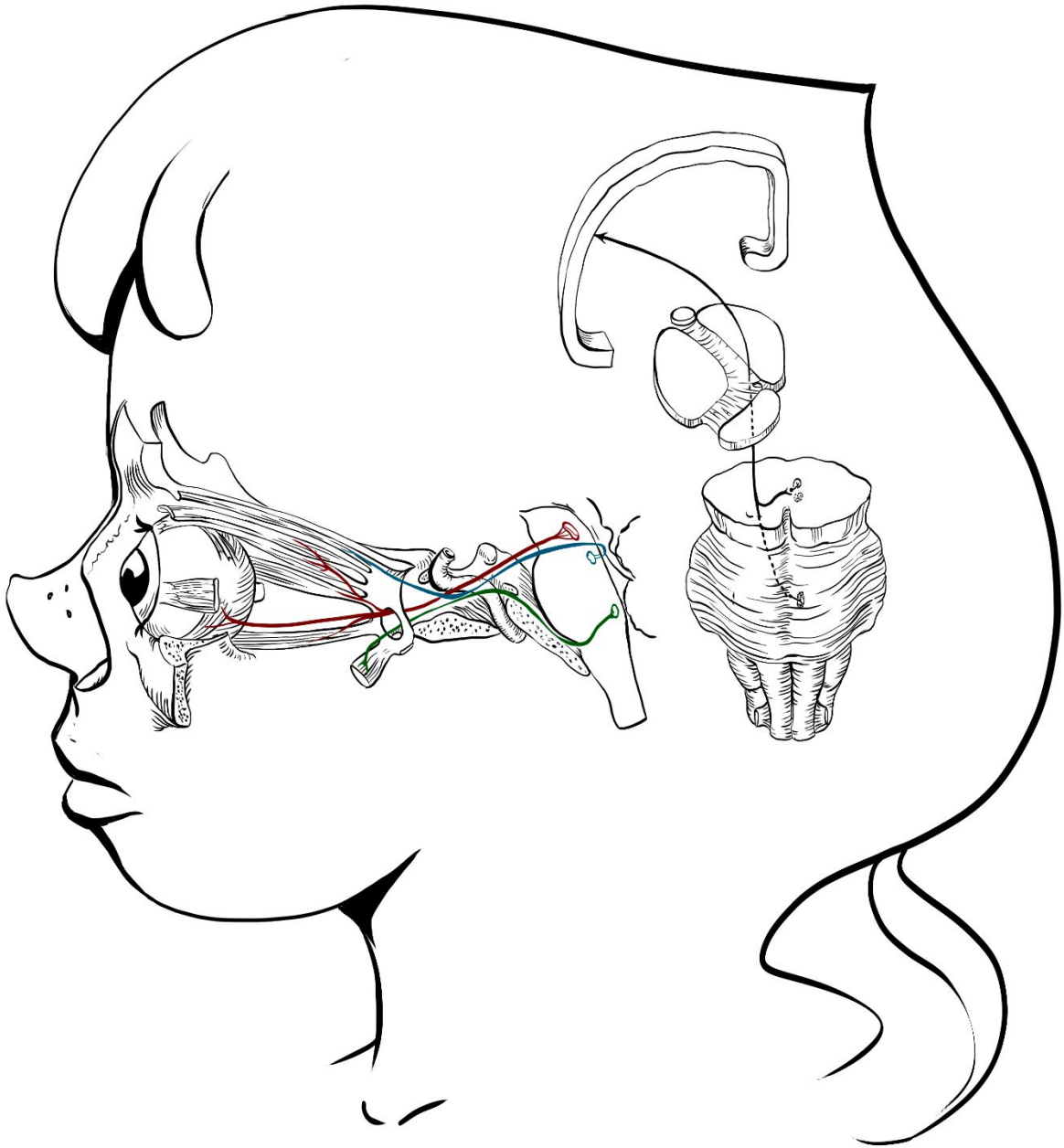


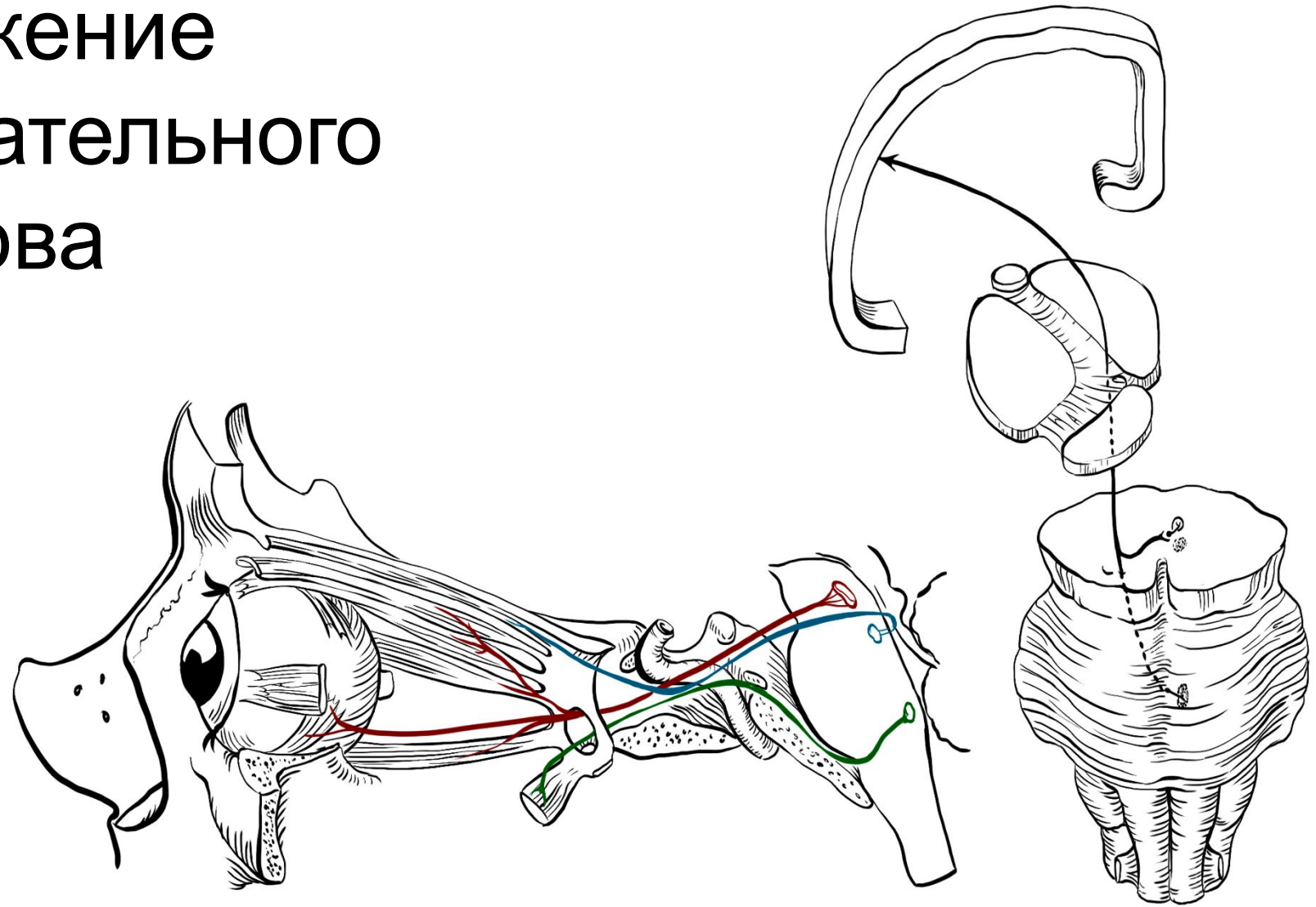
Поражение III, IV, VI черепных нервов

Дудина А.А.



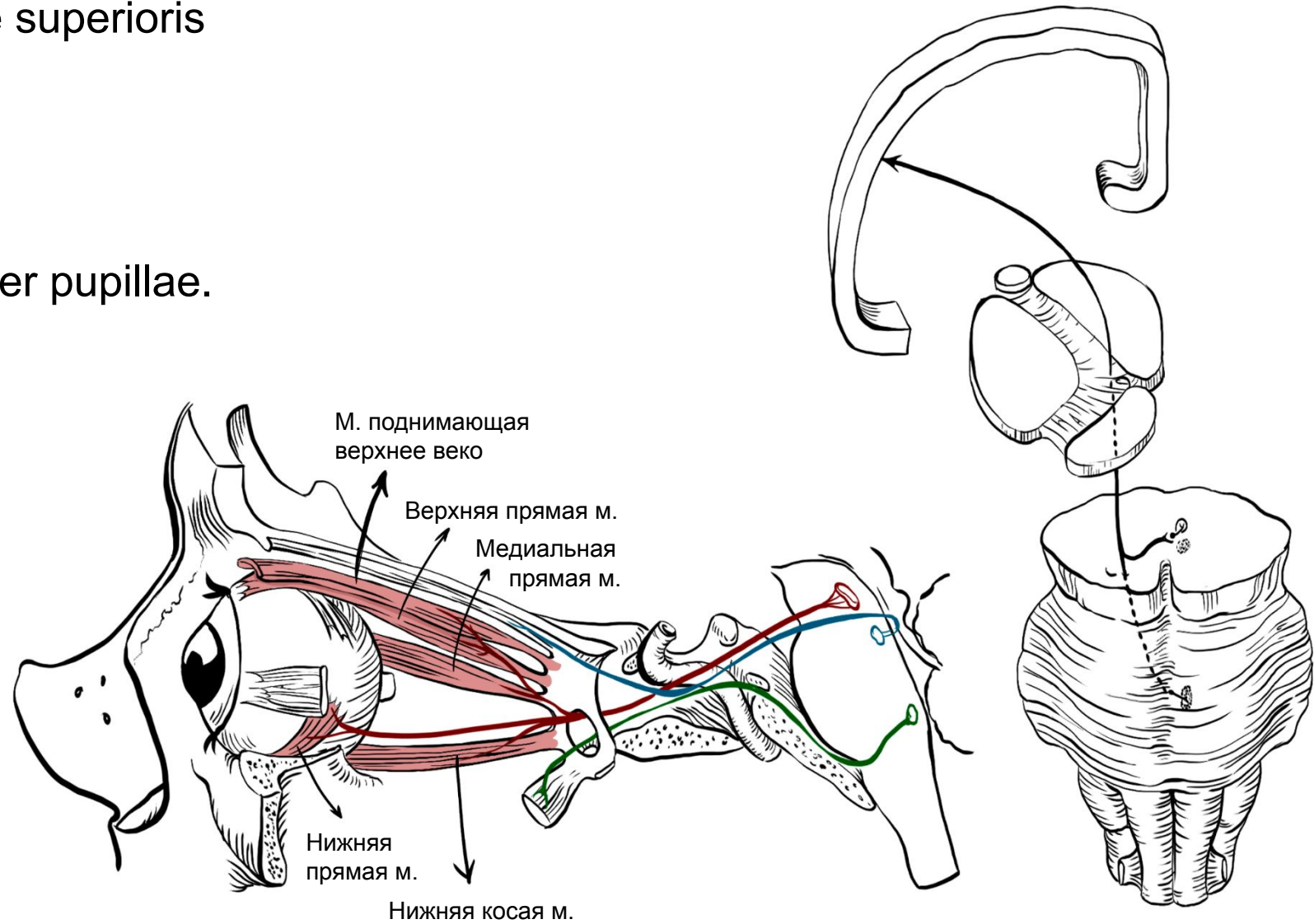


Поражение глазодвигательного нерва



Пораженные структуры:

- m. levator palpebrae superioris
- m. rectus superior
- m. rectus medialis
- m. rectus inferior
- m. obliquus inferior,
- + m. ciliaris, m. sphincter pupillae.



Субнуклеарная патология

- ❑ Дебютирует птозом («драма начинается с опускания занавеса»)
- ❑ Расходящееся косоглазие (одно глазное яблоко кнаружи и вниз)
- ❑ Ограничение движения глазного яблока вверх и внутрь
- ❑ Диплопия
- ❑ Мидриаз
- ❑ Отсутствие (ослабление) реакции на аккомодацию и конвергенцию

Парасимпатические волокна расположены тоже поверхностно и чаще страдают от сдавления

Обусловлено поверхностным расположением волокон m.levator palpebrae

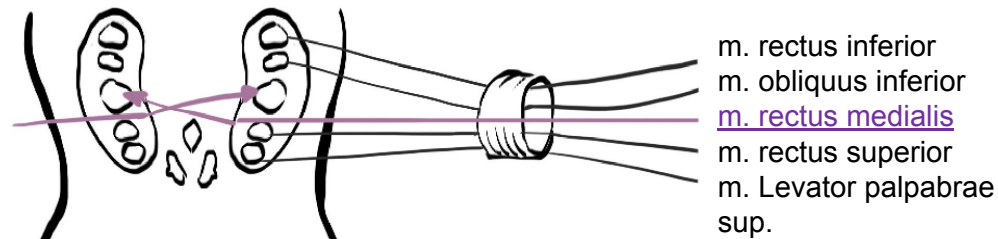


Здоровый глаз



Не очень здоровый глаз

Нуклеарная патология



Двигательных парного и непарного ядер

Наружная офтальмоплегия – ограничение подвижности глазного яблока при сохранении вегетативной иннервации

Добавочного ядра

Внутренняя офтальмоплегия – изолированный парез внутренних мышц глаза (сфинктера и ресничной м.) с сохранением подвижности глазного яблока. При этом отсутствует прямая и содружественная реакция зрачка на свет, аккомодация

Тотальная

Клиника субнуклеарной патологии, но:

- Птоз развивается в последнюю очередь
- Несостоятельность **внутренней прямой мышцы** на противоположной поражению стороне

Супрануклеарная патология
наблюдается редко, так как предполагает
необходимость двусторонних повреждений
в связи с двусторонней иннервацией.

Этиология избирательного поражения

Инфаркт, кровоизлияния, опухоль, инфекция, аневризма, менингит, сдавление.

Факторы риска

Сосудистые заболевания, СД, АГ

Функциональная несостоятельность ГДН характерна для

Синдрома Аргайлла Робертсона, альтернирующих синдромов – Нотнагеля, Бенедикта, Вебера, Клода

Педункулярные

Синдром	Поражение	Сторона очага	Противоположная сторона
Вебера	ядра или корешка ГДН и волокон пирамидно-мозжечкового пути	птоз, расходящееся косоглазие, мидриаз	центральная гемиплегия; возможен также центральный паралич мышц лица и языка
Бенедикта	ядра ГДН, красного ядра, краснойдерно-зубчатых волокон, иногда медиальной петли	птоз, расходящееся косоглазие, мидриаз	хореоатетоз, интенционный гемитремор, иногда гемианестезия
Клода	Ядра ГДН, верхней мозжечковой ножки	птоз, расходящееся косоглазие, мидриаз	атаксия, адиадохокинез, дисметрия, снижение мышечного тонуса
Нотнагеля	ядер ГДН, верхней мозжечковой ножки, латеральной петли, красного ядра, волокон пирамидного пути	птоз, расходящееся косоглазие, мидриаз, мозжечковая атаксия, глухота	хореоатетовидный гиперкинез, центральная гемиплегия, центральный паралич мышц лица и языка

Синдром Аргайлла Робертсона

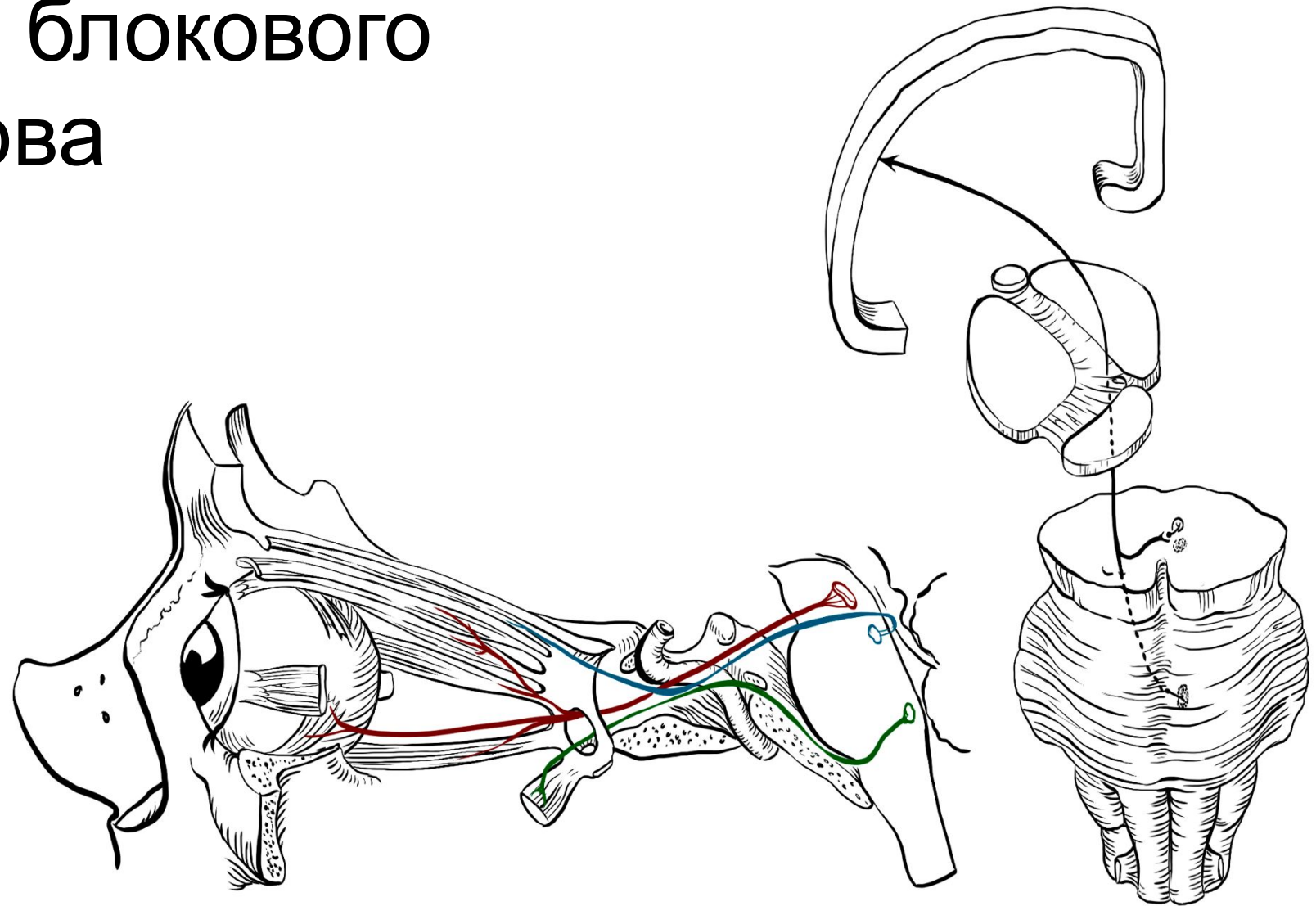
Впервые описан в 1869 году у пациентов с сифилисом. Этот синдром (син.: зрачок проститутки) **клинически проявляется** узкими зрачками, нарушениями зрительной адаптации в темноте, отсутствием (снижением) прямой и содружественной реакции зрачков на свет при ее сохранении на аккомодацию и конвергенцию.

Механизм обусловлен нарушением парасимпатической иннервации внутренних мышц глаза в связи с раздражением парасимпатических добавочных ядер ГДН в частности ядра Вестфалья-Эдингера.

Этиология: нейросифилис, реже при эпидем. энцефалите, опухоли среднего мозга, ЧМТ, СД.

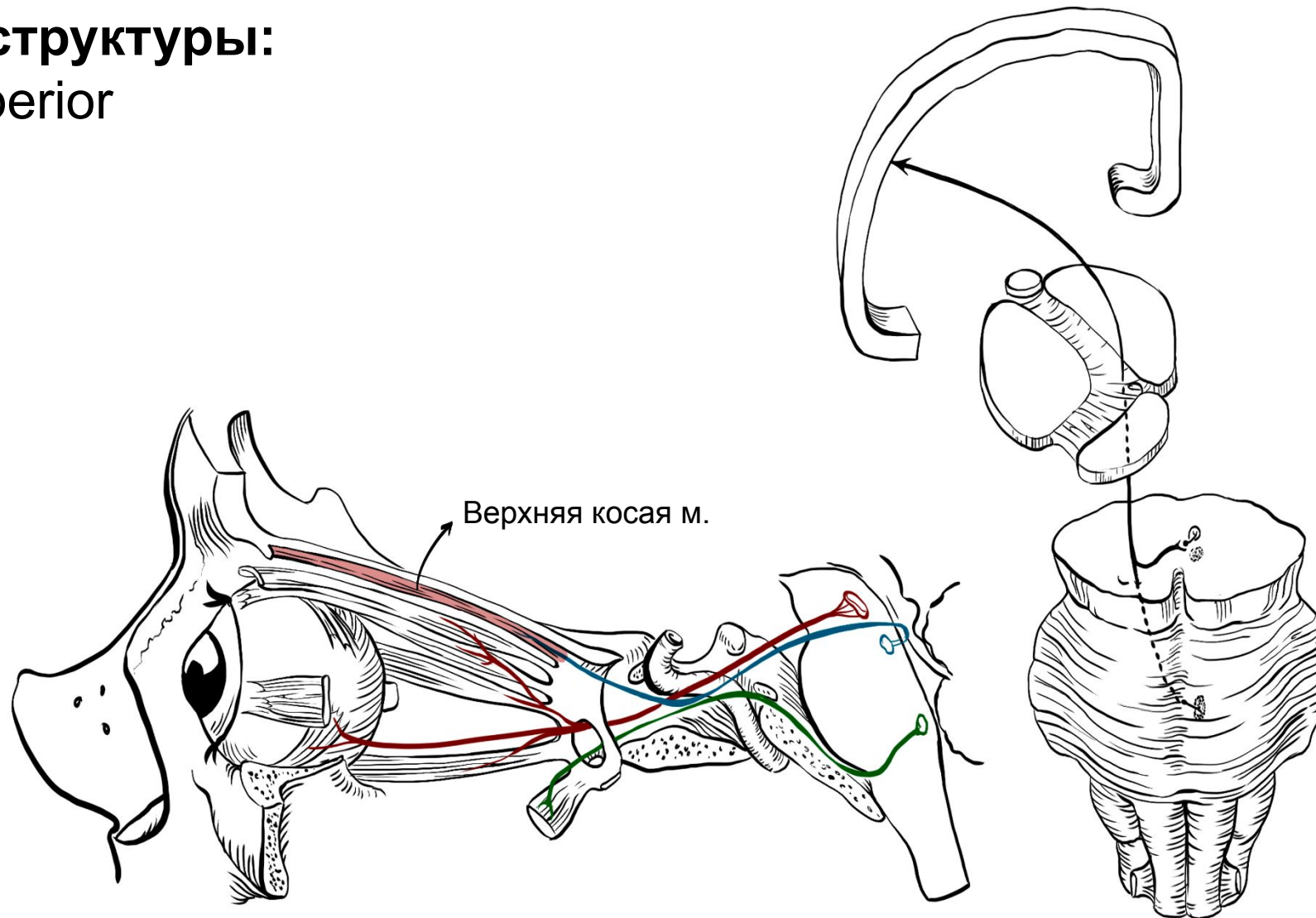


Поражение блокового нерва



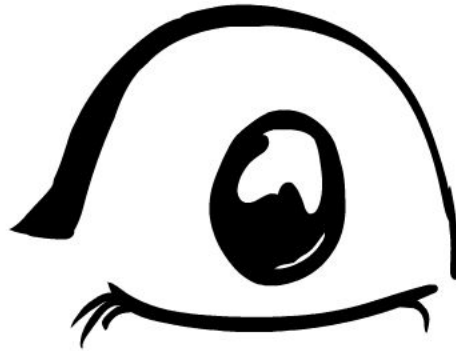
Пораженные структуры:

- m. obliquus superior



Субнуклеарная патология

- Ограничение движения
глазного яблока вниз
- Девиация вверх и внутрь
(в сторону здорового
глаза)
- Диплопия (например, при
спуске по лестнице)
- Легкое сходящееся
косоглазие



Здоровый глаз

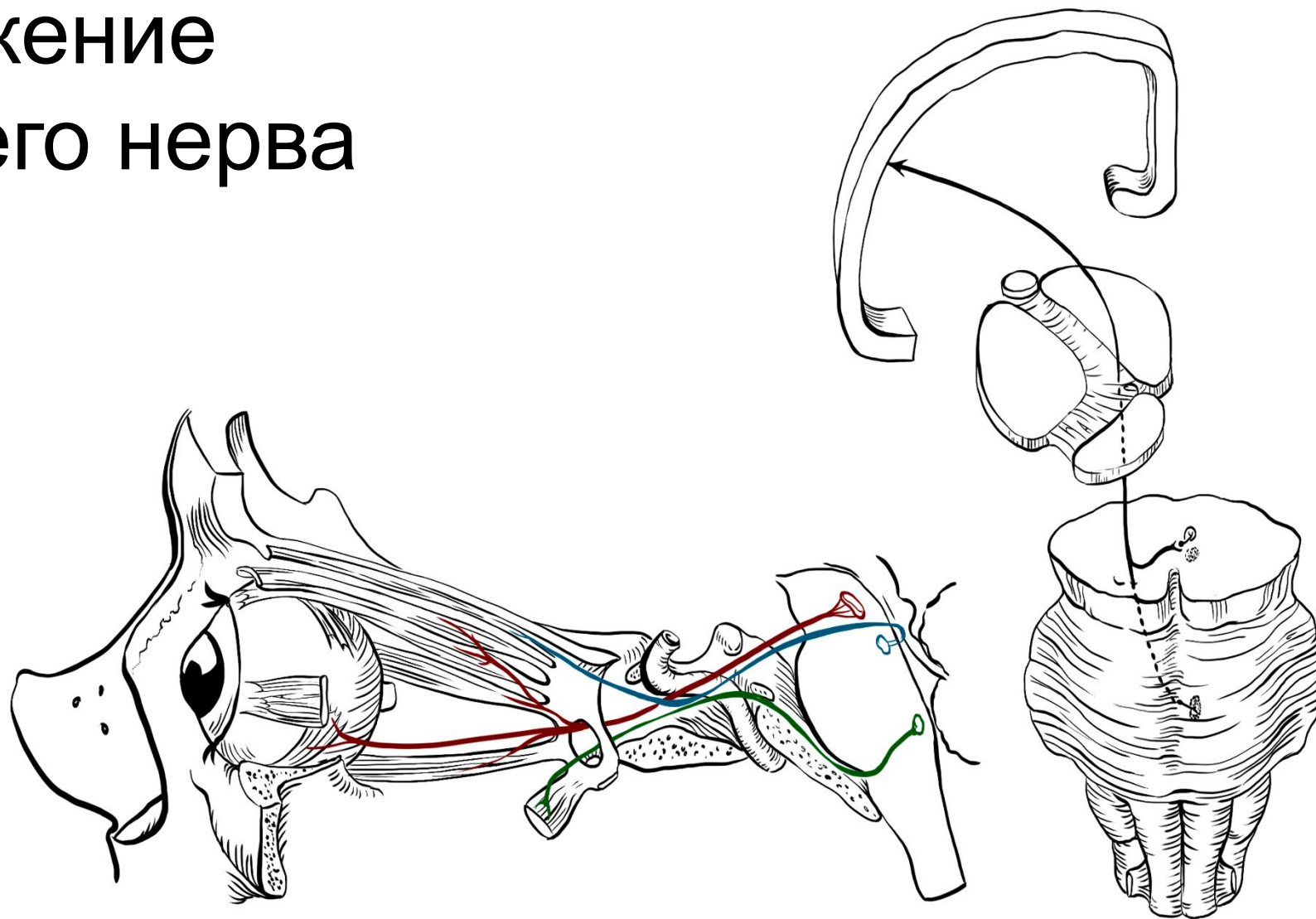


Не очень здоровый
глаз

Этиология избирательного поражения

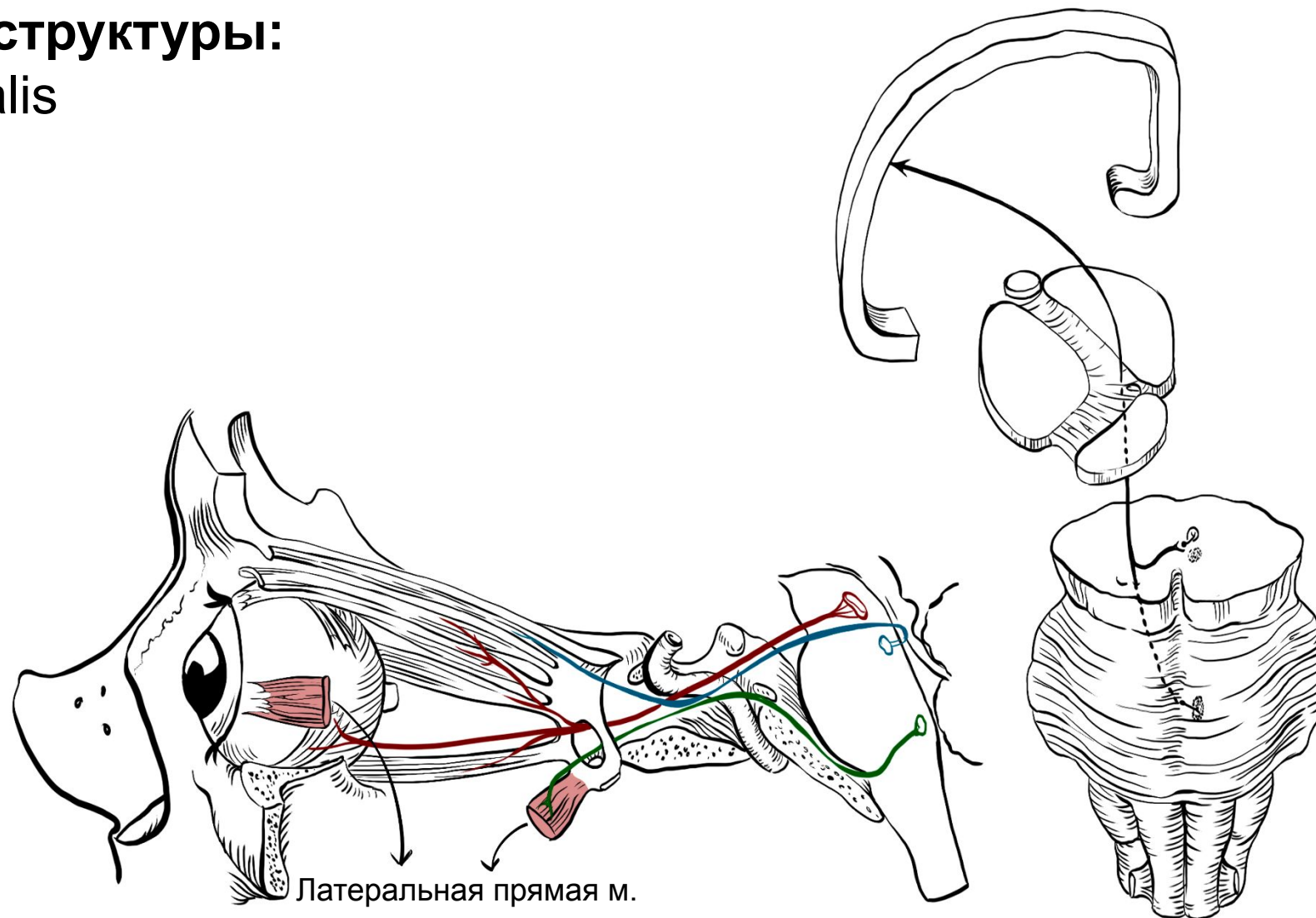
Изолированное поражение блокового нерва вызывается теми же причинами, что и поражение глазодвигательного нерва, за исключением аневризмы. Повреждения блокового нерва очень часто возникают при закрытой черепно-мозговой травме

Поражение отводящего нерва



Пораженные структуры:

- m. rectus lateralis



Субнуклеарная патология

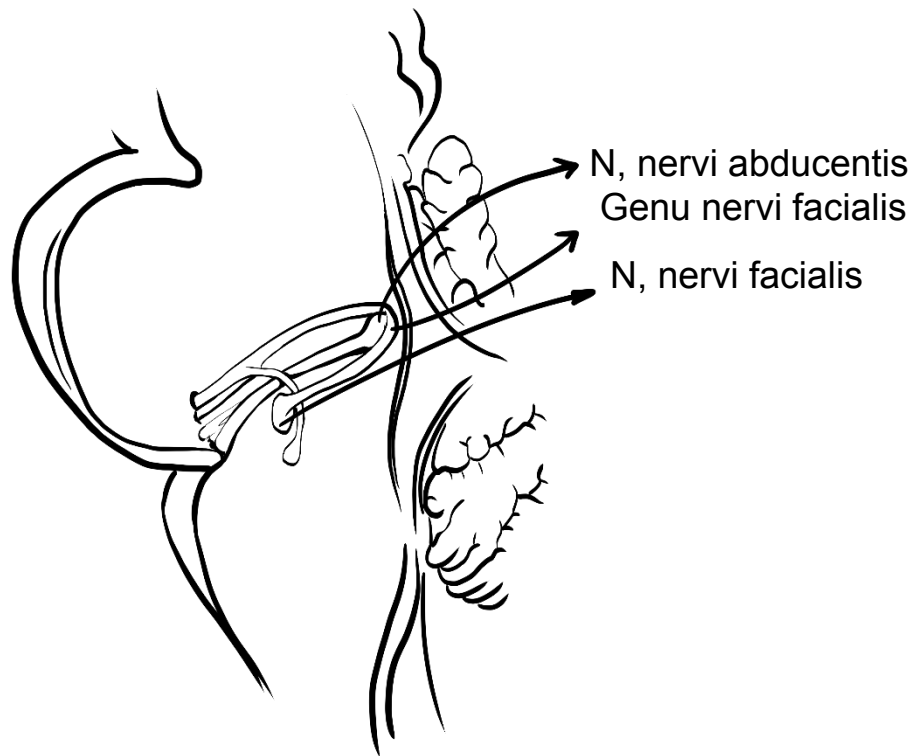
- Ограничение движения
глазного яблока кнаружи
- Девиация внутрь
- Диплопия
- Сходящееся косоглазие



Здоровый глаз



Не очень здоровый
глаз



Нуклеарная патология

- Обычно сочетается с периферическим параличом мимической мускулатуры (VII) и контралатеральная гемиплегия – альтернирующий синдром Фовилля.
- Возле ядер отводящих нервов располагается мостовой центр горизонтального взора. Поэтому возникает не избирательное поражение отводящего нерва, а паралич взора в сторону очага – альтернирующий синдром Раймона-Сестана («глаза от очага»).

Супрануклеарная патология

В связи с двусторонней иннервации не сопряжена с существенными глазодвигательными расстройствами.

Этиология избирательного поражения

Опухоль, сосудистые патологии, менингиты, субарахноидальное кровоизлияние, внутричерепная гипертензия, колебания ВЧД после люмбальной пункции.

Функциональная несостоятельность ГДН характерна для

Синдромов Штиллинга — Тюрка — Дуэйна, Градениго; альтернирующих синдромов — Фовилля, Гасперини, Раймона-Сестана

ПОНТИННЫЕ

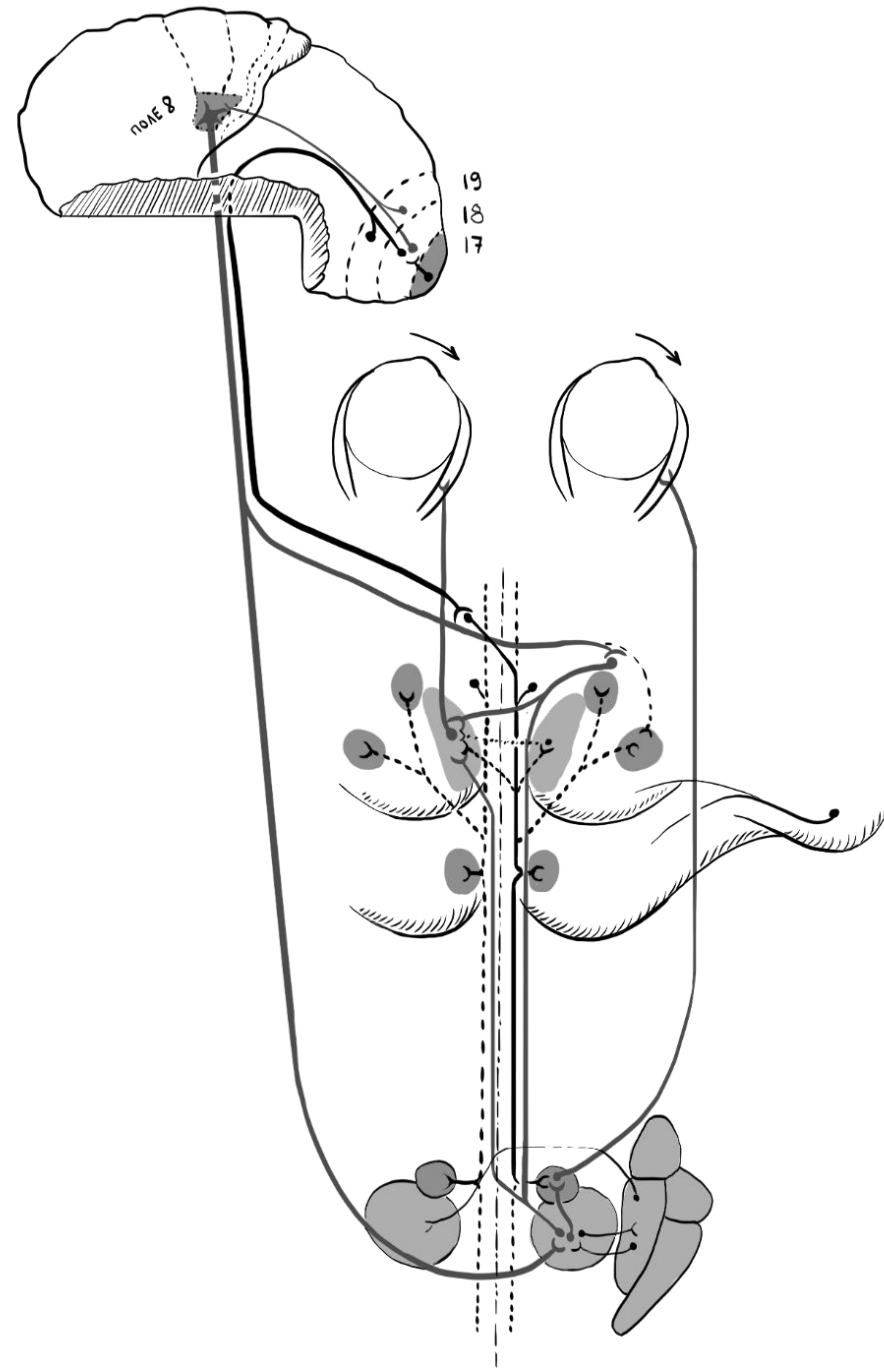
Синдром	Поражение	Сторона очага	Противоположная сторона
Фовилля	Ядра или корешки лицевого и отводящего нервов, пирамидного пути, медиальной петли	Периферический паралич лицевого нерва, сходящееся косоглазие с ограничением движения глазного яблока кнаружи, диплопией	Центральная гемиплегия или гемипарез, гемианестезия
Гасперини	ядра V—VIII черепных нервов, медиальный и задний продольный пучок, медиальную и спинальную петлю (пирамидный путь, как правило, не страдает)	расстройства поверхностной чувствительности на всей половине лица, парез наружной прямой мышцы глаза или парез взора в сторону очага, периферический прозопарез, центральные кохлеовестибулярные расстройства, симптом Горнера	гемигипестезия (исключая лицо)
Раймона-Сестана	заднего продольного пучка, мостового центра взора, средней мозжечковой ножки, медиальной петли, пирамидного пути.	атаксия, хореоатетонидный гиперкинез, парез взора в сторону очага	центральная гемиплегия или гемипарез, гемианестезия

Ретракционный синдром Штиллинга–Тюрка–Дуэйна относится к редким атипичным видам косоглазия, при которых движения глаз не поддаются законам моторики глазодвигательных мышц, что приводит к выраженному косметическому дефекту, тягостному для пациента и его окружения.

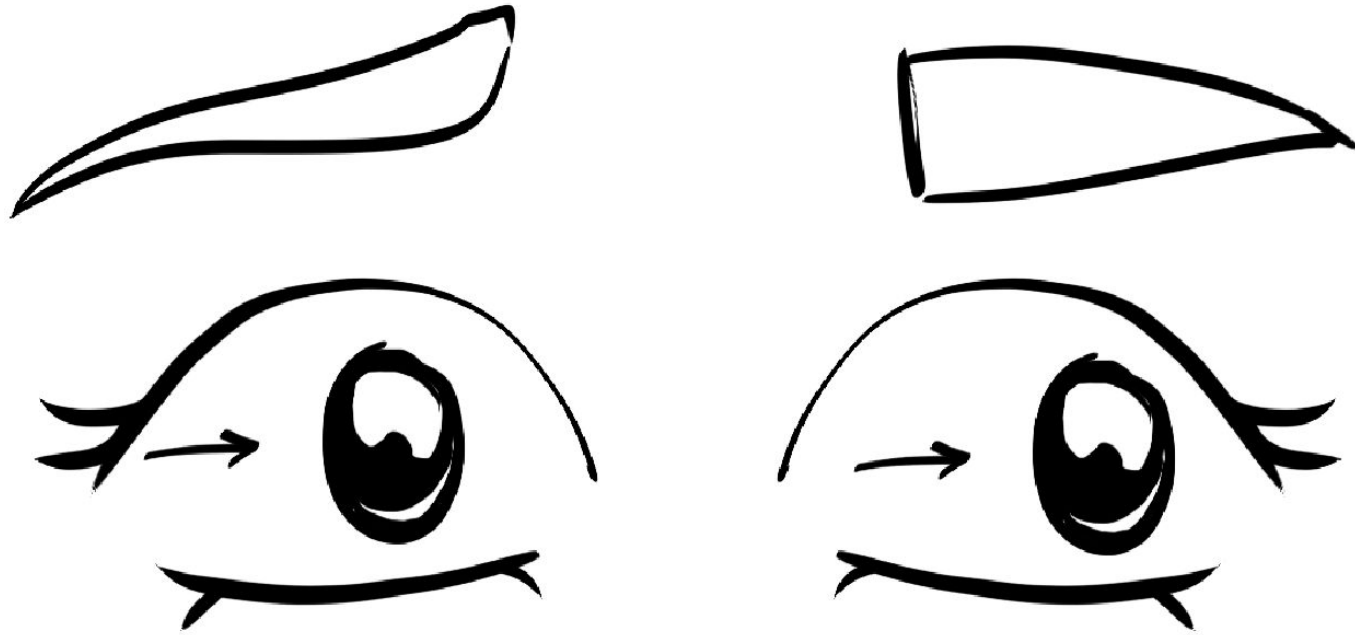
Врожденный односторонний паралич прямых мышц глаза с ретракцией глазного яблока и энофтальмией.

Синдром Градениго - сочетание симптомов гнойного воспаления среднего уха с парезом или параличом наружной прямой мышцы глаза, болями по ходу тройничного нерва, а также с тугоухостью, обусловленной поражением звукопроводящего и звуковоспринимающего аппаратов; возникает при ограниченном менингите в области верхушки пирамиды височной кости.

Поражение лобно-двигательного пути

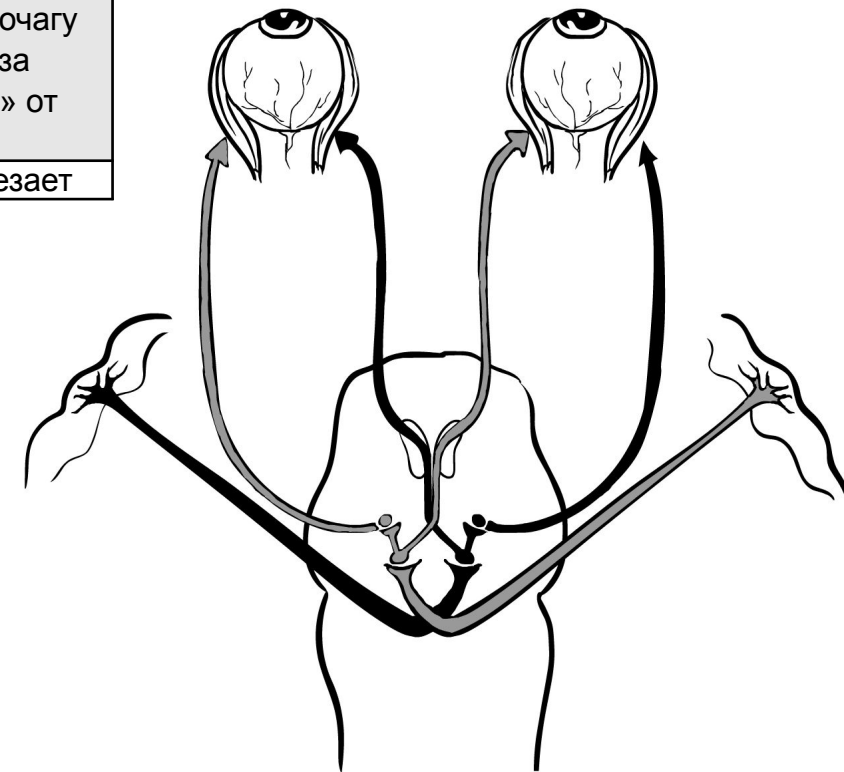
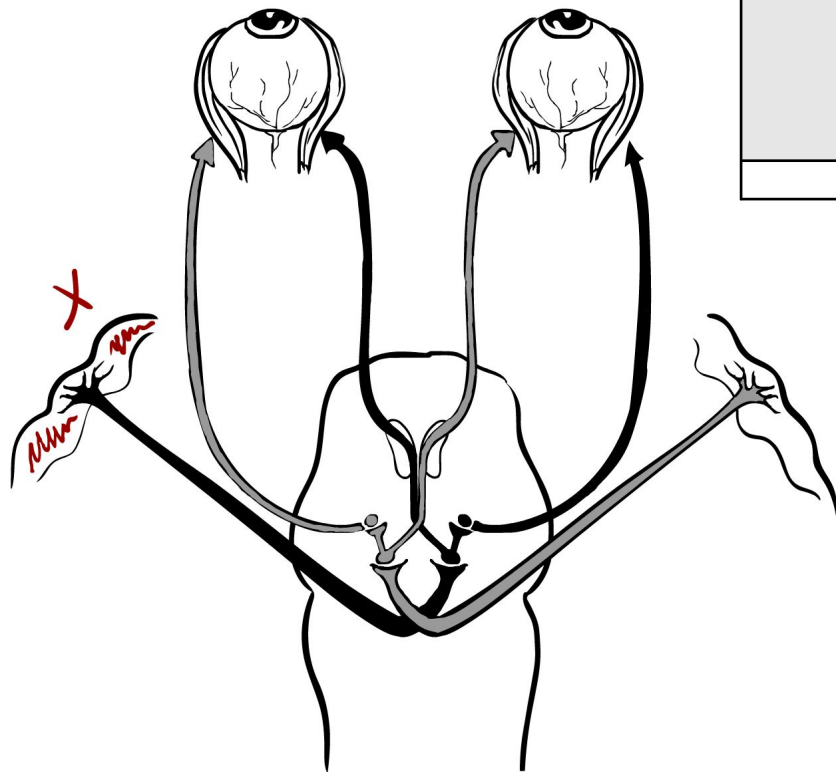


Содружественные движения глаз в
горизонтальной плоскости



Надъядерная регуляция – поле 8 по Бродману (задние отделы верхней и средней лобной извилин)

Деструкция	Ирритация
<p>Патогенез: преобладание импульсов, поступающих из противоположного полушария.</p> <p>КК: содружественный поворот глаз в сторону поражения (глаза «смотрят» на очаг).</p>	<p>Патогенез: стимуляция или раздражение (при эпилептическом приступе) приводит к преобладанию импульсов задействованного полушария.</p> <p>КК: содружественный поворот глаз в сторону, противоположную очагу поражения (глаза «отворачиваются» от очага).</p>
<p>Отведение взора вследствие деструкции быстро исчезает</p>	



Поражение мостового центра зора

Деструкция

Патогенез: преобладание импульсов, поступающих из противоположного полушария по перекрещенным кортикопонтинным трактам (двойной перекрест).

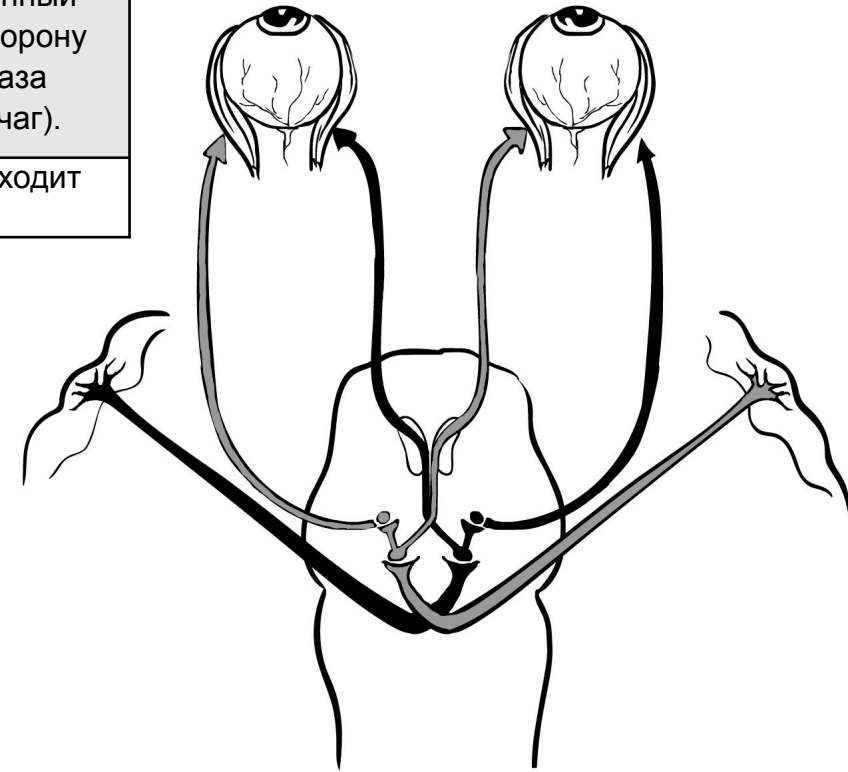
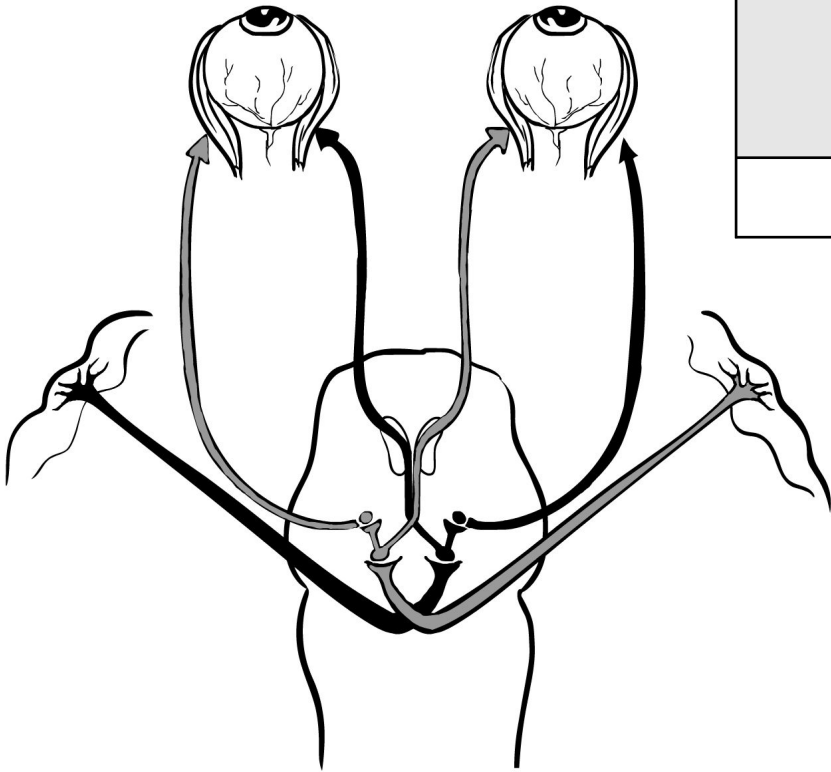
КК: содружественный поворот глаз в сторону противоположную очагу поражения (глаза «отворачиваются» от очага).

Отведение взгляда вследствие деструкции редко проходит полностью

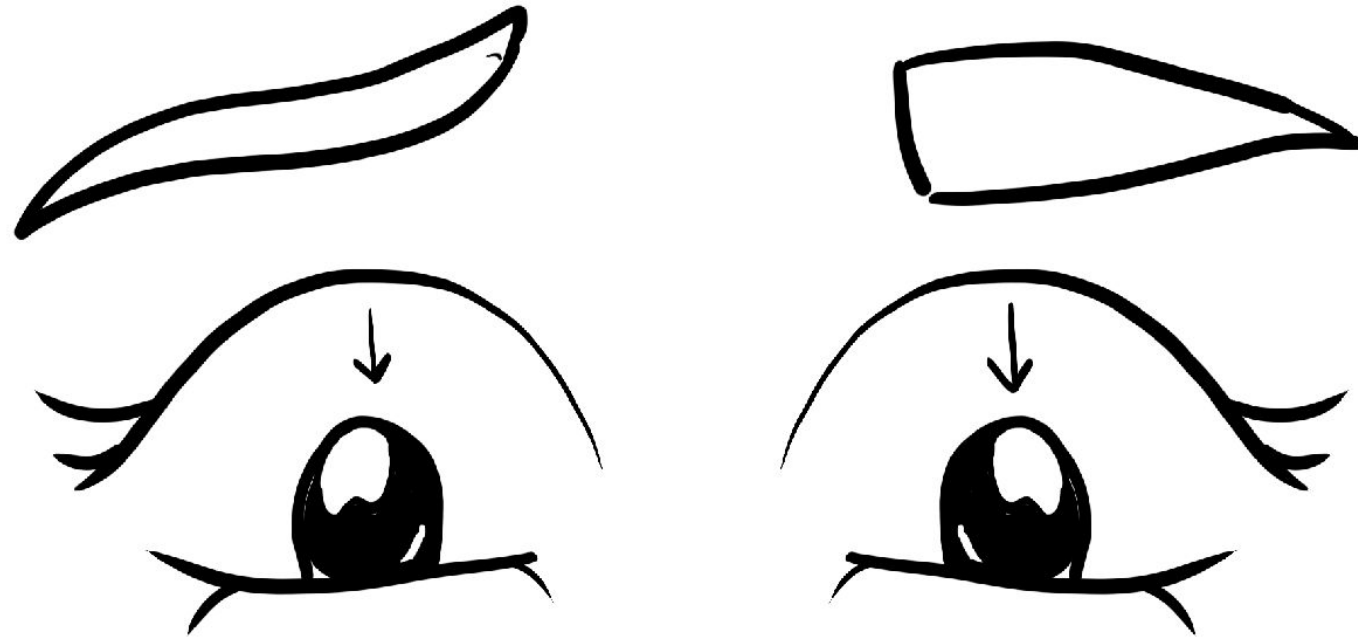
Ирритация

Патогенез: стимуляция или раздражение (при эпилептическом приступе) приводит к преобладанию импульсов задействованного полушария.

КК: содружественный поворот глаз в сторону поражения (глаза «смотрят» на очаг).



Содружественные движения глаз в вертикальной плоскости



1. Надъядерная регуляция – предполагается, что центр таких движений располагается в непосредственной близости от центра горизонтальных движений. Однако корковый паралич вертикального взора встречается редко т.к.:

- Корово-среднемозговые волокна проходят рассеянным пучком (в отличие от коркового-мостового компактного пучка);
- Вертикальные движения глаз имеют двустороннюю корковую иннервацию – необходимость двустороннего очага в лобных долях

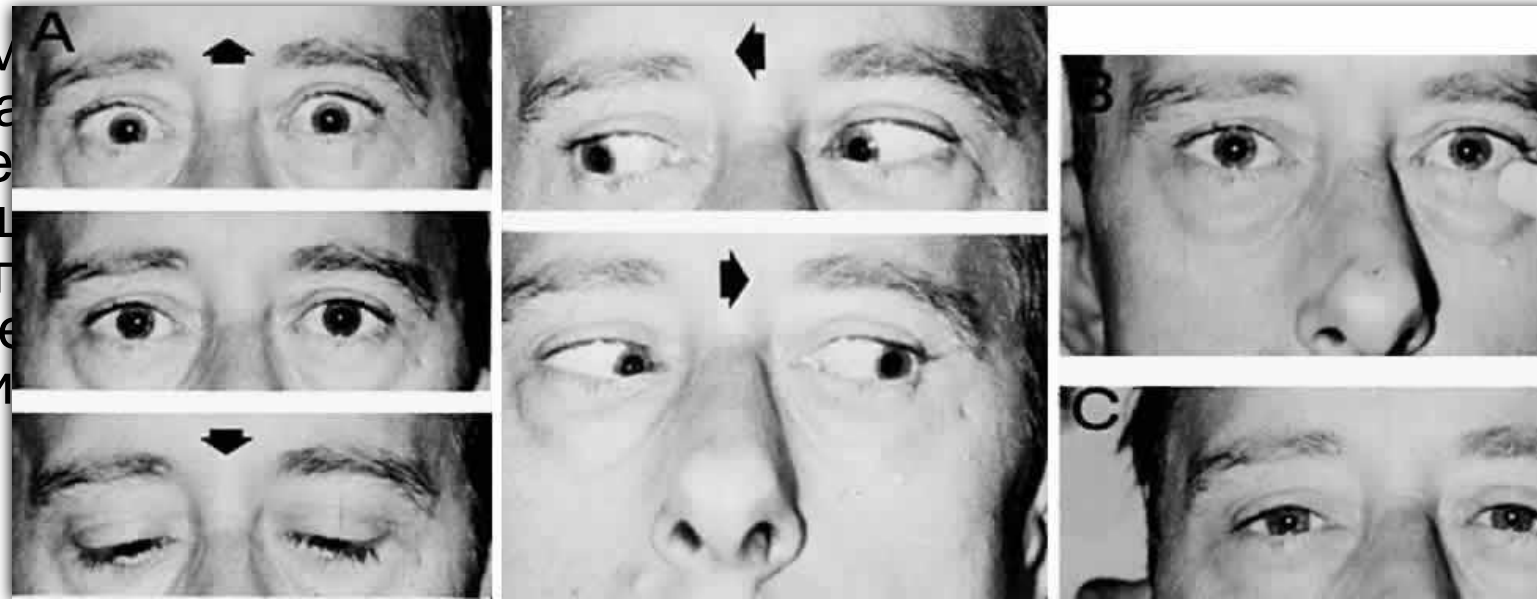
2. Поражение среднемозгового центра взора

- Синдром Парино.

Синдром Парино – отсутствие возможности перемещения глаза вниз или вверх, что происходит при появлении опухоли шишковидной железы, которая сопровождается сдавливанием центра вертикального взгляда в интерстициальном ростральном ядре продольного медиального пучка.

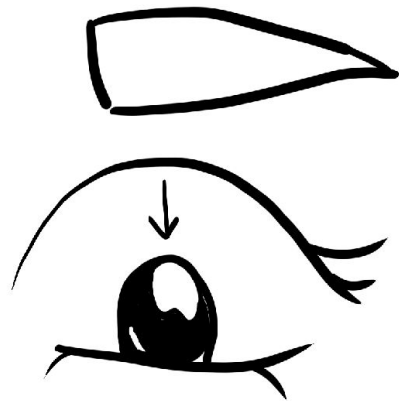
Симптомы:

- параличом
- псевдо-зрачковой
- зрачки сре
- конвергенци
- приводят п
- отводом ве
- конъюгаци



рез,
низко);
атую

Поражение лобных центров горизонтальных и
вертикальных движений



Поражение лобных центров горизонтальных и вертикальных движений

I. Утрата произвольных движений глазных яблок

II. Сохранение рефлекторных движений глазных яблок

- Слежение за медленно движущимся предметом
- Движение во сне
- Движение в ответ на внезапное угрожающее движение
- При проведении калорической пробы
- Симптом Белла
- Феномен «кукольных глаз»



Наличие в затылочных долях
(18, 19 поле) центра
рефлекторных движений

Патология медиального пучка

1. Межъядерная офтальмоплегия.

Этиология: рассеянный склероз, энцефалит или нарушения кровообращения головного мозга (у пожилых).

КК: Нарушение приведения глазного яблока на стороне поражения кнутри (глаз отстает и не поворачивается дальше средней линии) при сохранности движений во время конвергенции, монокулярный нистагм в другом глазу.

Характер: как правило двусторонний (медиальные пучки расположены практически вплотную к друг другу).

2. Синдром Гертвига-Мажанди

КК: расхождение глазных яблок по вертикали - на стороне поражения глазное яблоко отклоняется вниз и внутрь, на противоположной – вверх и кнаружи.

Болезненная офтальмоплегия **не является самостоятельной болезнью**, поскольку априори вызывается значительным количеством заболеваний, поражающих различные анатомические структуры в **области орбиты, верхней глазничной щели, кавернозного синуса**, а также иные образования, не связанные с ними.



Первичные болезненные офтальмоплегии

ОБЩАЯ КК

Облигатные симптомы: болевой и офтальмоплегический.

Дополнительные симптомы: экзофтальм и хемоз.

Редкие симптомы: одностороннее ипсилатеральное снижение зрения, чувствительные нарушения в зоне иннервации второй ветви тройничного нерва, а также вовлечение лицевого и слухового нервов.

ДИФФИРИНЦИАЛЬНАЯ КК

Отсутствие общемозговых, пирамидных, мозжечковых. Кортиковых и других признаков поражения центральной, а также иных симптомов вовлечения периферической нервной системы. Двусторонний характер обычно свидетельствует о вторичном характере б. офтальмоплегии.

Нейропатическая боль

Этиология: одностороннее поражение первой ветви тройничного нерва - 95%; второй ветви тройничного нерва 5%.

Локализация: область кожной иннервации первой ветви тройничного нерва – глазное яблоко, лоб, висок и переносица; второй ветви тройничного нерва – боковая поверхность лица, верхняя челюсть и ее зубы.

Характер: «жгучая», «режущая» разной степени выраженности.

Неврологический осмотр: болезненность при пальпации в проекции foraminis supraorbitalis или foramen infraorbitale.

Принципиальные отличия от головной и (или) лицевой боли: отсутствие ее существенной динамики на протяжении суток, тошноты, рвоты на высоте боли, нарушений сознания, триггерных точек на лице либо слизистых оболочках полости рта, ярких вегетативных расстройств (слезотечение, заложенность одной половины носа), не четко выраженный ее пароксизмальный характер.

Глазодвигательные нарушения

КК: офтальмопарез либо офтальмоплегия различной степени.

Этиология: поражение n. oculomotorius, n. abducens, n. trochlearis.

Глазодвигательный нерв:

1. Односторонний птоз
 2. Расходящееся косоглазие (одно глазное яблоко кнаружи и вниз)
 3. Ограничение движения глазного яблока вверх и внутрь
 4. Диплопия
 5. Паралитический мидриаз
 6. Отсутствие (ослабление) реакции на аккомодацию и конвергенцию
- Диагностические особенности: в 25% случаев – миоз (вовлечение перикаротидного симпатического сплетения, т.к. артерия и нерв через ВГЦ проходят рядом); избирательный парез m. levator palpebrae (поверхностное расположение волокон); при БО не бывает изолированной внутренней офтальмоплегии.

Отводящий нерв:

1. Сходящееся косоглазие
 2. Ограничение движения глазного яблока кнаружи
 3. Диплопия
- Диагностические особенности: непостоянство угла косоглазия (увеличение угла косоглазия при взгляде в сторону пораженной мышцы и уменьшается при взгляде в противоположную сторону); исчезновение диплопии при закрытии одного глаза.

Блоковый нерв

1. Ограничение движения глазного яблока вниз
2. Диплопия (например, при спуске по лестнице)

Офтальмоплегии сопутствует вынужденное положение головы (глазная кривошея) – положение, способное компенсаторно уменьшить выраженность двоения (симптом Бильшовского).

Экзофтальм

Этиология: отек находящихся в орбите тканей (воспаление, тромбоз, ангиоматоз) или прорастание патологического очага из костей черепа.

Характер: односторонний экзофтальм различной степени выраженности с постепенным формированием.

КК: ощущение раздражения и «выпирающей» боли в глазном яблоке, светобоязнь, слезотечением, диплопией, постепенным снижением остроты зрения в этом глазу.

Диагностическая особенность: редуцируемость - возможность его смещения внутри орбиты обычно назад.

Хемоз – отек и покраснение конъюнктивы глаза с одной либо с двух сторон, что часто сопровождает экзофтальм.

Этиология: затруднение венозного оттока из орбиты и нарастающее повышение внутриглазного давления.

The



End