

## АСИМЕТРИЧНИ ЗЕНИЦИ

### Анамнеза

Представяме ви 73-годишна жена с асиметрични зеници. Тя не съобщава за загуба на зрение, диплопия, болки в очите, фотофобия или хиперхидроза. Пациентката има история за претърпяно хирургично лечение на катаракта, слепване на ретината на дясното око, както и операция на дясната орбита след травма в областта. Пушач е от 30 години. Не е установена връзка между придружаващите заболявания на пациентката и текущото ѝ състояние.

### Физикален преглед

При оглед не се установява птоза, без патологично оцветяване на склерата. Установява се около 1 mm разлика в диаметъра между двете зеници. Зениците са кръгли, със запазен зеничен рефлекс. Краниалните нерви са интактни.

Наскоро проведена нискодозова компютърна томография на бял дроб установява множество белодробни нодули. Тези патологични находки не засягат апикалните части на белите дробове. Също така на пациентката е бил проведен ЯМР със и без контраст при предишен прием в спешно отделение поради съмнение за исхемичен мозъчен инсулт. МРТ е показала хронична микроваскуларна исхемична болест.



Клиничен  
случай

## Въпрос:

*Според сметата анамнеза и физикалния преглед  
коя е най-вероятната диагноза?*

- А. Синдром на Хорнер**
- Б. Физиологична анизокория**
- В. Парализа на III<sup>™</sup> ч.м.н.**
- Г. Травматична мидриаза**
- Д. Тумор на Панкост**

## Обсъждане

**Верен отговор: Б**

**Верен отговор: Б. Физиологична анизокория**

**Физиологичната анизокория** е най-честата причина за асиметрични зеници. Това е бенигнено състояние, което не изисква лечение. Диагнозата се поставя в болница, след снета анамнеза и проведен пълен офталмологичен преглед. При физиологичната анизокория размерът на зениците не зависи от осветеността.

**А. Синдромът на Хорнер** се характеризира с класическата триада птоза, миоза и субективен енофтальм. Анизокорията е видима при за-



тъмнение и абнормалната зеница е по-малката. Получава се при увреждане на десцендентния симпатиков тракт, на centrum ciliospinalis на очния симпатикус, на горния шиен симпатиков ганглий, както и на аксоните на постганглионарните неврони по целия им ход до орбитата. Анизокорията се проявява при затъмнение на помещението, по-малката зеница е патологичната. При съмнение за синдрома на Хорнер се провеждат незабавно образни изследвания като МРТ и магнитно-резонансна ангиография, за да се изключи дисекция на каротидната артерия.

**В. При парализа на трети ч.м.н.** се засягат горен, долен и медиален прав мускул, долен кос мускул, леваторът на горния клепач и сфинктерът на зеницата. Симптоми при пълна парализа на трети ч.м.н. са птоза, диплопия, екзотропия, ограничена подвижност на очната ябълка, запазена абдукция, широка зеница. Множество причини

могат да доведат до това състояние например травма, мозъчно-съдово заболяване и възпаление. И това състояние изисква спешни образни изследвания. Компютърно-томографската ангиография се провежда за оценка наличието на интракраниална аневризма.

**Г. Травматичната мидриаза** се причинява от травма на зеничния сфинктер. Анизокорията е видима при осветяване, поради факта че зеницата на засегнатото око не е в състояние да се свие.

**Д. Туморът на Панкост** представлява върхово разположен тумор на един от двата бели дроба. Характерно за него е, че може да компресира симпатиковия ганглий и да доведе до редица симптоми, известни като синдром на Хорнер, описан по-горе. Освен това в тежки случаи води до анхидроза, болка в мускулите на ръката, дрезгав глас и кашлица. ■

ЗАБОЛЯВАНЕ	ХАРАКТЕРИСТИКИ
Синдром на Хорнер	Миоза, птоза, енофталам. Анизокория при затъмнени помещения, абнормалната зеница е по-малката.
Физиологична анизокория	Постоянна анизокория, независима от осветеността. Бенигнено състояние.
Парализа на трети ч.м.н.	Диплопия, птоза. Засяга движението на окото. Анизокория при осветяване, абнормалната зеница е по-голяма.
Травматична мидриаза	След травма в областта на окото. Анизокория при осветяване.
Тумор на Панкост	Както при синдром на Хорнер