" transpozitsiya, "A" pattern, "V" pattern

Lola Dzhannanovna Babadzhanova
Dilorom Teshaevna Makhmudova
Adolat Makhmudjon kizi Dusmukhamedova
Durdona Bakhromovna Kalankhadzayeva
Tashkent Pediatric medical institute

THE MIXED FORM OF STRABISMUS IN CHILDREN

ANNOTATION

The article presents a comparative analysis of the results of surgical treatment of children with a mixed form of strabismus in 30 children aged 5 to 12 years. The vertical component in the mixed form of strabismus was expressed by hyperfunction of the inferior oblique muscle (IOM). All the examined children were divided into two groups: the first group consisted of 16 children, in whom the first stage of surgical intervention was performed to eliminate the deviation angle on horizontal motors with their transposition upward or downward. In the second group (14 children), the superiority of surgery was taken by the elimination of vertical deviation - surgery on the IOM. The results of surgical treatment showed that in 1st group the vertical component was eliminated in 58% of cases, while the overaction and residual angle of "V" pattern were preserved. In 2nd group, the vertical component was corrected in 89% of cases and the overaction was eliminated. Thus, a comparative analysis of the results of surgical treatment of children with a mixed form of strabismus showed that the first stage of surgical intervention is to perform surgery on the IOM.

Keywords: mixed strabismus, miotomy, "J" transposition, "A" pattern, "V" pattern

Введение: Смешанное косоглазие - это сочетание нарушений действий горизонталомоторов с вертикаломоторами. По данным различных авторов, вертикальные отклонения глаз при горизонтальном косоглазии встречаются в 30-72 % случаев. Смешанная форма косоглазия, плохо поддается ортопти-ческим методам лечения. Известные способы лечения смешанной формы косоглазия заключаются в поэтапном или одновременном устранении горизонтального и вертикального компонентов косоглазия методом рецессии сильных и резекции слабых мышц глаза [3,9].

По положению в горизонтальном направлении различают сходящееся либо расходящееся косоглазие. Несимметричное положение глаз может выявляться и в вертикальном направлении. Нередко вертикальное отклонение сочетается с горизонтальным, но наблюдается и чисто вертикальное косоглазие, которое чаще всего является следствием пареза (или паралича) мышц вертикального действия, вызванного врожденными или приобретенными факторами. Встречается оно в целом не менее чем у трети детей со страбизмом, причем при врожденном косоглазии вертикальная девиация регистрируется в 90 % наблюдений [5,11,14].

В хирургической практике страбизмолога нередко встречаются клинические случаи смешанных видов косоглазия - горизонтального и вертикального. Чаще всего проявления V- или А-синдромов связано с гипер (или гипо) функцией экстраокулярных мышц вертикального действия. Тактика хирургического подхода к таким видам косоглазия традиционна. При наличии гетеротропий (форий) с выраженными V- или А-синдромами без дисфункции вертикаломоторов одним из хирургических методов выбора становится проведение вертикальной транспозиции экстраокулярных мышц (ЭОМ) горизонтального действия [1,10,12].

В структуре глазной заболеваемости косоглазие составляет около 7% случаев. В настоящее время среди самых распространенных форм этого заболевания выделяют смешанное косоглазие. Горизонтальное косоглазие нередко удается исправить нехирургическими методами лечения. Однако вертикальное отклонение глаз, встречающееся примерно у трети больных со страбизмом, плохо поддается ортоптическим методам лечения и требует хирургического вмешательства [2].

Перспективы развития окулопластической хирургии в значительной степени зависят от правильной тактики выбора хирургического лечения, выбора его этапности, что обеспечивает эффективность лечения как анатомически, функционально, так и косметически.

Механический дисбаланс, вызванный потерей функции какой-либо мышцы, приводит к гиперфункции ее антагониста. При этом создается такое положение глаз, при котором зрительные оси не сходятся, глаз отклоняется, нарушается восприятие и проведение зрительных информации по всей зрительной системе, нарушается способность к объемному зрительному восприятию.

К сожалению, многие страбизмологи не принимают во внимание вертикальный компонент косоглазия, в подавляющем большинстве случаев сопровождающийся гиперфункцией нижней косой мышцы (ГНКМ) [13].

Этиология врожденной эзотропии неизвестна, но подозреваются генетические аспекты. Врожденная эзотропия характеризуется константной большим углом эзотропии, равной 40 пд или более, и более поздними развивающимися двигательными дисфункциями, включая ГНКМ (60%), диссоциированное вертикальное отклонение (DVD) (40%) и скрытый нистагм (40%). Первичная ГНКМ обычно двусторонняя и асимметричная. Это часто связано с горизонтальным косоглазием, как правило, детской эзотропией (60%), но может происходить изолированно [8].

Соответственно это влияет на эффективность проведенных операций на мышцах горизонтального действия. Остается нестабильность горизонтальной девиации при вертикальном перемещении взора, возникает вертикальный компонент при латеральных перемещениях взора. В итоге косоглазие сохраняет несодружественный характер.

Известные способы лечения смешанной формы косоглазия заключаются в поэтапном или одновременном устранении горизонтального и вертикального компонентов косоглазия. Но в каждом случае есть и положительные и отрицательные стороны: поэтапное удлиняет процесс реабилитации, общий наркоз у детей может негативно отразиться на их общем состоянии. А одномоментное выполнение- пересечение нескольких мышц может вызвать ишемию переднего отрезка глаза. Даже при современной микрохирургии частота осложнений как перфорация склеры составляет до 2.8% [4], эндофтальмиты до 0.2%.

Развитие кисты конъюнктивы является несчастным осложнением хирургического вмешательства по поводу косоглазия (0,25%) [7].

По данным ряда авторов, частота гипокоррекции и рецидива косоглазия после хирургического лечения сходящегося косоглазия составляет от 20 до 40 %, а случаи недокоррекции и рецидива косоглазия после хирургического лечения расходящегося косоглазия варьируют от 22 до 59 % [6].

Цель: изучить результаты сравнительного хирургического лечения смешанного косоглазия, сопровождающегося гиперфункцией нижней косой мышцы.

Материал и методы исследования: Проведен анализ хирургического лечения со смешанным косоглазием, где вертикальный компонент выражался гиперфункцией нижней косой мышцы (ГНКМ) у 30 детей. Возраст варьировал от 5 до 12 лет. Монокомпонент наблюдался у 27% (8 глаз), билатеральный у 73% (22 глаза). “V” паттерн у всех (100%) пациентов. Разница углов при взоре сверху вниз составила от 10 до 30 ПД. В 98% случаев эта гиперфункция была вторичной в результате пареза n.trochlearis. в группу обследования включены дети только с сходящим компонентом.

Всем проведены страбологические методы исследования: исследование подвижности глаз при различных направлениях взора, исследование положения глаз и степени девиации в различных позициях взора, тест Бильшовского, трехшаговый тест Паркса, определение характера тортиколлиса. Форсионный тест- интероперационно (Форцепст-тест)

Все обследуемые дети были включены в две группы: первую группу- составили дети, у которых была проведена I этапом- устранение угла девиации на горизонталомоторах- 53% (16 глаз). Вторая группа, где- первенство хирургии заняла- устранение вертикальной девиации- 47% (14 глаз).

Выявлена довольно высокая острота зрения у подавляющего большинства больных: на 84% (25 глаз) случаев составила 0.8-1.0 , на 10% (3 глаз) 0.3-0.7 , на 6% (2 глаза) – ниже 0.3.

Угол косоглазия определен от 16 до 30 ПД у 20% (6 глаз), от 35 до 60 ПД у 60% (18 глаз) при эзофории.

Характер зрения в подавляющем было одновременным (73%), в 27% - монокулярным.

Степень оверации (гиперфункции) НКМ оценивалось в 4-х степенях:

1-слабая, 2-средняя, 3-сильная, 4-оценивалось как 3 “+”.

Хирургия на НКМ выполнялась в зависимости от выраженности оверации: при оверации 1 и 2 – выполнялась двойная краевая миотомия НКМ, при оверации 3 – передняя транспозиция, при оверации 3 “+” – J транспозиция НКМ.

При двухсторонних процессах хирургия проводилась одномоментно на 2х глазах.

Техника выполнения.

Доступ к НКМ выполнялся через конъюнктивальный разрез в своде ниже-наружного сегмента (10-12 мм от лимба) отделение теноновой оболочки от склеры путем формирования тоннеля к НКМ (до ее визуализации). Мышца захватывается на двух мышечных кручках, очищается от фасции. Механическая коагуляция проводилась мышечным зажимом. Краевая миотомия выполнялось от 1/2 до 2/3 ширины мышцы. 2-3 надреза с дистальной и проксимальной стороны НКМ.

Передняя транспозиция НКМ- после ее пересечения у латерального конца, накладывались швы и мышца подшивалась на 2мм ниже прикрепления нижней прямой мышцы.

J- транспозиция – НКМ подшивалась на одном уровне место прикрепления нижней прямой мышцы.

Во всех позициях хирургия на НКМ – выполнялась без предворительной коагуляции с использованием мышечного зажима. Интраоперационных геморрагических осложнений ни в одном случае не было.

В группе, детей, где выполнялась хирургия на горизонталомоторах (50%) – была произведена бирецессия внутренних прямых мышц в соответственной дозировке (схема Баклей, №1) с транспозицией их книзу (“V”- паттерн). В зависимости от выраженности “V”- паттерна транспозицию мышц горизонтального действия выполняли по схеме расчета Баклеу (№2). Таб №1.

Схема Баклей, №1: эзотропия

ПД	Рецессия внутренней прямой прямой мышцы OU	Резекция наружной прямой мышцы OU
15	4,0	4,0
20	4,5	5,0

25	5,0	5,5
30	5,5	6,0
40	6,0	7,0
50	6,5	8,0
Более 50	Хирургия на 3х мышцах	

Схема Баклей, №2: A/V Patterns (без ГНКМ)

Количество ПД кверху-книзу	Транспозиция на ширину мышцы
10	$\frac{1}{4}$
15	$\frac{1}{2}$
20	$\frac{3}{4}$
25	1

Результаты и обсуждения.

Во 1-гр, где выполнялась первичная хирургия на горизонталомоторах с транспозицией кверху или книзу, вертикальный компонент устранен в 58% (9 глаз). Сохранялась оверация и остаточный угол “V” паттерна (таб №3).

В 2-гр, где первенсто хирургии смешанного косоглазия заняла операция на НКМ, вертикальный компонент исправлен в 89% (13 глаз), устранена оверация. Но сохранялась девиация горизонталомоторов с уменьшением угла девиации до 20 ПД.

Выводы.

- 1) Первым этапом у детей со смешанным косоглазием – необходимо выполнять хирургию на НКМ, учитывая, что это хирургическое вмешательство уменьшает горизонтальную девиацию, устраняет оверацию и “V” синдром.
- 2) Сравнительный анализ результатов хирургического лечения смешанной формы косоглазия, показывает, что метод вертикальной транспозиции ЭОМ горизонтального действия должна выполняться II этапом для коррекции остаточных углов девиации.

Литература

1. Анциферова Н.Г., Пузыревский К.Г., Плисов И.Л. Вертикальная транспозиция мышц горизонтального действия при лечении косоглазия, осложненного V- или А-синдромами Вестник ОГУ №2 2010 С.14-16
2. Выдрина А.А., Терещенко А.В., Трифаненкова И.Г. Изучение результатов поэтапного хирургического лечения смешанного косоглазия. IX Всероссийская научная конференция молодых ученых с международным участием Актуальные проблемы офтальмологии 2014 С.188
3. Горбенко В.М. Фокин В.П. Новый метод хирургического лечения смешанной формы косоглазия. Бюллетень Волгоградного научного центра РАМН. №1 2007г
4. Горбенко В.М. Фокин В.П. Обоснование одновременного исправления горизонтального и вертикального компонента при хирургическом лечении смешанной формы косоглазия. Вестник ВолГМУ №3 2007г. С.76-78.
5. Терещенко А.В. Белый Ю.А. Хирургия вертикального косоглазия: Новый подход к дозированию степени передней транспозиции нижней косой мышцы. Вестник ТГУ. Т21, вып 4. 2016г. С.1692-1267
6. Трилюдина Ю.И., Курочкин В.Н., Терехова Т.В., Глумскова Ю.Д. Современные методы хирургического лечения остаточного угла косоглазия. Вестник ТГУ, т.22, вып.4, 2017 С.734-738
7. Guadilla A.M., Gomez de Liano P., Merino P., Franco G. Conjunctival cysts as a complication after strabismus surgery // J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus.– 2011.– Vol. 48.– P. 298-300.

8. Helena Buch Hesgaard, Kenneth W. Wright. Principles of Strabismus Surgery for Common Horizontal and Vertical Strabismus Types. Advanced in Eye Surgery Edited by Patricio Pacheco United Kingdom February 24th 2016 P.5779
9. Трифаненкова И.Г., Терещенко А.В., Выдрина А.А., Терещенкова М.С., Исаев С.В. Этапность в хирургическом лечении смешанного косоглазия со слабостью верхней косой мышцы. Современные технологии в офтальмологии №5 2017г С.72-76
10. Анциферова Н.Г. Пузыревский К.Г. Хирургическое лечение экзофории с V-синдромом без гиперфункции нижних косых мышц Вестник ОГУ №4 2013г апрель. С.17-19.
11. Попова Н.А., Сорокина В.В., Горкин А.Е., Югай С.Г. Метод дозированной передней транспозиции нижней косой мышцы в хирургии вертикального косоглазия. Офтальмохирургия № 1 2012 С.30-32
12. Барсегян М.Л. Габриелян А.Р. К вопросу хирургического лечения содружественного горизонтально- вертикального косоглазия. Вестник стоматологии и челюстно- лицевой хирургии №4 2012г. С.26-28
13. Жукова О.В. Хирургическое лечение больных с косоглазием и гиперфункцией нижней косой мышцы. Вестник НГУ. Том 10 вып.5. 2012г. С.153-156.
14. Иванова В.Ф. Вертикальное косоглазие и тактика его лечения: Учебно-методическое пособие. – Минск, 2014. – 24 с.