1. Паспортная часть:

1.ФИО: ХХХ

2.Возраст: 30 лет

3.Образование: средне-специальное

4.Место работы: разнорабочий

5.Дата поступления в клинику: 18.12.2002

6.Дата начала курации: 25.12.2002

7.Диагноз при поступлении: Рецидивирующий фибринозно-пластический иридоциклит. Осложнённая катаракта.

8.Клинический диагноз: Рецидивирующий фибринозно-пластический иридоциклит. Осложнённая катаракта.

2. Основные жалобы больного:

А) При поступлении: На боли в глазу, снижение остроты зрения.

Б) На момент курации: На боли в глазу, снижение остроты зрения.

3. Анамнез заболевания:

Впервые жалобы на боль в левом глазу появилась в 1999 году после перенесённого гриппа. За медицинской помощью не обращался. Обратился лишь после исчезновения предметного зрения, когда осталось только светоощущение. Был проведён шестимесячный курс медикаментозной терапии, после которого состояние заметно улучшилось. В 2000 году наступило повторное ухудшение состояния с изменением цвета радужной оболочки. Повторный курс медикаментозной терапии с улучшением состояния. Поступил 18 декабря 2002 года с жалобами на снижение остроты зрения, изменение цвета радужной оболочки.

4. Анамнез жизни:

ХХХ, родился 5 июля 1972 года в городе ХХХ в семье рабочих, первым ребёнком. Рос и развивался соответственно возрасту. В 18 лет окончил профессиональное техническое училище, служил в армии. Жилищные условия хорошие. Аллергологический анамнез: непереносимости пищевых продуктов, лекарств нет. Генетический анамнез: аллергические, контактные заболевания у родственников отрицает, эпилепсию у родственников отрицает. Вредные привычки: отсутствуют. Туберкулёз, гепатит В, венерические заболевания отрицает. Операции: отсутствуют. Гемотрансфузионный анамнез: отрицает.

5. Status praesens:

Общее состояние:

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Доступные пальпации лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Отёков нет.

* Костно-мышечная система:

Мышцы развиты умеренно, симметрично. Деформации и болезненности в области костей и суставов не отмечается.

* Система органов дыхания:

Дыхание через нос свободное, грудная клетка цилиндрической формы, симметрично участвует в акте дыхания. ЧДД 18 в минуту. Тип дыхания брюшной. При пальпации – ригидность грудной клетки обычная, голосовое дрожание над всей поверхностью лёгких не изменено. Топографическая перкуссия: над лёгкими ясный лёгочный звук, высота стояния верхушек лёгких спереди 4 см с обеих сторон над ключицами, сзади высота стояния верхушек на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка, поля Кренига 6 см с обеих сторон. Нижние границы лёгких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Правое лёгкое | Левое лёгкое |
| Окологрудинная линия | 5 межреберье | – |
| Среднеключичная линия | 6 межреберье | – |
| Пер.подмышечная линия | 7 межреберье | 7 межреберье |
| Ср.подмышечная линия | 8 межреберье | 8 межреберье |
| Зад.подмышечная линия | 9 межреберье | 9 межреберье |
| Лопаточная линия | 10 межреберье | 10 межреберье |
| Паравертебральная линия | Остистый отросток 11 грудного позвонка | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

При сравнительной перкуссии патологии не выявлено. Активная подвижность нижнелёгочного края 4 см с обеих сторон. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.

* Сердечно-сосудистая система:

При осмотре область сердца не изменена. Сердечный толчок на глаз не виден, при пальпации определяется по среднеключичной линии в 5-м межреберье 1,5 см кнаружи. Выбухания сосудов и патологической пульсации не выявлено. Пульс ритмичный, хорошего наполнения и напряжения. ЧСС 88 уд/мин. Границы относительной сердечной тупости:

|  |  |
| --- | --- |
| 2 межреберье справа | Край грудины |
| 3 межреберье справа | На 0,5 см от края грудины |
| 4 межреберье справа | На 1 см от края грудины |
| 2 межреберье слева | Край грудины |
| 3 межреберье слева | На 1 см латеральнее от края грудины |
| 4 межреберье слева | На 2 см от края грудины |
| 5 межреберье слева | На 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии |

Ширина сосудистого пучка 4 см. Поперечник 12 см. Границы абсолютной сердечной тупости:

|  |  |
| --- | --- |
| Верхняя | 3-е межреберье по парастернальной линии |
| Правая | 4 межреберье по левому краю грудины |
| Левая | 5 межреберье 2 см кнаружи от среднеключичной линии |

При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные. АД = 110/70 мм. рт. ст. (D=S)

* Пищеварительная система:

Язык влажный, слизистые полости рта бледно-розового цвета. Стоматита и кариозных зубов нет. Живот обычной формы. Печень безболезненная, не увеличена. Размеры по Курлову 10\*9\*7 см. Стул регулярный, оформленный.

* Мочеполовая система:

Осмотр поясничной области без патологии. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное, дизурических расстройств нет. Отёков нет. Вторичные половые признаки развиты без отклонений.

* Кроветворная система:

Видимых кровоизлияний и геморрагической сыпи на коже нет. Болезненность при постукивании по грудине и трубчатым костям отсутствует. Доступные пальпации лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Селезёнка не пальпируется, перкуторно её размеры: поперечник 5 см, длинник 10 см.

* Эндокринная система:

Внешний вид соответствует возрасту и полу. Телосложение пропорциональное, подкожно-жировая клетчатка умеренно развита и равномерно распределена. Форма и цвет лица без особенностей. Щитовидная железа не увеличена, глазные симптомы гипертериоза отсутствуют. Состояние и структура волос без патологии, оволосение по мужскому типу.

* Неврологический статус:

Состояние больного к моменту курации удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больного активное. Больной контактен, отвечает на все заданные вопросы. Больной ориентируется в месте и во времени, настроение – хорошее, поведение – спокойное. Память сохранена, снижение интеллекта отсутствует. Менингиальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, Брудзинского) – отрицательные.

6. Status localis:

* OD:

Острота зрения 1,0. Рефракция E.

Цвета различает.

Положение глазных яблок в орбите правильное, движения не нарушены.

Глазная щель симметрична с левой; положение и состояние век нормальное; рост ресниц хороший, заднее ребро века острое, ровное, хорошо прилегает к глазному яблоку.

Слёзные точки среднего размера, открываются в слёзное озеро, положение их, состояние слёзного мешка не нарушено.

Конъюнктива век бледно-розового цвета, гладкая, блестящая, неутолщена, отделяемого нет. Конъюнктива глазного яблока гладкая, прозрачная, полулунная складка и слёзное мясцо не изменены.

Склера белого цвета; инъекции нет.

Роговица обычной формы, размер 10х11 мм, прозрачная, гладкая, блестящая, чувствительность не нарушена.

Передняя камера средней глубины, прозрачная.

Радужная оболочка коричневого цвета, рисунок чёткий, зрачок правильной формы, размер от 2 до 7 мм, на свет реагирует хорошо.

Чувствительность глазного яблока в области проекции ресничного тела безболезненна.

Положение хрусталика правильное, хрусталик прозрачный.

Стекловидное тело прозрачное.

Рефлекс глазного дна розовый, диск зрительного нерва бледно-жёлтого цвета, с чёткими границами, сосуды не изменены, жёлтое пятно тёмно-розового цвета, границы чёткие, периферия не изменена.

Внутриглазное давление 23 мм.рт.ст.

* OS

Острота зрения 0,6. Рефракция E.

Цвета различает.

Положение глазных яблок в орбите правильное, движения не нарушены.

Глазная щель симметрична с левой; веки отёчны, гиперемированы; рост ресниц хороший, заднее ребро века острое, ровное, хорошо прилегает к глазному яблоку.

Слёзные точки среднего размера, открываются в слёзное озеро, положение их, состояние слёзного мешка не нарушено.

Конъюнктива век гиперемирована.

Конъюнктива глазного яблока гладкая, прозрачная, полулунная складка и слёзное мясцо не изменены.

Склера белого цвета; лёгкая перикорнеальная инъекция.

Роговица: лёгкий отёк, на эндотелии единичные преципитаты.

Передняя камера средней глубины, прозрачная.

Радужная оболочка: лёгкий отёк, локальное изменение цвета, зрачок неправильной формы за счёт круговых задних синехий. За счёт задних синехий отсутствие зрачкового рефлекса.

Хрусталик непрозрачен в следствие осложнённой катаракты. Помутнение хрусталика по типу начальной катаракты.

Стекловидное тело прозрачное.

Рефлекс глазного дна розовый, диск зрительного нерва бледно-жёлтого цвета, с чёткими границами, сосуды не изменены, жёлтое пятно тёмно-розового цвета, границы чёткие, периферия не изменена.

Внутриглазное давление 17 мм.рт.ст.

7. Предварительный диагноз:

Рецидивирующий фибринозно-пластический иридоциклит. Осложнённая катаракта.

8. Дифференциальный диагноз:

|  |  |
| --- | --- |
| Приступ глаукомы | Острый иридоциклит |
| Жалобы на радужные круги при взгляде вверх | Радужных кругов нет |
| Преобладают иррадиирующие боли | Преобладают боли в глазу |
| Часто предшествуют продромальные приступы | Глаз заболевает внезапно |
| Перикорнеальная инъекция слабо выражена, преобладает инъекция крупных ветвей передних цилиарных сосудов | Преобладает перикорнеальная инъекция |
| Чувствительность роговицы понижена | Чувствительность роговицы не изменена |
| Передняя камера мелкая | Передняя камера средней глубины или глубокая |
| Зрачок шире чем на другом глазу | Зрачок сужен (если не был расширен мидриатиками) |
| Внутриглазное давление повышено | Внутриглазное давление нормальное, понижено, лишь иногда повышено |

9. Окончательный диагноз:

Рецидивирующий фибринозно-пластический иридоциклит. Осложнённая катаракта.

Рецидивирующий иридоциклит ставится на основании анамнестических данных: длительность заболевания составляет 3 года, за это время больной 3 раза обращался за медицинской помощью. За фибринозно-пластический иридоциклит говорят перикорнеальная инъекция глазного яблока, преципитаты на задней поверхности роговой оболочки, наличие задних синехий. Осложнённая катаракта обосновывается наличием помутнения хрусталика, помутнение по типу начальной катаракты.

10. Лечение:

а) Мидриатики:

Rр.: Sоl. Аtropini sulfatis 1 % 5 ml

D. S. Глазные капли ( по 1 - 2 капли каждый час до

полного расширения зрачка)

Можно использовать Sol. Scopalamini hydrobromidi 0,25%, 0,5%, 1%.

Механизм действия: Блокируя м-холинорецепторы, Атропин делает их нечувствительными к ацетилхолину, образующемуся в области окончаний постганглионарных парасимпатических (холинергических) нервов. Эффекты действия атропина противоположны поэтому эффектам, наблюдающимся при возбуждении парасимпатических нервов. Под влиянием атропина происходит сильное расширение зрачков. Мидриатический зффект зависит от расслабления волокон круговой мышцы радужной оболочки, которая иннервируется парасимпатическими волокнами. Одновременно с расширением зрачка в связи с нарушением оттока жидкости из камер возможно повышение внутриглазного давления. Расслабление ресничной мышцы цилиарного тела ведет к параличу аккомодации.

б) Антибактериальные препараты:

Rp.: Sol. Sulfacyli-natrii 30% 10 ml

D.S. Глазные капли; по 1 - 2 капли 3 раза в день.

Можно использовать Sol. Furacilini 0,02%.

Механизм действия: Препарат эффективен при стрептококковых, гонококковых, пневмококковых и коли-бациллярных инфекциях. Хорошая растворимость в воде позволяет использовать препарат для инъекций; растворы закапывают также в коньюнктивальный мешок. В глазной практике сульфацил-натрий применяют в виде растворов (10 - 20 - 30 %) и мази (10 - 20 - 30 %) при конъюнктивитах, блефаритах, гнойных язвах роговицы и других инфекционных заболеваниях глаз.

в) Противовоспалительные:

Rp: Tabulettae Butadioni 0,15

D.S. Внутрь 3 раза в день в течение 10 дней.

Можно использовать Tab. Salicylamidum 0,25.

Механизм действия: Бутадион является относительно сильным ингибитором биосинтеза простагландинов, превосходя в этом отношении ацетилсалициловую кислоту. Препарат быстро всасывается и относительно долго находится в крови. Хороший эффект (уменьшение экссудации и боли) отмечен при иридоциклитах.

г) Рассасывающие:

Эндоназально: электрофорез лидазы..

Механизм действия: Препарат, содержащий фермент гиалуронидазу. Гиалуронидаза - это фермент, специфическим субстратом которого служит гиалуроновая кислота. Последняя является мукополисахаридом, в состав которого входят ацетилглюкозамин и глюкуроновая кислота.

Гиалуроновая кислота обладает высокой вязкостью; ее биологическое

значение заключается главным образом в том, что она является

цементирующим веществом соединительной ткани.

Гиалуронидаза, или "фактор распространения", вызывает распад

гиалуроновой кислоты до глюкозамина глюкуроновой кислоты и тем

самым уменьшает ее вязкость. Гиалуронидаза вызывает увеличение

проницаемости тканей и облегчает движение жидкостей в межтка-

невых пространствах.

д) Кератопластические:

Rp: Sol. Citrali 0,01% 10 ml

D.S. Глазные капли (по 1 – 2 капли в конъюнктивальный мешок).

Можно использовать Sol. Chinini hydrochloridi 1%.

Механизм действия: Алифатический непредельный альдегид; по химическому строению сходен с боковой цепью молекулы витамина А. Желтоватая маслянистая жидкость. Нерастворим в воде, имеет характерный (лимонный) запах. Оказывает болеутоляющее и противовоспалительное действие.

е) Биогенные стимуляторы:

Rp.: Ехtr. Аloes fluidi 1 ml

D.t.d. N. 10 in ampull

S. По 1 мл под кожу.

Можно использовать Fibs proinjectionibus 1,0.

Механизм действия: Оказывает стимулирующее влияние и ускоряют процессы

регенерации.

ж) Витамины:

Rp.: Sol. Ас. аscorbinici 5 % 1 ml

D.t.d. N. 20 in ampull.

S. По 1 мл в мышцы 2 раза в день.

Механизм действия: Благодаря наличию в молекуле диенольной группы ( - СОН=СОН - ) она обладает сильно выраженными восстановительными свойствами. Участвует в регулировании окислительно-восстановительных процессов углеводного обмена, свертываемости крови, регенерации тканей, образовании стероидных гормонов. Одной из важных физиологических функций аскорбиновой кислоты является ее участие в синтезе коллагена и проколлагена инормализации проницаемости капилляров.

Rp.: Sоl. Nаtrii nicotinatis 1,7 % 1 ml

(s. Ас. nicotinici 1 %)

D.t.d. N. 10 in аmpull.

S. По 1 мл внутримышечно или внутривенно.

Механизм действия: Никотиновая кислота и ее амид играют существенную роль в

жизнедеятельности организма; они являются простетическими группами ферментов - кодегидразы I (дифосфопиридиннуклеотида - НАД) и кодегидразы II (трифосфопиридиннуклеотида - НАДФ), являющихся переносчиками водорода и осуществляющих окислительно-восстановительные процессы. Кодегидраза II участвует также в переносе фосфата.

Оренбургская государственная медицинская академия

Кафедра глазных болезней и офтальмологии

Зав.каф.проф. Кирилличев А.И.

Преподаватель асс. Астафьев И.В.

История болезни

Больного ХХХ, 30 лет.

Диагноз: Рецидивирующий фибринозно-пластический иридоциклит.

Осложнённая катаракта.

Выполнил Ersallcer

Оренбург - 2002