
При огляді її гострота зору була 1,0 на обидва ока; кут збіжного косоокості правого ока становив 16-20 pr.dptr.Злиття на синоптофорі становило +17°. Було обмеження руху правого ока вправо. Вертикального відхилення не було.

Лабораторне дослідження крові порушень не виявило.

Проведено 2 курси по 10 сеансів електростимуляції зовнішнього прямого м'язу правого ока з інстиляціями прозерину 0,1% під час процедури та цитиколіновмісних крапель (ОМК-2) 3 рази на день протягом 3 місяців.

Рухливість правого ока відновилася, диплопія пройшла. Злиття на синоптофорі стало +4 град., амплітуда фузії склала від -2 до +9 градусів.

Диплопія при нейроофтальмологічній патології

Бойчук І.М.

ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України» (Одеса, Україна)

Стійка диплопія є наслідком порушення координації рухів двох очей чи порушення механізму бінокулярного злиття двох зображень лише на рівні мозку. Тому найчастіші і зрозумілі причини її виникнення — це, з одного боку, парез чи параліч одного чи кількох екстраокулярних м'язів і натомість існуючого раніше нормального бінокулярного зору (моторна диплопія), відновлення симетричного положення очей (після колишнього косоокості) при порушенні механізму фузії (сенсорна диплопія).

Етіологія. Захворюваннями, що викликають моторну диплопію, є найчастіше парези та паралічі екстраокулярних м'язів, паралічі центрального походження (ядерні), пов'язані з травмами мозку, нейрохірургічними операціями, судинними та інфекційними захворюваннями, інсультами, внутрічерепними та орбітальними пухлинами різного походження. Найбільш часті паралічі відвідного нерву, на другому місці – окорухового, рідше – блокового нерву. Найчастішими захворюваннями, які викликають моторну диплопію, є парези та паралічі екстраокулярних м'язів, паралічі центрального походження (ядерні), пов'язані з травмами мозку –

струсами, контузіями; нейрохірургічними операціями, судинними та інфекційними захворюваннями. За захворювання вуха, горла та носа мають зв'язок із захворюваннями очей, що зумовлено анатомічними особливостями структур кровопостачання та іннервації цих органів. Найбільш часті паралічі відвідного нерва, на другому місці – окорухового, рідше – блокувидного нерву. З генералізованих захворювань нервової та м'язової систем, що викликають диплопію, на першому місці стоїть міастенія. Найрідкісніші її причини – прогресуюча м'язова дистрофія, над'ядерна прогресуюча офтальмоплегія, розсіяний склероз.

Периферичні ураження екстраокулярних м'язів, що призводять до диплопії, бувають при ендокринних міопатіях. Травми орбіти спричиняють двоїння як внаслідок безпосереднього ушкодження м'язів (сюди включаються і ушкодження блоку верхнього косого м'язу), всіх трьох рухових нервів, і внаслідок зміщення очного яблука. Останнє буває особливо виражено при так званому вибуховому зламі орбіти, коли під дією фронтальної ударної хвилі різко підвищується орбітальний тиск і проламується найбільш піддатлива нижня стінка орбіти.

Диплопія може виникати і після операцій в епібульбарній області: різних втручань з приводу відшарування сітківки (циркляж, пломбування), склеропластики при прогресуючій короткозорості.

Клінічні прояви. При моторній диплопії механізм біокулярного зору, як правило, не страждає і біокулярне злиття зображень забезпечується компенсуючим поворотом голови в сторону дії ураженого м'яза (тортиколіс), що переводить зображення в оці, що косить, на центральну ямку сітківки.

На відміну від моторної сенсорна диплопія пов'язана з порушенням або вродженою слабкістю механізму фузії і обмеженням її амплітуди. Сенсорна диплопія може виявитися в період розвитку косоокості, коли порушується симетричне положення очей і зображення фіксованого предмета потрапляє в одному з очей не на центральну ямку, а на сусідню з нею ділянку і фузійний механізм не справляється з таким зміщенням. Як правило, пацієнт може точно відзначити день і навіть момент, коли з'явилося дво-

їння, навіть якщо воно не пов'язане безпосередньо з травмою чи операцією. Двоїння, особливо якщо раніше хворий мав повноцінний бінокулярний зір,— болісна скарга. Пацієнт втрачає працездатність і побутові навички: йому важко ходити, користуватися транспортом, виконувати домашні роботи. Нерідко для припинення двоїння пацієнти примружують одне око або навіть прикривають його пов'язкою.

При усуненні причин диплопії поступово настає адаптація: пацієнту вдається вибирати «основне» зображення і придушувати, не помічати друге, «хибне», зображення. Це вдається тим легше, чим далі друге зображення від першого, тобто чим більше кут косоокості, що викликав диплопію. Однак цей процес у деяких хворих протікає повільно і важко: реабілітація затягується на роки. При частковій диплопії, наприклад внаслідок паралічу відвідного нерву, адаптація полягає у вимушеному положенні голови: при погляді в бік ураженого м'яза пацієнт повертає голову, а не очі.

Лікарі-офтальмологи можуть суттєво підвищити якість реабілітації хворих з диплопією та прискорити їх повернення до нормального життя.

Лікування. Всі хворі з раптовою втратою зору та раптовою появою «двоїння» потребують термінової спеціалізованої допомоги та стаціонарного лікування в більшості випадків.

Лікування в першу чергу скеровано на усунення причини захворювання, що привело до двоїння і включає протизапальну, антибіотикотерапію, кортикостероїдну терапію, у деяких випадках протинабрякову. В подальшому, через три тижні призначається фізіотерапія – електростимуляція уражених м'язів із застосуванням розчину прозерину 0,1%. Інколи потрібно провести 3 курси по 10 сеансів з перервою 2 місяці між курсами лікування. При залишковому куті косоокості і двоїнні призначаються призми згідно загальних правил. Через рік можливо хірургічне втручання для корекції двоїння.