

# Неврологические глазные СИМПТОМЫ

[Руководства АЛГОМ](#)

24.04.2016 Последнее изменение 08.02.2018

Авторы:

Кирси Сетяля

Под редакцией:

Доцента кафедры фундаментальной и клинической фармакологии  
Института фундаментальной медицины и биологии Казанского  
(Приволжского) федерального университета, врача-невролога высшей  
категории, к.м.н. Т.Р. Абакумовой

[Главное](#)

[Нарушение остроты зрения](#)

[Разные размеры зрачков \(анизокория\)](#)

[Диплопия \(двоение в глазах\)](#)

[Офтальмоплегия](#)

[Папиллоэдема \(отек диска зрительного нерва\)](#)

## Главное

- Предположение о локализации нейро-офтальмологического поражения и его возможной причине может быть получено при исследовании:
  - остроты зрения
  - полей зрения
  - движений глаз
  - реакций зрачков
  - разницы в размере зрачков.
- Диагностика и лечение требуют сотрудничества офтальмолога и невролога.

## Нарушение остроты зрения

- Важен тщательный сбор анамнеза.
  - Зрение ухудшилось только на один глаз или на оба глаза?
  - Ухудшение зрения было внезапным или постепенным?
    - Внезапное ухудшение зрения: может быть связано с сосудистой патологией?
      - У пациентов старше 50 лет: ишемическая оптическая нейропатия (как правило, развивается внезапно, но иногда ухудшение зрения может происходить в течение некоторого времени)
    - Ухудшение зрения в течение нескольких дней: неврит зрительного нерва?
      - Особенно у лиц молодого возраста
    - Постепенное ухудшение зрения: результат компрессии зрительного нерва?
- Как пациент заметил "зрительную" проблему?

- Случайно прикрыв один глаз: причины (нарушение зрения) могут быть обусловлены патологическими процессами в самом глазу, например, катаракта или дегенерация желтого пятна.
- При одностороннем снижении остроты зрения важно проверить реакции зрачка перед применением глазных капель, расширяющих зрачок: относительный афферентный зрачковый дефект (ОАЗД) является единственным объективным признаком одностороннего или асимметричного поражения зрительного нерва.
- См. также [1](#).

## Разные размеры зрачков (анизокория)

- Физиологическая анизокория является очень распространенным явлением: у 20% населения зрачки разного размера.
- В первую очередь спросить, не было ли оперативного вмешательства на глазах, травмы или применения глазных капель. Как давно зрачки разного размера (есть старые фотографии)?
- Оценить оба зрачка, они нормально реагируют?
- Если оба зрачка нормально реагируют на свет, то это может быть синдром Горнера или физиологическая анизокория.
  - Синдром Горнера (нарушение симпатической иннервации): птоз и миоз (иногда с нарушением потоотделения на пораженной стороне лица ); фотография [1](#).
  - Важно определить локализацию поражения и провести прицельное обследование пациента.
  - При остром синдроме Горнера с болью в области лица/шее на стороне поражения следует заподозрить диссекцию сонной артерии.
    - Показано неотложное проведение томографического исследования сонных артерий
  - У молодых женщин может наблюдаться периодическое расширение одного зрачка (часы-дни): вариант мигрени?
- Одностороннее ухудшение реакции зрачка: нарушение парасимпатической иннервации
  - Один зрачок расширен, круглый и утрачена реакция на свет: сдавление глазодвигательного нерва аневризмой или есть другие причины компрессии. Почти всегда диплопия (может быть умеренной).
    - Паралич глазодвигательного нерва + фиксированный расширенный зрачок: экстренная магнитно-резонансная томография (МРТ) и магнитно-резонансная или компьютерная томографическая ангиография (МРА или КТА)
  - У пациентов с травмой или без сознания расширенный зрачок может говорить о повышении внутричерепного давления и возможной герниации (вклинении головного мозга).
- Если единственный симптом — фиксированный и расширенный зрачок, назначают 1% глазные капли Pilocarpinum (пилокарпина) в каждый глаз (неповрежденный глаз служит в качестве контроля).
  - Если зрачок сужается: аневризма верхушки базилярной артерии?
  - Если зрачок не сужается: фармакологическая блокада? Атропиноподобный препарат был закапан в глаз или случайно или намеренно.
    - Был ли контакт с растениями, работает ли пациент в больнице, есть ли у членов семьи ирит (воспаление радужной оболочки)

- глаза), и не использовал ли пациент пластыри от укачивания?
- Если один зрачок неправильной формы, плохо реагирует на свет, видны червеобразные движения края зрачка при его освещении, то у пациента, вероятно, тонический зрачок (синдром Эйди).
    - Пораженный зрачок с самого начала больше, чем на противоположной стороне, но со временем он может становиться меньше; однако, реакции зрачка остаются вялыми, медленными и тоническими.
    - Чаще встречается у молодых женщин
    - В 20-30% случаев поражение становится билатеральным. Коленные рефлексы отсутствуют у трети пациентов.
    - Тонический зрачок сужается до точечного размера) при введении 0,1% раствора Pilocarpinum (пилокарпина) (денервационная гиперчувствительности)
    - Тонический зрачок — это доброкачественное состояние, не требующее дальнейшего обследования.

## **Диплопия (двоение в глазах)**

- Необходим тщательный сбор анамнеза: бинокулярная или монокулярная диплопия?
- Если диплопия сохраняется, когда пациент прикрывает один глаз, то ее причина - заболевания неприкрытого глаза: роговица, хрусталик, желтое пятно.
  - Необходимо направление к офтальмологу
- Бинокулярная диплопия: истинное двойное зрение
- Прерывистая диплопия, чаще при усталости: у пациента может быть гетерофория (скрытое косоглазие).
  - Показан тест с закрытием одного глаза.
  - Изучение диапазона движения глаз: есть ограничения?

## **Офтальмоплегия**

### **Глазодвигательный нерв (III пара черепно-мозговых нервов)**

- Глазодвигательный нерв иннервирует большинство мышц, ответственных за движения глаза, а также мышцу, поднимающую верхнее веко, и мышцу, суживающую зрачок.
- Полный паралич глазодвигательного нерва: птоз (опущение века), рассогласование движений глазных яблок и нарушение отведения глаза, отклонение глаза наружу (+ немного вниз), расширение зрачка и нарушение его реакции на свет. Необходимо срочное томографическое исследование; возможно сдавление аневризмой или наличие других причин компрессии.
- Если зрачковые реакции сохранены при полном параличе глазодвигательного нерва, то вероятный диагноз - микроинфаркт по ходу самого нерва.
  - Восстанавливается в течение нескольких месяцев.
  - Пожилым пациентам с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний томографические методы исследования не показаны, но они нуждаются в регулярном наблюдении.
- Следует учитывать возможность височного артериита.

- При неполном параличе глазодвигательного нерва нормальный размер зрачка не исключает сдавления нерва.

## **Блоковый нерв (IV пара черепно-мозговых нервов)**

- Блоковый нерв иннервирует мышцу, которая отвечает за отсутствие изоляции в движении глазных яблок, отведение их кнаружи и перемещение вниз .
- Паралич блокового нерва проявляется диплопией, которая усиливается при взгляде вниз: спуск по винтовой лестнице, чтение, прием пищи и т.д.
- Часты врожденные поражения нерва, однако симптомы (значимая диплопия) могут не развиваться до взрослого возраста (до 20-30 лет). Полезно изучение старых фотографий пациента для постановки диагноза: наблюдается наклон головы (к плечу в сторону, противоположную пораженной).
- Так как блоковый нерв выходит с дорсальной («спинной») стороны ствола головного мозга (проходит рядом с наметом мозжечка), его повреждения очень часто возникают при закрытой черепно-мозговой травме, например, при падении назад; внезапный удар также может привести к повреждению нерва.
- Паралич блокового нерва также может быть следствием микроинфаркта. Более редкая причина - компрессия блокового нерва.

## **Отводящий нерв (VI пара черепно-мозговых нервов)**

- Отводящий нерв иннервирует латеральную прямую мышцу. Поражение отводящего нерва приводит к ограничению движения глазного яблока (кнаружи) и появлению сходящегося косоглазия (эзотропии)
- У пожилых пациентов самая частая причина — микроинфаркт по ходу отводящего нерва, функция которого восстанавливается самостоятельно в течение нескольких месяцев.
- Другие причины — компрессия отводящего нерва и патология кавернозного синуса.
- Повышенное внутричерепное давление может вызвать одно-или двустороннюю дисфункцию отводящего нерва.
- Поражение ядер ствола головного мозга обычно сопровождается другими неврологическими нарушениями и характерным парезом зрения.
- Поражение ядра отводящего нерва не приводит к изолированному параличу отводящего нерва, но вызывает парез (или паралич) зрения.

## **Межъядерная офтальмоплегия (INO)**

- Межъядерная офтальмоплегия (INO)- наиболее распространенное нарушение движения глаз при рассеянном склерозе.
- Возникает при поражении медиального продольного пучка, в результате чего происходит разрыв связей между ядрами отводящего нерва и мотонейронами, иннервирующими контралатеральную медиальную прямую мышцу.
- В частности, приводит к недостаточности приведения правого глаза при взгляде влево и нистагму левого (отведенного) глаза.
- У пациентов пожилого возраста наиболее распространенная причина межъядерной офтальмоплегии — сосудистая патология.

## Миастения гравис

- Если у пациента перемежающаяся диплопия, которая усиливается при усталости, а также односторонний или двусторонний птоз, следует заподозрить миастению гравис.
- Миастения гравис может имитировать любое глазодвигательное нарушение, в том числе и паралич глазодвигательного нерва и межъядерную офтальмоплегию.

## Папиллоэдема (отек диска зрительного нерва)

- Отёк (как правило) двусторонний (фотографии [2 3](#)).
- Отсутствие спонтанной венозной пульсации
- Острота зрения, как правило, не изменяется.
- Признаки повышенного внутричерепного давления (головная боль, тошнота, нарушение уровня сознания)
- Необходимо срочно выяснить причину отека диска зрительного нерва: проведение томографического исследования.
  - Дифференциальный диагноз: головка зрительного нерва имеет необычный внешний вид : друзы оптического диска (ODD)?
  - При отсутствии других симптомов повышенного внутричерепного давления необходима консультация офтальмолога.

Под редакцией: Доцента кафедры фундаментальной и клинической фармакологии Института фундаментальной медицины и биологии Казанского (Приволжского) федерального университета, врача-невролога высшей категории, к.м.н. Т.Р. Абакумовой

Последний пересмотр и обновление 24.04.2016 Последнее изменение 08.02.2018

Идентификатор статьи: ebr00742 (036.008)

© Duodecim Medical Publications Ltd, Mediaxel OY, ООО АЛГОМ