государственное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

Алтайский государственный медицинский университет федерального агенства по здравоохранению и социальному развитию

Кафедра офтальмологии

Зав. Кафедрой: доц. Юдова Н.Н.

Преподаватель: Сковородникова И.В.

Куратор: Жданов М.Н.

История болезни.

Ф.И.О. больного

Клинический диагноз: Изометропическая миопия слабой степени, приобретенная, стабильное течение.

Барнаул, 2010г

Паспортная часть

Ф.И.О.

Возраст: 21 год

Место жительства: г. Барнаул

Место работы АГМУ, студент

Клинический диагноз Изометропическая миопия слабой степени, приобретенная, стабильное течение.

Жалобы:

На снижение остроты зрения вдаль, нечеткие расплывчатые контуры дальних предметов, быстрое утомление глаз.

Anamnesis morbi:

Впервые выявлено ухудшение остроты зрения вдаль в 2003 году. Проконсультировался у окулиста, была определена миопия легкой степени, OD/OS= 0,9/0,9, было прописано ношение корригирующих очков для дали со сферической линзой -1,0 дптр. Очки не носил. Через год вновь обратился к окулисту, было выявлено снижение зрения OD/OS= 0,9/0,9. Было рекомендовано использование очков для дали со сферической линзой -1,5 дптр.

В 2005 году при обследовании выявлено снижение остроты зрения OD/OS= 0,8/0,8, рекомендовано использование очков для дали со сферической линзой -1,8 дптр. После чего 2 раза в год проходил лечебные процедуры: лазерное лечение, магнитное лечение, ванночковый электрофорез витаминной смесью, электростимуляция, инъекции тауфона, эмаксипина в парабульбарное пространство, лечебная гимнастика глаз.

В 2006 году при обследовании выявлено снижение остроты зрения OD/OS= 0,3/0,3, начал использовать мягкие контактные линзы -2.75

Anamnesis vitae:

Родился 13.02.1988 г. В росте и развитии от сверстников не отставал. В школу пошел с 7 лет. Поступил в АГМУ, где и обучается на данный момент.

Из перенесенных заболеваний больной отмечает ветряную оспу, краснуху.

Туберкулез, ревматизм, гепатиты, сахарный диабет, венерические заболевания отрицает. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Аллергические реакции на пищевые продукты, медикаменты сыворотки и вакцины отрицает. Курит с 2006 г. На учете у нарколога не состоит.Наследственность: родители патологией зрения не страдают.

Status praesens communis:

Рост: 178 см

Вес: 78 кг.

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, нормостенической конституции.

Кожные покровы обычного цвета, очагов пигментации и депигментации, сосудистых звездочек, расчесов, рубцов, геморрагий при осмотре не обнаружено. Кожные покровы умеренной влажности, эластичные, тургор не снижен. Оволосение по женскому типу. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно.

Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Мышц развиты, тонус и сила не снижены, при пальпации безболезненны; уплотнений при пальпации мышц не выявлено.

Кости правильной формы, без деформаций. Утолщений и неровностей надкостницы при пальпации не выявлено. При ощупывании и поколачивании кости безболезненны. Суставы обычной формы, воспаления, припухлости, болезненности суставов нет.

Органы дыхания. Частота дыхательных движений - 16/мин; дыхание ритмичное, тип дыхания смешанный. Носовое дыхание не нарушено, форма носа не изменена. Форма гортани не изменена, ход гортани - по срединной линии, голос не изменен. Грудная клетка обычной формы, межреберные промежутки не увеличены, ключицы симметричны. При глубоком вдохе грудная клетка подвижна. При пальпации грудной клетки болезненности, неприятных ощущений не возникает. Резистентность грудной клетки не снижена, ребра без изменений, грудина не изменена, голосовое дрожание не усилено, степень голосового дрожания одинакова на симметричных участках грудной клетки. При сравнительной перкуссии звук на симметричных участках грудной клетки одинаковый по тембру.

Органы кровообращения. При осмотре области сердца патологических пульсаций и образований не обнаружено. Визуально верхушечный толчок, пульсации в эпигастральной области и яремной ямке не наблюдаются. При пальпации верхушечный толчок пальпируется в V межреберье слева от грудины по срединно-ключичной линии. Сердечные сокращения ритмичные, с частотой 70 уд/мин.

Состояние вен и артерий шеи без патологии, патологических пульсаций не выявлено. Сосудистая стенка гладкая, эластичная. Пульс на обеих руках в области лучевых артерий синхронный, правильного ритма, хорошего наполнения, умеренного напряжения, синхронный на обеих руках, частота - 70/мин.

Органы пищеварения. Язык розовый, влажный, сосочковый слой без изменений, трещин, язв не обнаружено, поверхность языка незначительно покрыта беловатым налетом. Акт глотания в норме. Зубы в удовлетворительном состоянии. Десны розовые, влажные, без патологических изменений. Мягкое и твердое небо розового цвета, слизистая их без изъязвлений и повреждений. Лакуны миндалин чистые. Акт глотания не нарушен.

Живот: кожа телесного цвета, участвует в акте дыхания. Температура на симметричных участках живота одинаковая. Чувствительность на симметричных участках живота одинаковая. При пальпации передней брюшной стенки болезненность не выявляется. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Поджелудочная железа, селезенка, почки не пальпируются. При пальпации нижний край печени гладкий, закругленный, безболезненный, по краю реберной дуги.

Органы мочевыделения. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный.

Нервная система. Движения в конечностях скоординированы, в позе Ромберга устойчив.

Эндокринная система. Признаков гормональных нарушений не выявлено, реакция на внешние раздражители адекватная.

|  |
| --- |
| STATUS OPHTALMICUS  |
| Od | = | 0,3 sph - 2,75 дптр | = | 1,0 |  |
| Os |  | 0,3 sph - 2,75 дптр |  | 1,0 |  |
|  |
| Oculus dexter | Oculus sinister |
| Сферопериметр 5 мм 50 70 55 Т 80 55 N 80 65 55 |  45 45 60 55 85 Т 55 65 80 |
| ЦВЕТООЩУЩЕНИЕ - нормальное трихромат | ЦВЕТООЩУЩЕНИЕ - нормальное трихромат |
| Края орбиты ровные, безболезненные при пальпации. Кожа век обычной окраски,эластичная. Интермагинальное пространство равномерной ширины. Рост ресниц правильный. При пальпации мейбомиевых желез отделяемого нет.  | Края орбиты ровные, безболезненные при пальпации. Кожа век обычной окраски, эластичная. Интермагинальное пространство равномерной ширины. Рост ресниц правильный. При пальпации мейбомиевых желез отделяемого нет. |
| Область слезной железы безболезненная при пальпации. Слёзные точки округлой формы, Д=0,1, погружены в слезное озеро. При надавливании на область слезного мешка отделяемого из слезных точек нет. Конъюнктива век бледно - розовая, гладкая, влажная. Конъюнктива глазного яблока бесцветная, полупрозрачная, гладкая, влажная.  | Область слезной железы безболезненная при пальпации. Слёзные точки округлой формы, Д=0,1, погружены в слезное озеро. При надавливании на область слезного мешка отделяемого из слезных точек нет. Конъюнктива век бледно - розовая, гладкая, влажная. Конъюнктива глазного яблока бесцветная, полупрозрачная, гладкая, влажная.  |
| Глазное яблоко обычной формы и величины, движения не ограничены, положение в орбите правильное.  | Глазное яблоко обычной формы и величины, движения не ограничены, положение в орбите правильное. |
| Внутриглазное давление пальпаторно нормальное. | Внутриглазное давление пальпаторно нормальное. |
| Роговица сферичная, округлая, гладкая, прозрачная, зеркально блестящая, высокочувствительная.  | Роговица сферичная, округлая, гладкая, прозрачная, зеркально блестящая, высокочувствительная. |
| Передняя камера равномерной глубины, влага прозрачная. | Передняя камера равномерной глубины, влага прозрачная. |
| Радужка голубого цвета, рисунок четкий, пигментная кайма равномерной ширины. | Радужка голубого цвета, рисунок четкий, пигментная кайма равномерной ширины. |
| Зрачок круглый, узкий, реакция зрачка на свет - прямая, содружественная, на аккомодацию и конвергенцию - живая. При боковом освещении область зрачка черного цвета. | Зрачок круглый, узкий, реакция зрачка на свет - прямая, содружественная, на аккомодацию и конвергенцию - живая. При боковом освещении область зрачка черного цвета. |
| В проходящем свете с глазного дна виден розовый рефлекс. | В проходящем свете с глазного дна виден розовый рефлекс. |
| Глазное дно: диск зрительного нерва округлый, бледно-розовый с четкими границами, уровень и величина нормальные. С височной стороны миопический конус, физиологическая экскавация 0.4 диаметра диска. Артерии в норме, вены без особенностей, соотношение 1:1.5 Сетчатка в макулярной зоне: рефлекс сохранен; на периферии перераспределение пигмента. Виден хориодальный слой. Заключение: умеренные миопические изменения | Глазное дно: диск зрительного нерва округлый, бледно-розовый с четкими границами, уровень и величина нормальные. С височной стороны миопический конус, физиологическая экскавация 0.4 диаметра диска. Артерии в норме, вены без особенностей, соотношение 1:1.5 Сетчатка в макулярной зоне: рефлекс сохранен; на периферии перераспределение пигмента. Виден хориодальный слой. Заключение : умеренные миопические изменения  |

План обследования:

. Анализ крови и мочи

. Реакция Вассермана

. Кровь на сахар

. Rg-графия органов грудной клетки

Клинический диагноз и его обоснование

На основании жалоб на снижение остроты зрения вдаль, нечеткие расплывчатые контуры дальних предметов, быстрое утомление глаз, можно поставить диагноз: миопия. Из анамнеза заболевания: отмечает ухудшение остроты зрения вдаль с 2003 г., что говорит о приобретенной миопии. Обследование у окулиста показало ухудшение зрения.

В настоящий момент имеет зрение:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Od | = | 0,3 sph - 2,75 дптр | = | 1,0 |
| Os |  | 0,3 sph - 2,75 дптр |  | 1,0 |

Из анамнеза жизни: наследственность не отягощена.

На основании силы линзы в -2,75 дптр, можно поставить слабую степень.

Так как величина обоих глаз равная, можно сделать вывод о изометропической миопии.

Ухудшения зрения в течение 1 года менее 1 дптр говорит о стабильном течении.

На основании вышеперечисленного, можно поставить диагноз:

Изометропическая миопия слабой степени, приобретенная, стабильное течение.

Дифференциальный диагноз

У пациентки выявлено постепенное безболезненное снижение остроты зрения, что может быть проявлением макулярной дистрофии сетчатки. Для сенильной макулярной дистрофии дебют в молодом возрасте, как это было у нашей пациентки, нехарактерен. Юношеские макулодистрофии зачастую носят семейно-наследственный характер, а у нашей пациентки наследственность не отягощена; кроме того, при этих заболеваниях появляется центральная скотома, нарушается цветоощущение, чего у нашей пациентки также не выявлено. Далее, в нашем случае не обнаружено патологических изменений на глазном дне. Все это позволяет отказаться от диагноза "макулярная дистрофия".

Обнаруженное у пациентки постепенное безболезненное снижение остроты зрения может являться симптомом атрофии зрительного нерва. Но не было выявлено свойственных этому заболеванию изменений полей зрения, в анамнезе нет указаний на заболевания, исходом которых могла бы быть атрофия зрительного нерва (поражения центральной нервной системы, опухоли, сифилис, абсцессы головного мозга, энцефалиты, рассеянный склероз, травмы черепа, интоксикации, отравления алкоголем и суррогатами, хинином, гипертоническая болезнь, авитаминоз, голодание, непроходимость центральной артерии сетчатки и артерий, питающих зрительный нерв, увеиты, пигментная дегенерация сетчатки etc.). Кроме того, клиническая картина атрофии зрительного нерва складывается из побледнения диска зрительного нерва и резкого сужения сосудов, чего при осмотре глазного дна нашей пациентки выявлено не было. Следовательно, от диагноза "атрофия зрительного нерва" можно отказаться.

Постепенное безболезненное снижение остроты зрения, выявленное у нашей пациентки, может быть симптомом катаракты. Однако дебют в молодом возрасте не характерен ни для врожденной, ни для старческой катаракт; контакта с лучистой энергией и химикатами, которые могли бы служить причиной возникновения катаракты, в анамнезе нет, кроме того, у пациентки не выявлено диабета, тетании, миотонической дистрофии, кожных заболеваний, которые также могли бы вызвать катаракту. Далее, при объективном осмотре хрусталик OU прозрачен и правильно расположен, теней, изменения передней камеры не выявлено. Следовательно, от этого предположения можно отказаться.

Обнаруженное у пациентки постепенное безболезненное снижение остроты зрения может быть симптомом открытоугольной глаукомы, для которой характерно возникновение и прогрессирование незаметно для больного, не испытывающего при этом неприятных ощущений. Однако при этом заболевании могут встречаться чувство полноты в глазу, головная боль, затуманивание зрения, появление радужных кругов при взгляде на свет, которых у нашей пациентки выявлено не было. Изменений полей зрения у нашей пациентки также выявлено не было. При осмотре не было найдено характерных для открытоугольной глаукомы симптомов кобры, дистрофических изменений в строме радужки, нарушения целостности пигментной каймы по краю зрачка; при осмотре глазного дна не было выявлено глаукоматозной экскавации диска зрительного нерва. Следовательно, от диагноза "открытоугольная глаукома" можно отказаться.

дистрофия сетчатка зрение снижение миопия

План лечения

Лечение: магнитофорез с витаминизированной смесью №10. Лазеротерапия №10.

.: очки для дали

OD Sph -2.75 D

OS Sph -2.75 D

В дальнейшем возможно проведение операции - «Лазик».

Рекомендации:

делать глазодвигательную гимнастику 2 раза в день, желательно перед работой. Каждое упражнение выполнять 5-10 раз.

соблюдать следующие правила:

. Достаточное местное освещение текста (лампы 60-100 вт) совмещается с общим хорошим освещением.

. Телевизор надо смотреть с расстояния равного 5-кратной величине экрана по диагонали.

. Питание должно быть богатым витаминами, кальцием, микроэлементами (молочные продукты).

. Регулярно заниматься физкультурой, бывать на свежем воздухе.

. Желательно проводить аутотренинг как кратковременный отдых во время работы, а также перед сном.

консультация окулиста не реже 2-х раз в год.

Прогноз

В отношении выздоровления не благоприятный.

В отношении трудоспособности благоприятный, при соблюдении всех предписаний врача.

Литература

1.«Глазные болезни» под редакцией В.Г. Копаевой, Медицина, г. Москва, 2002г.

.«Офтальмология» под редакцией Е.И. Сидоренко, Гоэтар-мед, г. Москва, 2003г.

.«Глазные болезни», С.Н. Федоров, Н.С. Ярцев, г. Москва, 2000г.

.«Методические рекомендации для подготовки к практическим занятиям по глазным болезням», г. Барнаул, 2005г.