

**А. А. Дзибук**  
**ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО**  
**НИСТАГМА**

*Научный руководитель канд. мед. наук, доц. А. Ю. Чекина*

*Кафедра глазных болезней,*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

*УЗ «ЗГКБ имени Е. В. Клумова», г. Минск*

***Резюме.** При обследовании пациента 23 лет установлен диагноз: врожденный идиопатический толчкообразный нистагм, амблиопия средней степени. Рекомендовано хирургическое лечение: резекция глазодвигательных мышц с целью уменьшения выраженности нистагма.*

***Ключевые слова:** нистагм, острота зрения, оптическая когерентная томография, хирургическое лечение.*

***Resume.** Patient 23 years. During the examination the diagnosis: congenital idiopathic jerky nystagmus, myopia of mild degree, amblyopia average degree in both eyes. Recommended surgical treatment: shortening external oculomotor muscles to reduce the severity of nystagmus.*

***Keywords:** nystagmus, acuity of vision, optical coherence tomography, surgery treatment.*

**Актуальность.** Пациентов с врожденным нистагмом как правило офтальмологи обследуют в раннем детском возрасте с целью определения формы нистагма и решения вопроса о тактике лечения. У взрослых пациентов с данной патологией при высоких зрительных функциях с целью уменьшения выраженности нистагма возможно проведение хирургической операции на глазодвигательных мышцах.

**Цель:** определение индивидуальной оптимальной тактики лечения врожденного нистагма с учетом нейрофизиологических механизмов возникновения данной патологии.

**Материал и методы.** Пациенту, 23 года, с врожденным нистагмом проведено углубленное офтальмологическое обследование, которое включало: визиометрию, авторефрактометрию, кинетическую периметрию, кератометрию, безконтактную тонометрию, фоторегистрацию глазного дна, оптическую когерентную томографию (ОКТ) переднего и заднего отрезка глазного яблока, подвижность наружных глазодвигательных мышц, положение глаз в орбите, экзофтальмометрия. Также были проведены нейрофизиологические тесты: оценка саккад, оценка вестибулоокулярных рефлексов, проба Гальмаджи [1].

**Результаты и их обсуждение.** У пациента отмечается выраженный горизонтальный левосторонний нистагм средней амплитуды. В процессе обследования пациента периодически наблюдалось вынужденное положение головы; при исследовании остроты зрения пациент наклонял голову вниз и смотрел на таблицу для проверки остроты зрения вдаль исподлобья, отмечая, что в таком положении острота зрения повышается. Наблюдалось также небольшое расходящееся косоглазие обоих глаз; угол девиации кнаружи по Гиршбергу  $10^\circ$ , неаккомодационное, так как в очках для дали угол косоглазия остается прежним. Тест по оценке саккад исключил парез латеральной прямой мышцы глаза и межъядерную офтальмоплегию; тест по оценке плавных движений – заболевания мозжечка; тест для оценки вестибулоокулярных рефлексов – вестибулярные нарушения и рассеянный склероз; проба Гальмаджи – одностороннее нарушение функции лабиринта. Отмечается умеренное снижение остроты зрения вдаль: OD = 0,5 не корригируется очками; OS = 0,5 с коррекцией  $-1,0 \text{ дптр cyl ax } 140^\circ = 0,6$ . Истинное внутриглазное давление ( $P_0$ ) в норме: OD = 18 мм рт.ст.; OS = 17 мм рт.ст. На OD методом автоматической рефрактометрии определяется сложный миопический астигматизм в пределах 0,5 дптр cyl и в пределах 1,5 дптр sph; на OS – простой миопический астигматизм в пределах 1,5 дптр. По данным ОКТ толщина сетчатки в пределах нормы, патологии в макулярной области не обнаружено. Исследовать диск зрительного нерва методом ОКТ не удалось из-за отсутствия глазной фиксации. По данным кинетической периметрии на OD отмечается сужение границ полей зрения по периферии на  $15^\circ$ , на OS отмечается сужение границ полей зрения по периферии на  $10^\circ$  снаружи и сверху. Из-за большой потери фиксации данные статической периметрии OD недостоверны. При статической периметрии OS потеря фиксации практически отсутствует, однако отмечается повышенный процент ложноположительных и ложноотрицательных результатов. Данные офтальмологического обследования не выявили патологии придаточного аппарата глаза и переднего отрезка глазного яблока. При офтальмоскопии глазного дна обоих глаз, с использованием асферической линзы, патологии центральной ямки желтого пятна не обнаружено; сохранялись макулярный и фовеолярный рефлексы. Диск зрительного нерва бледно-розового цвета, контурирован, с небольшой

«Студенты и молодые учёные Белорусского государственного медицинского университета –  
медицинской науке и здравоохранению Республики Беларусь»

пигментацией по краю диска с наружной стороны в области миопического конуса на правом глазу. В центре диска физиологическая экскавация около 3-х мм. Калибр сосудов сетчатки не изменен, соотношение артерии к вене – 2:3. Четко визуализируются световые рефлексии вдоль верхнего и нижнего пучков слоя нервных волокон сетчатки.

На основании результатов офтальмологического обследования был выставлен диагноз: врожденный идиопатический левосторонний толчкообразный среднеразмашистый нистагм, содружественное расходящееся неаккомодационное косоглазие. Миопия слабой степени, сложный миопический астигматизм правого глаза, простой миопический астигматизм левого глаза. Амблиопия средней степени обоих глаз.

**Заключение.** Тактика лечения нистагма в первую очередь зависит от форм нистагма (сенсорный, нейрогенный, врожденный идиопатический). У обследованного нами пациента имеется врожденный идиопатический нистагм с высокой остротой зрения и наличием небольшого расходящегося косоглазия (10° по Гиршбергу). С целью уменьшения выраженности толчкообразного нистагма можно рекомендовать операцию по Аветисову: резекцию брюшек горизонтальных прямых мышц обоих глаз: несколько большая резекция показана на внутренней прямой мышце правого глаза и несколько меньшая – резекция на наружной прямой мышце левого глаза [2]. Цель операции – перенести зону покоя в срединное положение, что позволит уменьшить количество колебательных движений глазного яблока.

**Информация о внедрении результатов исследования.** По результатам настоящего исследования опубликованы 1 тезисы докладов, получен 1 акт внедрения в образовательный процесс кафедры глазных болезней.

*A. A. Dzibuk*

## **RATIONALE FOR SELECTION OF METHOD OF TREATMENT OF CONGENITAL NYSTAGMUS**

*Tutor associate professor A. Yu. Chekina*

*Department of Ophthalmology,  
Belarusian State Medical University, Minsk  
№3 city hospital, Minsk*

### **Литература**

1. Спэлтон Дэвид Дж. Атлас по клинической офтальмологии / Дэвид Дж. Спэлтон, Роджер А. Хитчинг, Пол А. Хантер ; Пер. с англ. ; Под общ. ред. А.Н. Амирова. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – С. 647-648.
2. Краснов М. Л. Руководство по глазной хирургии / М.Л.Краснов, В.С.Беляев и др. Под ред. М.Л. Краснова, В.С. Беляева. – 2-е изд., перераб и доп. – М.: Медицина, 1988. – С. 459-463.