



СЛУЧАЙ «ИСТИННОГО» СПАЗМА АККОМОДАЦИИ

УДК 617.726-009.12
ГРНТИ 76.29.56
БАК 14.01.07

© А. А. Фейгин, И. Л. Кузнецова, Е. Т. Зозуля

ФГУ «574 Военный клинический госпиталь МВО» МО РФ, Москва

✧ **Ключевые слова:** рефракция; аккомодация; спазм.

В последние годы в практике офтальмологов диагноз «спазм аккомодации» распространен достаточно широко. Настолько широко, что, зачастую, этот диагноз «приклеивают» в поликлинических (да и в клинических) условиях при обычном ослаблении рефракции на 0,5–0,75 дптр после однократного применения мидриатиков, что указывает на привычно-избыточное напряжение аккомодации.

Профессор Э. С. Аветисов считал, что о спазме аккомодации можно говорить в случаях значительного усиления рефракции (миопии) от –3,0 дптр и более (при исследовании с узким зрачком) и большой разницы между данными рефракции при исследовании с узким зрачком и при циклоплегии.

Известно [1, 3], что по механизму возникновения различают три формы спазма аккомодации (псевдомиопии): транзиторную, аккомодативную и неврогенную. В основе последней лежат заболевания ЦНС, затрагивающие ту часть ядра глазодвигательного нерва, которая иннервирует аккомодацию [2].

Случаи «истинного» спазма аккомодации встречаются довольно редко, поэтому посчитали возможным сообщить о таковом, чтобы, во-первых, «открыть глаза» практикующим офтальмологам, во-вторых, пригласить их к обсуждению этой проблемы на страницах уважаемого издания.

Пациент И., 20 лет, военнослужащий, жаловался на снижение зрения вдаль, «затуманивание», затруднения при зрительной работе вблизи обоих глаз в последние 2 недели. Больной — профессиональный боксер, у которого, со слов, были «травмы головы».

При поступлении:

Vis OD = 0,7 sph – 0,5 D = 0,8; OS = 0,7 sph – 0,5 D = 0,8.

Запас относительной аккомодации = 0.

Объем абсолютной аккомодации не определяли.

ОУ: передний отрезок не изменен. Глубокие оптические среды прозрачны. Глазное дно — без видимых патологических изменений.

Исследование рефракции (с узким зрачком) на авторефрактометре MRK-3100 Huvitz: OD –5,0 – 0,5 × 175°; OS –5,5 – 0,5 × 12°.

В оба глаза закапан 1 %-й раствор мидриацила. Через 20 минут рефракция:

OD –4,5 – 0,5 × 175°; OS –4,75 – 0,5 × 12°.

Проведены дополнительные обследования: осмотр стоматологом, ЛОР-специалистом, неврологом. Полость рта санирована, патологии ЛОР-органов не выявлено. Флюорография: легочная ткань без очаговых и инфильтративных изменений; УЗДГ сосудов головного мозга, ЭХОэнцефалоскопия, проведенная компьютерная томография головного мозга патологии не выявили.

Заключение невролога: последствия частых закрытых травм головного мозга в виде рассеянной неврологической симптоматики и астенического синдрома.

Рекомендованы сосудорасширяющие препараты, витамины, преднизолон, пирацетам, ФТО.

В результате проведенного комплекса исследований установлен окончательный диагноз: спазм аккомодации, неврогенная форма. Назначено лечение: ввиду отсутствия 1 %-го раствора атропина сульфата, в оба глаза 1 %-й раствор мидриацила 3 раза в день, 2,5 %-й раствор ирифрина — на ночь и постоянное ношение очков sph +1,0D.

Через неделю лечения рефракция на авторефрактометре:

OD +0,5 – 0,5 × 180°; OS +1,0 – 0,75 × 10°.

Положительная офтальмологическая динамика вместе с таковой неврологической (после повторного осмотра неврологом), казалось бы, говорила о правильном курсе лечения, однако на 11-й день лечения рефракция оказалась:

OD –0,25 – 0,5 × 10°; OS –2,0 – 0,25 × 12°.

С 12 дня лечения отменены используемые мидриатики, начато закапывание 1 %-го раствора атропина сульфата 3 раза в день в оба глаза. На 16-й день рефракция:

OD +1,75 – 0,25 × 180°; OS +1,75 – 1,0 × 4°.

В течение следующих 3 суток частоту закапывания постепенно уменьшили с 3 до 1 раза. На этом фоне отмечено вновь усиление рефракции:

OD $-2,25 -0,5 \times 5^\circ$; OS $-4,0 -0,75 \times 11^\circ$.

Дабы избежать обратного эффекта (пареза аккомодации) от длительного применения мидриатиков и, особенно, такого как 1 %-й раствор атропина, последний отменен; назначен 2,5 %-й раствор ирифрина на ночь.

Между тем, рефракция продолжала усиливаться и достигла через 7 дней следующих значений:

OD $-3,0 -0,75 \times 5^\circ$; OS $-5,5 -0,5 \times 20^\circ$.

Весь указанный период больной находился в стационаре, где офтальмологическое лечение сочетали с курсом, назначенным неврологом. Больной выписан из отделения на амбулаторное лечение, рекомендованное неврологом и офтальмологом.

Между тем, возвращение к прежней обстановке и условиям службы привели вновь к декомпенсации зрительных функций.

Представленный клинический случай говорит о необходимости постоянного длительного терпели-

вого наблюдения за такими больными и преимущественно неврологического их лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аветисов Э. С. Справочник по офтальмологии. — Москва, 1978. — С. 181–182.
2. Ананин Ф. Н. Моделирование регуляции диаметра зрачка // Физиология человека. — 1986. — Т. 12, № 4. — С. 669–674.
3. Астахов Ю. С., Ангелопуло Г. В., Джалишвили О. А. Глазные болезни. — Санкт-Петербург, 2004. — С. 67–68.

CLINICAL CASE: TRUE SPASM OF ACCOMMODATION

Fejgin A. A., Kuznetsova I. L., Zozulya E. T.

✧ **Key words:** refraction; accommodation; spasm.

Редколлегия приглашает коллег к обсуждению затронутых авторами статьи проблем и будет благодарна читателям за мнения, высказанные по этому поводу на страницах журнала.

Сведения об авторах:

Фейгин Александр Аркадьевич — д. м. н.

ФГУ «574 Военный клинический госпиталь МВО» МО РФ. 105064, Москва, Яковлепостольский пер., д. 8.

E-mail: ocul@yandex.ru.

Кузнецова Ирина Леонидовна — врач-офтальмолог, начальник офтальмологического отделения. ФГУ «574 Военный клинический госпиталь МВО» МО РФ. 105064, Москва, Яковлепостольский пер., д. 8. E-mail: ocul@yandex.ru.

Зозуля Елена Тарасовна — врач-офтальмолог. ФГУ «574 Военный клинический госпиталь МВО» МО РФ. 105064, Москва, Яковлепостольский пер., д. 8. E-mail: ocul@yandex.ru.

Fejgin Aleksandr Arkadievich — MD, doctor of medical science. FGU «574 Military clinical hospital MVO» MO the Russian Federation. 105064, Moscow, Jakovoapostolsky lane, 8. E-mail: ocul@yandex.ru.

Kuznetsova Irina Leonidovna — MD, head of ophthalmology department. FGU «574 Military clinical hospital MVO» MO the Russian Federation. 105064, Moscow, Jakovoapostolsky lane, 8. E-mail: ocul@yandex.ru.

Zozulya Elena Tarasovna — MD, ophthalmologist. FGU «574 Military clinical hospital MVO» MO the Russian Federation. 105064, Moscow, Jakovoapostolsky lane, 8. E-mail: ocul@yandex.ru.