МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИИ БЕЛАРУСЬ

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ КАФЕДРА ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Зав. Кафедрой - д.м.н., профессор Марченко Л.Н.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ № 4253

Клинический диагноз:

Основной: Вывих хрусталика в стекловидное тело OS;

Начальная катаракта OD.

Сопутствующие заболевания: ИБС ; СН фк II ; атеросклероз аорты, вен, артерий

Куратор: студентка 4 курса 411 гр.

лечебного факультета Мелько М.В.

Преподаватель: ассистент, к.м.н., Качан Т.В.

Паспортная часть

Фамилия, имя и отчество больного: \_\_\_\_\_\_

Возраст: 78 лет (18.03.19365

Семейное положение: женат

Профессия, место работы: пенсионер

Адрес: г. Минск,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления в клинику: 10.03.2014

Направлен: 3 ГКБ

Диагноз при поступлении: : Вывих хрусталика в стекловидное тело OS; Начальная катаракта OD.

Клинический диагноз:

Основной: Вывих хрусталика в стекловидное тело OS;

Начальная катаракта OD.

Сопутствующие заболевания: ИБС;СН фкII;атеросклероз аорты, вен, артерий.

Жалобы пациента

При поступлении больной предъявлял жалобы на резкое снижение остроты зрения левого глаза до тотальной слепоты и на постепенное снижение зрения в течение 2 лет правого глаза.

История настоящего заболевания

Диагноз катаракты впервые поставлен 2 года назад в поликлинике по месту жительства,через 6 месяцев после потери зрения на левый глаз в оптимед провели операцию факоэмульсификации с установкой передней интраокулярной линзы.В ходе операции оторвался хрусталик и сместился в стекловидное тело.Пациент был направлен в 3 ГКБ.

Анамнез жизни

Родился 18.03.1935 г. Ходить и говорить научился в срок. Отставания в интеллектуальном и физическом развитии от сверстников не было. Пошел в школу в 8 лет.Окончил техникум.Работал на заводе слесарем. Проживает вместе с женой и дочкой в благоустроенной двухкомнатной квартире. Материальное обеспечение удовлетворительное. Питается 3 раза в день, пищу принимает умеренно горячей, употребляет достаточное количество овощей и фруктов.

Перенесенные заболевания: простудные заболевания,пневмонии.

Эпидемиологический анамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курение, алкоголь, наркотики отрицает.

Сопутствующие заболевания: ИБС;СН фкII;атеросклероз аорты,вен ,артерий.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Наследственный анамнез: не отягощен

Операции: не было.

Трансфузиологический анамнез: переливаний не было

Экспертно-трудовой анамнез: с 30 до 65 работал слесарем на заводе холодильников,сейчас пенсионер.

Обследование пациента по системам

. Кожные покровы и видимые слизистые - бледно-розового цвета, эластичность нормальная. Высыпаний, ксантелазм, «сосудистых звёздочек», рубцов, уплотнений кожи, изъязвлений, пролежней, расчёсов, варикозного расширения вен на коже нет.

.Состояние лимфатической системы.

Периферические лимфатические узлы (околоушные, поднижнечелюстные, шейные, подмышечные, паховые, подключичные, подколенные) не пальпируются.

. Мышечная система развита умеренно. Тонус нормальный, сила достаточная. При пальпации мышцы безболезненные. Зон гипотрофии и атрофии мышц не выявлено.

.Костно-суставная система.

Кости скелета развиты симметрично. Болезненности при движении и пальпации не обнаружено. Деформации позвоночника, грудной клетки, костей верхних и нижних конечностей нет. Конфигурация суставов не изменена. Припухлостей, отёков над областью суставов нет. Болезненность при пальпации суставов отсутствует. Объём активных и пассивных движений в суставах не ограничен. Кожа над суставами обычного цвета, температура её не повышена.

.Мочеполовая система.

Осмотр области почек: гиперемия и припухлость в области почек отсутствует.

Почки в положении лежа и стоя не пальпируются. Глубокая проникающая пальпация почечных и мочеточниковых точек безболезненная. Симптом поколачивания (симптом Пастернацкого) отрицательный с обеих сторон.

Мочевой пузырь: пальпаторно и перкуторно мочевой пузырь под лобком не определяется. Мочеиспускание безболезненное, свободное, не затруднено, 3-4 раз в день.

Обследование пациента по областям

.Обследование головы и шеи.При обследовании патологических образований и выпячиваний не выявлено.

.Грудная клетка.

Осмотр грудной клетки.

Форма грудной клетки гиперстеническая. Над- и подключичные ямки умеренно выражены. Ширина межрёберных промежутков умеренная. Эпигастральный угол тупой. Лопатки и ключицы выступают отчётливо. Грудная клетка симметрична, ключицы и лопатки расположены симметрично. Деформаций позвоночного столба не отмечается.Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. В дыхании участвует основная дыхательная мускулатура. Тип дыхания - брюшной.

Число дыханий -16 в минуту. Ритм дыхания правильный.

Пальпация грудной клетки

Эластичность грудной клетки нормальная. Голосовое дрожание умеренно выражено, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Пальпация рёберно-грудных сочленений, межреберных промежутков, остистых отростков позвонков, паравертебральных зон безболезненна.

Перкуссия легких

. Сравнительная перкуссия

Перкуторный звук над правым и левым легкими ясный легочной.

.Топографическая перкуссия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Критерии | Правое лёгкое | Левое лёгкое |
| Высота стояния верхушки легких над ключицей спереди | 3 | 3 |
| Высота стояния верхушки легких к 7 шейному позвонку сзади (на уровне, выше или ниже в см) | Выше на 1 см | Выше на 1 см |
| Нижняя граница легких по топографическим линиям |
| Окологрудная  |  V межреберье |  - |
| Среднеключичная  |  VI ребро |  - |
| Средняя подмышечная линия | VIII ребро | VIII ребро |
| Передняя подмышечная линия | VII ребро | VII ребро |
| Задняя подмышечная линия | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная линия | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная линия | На уровне остистого отростка X Iгрудного позвонка | На уровне остистого отростка XI грудного позвонка |

Экскурсия нижнего легочного края по топографическим линиям на вдохе, выдохе, суммарно (в см)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Правое лёгкое | Сумма | Левое лёгкое | Сумма |
|  | Вдох | Выдох |  | Вдох | Выдох |  |
| Среднеключичная линия | 1см | 1см | 2см | - | - | - |
| Среднеподмышечная линия | 4см | 4см | 3см | 4см | 4см | 8см |
| Лопаточная линия | 1.5см | 1.5см | 2см | 2см | 2см | 4см |

. Аускультация легких

. Сравнительная аускультация.

При аускультации выслушивается везикулярное дыхание,которое ослаблено в нижних отделах справа.

Патологические дыхательные шумы: нет

После покашливания дополнительные патологические шумы не появляются.

.Бронхофония отрицательная.

.Сердечно-сосудистая система.Осмотр в области сердца

Сердечный толчок, патологические пульсации и выпячивания в проекции сердца и отходящих от него крупных сосудов не выявляются. Видимая эпигастральная пульсация отсутствует. Видимая пульсация аорты отсутствует.

Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Разлитой, широкий, усиленный.

Систолическое и диастолическое дрожание (симптом «кошачьего мурлыканья») на верхушке и на основании сердца отсутствуют..Перкуссия сердца

Граница относительной сердечной тупости по отношению к передней срединной линии:

правая граница в 4 межреберьи на 1 см кнаружи по правому краю грудины;

левая граница в 5 межреберьи на 1 см кнутри от среднеключичной линии;

верхняя граница на уровне 3 ребра по линии, проведенной на 1 см кнаружи от левой грудинной линии.

Ширина сосудистого пучка равна 6 см.

Поперечник относительной сердечной тупости - 12см

Аортальная конфигурация сердца.

Границы абсолютной сердечной тупости

правая граница в 4 межреберьи по левому краю грудины

левая граница в 5 межреберьи на 1 см кнутри от левой границы сердечной тупости

верхняя граница на 4 ребре по линии, проведенной на 1 см кнаружи от левой грудинной линии..Аускультация сердца

Тоны сердца ясные. Соотношение тонов сохранено во всех точках аускультации. Частота сердечных сокращений - 82 удара в минуту. Интра и эктра кардиальные шумы не выявляются..Исследование сосудов

Периферические артерии: височная, сонные, подключичные, лучевые, бедренные, подколенные и артерии тыла стопы неизвитые, поверхность сосудов гладкая, эластичная. Пульсация определяется с обеих сторон, умеренно выраженная.

Прекапиллярный пульс Квинке, венный пульс, пульсация печени не определяется.

При аускультации подключичных, сонных и позвоночных артериий без надавливания стетоскопом выслушиваются 2 тона, на плечевой и бедренной артерии выслушивается один тон, над лучевой артерией не выслушивается никакого тона; двойного шума Виноградова-Дюрозье, Траубе при надавливании стетоскопом не выслушивается.

Частота сердечных сокращений - 92 удара в минуту. Ритм правильный.

Артериальное давление определяется по методу Короткова, на обеих плечевых артериях - 130/90 мм.рт.ст., пульсовое давление - 40, на обеих бедренных артериях 140/90 мм.рт.ст, пульсовое давление 50.

Система органов пищеварения

I.Осмотр полости рта

Десны не отечные, не кровоточат. Зубы санированы. Язык, влажный, чистый, налета нет. Слизистая оболочка полости рта бледная. Зев не гиперемирован, слизистая влажная, налетов нет. Миндалины не увеличены, гнойные пробки в лакунах отсутствуют, налетов нет. Слизистая глотки влажная.

Форма живота обычная. Видимая перистальтика и антиперистальтика желудка и кишечника отсутствует. Грыжевых выпячиваний нет. Венозные коллатерали отсутствуют.

При пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье, расхождения мышц брюшного пресса, феномен «мышечной защиты», грыжи , поверхностно расположенные опухоли не определяются; симптом Щёткина - Блюмберга отрицательный.

Желудок не пальпируется. Нижняя граница желудка на 3 см выше пупка (метод аускультативной пальпации «Шороха»).

Над брюшной полостью определяется тимпанический перкуторный звук.

Аускультативно выслушивается нормальная перистальтика кишечника.

Печень

Край печени при пальпации безболезненный, плотно-эластической консистенции, ровный, гладкий не выступает из-под реберной дуги. Размеры печени по Курлову: 9-8-7 см. Желчный пузырь не определяется, болезненный. Симптомы Ортнера и Мерфи, положительны.

Селезенка

В области селезенки выраженного выбухания нет. Селезенка в положении на спине и на правом боку (по Сали) с подогнутой в колене правой ногой не пальпируется.

Перкуссия селезенки: длинник по X ребру- 7 см, поперечник - между IX и XI ребрами, по средней подмышечной линии - 5см.

. Мочеполовая система.

Осмотр области почек: гиперемия и припухлость в области почек отсутствует.Почки в положении лежа и стоя не пальпируются. Глубокая проникающая пальпация почечных и мочеточниковых точек безболезненная. Симптом поколачивания (симптом Пастернацкого) отрицательный с обеих сторон.Мочевой пузырь: пальпаторно и перкуторно мочевой пузырь под лобком не определяется. Мочеиспускание безболезненное, свободное, не затруднено, 3-4 раз в день.

.Нервная система

Сознание ясное, память сохранена, настроение хорошее, речевые функции в норме.

Обоняние, слух, зрение, температурная, тактильная чувствительности сохранены. Болезненность по ходу ветвей тройничного нерва отсутствует.

Глазные щели в норме, движения глазных яблок сохранены. В позе Ромберга устойчива. Зрачки одинаковые, реакция на свет прямая, сухожильные рефлексы одинаковые. Патологическое изменение тонуса мышц (ригидность, спастичность, вялость), непроизвольных движения отсутствуют.

Патологические рефлексы( Бабинского, Россолимо, Оппенгеймера, Брудзинского, Кернига) ригидность затылочной мышц отсутствует.

Лабораторные и инструментальные методы исследования

Общий анализ крови от 18.02.2014 г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Референтные значения |
| Лейкоциты | 10,3(109 л) | 4-9 (109 л) |
| Эритроциты | 3,4 (1012 л) | 3,8-4,9 (1012 л) |
| Гемоглобин | 85 г/л | 120-150 г/л |
| Гематокрит | 26 % | 35-47% |
| MCV | 79 фл | 80-100 фл |
| MCH | 25,4 пг | 26-34 пг |
| MCHC | 31,8г/дл | 30-36 г/дл |
| Тромбоциты | 320(109 л) | 150-380 (109 л) |
| MPV | 7,5 фл |  |
| RDW | 15,6 % |  |
| PCT | 0,19% |  |
| PDW | 14,4% |  |
| Лейкоцитарная формула |
| Эозинофилы | 2 | 0,5-5% | 0,02-0,3(109 л) |
| Нейтроф: палочкоядерные | 2 | 1-6% | 0,02-0,3(109 л)  |
| Нейтроф: сегментоядерные | 69 | 47-72% | 2-5,5 (109 л) |
| Лимфоциты | 23 | 19-37% | 0,09-0,6(109 л)  |
| Моноциты | 4 | 3-11% | 1,2-3 (109 л)  |

Заключение: анемия .

Биохимический анализ крови от 18.02.2014 г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Результат | Референтные значения |
| Мочевина | 4 ммоль/л | 1,7-8,3 ммоль/л |
| Креатинин | 81 мкмоль/л | 53-110 мкмоль/л |
| Общий белок | 72,1 г/л | 65-85 г/л |
| Глюкоза | 5,84 ммоль/л | 3,6-6,4 ммоль/л |
| Билирубин общий | 8,7 ммоль/л | 1,7-21 ммоль/л |
| Амилаза | 41Е/л | 5-220Е/л |
| АЛТ | 24 Е/л | 5-31 Е/л |
| АСТ | 29Е/л | 5-31 Е/л  |
| Калий | 4,5 ммоль/л | 3,5-5 ммоль/л |
| Натрий | 140 ммоль/л | 136-146 ммоль/л |
| Хлориды | 104 ммоль/л | 98-106 ммоль/л |
| Холестерин | 7,1ммоль/л | 3,9-5,5ммоль/л |

Заключение: повышен уровень холестерина.

Серологический анализ крови на антитепонемные антитела от 18.02.14 отицательный.

ИФА на ВИЧ от 18.02.14 отрицательный.

Общий анализ мочи от 18.02.2014 г.

|  |  |
| --- | --- |
| LEU | - |
| NIT | - |
| URO | NORM |
| PRO | + |
| Ph |  |
| BLD | - |
| S.G |  |
| KET | - |
| BIL | - |
| GLU | - |
| VTS | - |

Заключение: в пределах нормы.

ЭКГ от 18.02.2014:Ритм синусовый. ЧСС 130 уд/мин.Нормальная электрическая ось.

Status oculorum

.Острота зрения: Vis = d/D

Vis OS = 1m/50m = 0,02 OD = 30m/50m = 0,6

.Исследование придаточных частей глаза.

а)орбита в норме,края орбиты ровные,гладкие,кожа над краем орбиты подвижна,легко смещается.можно пальпировать места выхода над- и подглазничного нервов.

б)кожа век бледно- розового цвета,без признаков покраснения,ссадин,мацерации и отека,целостность не нарушена,

мягкий эластичный хрящ пальпируется.

в)осмотр края век: края век ровные,без признаков патологии(блефарит)

положение век:нормальное - без выворотов,заворотов,эпикантуса(складка кожи прикрывающая внутреннюю спайку век)

Длина и высота по центру глазной щели соответствуют норме, одинаковые на обоих глазах.Открытие и закрытие век свободное,полное.

г)расположение ресниц: нормальное количество ресниц растут в правильном направлении в один ряд.

д)осмотр интермаргинального пространства:кист,опухолей,инородных тел,воспаления мейбомиевых желез не выявлено.

.осмотр конъюнктивы:

Конъюнктива век - розовая,переходных складок бледно - розовая,переходного эпителия глазного яблока прозрачна,без признаков желтушности,отека,конъюнктивальной,перикорнеальной или смешанной инъекции.Повышенная секреция отсутствует(умеренное количество отделяемого в конъюнктивальном мешке.)

.слезообразующие и слезопроводящие пути,носослезный канал:

Слезная железа не пальпируется,при осмотре пальпебральная часть - дольчатая,розоватого цвета,ее увеличения или опущения не выявлено.Проба Ширмера №1 - 20 мм соответствует нормальной секреции слезной железы.Сужения,заращения,выворота слезных точек не выявлено.

Канальцевая(проба Веста) и носовая пробы на проходимость слезных путей положительные.При пальпации слезного мешка признаков воспаления,острой патологии(флегмона),обструкции медиальнее мешка не выявлено.

.критерий подвижности глазного яблока:

Взор двух глаз конгруэнтен,конвергенция в норме.Для обоих глаз:при взгляде кнаружи край роговицы касается наружной спайки век,кнутри - доходит до слезного мясца,книзу - верхнее веко располагается ниже верхней половины роговицы, кверху - корнеа прикрывается верхним веком на 2 мм.

Исследование глаз с помощью бокового(фокального) освещения.

.Положение глазного яблока в орбите : ортофория справа и слева. Экзофтальма,энофтальма,косоглазия и справа и слева не наблюдается.

.Склера двух глаз -желтоватого цвета,без гиперемии,болезненности.

.На лимбе нет перикорнеальной инъекции на двух глазах .

.Роговица двух глаз зеркальна,прозрачна,сферична,чувствительна.

.Осмотр передней камеры:

Слева - глубокая(>4мм),справа - нормальная(4мм).Влага передней камеры глаза справа и слева прозрачные.

.Цвет радужки - светло голубой,рисунок кружевной.Положение радужки неустойчивое,наблюдается иридодонез(дрожание радужной оболочки)

.Описание зрачка:

Слева круглый зрачок ,на черном фоне которого виден серый дислоцированный дрожащий хрусталик.Справа круглый черный зрачок, в середине помутнение серого цвета.Реакция на свет правого зрачка нормальная, прямая, живая, аккомодация справа нормальная, слева - реакция на свет отсутствует и аккомодация утрачена.Реакция зрачков не содружественна.

.Пигментная кайма по зрачковому краю на правом и левом глазах - равномерна,без дефектов.

.Исследование цилиарного тела - не видно при обследовании ,безболезненно на двух глазах.

.Исследование преломляющих сред глаза(в проходящем свете)

Справа в центре красного зрачка - темное пятно(помутнение хрусталика),меняющее локализацию при движении глаза.Слева на красном фоне виден край дислоцирванного хрусталика.

Офтальмоскопия

Виден диск зрительного нерва округлой формы, бледно-розового цвета с четкими границами.Состояние сосудов глазного дна соответствует норме:артерии красного и вены вишневого цвета создают рисунок дихотомического ветвления.сооотношение калибра а/в = 2/3.Прозрачность сосудов нормальная,эффектов сдавления и сужения артериол не выявлено, геморрагий и экссудатов вокруг сосудов нет.В центре глазного дна в двух диаметрах от диска зрительного нерва располагается темная точка - макула(желтое пятно)

При осмотре периферии глазного дна отслойки сетчатки,разрывов сетчатки и опухолей не выявлено. Слева круглый зрачок ,на красном фоне которого виден серый дислоцированный дрожащий хрусталик.Справа круглый красный зрачок, в середине помутнение серого цвета.

Бетта-сканирование OS от 10.03.14

Оболочки прилежат, умеренная деструкция стекловидного тела,подвижная,смешанная ЗГМ прилежит,в задних отделах стекловидного тела овальное помутнение(lens)

Обоснование диагноза и дифференциальная диагностика

вывих хрусталик катаракта

На основании жалоб,истории болезни и симптомов,выявленных в результате наружного осмотра,исследования глаз методом бокового освещения, офтальмоскопии и В-сканирования можно поставить клинический диагноз:вывих хрусталика в стекловидное тело OS,начальная катаракта OD.Симптомы вывиха хрусталика : афакия(иридодонез) ,углубление передней камеры, видимому перемещению хрусталика в стекловидном теле, снижение остроты зрения вдаль и вблизи, отсутствие аккомодации,реакции на свет.Симптомы катаракты: помутнение хрусталика.

Следует проводить дифф. диагностику между вывихом хрусталика в заднюю камеру глаза, вывихом хрусталика в переднюю камеру и подвывихом хрусталика.

Вывих хрусталика в переднюю камеру. При полном вывихе хрусталик шарообразной формы находится в передней камере. Обычно он прозрачный, реже частично или полностью помутневший. Передняя поверхность хрусталика прилежит к задней поверхности роговицы, задняя - к радужке, вдавливая ее кзади и прижимая зрачковый край к передней пограничной мембране стекловидного тела. Зрачок, как правило, деформирован, особенно в тех случаях, когда на отдельном участке сохранены волокна ресничного пояска, которые, перекидываясь через зрачок, изменяют его форму. Зрение резко снижено.

При вывихе хрусталика в переднюю камеру блокируются пути, оттока внутриглазной жидкости, что приводит к резкому повышению офталъмотонуса, вследствие чего появляются застойная инъекция, отек роговицы, боли в глазу, головные боли. При длительном нахождении хрусталика в передней камере развиваются дегенеративные изменения роговицы.

Подвывих (сублюксация) хрусталика - частичное смещение хрусталика. В области зрачка виден дислоцированный хрусталик, его экваториальный край, сохранившиеся отдельные истонченные волокна ресничного пояска. При незначительном подвывихе хрусталика о его наличии можно судить лишь по косвенным признакам, а экваториальный край его удается рассмотреть только при расширенном зрачке. Направление смещения может быть различным. Характерна симметричность направлений подвывиха на обоих глазах, в то время как степень смещения линзы, как правило, различна. Смещенный хрусталик приобретает более правильную шарообразную форму, он может быть прозрачным или помутневшим. Целость передней пограничной мембраны стекловидного тела чаще сохранена; при ее нарушениях стекловидное тело может выступать в переднюю камеру. В тех случаях, когда хрусталик занимает около или более половины области зрачка, при офтальмоскопии получается двойное изображение глазного дна.

Лечение

Лечение катаракты зависит от степени потери зрения(встает вопрос может ли человек самостоятельно заботиться о себе)В начальной стадии катаракты рекомендуется консервативное лечение,при заключительной и перезрелой катаракте,когда наступает тотальная слепота и человек теряет возможность самостоятельного обслуживания рекомендуется хирургическое лечение,так как при этом хрусталик практически выключается из зрительного акта, лечение идентично как при вывихе хрусталика.Консервативное лечение:комбинированный препарат вицеин,витайодурол,витайодофакол.При старческой катаракте особенно полезны витамины комплекса В,С,Р.

Вывих хрусталика в стекловидное тело OS

Лечение только оперативное : удаление вывихнутого хрусталика с последующим введением интраокулярноой линзы(ИОЛ). Очковую и контактную коррекцию афакии в настоящее время используют редко. Для коррекции афакии эмметропичного глаза потребуется очковое стекло силой +10,0 дптр, что существенно меньше, чем сила преломления удаленного хрусталика, которая в среднем равна 19,0 дптр. Такая разница объясняется прежде всего тем, что очковая линза занимает другое место в сложной оптической системе глаза. Кроме того, стеклянная линза окружена воздухом, в то время как хрусталик - жидкостью, с которой имеет почти одинаковый коэффициент преломления света. Для гиперметропа силу стекла нужно увеличить на необходимое количество диоптрий, у миопа, наоборот, оно будет тоньше, меньшей оптической силы. Если до операции миопия была близка к 19,0 дптр, то после операции слишком сильная оптика близоруких глаз нейтрализуется удалением хрусталика и пациент будет обходиться без очков для дали.

Афакичный глаз не способен к аккомодации, поэтому для работы на близком расстоянии назначают очки на 3,0 дптр сильнее, чем для дали. Очковую коррекцию нельзя использовать при монокулярной афакии. Линза +10,0 дптр является сильным увеличительным стеклом. Если она поставлена перед одним глазом, то в этом случае изображения в двух глазах будут слишком разные по величине, они не сольются в единый образ. При монокулярной афакии возможна контактная или интраокулярная коррекция.

Хирургическое удаление мутного хрусталика называется экстракцией катаракты.Экстракция катаракты ведется двумя методами:

. Экстракапсулярная экстракция - удаляется только ядро и хрусталиковые массы, а задняя капсула хрусталика остается в глазу.

. Интракапсулярная экстракция катаракты - извлечение хрусталика в капсуле.

Экстракапсулярная экстракция выполняется в зрелой стадии. Через небольшой разрез глазного яблока удаляют ядро вместе с хрусталиковыми массами.

Достоинства такой операции по замене хрустлика - полное сохранение задней капсулы. В процессе операции и после нее, передний отрезок глаза остается отделенным от заднего.

Недостатком данной модификации является то, что может развиться т.н. вторичная пленчатая катаракта, из-за уплотнения задней капсулы, а также разрастания эпителия хрусталика.

При интракапсулярной экстракции хрусталик в капсуле удаляется при помощи криоэкстрактора - металлического охлажденного стержня. Этот метод более предпочтительней, чем первый, так как при этом методе не развиваются осложнения первого метода - вторичная катаракта и воспаления после операции, связанные с остатками масс хрусталика. Недостатком метода является то, что растет вероятность выпадения стекловидного тела, а это очень нежелательно для глаза.

Ультразвуковой метод экстракции катаракты состоит в том, что наконечник УЗ-прибора через маленький разрез стенки глазного яблока вводится в переднюю камеру. Дробление ядра хрусталика до консистенции эмульсии происходит под действием УЗ-колебаний. Затем образовавшуюся эмульсию вымывают из глаза ирригационным раствором по системе трубок.

Интраокулярная коррекция афакии - это хирургическая операция, суть которой состоит в том, что помутневший или вывихнувшийся естественный хрусталик заменяют искусственной линзой соответствующей силы. Расчет диоптрийной силы новой оптики глаза выполняет врач, используя специальные таблицы, номограммы или компьютерную программу. Для рассчета требуются следующие параметры: сила преломления роговицы, глубина передней камеры глаза, толщина хрусталика и длина глазного яблока. Общую рефракцию глаза планируют с учетом пожелания пациентов. Для тех из них, кто водит машину и ведет активную жизнь, чаще всего задают эмметропию. Можно запланировать миопическую рефракцию низкой степени, если второй глаз близорукий, а также для тех пациентов, которые большую часть рабочего дня проводят за письменным столом, хотят писать и читать или выполнять другую точную работу без очков.

Наличие искусственного хрусталика в глазу обозначают термином "артифакия". Глаз с искусственным хрусталиком называют артифакичным.Интраокулярная коррекция афакии имеет ряд преимуществ перед очковой. Она более физиологична, устраняет зависимость пациентов от очков, не дает сужения поля зрения, периферических скотом, искажения предметов. На сетчатке формируется изображение нормальной величины.

По принципу крепления в глазу выделяют три основных типа искусственных хрусталиков:

переднекамерные линзы помещаются в передней камере глаза и находят опору в углу передней камеры. Они контактируют с очень чувствительными тканями глаза - радужкой и роговицей. Эти линзы провоцируют образование синехий в углу передней камеры глаза, чем и объясняется их редкое использование в настоящее время;

зрачковые линзы (пупиллярные) называют также ирис-клипс-линзами (ИКЛ). Их вставляют в зрачок по принципу клипсы, удерживаются эти линзы передними и задними опорными (гаптическими) элементами. Первый хрусталик такого типа - линза Федорова-Захарова - имеет 3 задние дужки и 3 передние антеннки. В 60-70-е годы XX в., когда применяли в основном интракапсулярную экстракцию катаракты, линзу Федорова-Захарова широко использовали во всем мире. Главным ее недостатком является возможность вывиха опорных элементов или всей линзы;

заднекамерные линзы (ЗКЛ) размещают в сумке хрусталика после удаления ядра и кортикальных масс при экстракапсулярной экстракции катаракты. Они занимают место естественной линзы в общей сложной оптической системе глаза, поэтому обеспечивают наиболее высокое качество зрения. ЗКЛ лучше других укрепляют разделительный барьер между передним и задним отделами глаза, предупреждают развитие многих тяжелых послеоперационных осложнений, таких как вторичная глаукома, отслойка сетчатки и др. Они контактируют только с капсулой хрусталика, не имеющей нервов и сосудов, не способной к воспалительной реакции. Этот тип линз в настоящее время является предпочтительным. Среди ЗКЛ можно выделить заднекапсулярные, которые крепят непосредственно на капсулу. Их используют в тех случаях, когда после ранее перенесенной травмы не сохранилась прозрачная сумка хрусталика, а осталась лишь уплотненная мутная задняя капсула, сросшаяся с остатками передней.

Дневники

|  |  |
| --- | --- |
| Дата. Содержание дневника | Назначения на день курации |
|  10.03.14 Жалобы на тотальную потерю зрения левого глаза. Объективное состояние: общее состояние средне степени тяжести. Сознание ясное. Положение пассивное. Кожные покровы бледно-розовые, температура тела 36,7; число дыханий в минуту-19; Пульс одинаковый на обеих конечностях, аритмичный, частота - 80/мин, АД - 120/80 мм.рт.ст; язык влажный, не обложен; отеков нет; при пальпации передняя брюшная стенка безболезненная, стул коричневый, оформленный 1 раз в день; дефекация безболезненная; мочеиспускание безболезненное, свободное 5 раз в сутки, диурез в норме ( с объемом мочи 1200мл).Питание нормальное.Печень не увеличена, безболезненна. Желчный пузырь не определяется, безболезненный. Перистальтика кишечника есть. Перитонеальные симптомы отсутствуют | Режим II. Стол «Б» Витайодурол закапывать в правый глаз 5 раз в день. На 12.03.14 назначена задняя витрэктомия,факофрагментация и имплантация ИОЛ CZ с фиксацией к склере.  |
| 18.03.14 Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение пассивное. Питание нормальное. Кожные покровы обычной окраски, без изменений, кожной сыпи нет. Отеков нет. Видимые слизистые без изменений. Лимфоузлы не увеличены, безболезненны. Температура тела 36,6С. Пульс 80 уд/мин, ритмичный, АД 120/80 мм.рт.ст., тоны сердца ясные, ритмичные.. Язык влажный. Зев не гиперемирован. Печень не увеличена, безболезненна. Желчный пузырь не определяется,безболезненный. Перистальтика кишечника есть. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальные симптомы отсутствуют. Мочеиспускание свободное, безболезненное. | Режим II. Стол «Б» Витайодурол закапывать в правый глаз 5 раз в день. |

Прогноз для зрения

Улучшение остроты зрения левого глаза до 0,2 дпт.

Для правого глаза точный прогноз невозможен,т.к. стадия начинающейся катаракты длится у различных людей по-разному.(от 2-3 лет до десятилетия)

Подпись куратора