Государственное Бюджетное Образовательное Учреждение

Высшего Профессионального Образования

«Башкирский Государственный Медицинский Университет»

Министерства Здравоохранения Российской Федерации

**Кафедра офтальмологии**

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

ФИО

Куратор - студентка П-407Б группы

Мурзагалина А.У.

Преподаватель: ассистент, к.м.н.

Азаматова Г.А.

Уфа - 2014

**Анамнез**

При поступлении жалобы на появление в сетчатке правого глаза светлого очажка с расплывчатыми контурами (симптом кошачьего глаза), покраснение, снижение остроты зрения правого глаза.

Развитие заболевания:

За неделю до обращения в стационар, родители заметили у ребенка покраснение правого глаза, и беловато-желтоватое свечение зрачка.

**Социальный анамнез**

Семья неполная.

Мать - \*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*\*, 38 лет. Образование средне специальное, товаровед.

Жилищные условия, материальная обеспеченность семьи удовлетворительная.

Эпидемиологический анамнез без особенностей.

**Объективное обследование**

Общее состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, настроение ровное, спокойное.

Физическое развитие:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | № коридора по таблицам |
| Длинна | 78,5 см | II |
| Масса | 13,5 кг | IV |
| О. груди | 47,5см | II |
| О. головы | 46 см | I |

Физическое развитие ниже среднего, негармоничное.

Исследование кожных покровов:

Кожные покровы чистые, бледные. Параоральный, параорбитальный цианоз

Ногти гладкие, блестящие, розового цвета. Края гладкие, поперечной исчерчености нет.

Волосы пигментированы, растут равномерно, перхоти, педикулеза нет.

Кожа эластичная, влажность повышена. Дермографизм белый, исчезает через несколько секунд.

Исследование ПЖК

ПЖК распределена равномерно, по мужскому типу. Отеков нет.

Повышенного питания, упругая. Тургор тканей сохранен.

Исследование лимфоузлов:

Лимфоузлы неувеличены. Безболезненны, эластичны, подвижны.

Исследование мышечной системы:

Развитие мышечной системы среднее, симметричное.

Тонус мышц сохранен, на симметричных местах одинаков. Пассивные и активные движения в полном объеме. При пальпации болезненности в мышцах нет.

Исследование костной системы:

Походка правильная. Голова округлой формы, симметричная, мозговой череп преобладает над лицевым.

Глазные щели симметричны, края ушных раковин на одном уровне. Прикус прямой, верхние резцы поражены кариесом.

Грудная клетка цилиндрическая, симметричная, осанка правильная, физиологические изгибы позвоночника умеренно выражены. Правые и левые конечности одинаковой длинны, пропорциональны.

Кости плотные, гладкие, при пальпации и перкуссии безболезненны.

Дыхательная система

Дыхание через нос не затруднено. Дыхание смешанного типа, ритмичное, ЧДД - 32 движений в минуту. Объективных признаков одышки нет.

Участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания симметричное, выбухания/западения межреберных промежутков не наблюдается.

Слизистая оболочка зева, задней стенки глотки гиперемирована. Миндалины не изменены.

Пальпация:

Грудная клетка резистентна, при пальпации безболезненна. Голосовое дрожание над симметричными участками легких не изменено, шума трения плевры, крепитации нет. Экскурсия грудной клетки 2 см.

Границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательная линия | Справа | Слева |
| Средино-ключичная | VI ребро | - |
| Среднеподмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Паравертебральная | IX грудной позвонок |  |

Активная подвижность нижних границ легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательная линия | Справа | Слева |
| Средино-ключичная | 1,5 | - |
| Среднеподмышечная | 2 | 2 |
| Лопаточная | 1,5 | 2 |

Симптомы увеличения внутригрудных лимфоузлов отрицательно

Аускультация:

Дыхание пуэрильное, патологических изменений дыхания нет. Хрипов, шума трения плевры, крепитации нет. Бронхофония проводится в виде неясного бормотания.

Симптом Д'Эспина отрицательный.

Сердечно-сосудистая система:

Грудная клетка обычной формы, деформации, втяжения межреберных промежутков нет. Пульсации крупных сосудов, набухлости вен нет.

Верхушечный толчок визуально не определяется. Эпигастральной пульсации нет, форма пальцев обычная.

Пальпация:

Верхушечный толчок локализуется в V межреберье, на 1 см кнаружи от средино-ключичной линии, площадь 1х1 см., ритмичный, средней силы и высоты.

Симптом «кошачьего мурлыкания» отрицательно.

Пульс синхронный, ритмичный, нормального наполнения и напряжения, средней силы и величины. ЧСС 124 удара в минуту.

Перкуссия:

Границы относительной и абсолютной тупости сердца:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Граница | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| Правая | По парастернальной линии | По левому краю грудины. |
| Левая | 1,5 см кнаружи от средино-ключичной линии | Посередине между левой сосковой и средино-ключичной линией |
| Верхняя | II ребро по парастернальной линии | III ребро |
| Поперечник | 8 см | 4 см |

Аускультация:

Сердечные тоны ясные ритмичные. В первой и второй точках аускультации I тон громче II. В третьей и четвертой точках II тон громче I. Усиления/ослабления, акцентуации тонов нет. На верхушке сердца выслушивается систолический шум. Шум не проводится, с тонами сердца не связан, при глубоком вдохе, перемене положения (из вертикального в горизонтальное) исчезает.

АД: 100/65

Система пищеварения

Живот плоский, симметричный. Брюшная стенка участвует в дыхании, видимой перистальтики нет.

Поверхностная пальпация:

Болезненности, напряжения брюшной стенки нет.

Глубокая пальпация:

Сигмовидная кишка пальпируется в виде плотного тяжа диаметром 1,5-2 см, не урчит, смещаемость 1-1,5 см. Слепая кишка мягкая, эластичная, безболезненная, диаметр 3-3,5 см. Терминальный отдел подвздошной кишки безболезненный, не смещается, диаметр 1 см. Восходящая ободочная кишка диаметром 1,5 см, эластичная, безболезненная, смещаемость 1-2 см. Нисходящая ободочная диаметром 2 см, безболезненная, мягкая, урчит.

Большая кривизна желудка пальпируется на 2 см выше пупка. Поперечно-ободочная кишка пальпируется в виде умеренно плотного цилиндра, диаметром 1,5-2 см. безболезненна, не урчит, смещаемость 1,5 см.

Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Нижний край безболезненный, острый, гладкий, эластичный.

Зона Шофара, точки проекции поджелудочной железы безболезненны. Пузырные симптомы отрицательно. Селезенка не пальпируется.

Перкуссия:

Свободной жидкости в животе нет. При аускультации перистальтика отсутствует. Стул регулярный, оформленный, без особенностей.

Мочевыделительная система:

Кожные покровы физиологической окраски, одутловатости, отеков нет. В области поясницы без особенностей.

Почки по Боткину и Образцову не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Дизурических расстройств нет.

Эндокринная система:

Симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага отрицательны. Нистагма нет.

Щитовидная железа не пальпируется. Симптомы Хвостека, Труссо, Люста отрицательны.

Нервная система:

Тонус мышц избирательно повышен. Спонтанной моторики нет. Сухожильные рефлексы, черепно-мозговая иннервация симметричны. Менингиальные симптомы отрицательно. Внимание и память не нарушены.

Нервно-психическое развитие:

Задержка речевого развития. Говорит с 1г 2мес. Словарный запас в 1г 11мес 8 слов.

**Офтальмологический статус**

**Объективное исследование (Status localis):**

Изменение цвета глаза (желтоватый рефлекс), наблюдаемый в глубине глазного яблока и видимый через зрачок ("кошачий глаз"). Беловато-желтоватые очаги с гладким, неровным рельефом, новообразованными сосудами и серыми участками кальцификатов. Размеры их не превышают одного квадранта глазного дна, окружающие ткани не изменены.

**Предварительный диагноз:**

На основании собранных данных у больного выявлены следующие синдромы:

Астеновегетативный синдром (жалобы на снижение аппетита, плаксивость, плохой сон, вялость, беспокойство, отставание в физическом развитии).

Ретинобластома правого глаза, 1 стадии (жалобы на появление в сетчатке правого глаза светлого очажка с расплывчатыми контурами (симптом кошачьего глаза), покраснение, снижение остроты зрения правого глаза).

**Дифференциальный диагноз:**

Ретинобластома правого глаза, 1 ст.

Ретинит Коутса (болезнь Коут-са) - односторонний ретинит неизвестной этиологии, характеризующийся присутствием экссудата между наружными слоями сетчатки и сосудистой оболочки и кровоизлияниями на плоскости сетчатки; наблюдают у малышей и лиц молодого возраста

Эндофтальмит - гнойное воспаление внутренних оболочек глазного яблока, при котором гной пропитывает стекловидное тело

Ретролентальная фиброплазия (Терри синдром) - двустороннее поражение глаз у недоношенных малышей, обусловленное повышенным содержанием кислорода в воздухе, характеризующееся образованием фиброзных плёнок и тяжей в стекловидном теле, отёком и отслойкой сетчатки с в последствиидующим развитием атрофических процессов в глазном яблоке (см. Ретинопатия недоношенных)

Отслойка сетчатки

БолезньЛиндау

Метастатическая офтальмия -Эндофтальмит, вызванный гематогенным заносом возбудителя инфекции из какого-или очага воспаления в ткани глаза

Хронический увеит

Паразитарные инвазии (токсоплазмоз. токсокароз).

**Ретинобластома** - злокачественная опухоль сетчатки, встречающаяся наиболее часто у детей раннего возраста. Уровень заболеваемости в мире за последние два десятилетия увеличился более чем в 2 раза и составляет 1 случай на 10-15 тыс. новорожденных.

Ежегодно в Республике Башкортостан рождается от 2 до 12 детей с ретинобластомой (РБЛ), в Москве - 3 - 13, в США - 200 - 300, в Великобритании - 30 - 50. Опухоль поражает детей всех рас, как мальчиков, так и девочек. Ретинобластома берет начало в сетчатке - светочувствительной оболочке глаза, которая позволяет глазу видеть.

Существуют три формы ретинобластомы: односторонняя (60 - 75% случаев), двусторонняя (25 - 40% случаев) и крайне редко - трехстороняя. Односторонняя (спорадическая) форма в 90% случаев носит ненаследственный характер, а двухсторонняя - чаще всего является наследственным заболеванием.

Ретинобластома развивается из фоторецепторных элементов внутреннего слоя сетчатки, обычно прорастая в стекловидное тело в виде мясистого узлового образования (эндофитная ретинобластома), реже - распространяется наружу, вызывая вторичное отслоение сетчатки, в этом случае нет видимого локализованного узла в стекловидном теле (экзофитная ретинобластома).

Самым первым симптомом ретинобластомы является потеря зрения. Определить слепоту одного глаза у маленького ребенка сложно и с этим связана поздняя обращаемость. Вследствие нарушения бинокулярного зрения из-за слепоты одного глаза развивается косоглазие. Еще позднее, когда опухоль достигает достаточно большого размера, она начинает отражать свет через зрачок. Возникает симптом «кошачьего глаза» - желтое свечение зрачка при попадании на него света.

Дальнейший рост опухоли и ее распространение внутри стекловидного тела вызывает повышение внутриглазного давления. Возникает боль и увеличение глазного яблока, что уже невозможно не заметить

**Основные симптомы, которые должны насторожить родителей:**

**Слепота (чаще одного глаза)**

**Косоглазие**

**Симптом «кошачьего глаза»**стадия - начальная, характеризующаяся внутриглазной локализацией процесса. Размеры и формы глаза не изменены, внутриглазное давление нормальное. Первые клинические признаки опухоли - появление в сетчатке светлого очажка с расплывчатыми контурами, который можно выявить только при тщательном систематическом осмотре глазного дна. Растущая опухоль уплотняется и трансформируется в стекловидное тело. Возможно развитие отслойки сетчатки. В зависимости от локализации снижается острота зрения. При распаде опухоли в стекловидном теле возникают отсевы опухоли.

Основной: Ретинобластома правого глаза, 1 ст.

Сопутствующий: нет.

Осложнения: нет

ретинобластома глаз лечение курация

**Диагностика**

ОАМ, ОАК, Офтальмоскопия, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, радиоизотопное исследование.

**Лечение**

Целью лечения ретинобластомы является спасение жизни ребенка и сохранение зрения.

Лечение комбинированное, включающее лазеркоагуляцию, криокоагуляцию, хирургическое вмешательство (энуклеация), лучевую терапию, химиотерапию. Методика лечения и комплекс применяемых методов зависят от стадии опухоли и симметричности поражения.

стадия (опухоль занимает не более 25% площади глазного дна; проминенция не более 8 мм) - вероятно органосохраняющее лечение:

Лазеркоагуляция

Криокоагуляция (транссклеральная)

Подшивание В-Аппликаторов к склере в области опухоли на 2-3 сут

Химиотерапия (циклофосфан, тио-фосфамид в виде внутримышечных, субконъюнктивальных и ретробульбарных инъекций).

Rp.: Cyclophosphani 0,4.t.d. №10 in tab.. по 1 таблетке 3-4 раза в день.

**Дневник курации**

|  |  |
| --- | --- |
| 22.12  | Жалобы на боли в правом глазу. Состояние удовлетворительное, ребенок активен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Дыхание через нос не затруднен. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме. |
| 23.12  | Жалобы сохраняются. Состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Дыхание через нос не затруднено. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме. |
| 24.12  | Жалоб сохраняются. Состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Дыхание через нос не затруднено. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме. |

**Эпикриз**

Больной ФИО 2012 года рождения, проживающего по адресу г. Уфа ул. Мушникова 5 кв.31, поступил 21.12.14г. в Уфимский НИИ глазных болезней. С диагнозом: ретинобластома правого глаза, 1 ст.

При поступлении больной жаловался на появление в сетчатке правого глаза светлого очажка с расплывчатыми контурами, а также ухудшение зрения. Из анамнеза болезни: болеет с 15.12.2014.

Из объективного статуса: появление в сетчатке правого глаза светлого очажка с расплывчатыми контурами.

В стационаре больному проводится лечение: химиотерапия (циклофосфан, тио-фосфамид). Планируется провести оперативное вмешательство.

Динамика: Без изменений.

Продолжается лечение.

**Литература**

1.Белкина, Б.М. Лечебная тактика и результаты комплексного лечения ретинобластомы у детей в распространенных стадиях заболевания / Б.М. Белкина, Л.А. Дурнов, В.Г. Поляков и др. // Вопросы онкологии. - 1997. - Т. 43, №4, - С. 435-439.

. Ушакова, Т.Л. Этиология, патогенез, клиника, диагностика ретинобластомы. Проблемы органосохраняющего лечения / Т.Л. Ушакова // Детская онкология. - 2003, №1. - С. 40-46.

. Хозяйкина, О.В. Лучевая диагностика опухолей орбиты у детей / О.В. Хозяйкина, Н.А. Кошечкина, В.Г. Поляков и др. // Детская онкология. - 2003. - №2. - С. 16-19.

. Козлова, В.М. Дифференциальный диагноз ретинобластомы и наследственной псевдоглиомы сетчатки глаз. (Клинический случай) / В.М. Козлова, Т.Л. Ушакова, В.Г. Поляков и др. // Детская онкология - 2004. - №3-4. - С. 52-54.

. Поляков, В.Г. Информационное сообщение. О риск-адаптированной терапии ретинобластомы / В.Г. Поляков, Т.Л.Ушакова // Детская онкология. - 2005. -№1. - С. 49-50.