Омская государственная медицинская

академия

Кафедра глазных болезней ОГМА

Зав. кафедрой – проф. Косых Н.В.

Ассистент - к.м.н. Ковалева Т.В.

**История болезни**

*Орлова Нина Степановна (72 года)*

**Куратор** Киреев А.С.

Педиатрический факультет

528 группа

## ОМСК – 2001

# Общие сведения.

1. ФИО: *Орлова Нина Степановна*
2. Дата поступления: *29.10.01*
3. Возраст: *72 года (18.05.29 г)*
4. Пол: *женский*
5. Место работы: *пенсионерка*
6. Место жительства: *г. Омск, пр. Космический 50, кв. 55*
7. Диагноз при поступлении в клинику:

*Незрелая сенильная катаракта правого глаза. Незрелая сенильная катаракта левого глаза.*

1. Клинический диагноз:

*Незрелая сенильная катаракта правого глаза. Незрелая сенильная катаракта левого глаза.*

1. Название операции: *30.10.2001 – Экстракапсулярная экстракция катаракты правого глаза с имплантацией оптической линзы Т19 +22,0 Д*
2. Осложнения операции:

# 29.01.2001 г.

# Жалобы

***Общие жалобы.*** На момент поступления общих жалоб нет.

***Специальные жалобы.*** Жалобы на снижение остроты зрения на оба глаза, но особенно на правый глаз; ощущения «пелены» перед глазами.

# Anamnesis morbi

Считает себя больной с начала 2001 года, когда без видимых причин стало снижаться зрение на правый глаз. Больная обратилась к участковому офтальмологу, который после осмотра назначил лекарство в каплях, названия лекарства больная не помнит. Однако зрение продолжало снижаться, появилось ощущения «пелены» перед глазами. Кроме того, больная также заметила снижение зрения левого глаза. Больная была госпитализирована в плановом порядке по направлению участкового окулиста.

# Anamnesis vitae

Родилась в Омской области. Росла и развивалась нормально, материально-бытовые условия были нормальными, болела редко. Закончила 8 классов школы, затем переехала в Омск, поступила в училище и после окончание его работала на заводе «Полет» в течение 44 лет лаборантом в оптической лаборатории.

Условия труда и быта в последний период жизни удовлетворительные, питание удовлетворительное.

Из перенесенных заболеваний: простудные заболевания.

Венерические болезни, вирусный гепатит, туберкулёз отрицает. Травм, операций, гемотрансфузий не было.

Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен.

Месячные с 14 лет, установились сразу, по 28 дней, безболезненные, умеренные. Замужем, имеет троих детей. Менопауза с 50 лет.

Вредные привычки отрицает. Сейчас живет одна в благоустроенной квартире.

# Status praesens

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, поведение адекватное. Телосложение правильное, рост средний, тип конституции – нормостенический, походка бодрая, осанка правильная.

Мышцы нормотрофичны, развиты симметрично, при пальпации безболезненны.

Пальпируются лимфоузлы в подмышечных впадинах и подчелюстные, не увеличены (размером 0,5–1 см), овальной формы, гладкие, подвижные, безболезненны.

*Исследование органов кровообращения*.

 При осмотре области сердца деформаций грудной клетки нет. Верхушечный толчок локализуется в V межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая – V межреберье у правого края грудины, левая – совпадает с верхушечным толчком, V межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. При аускультации ритм сердечных сокращений правильный. Сердечные и внесердечные шумы не прослушиваются.

Пульс на лучевых артериях одинаковый, ритмичный, напряжённый, частота – 80 в минуту. Сосудистая стенка гладкая, эластичная. АД 150/90.

*Исследование органов дыхания*.

 Грудная клетка правильной формы, нормостеническая, симметричная, обе половины активно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания – смешанный, глубина средняя, частота – 18 в минуту, ритм правильный. При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична, голосовое дрожание на симметричных участках одинаковой силы. При сравнительной перкуссии одинаковый лёгочный звук с двух сторон.

При аускультации лёгких на симметричных участках определяется везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет.

*Исследование органов пищеварения*.

Полость рта: губы розовые, высыпаний, трещин нет, дёсна розовые. Язык не увеличен, умеренно влажный, покрыт сероватым налётом.

Живот при осмотре обычного размера, овальной формы, симметричный. Рубцов и грыжевых выпячиваний нет. При пальпации живот безболезненный.

Печень при пальпации мягкой консистенции, гладкая, эластичная, край слегка закруглён, ровный.

Поджелудочная железа не пальпируется. Селезёнка не пальпируется.

Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

*Исследование почек, мочевого пузыря*.

Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеточники не пальпируются. Мочевой пузырь не выступает над лоном, не пальпируется. Физиологические отправления без изменений.

# Status localis

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Отделы глаза** | **Правый глаз** | **Левый глаз** |
| **Глазница и окружающие ткани** | Представляет собой 4х-угольную пирамиду, обращенную основанием кпереди и кнаружи. Костный край безболезненный. Окружающие ткани без признаков воспаления. | Представляет собой 4х-угольную пирамиду, обращенную основанием кпереди и кнаружи. Костный край безболезненный Окружающие ткани без признаков воспаления. |
| **Положение глаз** | Положение глаз правильное, движения в полном объеме. | Положение глаз правильное, движения в полном объеме. |
| **Веки** | Глазничная и вековая часть века без признаков поражения, безболезненны. | Глазничная и вековая часть века без признаков поражения, безболез­ненны. |
| **Слезные органы и слезоотводящие пути.** | Слезная железа и добавочные железы безболезненны, без признаков поражения. Железа расположена в одноименной ямке глазницы под верхне-наружным краем. Слезные точки, слезные канальцы, слезный мешок и носослезный проток без признаков поражения, безболезненны. Слезные точки расположены на вершине слезных сосочков.При надавливании на область слезного мешка отделяемого нет  | Слезная железа и добавочные железы безболезненны, без признаков поражения. Железа расположена в одноименной ямке глазницы под верхне-наружным краем. Слезные точки, слезные канальцы, слезный мешок и носослезный проток без признаков поражения, безболезненны. Слезные точки расположены на вершине слезных сосочков.При надавливании на область слезного мешка отделяемого нет |
| **Конъюнктива** | Бледно-розового цвета, подвижная. | Бледно-розового цвета, подвижная. |
| **Склера** | Сосуды склеры не изменены, цвет белый, болезненности склеры нет. | Сосуды склеры не изменены, цвет белый, болезненности склеры нет. |
| **Роговица** | Гладкая, прозрачная, зеркальная; помутнений роговицы нет. | Гладкая, прозрачная, зеркальная; помутнений роговицы нет. |
| **Передняя камера** | Средней глубины; влага прозрачная | Средней глубины; влага прозрачная |
| **Гониоскопия** |
| **Радужка и зрачок** | Радужка в цвете и рисунке не изменена, отмечается эксфолиация по зрачковому краю радужки. Зрачок серый, размером 3 мм, реакция на свет сохранена. | Радужка в цвете и рисунке не изменена, отмечается эксфолиация по зрачковому краю радужки. Зрачок темно-серый, размером 3 мм, реакция на свет сохранена |
| **Хрусталик** | Располагается в обычном месте; отмечается помутнение в ядре и субкортикальных слоях. | Располагается в обычном месте; отмечается помутнение в ядре. |
| **Стекловидное тело** | В «тумане» вследствие помутнения в хрусталике | Прозрачное; сосуды отсутствуют; занимает весь объем глазного яблока. |
| **Глазное дно** | Рефлекс с глазного дна серый; глазное дно в «тумане». | Рефлекс с глазного дна бледно-розовый. Диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие, сосудистый пучок в центре; соотношение артерий к венам составляет **2:3**.  |

**Острота зрения и рефракция**

**29.10.2001**

 OD=0,03(Hm)не корригируется

Visus= OS=0,3 (Hm) не корригируется

**8.11.2001**

 OD=0,1(Hm) не корригируется

Visus= OS=0,3(Hm) не корригируется

**Дополнительные методы исследования.**

**Офтальмометрия (29.10.2001)**

**OD** 44,00

 44,00

**Эхобиометрия (29.10.2001)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ПК** | **ОСЬ** |
| **OD** | 3,83 | 23,06 |

**Тонометрия (29.10.2001)**

**OD -** 16 мм рт. ст.

**OS -** 18 мм рт. ст.

# План обследования

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Биохимический анализ крови
4. Консультация терапевтом
5. Консультация анестезиологом
6. ЭКГ

##### Лабораторные и инструментальные данные

**Общий анализ крови (23.10.2001)**

Гемоглобин 146 г/л

Лейкоциты 4,8∙109/л

СОЭ 14 мм/ч

###### Лейкоцитарная формула

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Базофилы | Эозинофилы | Нейтрофилы | Лимфоциты | Моноциты |
| Миело­циты | Юные | Палочко­ядерные | Сегменто­ядерные |
| Норма | 1 | 3 |  |  | 4 | 3 | 23 | 6 |
| Границы | 0-1 | 2-4 |  | 0-3 | 3-5 | 51-67 | 20-25 | 4-8 |
| Найдено при исследовании | **2** | **2** |  |  |  | **46** | **43** | **7** |

**Общий анализ мочи (23.10.2001)**

Цвет – соломенно-желтый

Прозрачность – прозрачная

Реакция – кислая

Плотность – 1015

Белок - отрицательно

Сахар отрицательно

 *При микроскопическом исследовании:*

Эпителиальные клетки – отсутствуют

Лейкоциты – единичные в поле зрения

Эпителий 0-1 в поле зрения

Фосфаты Слизь

**Биохимический анализ крови (24.10.2001)**

Общий белок - 89,6 гр/л

Билирубин общий – 10,0

Тимоловая проба – 9

Сахар –3,8 ммоль/л

Протромбиновый индекс – 110%

**ЭКГ (23.10.2001)**

Ритм синусовый, с частотой 75 в минуту. Электрическая ось QRS отклонена влево за счет гипертрофии левого желудочка. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Рубцовые изменения миокарда в области передней стенки левого желудочка. Диффузные изменения в миокарде желудочков.

**Флюорография органов грудной полости (20.10.2001)**

В легких патологических изменений нет.

**Флюорография придаточных пазух (23.10.2001)**

Придаточные пазухи носа без видимых патологических изменений.

**Диагноз: *Незрелая сенильная катаракта правого глаза. Незрелая сенильная катаракта левого глаза.***

Обоснование диагноза

# В пользу диагноза «*Незрелая сенильная катаракта правого глаза. Незрелая сенильная катаракта левого глаза*» говорят такие факты как:

* Пожилой возраст пациентки

**OD:**

* Наличие жалоб на снижение остроты зрения, ощущение «пелены перед глазами»;
* Снижение остроты зрения до 0,03 , неподдающееся коррекции;
* Наличие серого рефлекса с глазного дна;
* Наличие помутнения в ядре и субкортикальных слоях хрусталика, выявляемого при биомикроскопии;

**OS:**

* Наличие жалоб на снижение остроты зрения, ощущение «пелены перед глазами»;
* Снижение остроты зрения до 0,3 , неподдающееся коррекции;
* Наличие серого рефлекса с глазного дна;
* Наличие помутнения в ядре хрусталика, выявляемого при биомикроскопии;

**Дифференциальный диагноз**

Сенильную катаракту следует дифференцировать с открытоугольной глаукомой. Для данных заболеваний характерны следующие симптомы:

* Пожилой возраст пациентов;
* Отсутствие субъективных жалоб на начальных этапах заболевания;
* Прогрессирующее снижение зрение;

***Дифференциальный диагноз можно проводить по следующим признакам.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Признак** | **Сенильная катаракта** | **Остроугольная глаукома** |
| **Снижение зрения** | Преимущественное снижение центрального зрения. | Преимущественное сни­жение периферического зрения |
| **Исследование при боковом освещении.** | Симптом «тень от радужки» | Возможно без изменений. |
| **Исследование в проходящем свете** | Рефлекс с глазного дна серый | Рефлекс с глазного дна розовый |
| **Глазное дно** | Не определяется из-за помутнения хрусталика | Отмечается краевая экс­кавация диска зрительного нерва |
| **ВГД** | Не изменено | Обычно повышено |
| **Нагрузочные пробы (темновая, позиционная)**  | Отрицательные | Положительные |
| **Эффект от назначения миотиков.** | Продолжающееся снижение зрения | Стабилизация процесса  |
| **Обратимость снижения зрения** | Улучшение зрения после оперативного лечения (удаление катаракты) | Необратимое снижение зрения. Оперативно достигается стабилизация глаукоматозного процесса |

# План лечения больного

**I Консервативное лечение.**

1. Препараты, предупреждающие развитие катаракты
	1. *Офтан-катахром*
	2. *Квинакс*
	3. *Тауфон*
	4. *Витоидиоль.*
	5. *Мед*

2. Антиоксиданты – *Эмоксипин, витамины А,Е.*

**II Хирургическое лечение.**

1. Экстракапсулярная экстракция катаракты
2. Интракапсулярная экстракция катаракты.
3. Факоэмульсификация
4. ЛазерокапсулоФакопунктура

*После хирургического лечения для коррекции зрения при афакии можно применить следующие способы*:

1. Очковая коррекция
2. Коррекция контактными линзами
3. Имплантация искусственного хрусталика

**30.12.2001**

**Протокол операции**

**«*Экстракапсулярная экстракция катаракты правого глаза с имплантацией оптической линзы Т19 +22,0 Д»***

Дата – 30.10.2001

НЛА, местная анестезия. Обработка операционного поля.

Анестезия: раствор новокаина 2% - 2,0 ретробульбарно.

Раствор новокаина 2% - 10,0 акинезия.

Уздечный шов на верхнюю прямую мышцу.

Конъюнктива отсечена от лимба до 10-13. Гемостаз.

Надрез по лимбу до 10-13.

Парацентез на 12 час.

Мезатон, зрачок расширился до 5 мм. Установлена ирригационная трубка. Разрез по насечке.

Имплантирована искусственная оптическая линза Т19 +22,0 Д, подшита. Целостность задней капсулы не сохранена. В камеру введен воздух. Узловой шов на разрез. Два узловых шва на конъюнктиву.

Инъекция: 1. Dexametazoni 1. Gentamycini

# Дневник

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** | **Состояние глаза** | **Лечение** |
| **9.11.2001** | Состояние удовлетворительное. Глаз спокоен; отмечается смешанная инъекция склеры. Радужка субатрофична, по зрачковому краю отмечается эксфолиации. Зрачок 6 мм, в проекции зрачка видна искусственная линза. Реакция зрачка правого глаза на свет вялая. Vis OD=0,1 не корригируется, vis OS=0,3(Hm) не корригируется.  | * Sol.Albucidi 20%-5 раз в день в OD
* Laevomycetini 0,25 - 5 раз в день в OD
* Dexamethasoni 0,1 - 5 раз в день в OD
* Glucosi – 10% - 5 раз в день в OD
* Pilocarpini 1% на ночь в OD
* Ингаляции в гелионеонового лазера №20
 |
| **10.11.2001** | Состояние удовлетворительное, динамика положительная. Отмечается смешанная инъекция склеры. Радужка субатрофична, по зрачковому краю отмечается эксфолиации. Зрачок 6 мм, в проекции зрачка видна искусственная линза. Реакция зрачка правого глаза на свет вялая. Vis OD=0,1 не корригируется, vis OS=0,3(Hm) не корригируется |  Лечение получает в полном объеме |

# Эпикриз

Больная Орлова Н.С., 72 года, поступила 29.10.2001 в плановом порядке с жалобами на снижение остроты зрения на оба глаза, ощущение «пелены» перед глазами. **OD**:рефлекс с глазного дна правого глаза серый, при биомикроскопии отмечается помутнение в ядре и подкорковых слоях хрусталика, реакция зрачка на свет сохранена.Visus OD=0,03(Hm) не корригируется. **OS**: рефлекс с глазного дна бледно розовый, при биомикроскопии отмечается помутнение в ядре хрусталика, Visus= OS=0.3 (Hm) не корригируется. Поставлен диагноз «*Незрелая сенильная катаракта правого глаза. Незрелая сенильная катаракта левого глаза».*

30.10.2001 была проведена экстракапсулярная экстракция катаракты правого глаза с имплантацией оптической линзы Т19 +22,0 Д.

Острота зрение правого глаза после операции - OD=0,1(Hm) не корригируется. Больная получает адекватную противовоспалительную терапию. Прогноз благоприятный.

# Рекомендации больной

1. Наблюдение у окулиста по месту жительства по поводу сенильной незрелой катаракты левого глаза.
2. Sol. Albucidi 20%,Dexamethasoni 0,1, закапывать 4 раза в день.
3. Indometacini 0,025 по 1 таблетке 3 раза в день в течение 10 дней.