ИНТЕРМИТЕНТНА ЕКЗОТРОПИЯ – ПРОСЛЕДЯВАНЕ И ПОВЕДЕНИЕ

Р. Лолова

Частна практика – София

Резюме. Интермитентната екзотропия е най-честата форма на екзотропия. Според клинични проучвания през последните години се наблюдава тенденция за увеличаване на този хоризонтален страбизъм. Разглеждат се съвременните разбирания за проследяване и контрол на интермитентната екзотропия. Съпоставят се консервативното лечение (оптична, призмена корекция, оклузия) и вариантите на оперативно лечение, коментирани в литературата, в съпоставка с лични наблюдения.

Ключови думи: интермитентна екзотропия, Newcastle Control Score, бинокулярно зрение

INTERMITTENT EXOTROPIA – FOLLOW UP AND CONTROL

R. Lolova

Private practice – Sofia

Abstract. Intermittent exotropia is the most common form of exotropia. According to clinical studies the frequency of this type of horizontal strabismus increases. The article covers current approaches of follow up and control of intermittent exotropia. It summarizes the conservative treatment (optical, prism correction, occlusion) and the surgical option from the literature. This is compared with the author's personal experience.

Key words: intermittent exotropia, Newcastle Control Score, single binocular vision

ВЪВЕДЕНИЕ

Хоризонталното отклонение на очната ябълка навън – екзотропия, е по-честа форма на страбизъм при възрастни пациенти, отколкото при деца [1]. Интермитентната екзотропия (Intermittent distance exotropia, IDEx) е най-честата форма на екзотропия.

Обикновено монокулярно, интермитентното отклонение на очната ябълка навън се появява около 18-месечна възраст при вече развити бинокулярни кортикални връзки. Децата нямат оплаквания, но родителите забелязват периодично отклонение на едното око навън или затварянето му при ярка слънчева светлина (диплофотофобия).

Ако интермитентната екзотропия се развие след 6-7-годишна възраст, децата могат да съобщят за диплопия, астинопия, микропсия. По-често се наблюдава при момичета.

Ходът на развитие на страбизма е различен – при някои пациенти се подобрява, при други се влошава, а при трети – няма промяна. Понякога трудно се разграничава реалната промяна от нормалната вариабилност между прегледите. Ето защо през последните години стремежът е към една по-обективна (количествена) преценка на отклонението, която може да се сравнява при проследяване, и съответно към по-точно дефиниране на понятието контрол на интермитентната екзотропия.

ЦЕЛ

Настоящата статия обобщава новите тенденции при проследяване и контрол на интермитентната екзотропия, важни за лечението ѝ, като излага и лични наблюдения.

ПАЦИЕНТИ И МЕТОДИ

Проследихме ретроспективно 41 пациенти за период от 4 години, на възраст от 19 месеца до 37 години. От тях 23 са от женски пол и 18 – от мъжки. 10 пациенти отклоняват дясното око, а 21 – лявото.

При прегледа на пациентите обективно изследваме стереозрението за близо със стереотеста на Lang и големината на ъгъла на отклонение за далече (по-голям или по-малък от 20 Δ).

Субективно контролът на интермитентната екзотропия се отчита по наблюденията на родителите – колко време от деня очите не са прави и колко бързо се възвръщат към нормално състояние.

През 2004 г. в British Journal of Ophthalmology [2] беше публикувана удобна за практиката трикомпонентна схема за точкуване на честотата на кривене и бързината на успоредяване на очите. Сумирането на резултата позволява чрез проследяване в динамика раз-

граничаване на добре и лошо контролирана интермитентна екзотропия. Системата е база за определяне на прага за извършване на операция и за съпоставяне на хирургичния ефект при различна по степен интермитентна екзотропия (табл. 1).

Общият брой точки варира от 0 до 7, като при сума 3 и повече се препоръчва хирургична интервенция.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Честотата на IDEX варира в различни части на света между 50 и 90%. Според клинични проучвания се наблюдава тенденция за увеличаване на този хоризонтален страбизъм. Изказват се предположения, че може да има връзка между увеличаване процента на късогледство при децата и честотата на екзотропията [3].

Класическото схващане за влошаване на състоянието е честота на отклонението повече от 50% от времето, през което детето е будно [4]. Контролът на IDEX дава представа дали е необходима оперативна намеса.

18 от включените в това проучване пациенти са без оптична корекция, 16 носят очила, които им помагат за контрола на екзотропията, 3 пациенти са с призмена корекция, 2 провеждат оклузия.

Таблица 1. Критерии за точково оценяване на контрола на интермитентната екзотропия от родителите (вкъщи) и от офталмолога за далече и близо (при прегледа на пациента)

Субективна оценка	Обективна оценка	
Контрол вкъщи	Контрол за близо	Контрол за далече
0 точки Не се забелязва кривене/затваряне на едното око	0 Забелязва се кривене само след Ковър тест (Cover test, СТ), което се възстановява спонтанно чрез фузията	0 Забелязва се кривене само след СТ, което се възстановява спонтанно чрез фузията
1 Забелязва се кривене/затваряне на едното око < 50% от времето, когато детето гледа надалече	1 Забелязва се кривене след СТ, възстановява се чрез премигване или рефиксирание	1 Забелязва се кривене след СТ, възстановява се чрез премигване или рефиксирание
2 Забелязва се кривене/затваряне на едното око > 50% от времето, когато детето гледа надалече	2 Забелязва се кривене спонтанно или при нарушаване на фузията без последващо възстановяване	2 Забелязва се кривене спонтанно или при нарушаване на фузията без последващо възстановяване
3 Забелязва се кривене/затваряне на едното око, както за далече, така и за близо		

NCS = **Контрол вкъщи** + **Контрол за близо** + **Контрол за далече**

Проследяването е извършено според NCS. При достигане на сбор над 3 точки с родителите се обсъжда оперативна намеса. Оперирани са 2 пациенти (рецесия/резекция на по-често отклоняваното око). Предложена е оперативна интервенция на още един.

При част от децата настъпва спонтанно подобрене на интермитентната екзотропия. В някои случаи е достатъчно консервативното лечение – при необходимост от оптична корекция за миопия или миопичен астигматизъм тя се назначава, защото стимулира акомодацията и конвергенцията.

Някои автори препоръчват известно хиперкоригиране (overminusing). При необходимост от оптична корекция за средна и голяма хиперметропия тя също се назначава, защото подобрява условията за фузия. Фотосоларните стъкла намаляват дисоцииращия ефект на слънчевата светлина.

При пациенти с малък ъгъл на интермитентна екзотропия алтернираща оклузия за 3 месеца подобрява контрола на състоянието (антисупресионно лечение) [5].

Призми с основа навътре имат добър ефект при неголям ъгъл на интермитентна екзотропия, защото подпомагат фузията.

По отношение на индикациите за оперативна интервенция пациентите се делят на две групи: с лошо контролирана интермитентна екзотропия или ясна тенденция към екзотропия (загуба на стереозрение, намаляване на контрола или увеличаване на ъгъла на отклонение) и с добър контрол на състоянието, но силно желание от страна на родителите за оперативна корекция (естетически показания) [6].

Съвременната тенденция е за оперативна корекция в по-късна възраст, след 8 години. По-добри дългосрочни резултати се съобщават при малка хиперкорекция. Оперативна намеса след завършване на развитието на бинокулярното зрение крие по-малък риск от развитие на амблиопия при хиперкорекция.

Големината на ъгъла на отклонение дава представа каква да бъде степента на корекция.

Типът хирургична интервенция се определя от школата и индивидуалната преценка

при всеки пациент – рецесия на двата външни мускула или рецесия на външния и резекция на вътрешния на по-често отклоняваното око [7].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По литературни данни в дългосрочен план коригирането на интермитентната екзотропия е между 50 и 60%. Хирургията помага да се подобри контролът и да се намалят оплакванията на пациентите, но често има рецидиви. За добър резултат се приемат случаите, когато в дългосрочен план настъпва моторно подобрене – намаляване на честотата на отклонението, и сензорно подобрене – запазване на единичното сливателно бинокулярно зрение.

Използването на NCS улеснява преценката и създава яснота в проследяването на пациентите, както и добро систематизиране при клинични проучвания. Позволява документиране на състоянието и определяне на подходящия момент за оперативна интервенция, с която се цели намаляване на честотата на отклонението и запазване на бинокулярното зрение.

КНИГОПИС

1. Mohnsey B, Huffaker RK. Common forms of childhood exotropia. *Ophthalmology* 2003; 110(11):2093-6.
2. Haggerty H et al. The Newcastle Control Score: a new method of grading the severity of intermittent distant exotropia. *Br J Ophthalmol* 2004; 88; 233-235.
3. Tang S, Chan R, Bin Lin S et al. Refractive Errors and Concomitant Strabismus: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sci Rep*, 2016, 6, 35177. <https://doi.org/10.1038/srep35177>.
4. Von Noorden GK, Campos EC. In: *Binocular vision and ocular motility: theory and management of strabismus*. 6th ed. 2002, Mosby.
5. PEDIG. A randomized trial comparing part-time patching with observation for 3-10 years old with intermittent exotropia. *Ophthalmology*, 2014, 121(12);2299-2310.
6. Romanchuk K. A personal perspective: how my practice has changed recently for intermittent exotropia. *Transac Eur Strabismol Assoc*, 2015; 51-54.
7. Hat SR, Gnanaraj L. Interventions for intermittent exotropia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015.