

UOT: 617.758.1-001]-089

Əsədova Ş.Ə.

YUXARI ÇƏP VƏ AŞAĞI DÜZ ƏZƏLƏLƏRİN POSTRAVMATİK İFLİCİNİN KOMBİNƏ CƏRRAHİYYƏSİ (KLİNİK HAL)

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Göz xəstəlikləri kafedrası, Bakı şəh., Tbilisi pros., 3165

Açar sözlər: *posttravmatik paralitik çəpgözlük, çəpgözlüyün kombinə edilmiş cərrahiyyəsi*

Asadova Sh.A.

THE EFFICIENCY OF THE COMBINED SURGICAL TREATMENT OF THE POSTRAVMATİK PARALYSIS OF THE UPPER OBLIQUE AND INFERIOR RECTUS MUSCLE

SUMMARY

The rare clinical case of the combined posttraumatik strabismus, paralysis of the upper oblique and inferior rectus muscle after a head injury sustained in 1993 in the battles of the Karabakh war is described. In two years after the trauma the patient had complaints of double vision and vertical strabismus, which he compensated for by the forced position of the head.

In May 2019 the patient underwent the combined surgical intervention: at the same time- recession of the superior rectus muscle, resection of the inferior rectus muscle, also separation of the inferior oblique muscle from the attachment site and suturing to the attachment site of the inferior rectus muscle.

Follow-up period was 7 months. Restoration of the normal position of eyes, elimination of the head were noted.

The described case confirms the efficiency of the combined surgery performed simultaneously on three muscles which make it possible to obtain positive clinical – functional and cosmetic results and enhances the quality of life of the patient.

Key words: *post-traumatic paralytic strabismus, combined strabismus surgery*

Асадова Ш.А.

КОМБИНИРОВАННАЯ ХИРУРГИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПАРАЛИЧА ВЕРХНЕЙ КОСОЙ И НИЖНЕЙ ПРЯМОЙ МЫШЦ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

РЕЗЮМЕ

В статье описан редкий клинический случай комбинированного посттравматического косоглазия, паралича верхней косой и нижней прямой мышц после черепно-мозговой травмы, полученной в 1993 году в боях Карабахской войны. Через 2 года после травмы у больного появились жалобы на двоение и вертикальное косоглазие, которое он компенсировал вынужденной позицией головы.

В мае 2019 года больному произведено комбинированное хирургическое вмешательство: одновременно – рецессия верхней прямой, резекция нижней прямой мышц, а также отсепаровка нижней косой мышцы от места прикрепления и подшивание к месту прикрепления нижней прямой мышцы.

Срок наблюдения составил 7 месяцев. Отмечено восстановление правильного положения глаз, устранение двоения и вынужденной позиции головы.

Описанный случай подтверждает эффективность комбинированной хирургии, произведенной одновременно на трех мышцах, что дает возможность получить положительные клинико- функциональные, косметические результаты и способствует повышению качества жизни больного.

Ключевые слова: *посттравматическое паралитическое косоглазие, комбинированная хирургия косоглазия*

Tsiklovertikal ifliclər arasında IV sinirin iflici ən çox rast gəlinən iflic növüdür. IV kəllə sinirin iflici nüvə və sinir uclarının anadangəlmə inkişaf pozulması nəticəsində və eləcə də sonradan qazanılmış ola bilər [1,2]. Sonradan qazanılmış ifliclərin səbəbləri kimi kəllə daxili travmalar, mərkəzi sinir sistemin vaskulyar patologiyaları, şəkərli diabet və beyin şişləri əsas səbəb kimi gətirilə bilər. Qapalı kəllə beyin travmasından sonra IV sinirin iflicinin əsas səbəbi sinirin kəsişdiyi nöqtədə qansızmadır. Bunlardan başqa infraorbital cərrahiyyə sırasında və ya travmaya bağlı olaraq troxleanın zədələnməsi, intrakranial cərrahiyyədən sonrası IV sinir iflici görülə bilər. Sonradan qazanılmış iflic 20% təşkil edirsə, pediatrik qrupda bu göstərici 67% təşkil edir [3].

IV sinirin iflici hissəvi və ya tam ola bilər. Xəstələrdə vertikal deviasiya müşahidə olunur və bunun səbəbi antaqonist çəp əzələnin hiperfunksiyasıdır. Yaxına baxışda əsasən vertikal deviasiya, uzağa baxışda ekstorsiyada artma mövcuddur. Müayinə zamanı baş pozisiyası və göz hərəkətləri diqqətlə müayinə olunmalıdır.

IV sinir iflici zamanı baş İflic olmayan tərəfə əyilir, çənə aşağı yönəlir.

Göz əzələlərinin vəziyyəti:

1. İflic olmayan gözdə aşağı düz əzələdə hiperfunksiya.
2. İflic olan gözdə aşağı çəp əzələdə kontraktura daha çox anadangəlmə yuxarı çəp əzələnin iflicində ortaya çıxan simptomdur.
3. Əks tərəfin yuxarı düz əzələsində ikincili psevdoparaliç müşahidə oluna bilər və bəzən bu hal əzələnin birincili iflicindən çətin ayırd edilir.

Bieloşovki testi dördüncü sinir iflicinin diaqnostikasında çox yararlıdır: əgər xəstədə sağ yuxarı çəp əzələnin iflici mövcudsa, baş sağ çiyinə əyildiyində xəstənin hipertrofiyasında artma ortaya çıxır [4].

Məqalədə göstərdiyimiz patologiyamı əks edən kliniki müşahidəmizi təqdim edirik.

Klinik hal

Xəstə S. E., 1973- cü il təvəllüdü, 30.05.2019 cü il akad. Zərifə Əliyeva adına Milli Oftalmologiya Mərkəzinə sağ gözdə «Yuxarı çəp və aşağı düz əzələnin hissəvi iflici. Vertikal çəpgözlük. Qeyri-düzgün baş pozisiyası» diaqnozu ilə daxil olmuşdur. Xəstənin dediyinə görə 1993 cü ilin aprel ayında Qarabağda vuruşarkən qrad qurğusundan çıxan böyük qəlpə sinəsini dəlib keçərək kürəyindən xaric olub (şək. 1)



Şək.1. Böyük qəlpənin sinəni dəlib keçib kürəkdən xaric olması

Eyni zamanda xəstə yığılaraq, küt kəllə beyin travması alıb, ağ ciyərin üst payında zədələnmə və nəfəs çatışmazlığı baş verib. İlk yardım Qubadlıda göstərib və döş qəfəsinə ağ ciyərdən qanaxmaya görə drenaj qoyulub. Bir gün sonra xəstə Bakı şəhərinə M.Topçubaşov adına Elmi-Tədqiqat Eksperimental İnstitutuna çatdırılıb və burda cərrahiyyə şöbəsində 8 ay müalicə alıb. İki il sonra iki binokulyar baxış zamanı görmənin ikiləşməsi və sağ gözün yuxarı getməsini qeyd edib. Dəfələrlə göz həkimləri xəstəyə nevroloji müalicənin almasını tövsiyə ediblər. Lakin müalicələr fayda verməyib.

Mərkəzə daxil olarkən: VİZ OD -0,7; VİZ OS -1,0. Qeyri-düzgün baş pozisiyası qeyd edilmişdir: baş sol çiyinə əyilib, üz sağa dönmüşdür (şək.2). Boynunu düzəldən zaman və düz baxışda sağ gözdə böyük dərəcəli vertikal çəpgözlük – hipertropiya əmələ gəlirdi (şək.3).



Şək.2. Qeyri-düzgün baş pozisiyası: baş sol çiyinə əyilib, üz sağa dönmüşdür



Şək.3. Düz baxışda sağ gözdə böyük dərəcəli vertikal çəpgözlük – hipertropiya

Sağ gözdə aşağı çəp əzələnin hiperfunksiya səbəbi ilə adduksiyada hipertropiya 3+ və sol aşağı baxışda yuxarı çəp əzələnin 2- hipofunksiyası nəzərə çarpırdı (şək.4). Eyni gözdə aşağı düz əzələnin 2-hipofunksiyası və yuxarı düz əzələnin hiperfunksiyası qeyd edilirdi (şək.5).



Şək.4. Sol aşağı baxışda yuxarı çəp əzələnin 2- hipofunksiyası



Şək.5. Sağ gözdə aşağı düz əzələnin 2-hipofunksiyası

Bieloşovski baş pozisiyasında baş sağ və sol çiyinə əyildiyi zaman sağ gözdə hipertropiya əmələ gəlirdi.



Şək.6. Bieloşovski baş pozisiyası: baş sağ və sol çiyinə əyildiği zaman sağ gözdə hipertropiya

Beləliklə, 9 kardinal baxış istiqamətində ölçülər götürüldü və xəstəyə sağ gözdə “Yuxarı çəp və aşağı düz əzələlərin iflici”, “Vertikal çəpgözlük” diaqnozu qoyuldu.

Cərrahi əməliyyat:

- Yuxarı düz əzələnin resessiyası 4,5 mm
- Aşağı düz əzələnin rezeksiyası 4,5 mm
- Aşağı çəp əzələnin insersiya yerindən (lateral əzələnin altından) ayıraraq aşağı düz əzələnin yeni bitişmə yerinə tikilməsi.

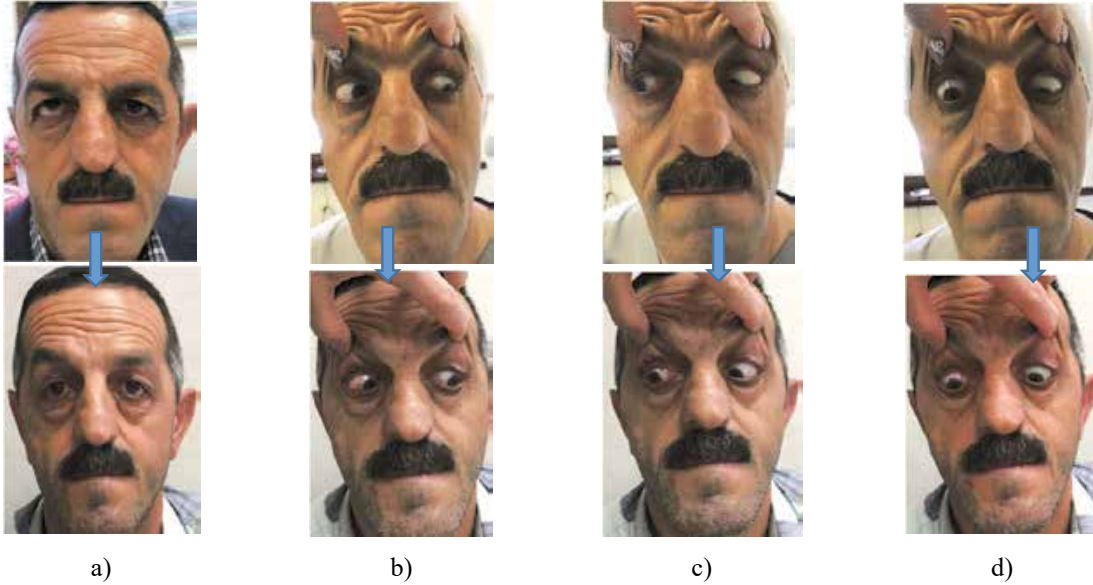
Alınan nəticələr

Müşahidəmizə əsasən bəzən çəp əzələlərin iflici horizontal və yaxud vertikal deviasiyalar ilə birgə görülə bilər. Qeyd etmək lazımdır ki, əgər çəp əzələlərin iflici daha çox anadangəlmədirsə, aşağı düz əzələnin iflicinin əsas səbəbi əksər hallarda travmadır [5, 6]. İlk dəfə olaraq, yuxarı çəp və aşağı düz əzələnin iflici küt kəllə beyin travmasından sonra müşahidə etmişdik və bir gözdə iki əzələnin iflicinin yaratdığı funksional dəyişikliklər müxtəlif olmuşdur. Bunun səbəbi ikincili olaraq sağlam əzələlərin funksiyalarının pozulmasıdır. Təqdim etdiyimiz xəstədə yuxarı çəp və aşağı düz əzələlərin postravmatik iflici baş vermişdir (travma inkar olunmur).

Əməliyyatdan sonra qeyri-düzgün baş pozisiyası və diplopiya qeyd olunmamışdır. Xəstənin gözləri ortoforikdir və bütün istiqamətlərdə göz hərəkətləri bərpa olunmuşdur (Şək. 8).

Məlumdur ki, iflic nəticəsində gözün başqa əzələlərində hipofunksiya və yaxud hiperfunksiya baş verə bilər. Patologiya mürəkkəb olduğuna görə xəstənin diaqnozunu qoymaq uzun vaxt aparən müayinələr tələb etmişdir [1, 2].

Beləliklə, xəstənin yaşının çox olmasına baxmayaraq, bir gözdə iki əzələnin iflicinin müalicəsi 3 əzələdə aparılan kombinə əməliyyat ilə fəsadsız keçdi. Ön seqmentin işemiyası baş vermədi və əməliyyatın düzgün planlaşdırılması uğurla nəticələndi.



a)

b)

c)

d)

Şək.8. Ortoforiya və bütün istiqamətlərdə göz hərəkətlərinin bərpa olunması: a) hipertropiyanın düzəlməsi; b) sol aşağı baxışda adduksiyanın düzəlməsi; c) sağ aşağı baxışda abduksiyanın düzəlməsi; d) aşağı baxışın düzəlməsi

Müzakirə

Dördüncü sinir iflicinin müalicəsi cərrahidir. Əgər xəstələrdə yuxarı çəp əzələnin iflicindən sonra aşağı çəp əzələnin hiperfunksiyası mövcudsa, bu əzələyə resessiya və ya tenotomiya aparılır. Qeyd etmək lazımdır ki, yuxarı çəp əzələni qatlama zamanı vertikal deviasiya ilə birgə tsiklodeviasiyada düzəldilmiş olunur. Xəstədə aşağı çəp əzələdə kontraktura, əks tərəfdə aşağı düz əzələdə hiperfunksiya və ikincili olaraq yuxarı düz əzələdə hipofunksiya mövcudsa, bu təqdirdə vertikal çəpəliyin dərəcəsi əks gözdə yuxarı və aşağı baxışlarda eyni miqdarda olacaq. Bu halda aşağı çəp əzələnin zəiflətməsi aparılmalıdır. Xəstədə aşağı çəp əzələdə kontraktura mövcud deyilsə, bu vəziyyətdə xəstənin əməliyyatına torsion və vertikal çəpəlik miqdarına görə qərar vermək lazımdır. Torsion, yuxarı çəp əzələdə gücləndirmə əməliyyatı ilə saxlana bilər. Bu əməliyyatlar qatlama, yuxarı çəp əzələnin ön yarısına irəlilətmə (Harada-İto əməliyyatı) ola bilər [7]. Eyni zamanda əzələ qatlanandan sonra Braun sindromunun ortaya çıxması nəzərə alınmalıdır [8]. Vertikal çəpəliyin dərəcəsi yüksək olan hallarda, xəstənin digər göz aşağı düz əzələsinə korreksiya olunan tikiş əməliyyatı böyük fayda verir.

Aşağı düz əzələnin iflicinin cərrahi müalicəsi yuxarı çəp əzələnin cərrahi müalicəsindən fərqlidir. Belə ki, aşağı düz əzələnin iflici zamanı yuxarı düz əzələyə gerilətmə, aşağı düz əzələyə rezeksiya aparılır. Çəpəlik düzəlməsə daxili və xarici düz əzələlər aşağı düz əzələnin bitişmə yerinə transpozisiya olunurlar.

Maraqlı faktıdır ki, iki ayrı istiqamətdən gözə daxil olan aşağı düz və yuxarı çəp əzələlərin iflici hansı səbəbdən baş verib və xəstənin aldığı travma ilə əlaqəsi varmı? Bu səbəbdən əzələlərin topoqrafik anatomiyasına diqqət yetirdik.

Vertikal əzələlərin başlanğıc yeri Zinn halqasıdır, bu bölgə optik kanalın etirafını və bir az da yuxarı orbita yarığını əhatə edir. Aşağı düz əzələ isə orbitanın alt divarına çox yaxın yerləşir.

Sağ üst çəp əzələnin başlanğıc nöqtəsi optik dəliyin üst nazal nahiyəsidir. Orbitanın medial divarına paralel olaraq uzanır və troxleaya gəlir. Yuxarı çəp əzələ troxleadan döndükdən sonra yuxarı düz əzələnin altından keçir və bu əzələnin bitişmə yerindən 3.0-4.5 mm məsafədən başlayaraq yelpik şəkildə skleraya bitişir. Yuxarı çəp əzələnin yapışma yerinin uzunluğu 7.0 ilə 18.00 mm arasında dəyişir, ortalama 11.00 mm qəbul edilə bilər. Bu bölgədəki vorteks venaları ilə yaxındır. Əzələnin 1/3 distal nahiyəsi vətərdir [9].

Qeyd etmək lazımdır ki, siklovertikal deviasiyalar bütün çəpliklər içində olduqca qarışıqdır və bir çox cərrahın tərəddüd etdiyi bir mövzudur. Deviasiyanın tam olaraq müalicəsi istənilirsə, bu halda çəplik dərəcəsi və zədələnmiş əzələ düz qiymətləndirilməli və buna əsasən əməliyyat planlaşdırılmalıdır. Əgər səhv diaqnoz qoyularaq əməliyyat olunarsa, nəticə binokulyar görmə və çəplik baxımından fəlakətdir; amma bunun əksinə diaqnoz və uyğun cərrahi müdaxilə aparılırsa nəticə çox uğurlu ola bilər.

Horizontal çəpliklərdə ambliopiya və qeyri düzgün fiksasiya çox görülür. Bu səbəbdən horizontal və siklovertikal deviasiyalar qarşı qarşıya qoyulmamalıdır. Siklovertikal çəplik olan xəstələrdə adətən motor fuziya mövcuddur və çox zaman kiçik vertikal deviasiyaları kompensasiya edirlər.

White və Brown (1939) xəstələrinin yarısında siklovertikal deviasiya, geri qalan üçdə birində isə horizontal və siklovertikal çəpliyi birlikdə müəyyən etmişdilər [10]. Scoobe (1951), 457 daxili çəplik olan xəstəsində 43% vertikal komponentin olduğunu qeyd etmişdir [10].

Yekun

Beləliklə, təqdim etdiyimiz kliniki hal, üç əzələdə keçirilən kombine cərrahi əməliyyatın effektivliyini, müsbət funksional və kosmetik nəticənin alınmasını və eləcə də xəstənin həyat keyfiyyətinin yaxşılaşmasını təsdiq etdi. Bizim xəstədə vertikal çəpliyin səbəbi aşkar olunaraq diqqətli müayinəyə əsasən əməliyyatın nəticəsi qənaətbəxş kimi qiymətləndirildi. Lakin, sağ gözdə iki əzələnin iflicinin səbəbi xəstənin küt kəllə beyin travma alması ilə və yaxud sinirin kəsişdiyi nöqtədə qansızma ilə əlaqəsi bizim üçün aciq olaraq qaldı.

ƏDƏBİYYAT:

1. Плисов И.Л., Черных В.В. Паралитическое косоглазие: клиника, диагностика, лечение // Офтальмология, 2018, 204 с.
2. Greenberg M.F., Polland Z.F. Treatment of inferior oblique paresis with superior oblique silicone tendon expander // J AAPOS, 2005, v.9(4), p.341-345.
3. Helveston E.M. Work up of the Strabismus Patient. In surgical management of strabismus. Belgium, wayenborgh publishing, 2005, p.79-123.

4. Noorden G. K. Binocular Vision and Ocular Motility: Theory and Management of Strabismus St. Louis: CV Mosby Co, 2002, 362 p.
5. Wright K. W. Color Atlas of Strabismus Surgery // Strategies and Techniques, 2007, 241 p.
6. Mills M.D. Strabismus surgery for adults. A report by the American Academy of Ophthalmology // Ophthalmology, 2004, v.111(6), p.1255-1262.
7. Dikici K. Brown sendromu. Cerrahpasha // J. Med., 2002, v.33, p.38-41.
8. Rose L.V., Elder J.F. Management of congenital elevation deficiency due to congenital third nerve palsy and monocular elevation deficiency // Clin. Experiment. Ophthalmol., 2007, v.35(9), p.840-846.
9. Mehendale R.A., Dagi L.R., Wu C. et al. Superior rectus transposition and medial rectus recession for Duane syndrome and sixth nerve palsy // Arch. Ophthalmol., 2012, v.130, p.195-201.
10. Ali Şefik Sanac. Şaşılık ve tedavisi, 2003.

Müəllif münafişələrin (maliyyə, şəxsi, peşəkar və digər maraqları) olmamasını təsdiqləyir

Korrespondensiya üçün:

Əsədova Şəhla Ələsgər qızı, tibb üzrə fəlsəfə doktoru, Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, Göz xəstəlikləri kafedrasının həkim-oftalmoloqu
shahlaasadova@rambler.ru;