

## KONVERĢENCES PARALĪZE

Konverģences paralīze ir sensora un neiromuskulāra anomālija, kuru raksturo pilnīga nespēja konverģēt. T.i. nespēja veidot konverģences leņķi, abu acu redzes asis atrodas paralēli. Konverģences paralīzes gadījumā spēja konverģēt ir zaudēta pilnībā. Neliela spēja konverģēt ir saglabāta konverģences parēzes gadījumā.

<i>Simptomi</i>	<i>Pazīmes</i>	<i>Cēlonis</i>	<i>Risinājums</i>	<i>RT efektivitāte</i>
<p><i>Biežāk sastopamie simptomi:</i></p> <p>Dubultošanās tuvumā</p> <p>Miglaina redze tuvumā</p> <p>Nespēja veikt tuvuma darbus</p>	<p><b>KTP</b> - attālināts</p> <p>Eksotropija tuvumā</p> <p>↓ AK/A</p> <p>↓ <b>PFR</b> (nevar nomērīt)</p> <p>↓ <b>VV</b> (nevar nomērīt, nespēj veikt ar BĀ)</p> <p><b>BAV</b> grūtības ar +/-</p> <p><b>MAV</b> - N</p> <p>↓ <b>NAR</b></p> <p>↓ <b>PAR</b></p> <p>↓ MEM (<math>\leq +0.50</math> D)</p>	<p>Idiopātiski cēloņi (ļoti reti)</p> <p>Smadzeņu stumbra bojājuma gadījumā</p> <p>Izkaisītās sklerozes gadījumā</p> <p>Parinauda sindroms (konverģences paralīze+traucētas vertikālās acu kustības, var būt arī nistagms)</p> <p>Galvas traumas</p> <p>Encefalīts</p> <p>u.c. slimības</p>	<p><b>1. Kārtīga anamnēzes izziņāšana</b> Par vispārējām slimībām</p> <p><b>2. Citu speciālistu konsultācija</b> Terapeita, neirologa u.c. speciālistu konsultācija</p> <p><b>3. Ārstē pamatslimību</b> Bet, ja nav rezultātu, tad risinājums Nr.4 un Nr. 5</p> <p><b>4. Redzes korekcija</b> Ametropijas korekcija. Aditīvs tuvumam.</p> <p><b>5. Prizmatiskā korekcija</b> BIE prizmas tuvumam.</p> <p><b>6. Oklūzijas</b> Ja iepriekš minētais neuzlabo pacienta komfortu, var veikt vienas acs oklūziju tuvuma darbiem.</p>	Nav efektīva

↑ – paaugstināts; ↓ – samazināts; N – norma; NFV – negatīvā fūzionālā verģence; VV – verģences vieglums; AK/A – akomodatīvās konverģences attiecība pret akomodāciju – norma ir 4:1 (ar Gradianta metodi); PAR – pozitīvās akomodācijas rezerves; BAV – binokulārais akomodācijas vieglums; MEM – dinamiskās retinoskopijas metode; KTP – konverģences tuvuma punkts; RT – redzes terapija

## Optometrista prakses vietā veicamā redzes terapija KONVERĢENCES PARALĪZE

Konverģences paralīze var būt primāra vai sekundāra.

Primārās konverģences paralīzes gadījumā nav nozīmīgu faktu anamnēzē. Redzes pārbaudē konstatē konverģences nespēju kā vienīgo atsevišķo parādību. Šajā gadījumā acu kustības nav traucētas, bet tās var būt traucētas sekundāras paralīzes gadījumā.

Konverģences paralīze kā sekundāra var būt pēc galvas traumas, encefalīta u.c. slimībām vai kā Parinauda sindroma pazīme. Ir jāveic rūpīga pacienta izmeklēšana pie dažādiem speciālistiem, un jāārstē pamatslimība. Kā pagaidu risinājums ir Botulīna toksīna lietošana, lai samazinātu eksodeviāciju tuvumā. Botulīna toksīna lietošana nevar būt ilgtermiņa risinājums.

Konverģences paralīze var tikt simulēta (pacients ar nodomu nekonverģē). Patiesā konverģences paralīze no simulētās atšķiras ar pacienta fūzijas rezervēm 6 m attālumā. Patiesas konverģences paralīzes gadījumā pacienta fūzijas rezerves 6m attālumā nevar būt lielākas par  $5\Delta$  BĀ.

Primārās konverģences paralīzes gadījumā, ja akomodācijas sistēma strādā labi, lieto prizmas BIE, lai koriģētu eksodeviāciju tuvumā. Lai aprēķinātu nepieciešamo prizmatiskās korekcijas lielumu, jāzina starpzīlīšu attālums un lasīšanas attālums. Piemēram, ar PD 60 mm un lasīšanas attālumu 40 cm katra acs griežas par aptuveni  $4.5^\circ$ , kas nozīmē 7.5 līdz  $8\Delta$  uz katru aci. Jo lielāks starpzīlīšu attālums, jo vairāk būs jākonverģē uz to pašu attālumu.

Kombinētās akomodācijas un konverģences paralīzes gadījumā lieto aditīvu tuvumā kombinācijā ar BIE prizmām.

Redzes terapija konverģences paralīzes gadījumā nav efektīvs ārstēšanas veids. Pacientam ir jāmacās sadzīvot ar simptomiem, vai tuvumā veikt vienas acs oklūziju.