

УДК 617.761 - 009.24 - 053.1 - 08

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ВРОЖДЕННОГО ОКУЛЯРНОГО НИСТАГМА

**Л.В. Мартыновская, Н.А. Гончарова, И.В. Пастух,  
Н.Б. Гаприндашвили**

*Харьковская медицинская академия последипломного  
образования*

### Введение

Проблема адекватного лечения больных с различными формами врожденного нистагма до настоящего времени остается одной из наиболее актуальных и сложных, несмотря на значительные успехи, достигнутые как в консервативном, так и хирургическом лечении [1,3,4,7,9,10].

Эффективность реабилитации больных с нистагмом определяется своевременным консервативным лечением в сочетании с хирургическим вмешательством.

### Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 67 пациентов с различными формами врожденного нистагма в возрасте от 4 до 39 лет.

Из общего числа обследованных горизонтальный толчкообразный нистагм выявлен у 39 больных (78 глаз), маятникообразный у 23 больных (46 глаз), ротаторный - у 5 (10 глаз). Всем больным проводилось комплексное офтальмологическое обследование: монокулярная и бинокулярная визометрия при положении взора прямо и вперед и при избирательном вынужденном положении головы, исследование рефракции в условиях циклоплегии, общий осмотр глаза и определение его объема движений во всех диагностических позициях взора, биомикроскопия, офтальмоскопия, определение характера зрения, исследование цветового зрения. Вид нистагма и его клинические характеристики оценивались по данным электронистагмографии [2,5].

Курс консервативного лечения включал коррекцию аномалий рефракции, медикаментозную терапию, ортопто-плеоптическое

лечение, а также электрофизиологические методы лечения. Выбор метода хирургической коррекции зависел от формы окулярного нистагма. Больным с горизонтальным толчкообразным нистагмом была произведена операция по Андерсону-Кестенбауму в модификации Паркса [4,7,8] на обоих глазах (четырех мышцах) одномоментно. При сочетании этой формы нистагма с тропией рекомендуется оперативное лечение в два этапа [5].

Больным с маятникообразным нистагмом рекомендована операция в нашей модификации [3] и операция по Кюпперсу [6]. При сочетании этой формы нистагма с косоглазием первым этапом устраивалась экзо- или эзотропия, а затем производилась коррекция маятникообразного нистагма на обоих глазах. При наличии ротаторного нистагма оперативное вмешательство показано лишь в случаях сочетания его с косоглазием.

### Полученные результаты и их обсуждение

При комплексном обследовании больных с различными формами врожденного окулярного нистагма выявлены следующие показатели остроты зрения: 0,01 - 0,05 была на 14 глазах, 0,06 - 0,09 - на 34 глазах, 0,1 - 0,3 на 52 глазах, 0,4 - 0,7 - на 22 глазах, 0,8 и более - на 12 глазах.

Обращает на себя внимание тесная взаимосвязь между остротой зрения и амплитудой нистагма: повышение остроты зрения после консервативного лечения чаще обусловлено уменьшением амплитуды нистагма и, наоборот, уменьшение колебательных движений глаз (например, после операций на глазодвигательных мышцах) приводит к повышению остроты зрения. Грубые анатомические изменения органа зрения, такие как врожденная катаракта, атрофия зрительного нерва, дегенерации сетчатой оболочки, аниридия, колобомы хориоидей обнаружены у 12 больных (18% случаев).

У 26 больных (39%) наблюдалось врожденное косоглазие (чаще эзотропия). Грубые нарушения подвижности глазных яблок выявлены у 7 человек (10,4%) случаев.

Изучение движения глазных яблок при нистагме показало, что электронистагмография является наиболее объективным методом для оценки вида нистагма, определения направления быстрой и медленной фаз, а также определения частоты, амп-

литуды и интенсивности нистагма. Электронистагмография показательна для решения вопроса о целесообразности хирургического вмешательства.

Показаниями для хирургического лечения нистагма являлись относительно высокая острота зрения и отсутствие грубых анатомических изменений со стороны органа зрения. В первой группе - 39 больных с толчкообразным нистагмом - оперативное лечение произведено всем больным. Применялась операция по Андерсону-Кестенбауму в модификации Паркса, которая заключалась в перемещении глаз в сторону нейтральной зоны нистагма путем рецессии-резекции горизонтальных мышц на обоих глазах. Результатом операции явилось устранение или уменьшение вынужденного положения головы и уменьшение амплитуды нистагма у всех больных в первичной позиции. Острота зрения повысилась на 0,3-0,4 у 27 больных (69,2%), на 0,5-0,7 у 12 больных (30,8%). При точном дозированном расчете хирургического вмешательства на четырех горизонтальных мышцах, острота зрения в первичной позиции после оперативного вмешательства соответствовала максимальной остроте зрения пациента при вынужденном повороте головы до операции.

Во второй группе острота зрения в послеоперационном периоде повысилась на 0,1 - у 8 больных (72,7%), на 0,2 - у 3 (27,3%). 12 пациентам с маятникообразным нистагмом (из 23) хирургическое лечение не было показано в связи с сопутствующей грубой патологией глаз и низкой остротой зрения. Амплитуда нистагма в послеоперационном периоде у всех больных уменьшилась в среднем на 3-50 по данным электронистагмографии.

Третью группу составили больные с ротаторным нистагмом - 5 пациентов. Оперативное вмешательство было целесообразным при сочетании ротаторного нистагма с косоглазием - 3 больных (60%). Результатом операции явилось не только устранение тропии, но и уменьшение амплитуды нистагма (по данным электронистагмографии) и повышение остроты зрения на 0,2- 0,3.

Всем больным в послеоперационном периоде назначался курс консервативной терапии. Острота зрения после проведенного курса консервативного лечения повысилась на 0,1 - у 35% больных, на 0,2 - у 29%, на 0,3 - у 17% больных. Повышение остроты

зрения не отмечено у больных с нистагмом в сочетании с грубой сопутствующей патологией - 12 пациентов (18%) случаев.

#### Выводы

1. Результаты проведенных исследований позволили обосновать систему мер, существенно улучшающих зрение и зрительную работоспособность у больных с врожденным глазным нистагмом.

2. Эта система включает тщательное обследование больных и выявление показаний к хирургической коррекции различных форм нистагма, проведение медикаментозного, плеоптического и аппаратного лечения, стимулирующего зрительные функции.

3. Из двух наиболее часто встречающихся форм врожденного нистагма лучшие результаты получены при толчкообразном нистагме, несколько хуже - при маятникообразном и ротаторном нистагме. Принципиально важно отметить, что даже незначительное повышение остроты зрения и уменьшение амплитуды нистагма имеет жизненно-практическое значение для слабовидящих пациентов с нистагмом.

4. Полученные результаты позволяют рекомендовать разработанную систему мер по улучшению зрительных функций при врожденном нистагме для широкого клинического применения.

#### Литература

1. Система мер по улучшению зрительных функций при нистагме: метод. рекоменд. / Э.С. Аветисов [и соавт.]. - 1980. - 20 с.
2. Склют И.А. Нистагм / И.А. Склют, С.Г. Цемахов. - Минск, 1990. - 240 с.
3. Чередниченко В.М. Новый способ хирургического лечения маятникообразного нистагма. / В.М. Чередниченко, Л.В. Мартыновская, А.Л. Олин // Офтальмол. журн. - 1988. - № 2. - С. 105-108.
4. Anderson J.R. Causes and treatment of congenital eccentric nystagmus / J.R. Anderson // Brit. J. Ophthalm. - 1953. - Vol. 37. - P. 267-281.

5. Calhoun J.H. Surgery for abnormal head positions in congenital nystagmus / J.H. Calhoun, R.D. Harley // Am. Trans Ophthalmol. Soc. - 1973. - Vol. 71. - P. 70.

6. Cuppers C. Congress International Strabismological Association / C. Cuppers. - Paris-Marseille, 1976. - P. 395-440.

7. Kestenbaum A. Methods of Neuro-ophthalmological Examination / A. Kestenbaum. - New York : Grune and Stratton, 1961. - P. 396-399.

8. Parks M.M. Congenital nystagmus surgery / M.M. Parks // Am. Orthoptik J. - 1973. - Vol. 23. - P. - 35.

9. John S Stahl. Medical treatment of nystagmus and its visual consequences. / S Stahl John, T Plant Gordon, R. John Leigh // J. R. Soc Med. - 2002. - Vol. 95(5). - P. 235-237.

10. Abadi R. V. A new treatment for congenital nystagmus / R. V. Abadi, D. Carden, J. Simpson // Br. J. Ophthalmol. - 1980. - Vol. 64(1). - P. 2-6.

#### Резюме

**Мартыновская Л.В., Гончарова Н.А., Пастух И.В., Гаприндашвили Н.Б.** Эффективность комплексного лечения различных форм врожденного окулярного нистагма.

Комплексное лечение различных форм врожденного окулярного нистагма приводит к значительному улучшению зрительных функций у больных.

**Ключевые слова:** врожденный окулярный нистагм, зрительные функции.

#### Резюме

**Мартиновська Л.В., Гончарова Н.А., Пастух І.В., Гапріндашвілі Н.Б.** Ефективність комплексного лікування різних форм природженого окулярного ністагму.

Комплексне лікування різних видів уродженого очного ністагму призводить до значного покращення зорових функцій.

**Ключові слова:** уроджений очний ністагм, зорові функції.

#### Summary

**Martynovskaya L.V., Goncharov N.A., Pastuh I.V., Gaprindashvili N.B.** Efficiency of complex treatment different forms of congenital ocular nistagmus.

It has shown, that complex treatment of patients with several forms of congenital ocular nistagmus significantly improves the condition of visual functions of patients.

**Key words:** congenital ocular nistagmus, visual functions.

**Рецензент:** д.мед.н., проф. А.М.Петруня

УДК 617.7

## ОЦІНКА СТАНУ ЗОРОВОГО АНАЛІЗАТОРУ У ХВОРІХ НА СИНДРОМ МАРФАНА ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ СТАТИЧНОЇ ПЕРИМЕТРІЇ

О.В. Ольхова

Львівський державний медичний університет

#### Вступ

Синдром Марфана (СМ) - автономно-домінантне захворювання, для якого є характерним ураження скелету, серцево-судинної системи та органа зору [3]. Офтальмологічні прояви діагностують практично у всіх хворих на СМ, незалежно від віку. Найчастіше це міопія різного ступеню, плоска рогівка, гіпоплазія райдужки та циліарного м'язу, ектопія кришталіків, зміни калібра судин сітківки, косоокість, дегенерація сітківки, відшарування сітківки, катаракта, глаукома [5]. Однак два останні критерії потребують подальшої перевірки для включення їх до категорії малих критеріїв [1].

Ішемічний (гіповолемічний) тип первинної глаукоми, до якого відноситься глаукома псевдонормального тиску, розвивається на фоні порушення кровотоку в магістральних судинах голови (загальній та внутрішній сонні або хребтових артеріях), а також при недостатній функції Вілзієвого кола. В останній час цей тип глаукоми відносять до ішемічного синдрому ока. Ураження екстра- або інтрацраніальних судин мозку має вирішальне значення для розвитку первинної глаукоми - за не ішемічним (гіперволемічним) або ішемічним (гіповолемічним) типом [2].

Серед інших клінічних методів діагностики, комп'ютерна периметрія є одним із основних методів, що дає змогу виявити глаукомне ураження зорового нерва [4]. Найбільш важливі показники комп'ютерної периметрії: поріг світлової чутливості сітківки; MD - середнє відхилення світлової чутливості сітківки від середньої вікової норми; PSD - паттерн стандартне відхилення, що порівнює результати різних точок між собою і по-