**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. Возраст: 67 лет
2. Национальность: русская
3. Семейное положение:
4. Образование:
5. Социальный статус:
6. Место жительства:
7. Время поступления в клинику:

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ**

1. **Главные:**

Правый глаз: жаловалась на резкое снижение остроты зрения, вплоть до потери предметного зрения (на расстоянии 10 см от глаза больная не могла различить предметы, стоящие как прямо перед глазом, так и в эксцентрическом положении), чувство белого сплошного тумана. Сохранялось только светоощущение (больная могла определить угол падения луча света).

Левый глаз: жалобы на снижение остроты зрения, появление движущихся и фиксированных белых «мушек» перед глазами, ухудшение зрения по периферии (сужение поля зрения); на быструю утомляемость глаза при чтении, разглядывании мелких предметов.

1. **Дополнительные**

Жалобы на повышенную утомляемость; преходящие головные боли в затылочной части головы.

**ANAMNESIS MORBI:**

Впервые жалобы на ухудшение зрения при чтении и работе с мелкими деталями появились у больной в 1949 году, при работе на заводе на линии по сборке радиоэлектронной аппаратуры. Больная обратилась в поликлинику по месту жительства, где ей была проведена коррекция зрения - назначены очки для работы и чтения: OD: sphera concavae (-) 3.0 D OS: sphera concavae (-) 3.0 D и даны рекомендации по улучшению зрения. Но больная не придала этому значения, очки не носила. В 1984 году появились ощущение движущихся и фиксированных «мушек» в правом глазу, не проходившее в течение всего дня, утомляемость глаза при чтении; а через год аналогичные симптомы появились в левом глазу. Больная вновь обратилась в поликлинику, где ей были назначены глазные капли (название препарата больная вспомнить не смогла) и выписаны очки для чтения и работы: OD: sphera concavae (-) 4.0 D OS: sphera concavae (-) 3.5 D, но после проведенного амбулаторного лечения ощущение присутствия «мушек» перед глазами сохранилось. В 1990 году, на фоне многократных повреждений опорно- двигательного аппарата, происходило дальнейшее ухудшение зрения в OD - к феномену «мелькания мушек» присоединилось чувство пелены перед глазами; состояние OS оставалось на прежнем уровне. В сентябре 1997 года, на фоне сильного стресса, произошло резкое ухудшение зрения в правом глазу, потеря предметного зрения - больная правым глазом не могла различить предметы, находящиеся на расстоянии 10 см; она только могла определить положение источника света (visus OD= 1/~ proectio lucis certa). Состояние левого глаза оставалось стабильным. По направлению из поликлиники, больная поступила на обследование в глазное отделение БМСЧ рыбаков, где ей был выставлен диагноз возрастной незрелой катаракты обоих глаз и рекомендовано оперативное лечение по поводу катаракты OD. 25 марта 1998 года больная поступила во взрослое глазное отделение БМСЧ рыбаков для планового оперативного лечения возрастной катаракты OD. 26 марта 1998 года больной была произведена операция: экстракапсулярная экстракция возрастной незрелой катаракты правого глазного яблока с имплантацией искусственного хрусталика.

**ANAMNESIS VITAE**

Родилась в году в станице края, третьим по счету ребенком в семье. В момент рождения возраст матери - 27 лет, отца - 32 год. В психическом и физическом развитии не отставала от сверстников. С 7-ми летнего возраста пошла в школу, имела хорошую успеваемость. После окончания седьмого класса поступила в профессионально- техническое училище.

Жилищно-бытовые условия в течение жизни больной были хорошими. В данный момент времени имеет хороший собственный дом на селе.

Начала работать с 15 лет, получила много специальностей. В настоящее время находится на заслуженном отдыхе; ведет частное хозяйство.

Инфекционный гепатит, венерические заболевания, туберкулез в анамнезе отрицает. В детстве болела корью. Простудные заболевания регулярно в зимнее время года.

В феврале 1990 года перенесла травму - перелом верхней трети левого предплечья.

В сентябре 1990 года - перелом нижней трети правой голени.

В декабре 1990 года - компрессионный перелом поясничного отдела позвоночника на уровне L3 - L4 вследствие автокатастрофы.

Половое созревание в возрасте 15 лет. Вышла замуж в 22 года. Имеет двоих дочерей.

Мать больной умерла в возрасте 56 лет от рака матки. Родной брат больной умер в 1974 году от рака легкого. Родная сестра больной была прооперирована по поводу новообразований в матке. Других заболеваний, передаваемых по наследству в семье больной не выявлено.

Эпидемический анамнез: контакта с инфекционными больными не имела.

Аллергологический анамнез: аллергических реакций на бытовые, инсектные, эпидермальные, пыльцевые производные, пищевые аллергены и лекарственные препараты не выявлено.

Не курит, наркотики и спиртные напитки не употребляет.

**STATUS PRAESENS**

Общее состояние больной удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Выражение лица спокойное. Походка свободная. Телосложение правильное. Конституциональный тип - гиперстеник. Рост 157 см. Вес - 72 кг.

Питание больной повышено. Подкожно-жировая клетчатка распределена равномерно, однако отмечается несколько избыточное ее отложение на передней поверхности брюшной стенки и на бедрах.

Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета. Тургор кожи и влажность нормальная. Патологическая пигментация, шелушение, сыпь, сосудистые звездочки, ксантомы отсутствуют. Отеков не отмечается.

Пальпируются подмышечные лимфатические узлы, округлой формы, величиной около 1.5 см, безболезненные, эластической консистенции, подвижные, не спаяны с окружающей клетчаткой. Другие группы лимфатических узлов: затылочные, заднешейные, околоушные, подчелюстные, переднешейные, над- и подключичные, локтевые, паховые, подколенные - не пальпируются.

Мышечная система на верхних и нижних конечностях развита равномерно. Тонус и сила мышц сохранены. Болезненность при пальпации и движении, дрожание отдельных мышц, спастический паралич конечностей, вялый паралич, парезы отсутствуют.

При исследовании костей черепа, грудной клетки, таза, конечностей - выявлены утолщения кости в зоне сращения переломов (в нижней трети левого предплечья и нижней трети правой голени). Других деформаций, периостита, искривлений, акромегалии не выявлено. Концевые фаланги пальцев кистей и стоп не изменены. Суставы обычной конфигурации. Движения активные и пассивные в полном объеме. Болезненности при ощупывании и движении, хруста, флюктуации, контрактур, анкилозов нет.

**Органы дыхания.**

Грудная клетка гиперстенического типа, эпигастральный угол больше 900. Выпячивание над- и подключичных пространств не отмечено. Патологических искривлений позвоночника нет. Лопатки плотно прилегают к задней поверхности грудной клетки.

Грудная клетка участвует в акте дыхания. Отставания одной из половин грудной клетки в акте дыхания не отмечается. Тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное. Глубина дыхания обычная, ЧД= 17 в минуту. Видимого участия грудных мышц в акте дыхания нет. Одышка в покое не отмечена.

При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична. Ширина межреберных промежутков 1.5 см. Изменения голосового дрожания на симметричных участках грудной клетки (по сегментам) не отмечено.

При проведении сравнительной перкуссии по топографическим линиям (окологрудинным, среднеключичным, передним, средним и задним подмышечным, лопаточным и околопозвоночным) выявлен легочный перкуторный звук.

При топографической перкуссии высота стояния верхушек легких, ширина правого и левого полей Кренига, нижние границы легких в пределах нормы; подвижность нижнего края правого легкого по средней подмышечной линии - 7 см, подвижность нижнего края левого легкого по средней подмышечной линии - 6.5 см.

При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание. Хрипы и побочные дыхательные шумы отсутствуют.

**Сердечно-сосудистая система**

При осмотре области сердца - сердечного горба нет, сердечный толчок не определяется, патологических пульсаций в области проекции камер сердца не обнаружено.

Верхушечный толчок визуально не обнаруживается. При пальпации- локализация верхушечного толчка: в V межреберье по среднеключичной линии, площадью 1,2 см2, нормальной высоты, силы и резистентности. Симптом «кошачьего мурлыканья» не определяется.

При перкуссии границы относительной тупости сердца не изменены.

В пяти классических точках аускультации выслушиваются два тона и две паузы. Тоны ясные, чистые, ритмичные, нормального тембра. Расщепления и раздвоения тонов, дополнительных тонов, ритмов «перепела» и «галопа» не выявлено. ЧСС = 67 ударов в минуту. Экстра- и интракардиальные шумы не выслушиваются.

При осмотре переднебоковой поверхности шеи видимой пульсации сонных артерий не обнаружено.

По наполнению и времени появления пульсовых вол пульс одинаков на обеих руках. ЧСС= 67 уд/мин. Стенка лучевой артерии эластичная и равномерная. Пульс ритмичный, среднего наполнения, среднего напряжения, мягкий, малый. Явлений деформаций пульса нет.

Пульс на височной, сонной, задней большеберцовой, артериях тыла стопы определяется. Капиллярный и венный пульс отрицательные.

**Органы пищеварения и брюшной полости.**

При осмотре полости рта слизистая бледно- розового цвета. Изъязвлений, кровоточивости десен нет. Язык розовый. Глотка и миндалины без изменений.

Живот несколько увеличен из-за избыточного отложения жировой клетчатки на передней брюшной стенке. Активно участвует в акте дыхания, симметричен. Вздутие, видимая перистальтика желудка и кишечника отсутствуют. Расширения подкожных вен, грыжевых выпячиваний, признаков расхождения прямых мышц живота нет.

При проведении поверхностной ориентировочной пальпации по Образцову- Стражеско передняя брюшная стенка безболезненна, симптом «мышечной защиты», симптом Щеткина- Блюмберга и симптом флюктуации отсутствуют.

При проведении глубокой скользящей топографической методической пальпации кишечника и желудка по Образцову - Стражеско патологий не выявлено. Поджелудочная железа (по Гроту) не пальпируется.

При перкуссии на передней поверхности брюшной стенки определяется тимпанический перкуторный звук. Наличие свободной жидкости при исследовании не обнаружено.

При аускультации живота выслушивается перистальтика кишечника. Шум трения брюшины не определяется.

При осмотре области проекции печени на переднюю поверхность грудной клетки, правого подреберья, эпигастральной области, ограниченного или диффузного выбухания не отмечено. Расширения кожных вен и анастомозов, кровоизлияний, сосудистых звездочек нет.

При перкуссии - верхняя граница печени находится на уровне V ребра (по правой окологрудинной, среднеключичной и передней подмышечной линиям).

Нижняя граница расположена: по правой среднеключичной - на уровне нижнего края реберной дуги; по передней срединной линии - на границе верхней и средней трети расстояния между мечевидным отростком и пупком; по левой реберной дуге - на уровне VII ребра. Размеры печени по Курлову: 10\*8,5\*7,5 см.

При пальпации печени - нижний край печени закругленный, мягкий, ровный.

При осмотре области проекции желчного пузыря на правое подреберье, каких-либо изменений не обнаружено: выпячивания в фазе вдоха или фиксации это области нет.

Изменений в области проекции селезенки нет. Перкуссия селезенки: длинник равен 7 см; поперечник (по перпендикуляру к середине длинника) - 5 см. Селезенка не пальпируется.

**Органы мочевыделения:**

Выбухание, гиперемия в области поясницы отсутствуют. Пальпация по Боткину: почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочевой пузырь и мочеточниковые точки при пальпации безболезненны.

**Эндокринная система:**

Щитовидная железа в размерах не увеличена:

продольный размер - 6.5 см,

поперечный размер - 4 см.

Консистенция эластичная. Поверхность гладкая. Пальпируется перешеек щитовидной железы при глотании.

Гигантизма, акромегалии, патологической пигментации кожных покровов нет. Симптомы Грефе, Мебиуса, Штельвага, экзофтальма отрицательны. Вторичные половые признаки выражены.

**Нервно-психическая сфера:**

Сознание ясное. Память без изменений. Сон не нарушен. Движения скоординированы, походка свободная. Судорог и параличей нет. Рефлексы сохранены. Минимальные симптомы (ригидность затылочных мышц) отсутствуют.

**Status ophtalmicus**

(на 27 марта 1998 года)

1. **Правый глаз (OD):**

Острота зрения и рефракция: visus OD = 0.1 с коррекцией sph. Concave (-) 5.0 D= 0.2.

При подборе сферических рассеивающих линз с большей оптической силой не удалось добиться полной остроты зрения. Рассеивающая линза с оптической силой 5.0 D позволила больной видеть только вторую строку в таблице Сивцева (v=0.2); больше зрение не коррегировалось. Было установлено, что плохая коррегируемость зрения не является следствием астигматизма (при использовании теста с лучистой фигурой, больная видит все лучи одинаково четко - астигматизма нет). Можно предположить, что низкая острота зрения обусловлено послеоперационными изменениями (уменьшение прозрачности роговицы), а течением (катарактная миопия).

Цветоощущение: Эритропсия- видимые предметы приобретают красноватый оттенок (по Б.С. Беляеву эритропсия часто наблюдаются после экстракции катаракты).

Положение глазного яблока в орбите: правильное

Подвижность глазного яблока: в полном объеме

Глазная щель: ширина глазной щели 1.2 см, правая глазная щель уже, чем левая (из-за отека век).

Веки: веки отечные, кожа век гладкая, напряженная, плохо собирается в складку. При спокойном взгляде прямо перед собой верхнее веко прикрывает верхний сегмент роговицы, а нижнее- нижний сегмент роговицы (в норме нижнее веко не доходит до лимба на 1-2 мм). Ресницы коротко острижены (глаз готовили к оперативному вмешательству), черного цвета; рост ресниц правильный, - на верхнем веке в три ряда, на нижнем- в два. Заднее ребро века имеет более острый край (чем переднее), плотно прилегает к глазному яблоку.

Слезный аппарат: слезные сосочки сглажены (из-за отека век), нет выраженного зияния слезных точек. При надавливании на область слезного мешка отделяемого не выявлено.

Конъюнктива век: ярко- красного цвета, гладкая, не утолщена.

Конъюнктива глазного яблока: прозрачная, - видна смешанная инъекция глазного яблока. Полулунная складка выражена слабо. Слезное мясцо красноватое, чистое, несколько деформированное.

Склера: красного цвета, имеет выраженную смешанную инъекцию.

Роговица: отечна в верхнем сегменте, влажная, сферической формы, горизонтальный диаметр 12 мм, вертикальный - 10 мм, прозрачность роговицы снижена (вследствие ее отечности); в верхнем сегменте неблестящая и незеркальная, В нижнем сегменте роговица более прозрачная, влажная, блестящая, зеркальная. Чувствительность роговицы снижена.

В области перехода верхнего сегмента роговицы в склеру (т.е. по лимбу) видны послеоперационные швы между 10 и 3 часами.

Передняя камера: заполнена прозрачной влагой, глубина передней камеры около3 мм.

Радужная оболочка: зелено-серого цвета, рисунок представлен брыжжами, лакунами на 3, 8 и 12 часах. При биомикроскопии и офтальмоскопии в обратном виде на 4, 7, 11 и 2 часах, у корня радужки, виден искусственный крепежный аппарат хрусталика. Зрачок занимает центральное положение, округлой формы, расширен, диаметр зрачка 6 мм, не реагирует на свет.

Хрусталик: при биомикроскопии имеется искусственный, имплантированный хрусталик. Он прозрачен, закреплен искусственным поддерживающим аппаратом.

Стекловидное тело: прозрачно

Глазное дно: диск зрительного нерва бледно- розовый, контуры диска четкие, ход и калибр сосудов не изменен

Внутриглазное давление: Инструментальным методом давление не было измерено. При оценке податливости склеры указательным пальцем правой руки (оценка плотности глазного яблока- tensio)- глаз нормальной плотности (Tn).

Периметрия в столь ранние сроки послеоперационного периода (1 сут. после операции) из-за дизадаптациии и быстрой утомляемости OD не была проведена.

**2. Левый глаз (OS):**

Острота зрения и рефракция: visus OS = 0.1 с коррекцией sph. Concave (-) 5.5 D= 0.2.

При подборе сферических рассеивающих линз с большей оптической силой не удалось добиться полной остроты зрения. Рассеивающая линза с оптической силой 5.5 D позволила больной видеть только вторую строку в таблице Сивцева (v=0.2); больше зрение не коррегировалось. Было установлено, что плохая коррегируемость зрения не является следствием астигматизма (при использовании теста с лучистой фигурой, больная видит все лучи одинаково четко - астигматизма нет). Можно предположить, что низкая острота зрения обусловлено помутнением хрусталика вследствие развития возрастной катаракты (катарактная миопизация глаза).

Цветоощущение: Нормальная трихромазия.

Положение глазного яблока в орбите: правильное

Подвижность глазного яблока: в полном объеме

Глазная щель: ширина глазной щели 1.5 см

Веки: кожа век чистая, гладкая, легко собирается в складку. При спокойном взгляде прямо перед собой верхнее веко прикрывает верхний сегмент роговицы, а нижнее- не доходит до лимба на 1 мм. Ресницы черного цвета; рост ресниц правильный, - на верхнем веке в три ряда, на нижнем- в два. Заднее ребро века имеет более острый край (чем переднее), плотно прилегает к глазному яблоку.

Слезный аппарат: слезные сосочки выражены, слезные точки зияют на слезных сосочках. При надавливании на область слезного мешка отделяемого не выявлено.

Конъюнктива век: чистая, гладкая, бледно-розовая, не утолщена.

Конъюнктива глазного яблока: прозрачная. Полулунная складка выражена слабо. Слезное мясцо розовое, чистое.

Склера: бело- голубого цвета, инъекции нет.

Роговица: сферической формы, горизонтальный диаметр 11 мм, вертикальный - 10 мм, прозрачная, влажная, блестящая, зеркальная, высоко чувствительная; между 9 и 10 часами, ближе к периферии роговицы имеется помутнение в виде «облачка».

Передняя камера: заполнена прозрачной влагой, передняя камера (при гониоскопии) уменьшена, - глубина передней камеры около2 мм (из-за увеличения размеров хрусталика при катаракте, вследствие его набухания).

Радужная оболочка: зелено-серого цвета, рисунок представлен брыжжами, лакунами на 4, 8 и 12 часах. Зрачок занимает центральное положение, округлой формы, диаметр зрачка 3 мм, реагирует на свет.

Хрусталик: прозрачность снижена (помутнение), при боковом освещении области зрачка хрусталик приобретает серый оттенок. Световые рефлексы с передней и задней поверхности хрусталика (фигурки Пуркинье- Сансона) снижены. Рефлекс с глазного дна слабый.

Стекловидное тело и глазное дно: из-за помутнения хрусталика недоступны для обследования.

Внутриглазное давление: при измерении инструментальным методом (тонометр Маклакова массой 10 г) давление равно 21 мм рт ст. При оценке податливости склеры указательным пальцем правой руки (оценка плотности глазного яблока- tensio)- глаз нормальной плотности (Tn).

Периметрия: для определения границ поля зрения на белый цвет был использован объект белого цвета, диаметром 8 мм (при стандарте 3 мм). Увеличение размера объекта объясняется снижением остроты зрения у больной.

Поле зрения здорового человека

Поле зрения у данной больной (OS)

Сужение поля зрения не указывает в данном случае на патологию сетчатки. Его возникновение обусловлено снижением остроты зрения из-за помутнения хрусталика. Сужение поля зрения (централизация зрения) может указывать на корковую разновидность возрастной катаракты, когда помутнение возникают, в первую очередь, в коре хрусталика, у его экватора, а центральная часть длительное время сохраняет прозрачность.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

**Основной:**. OD- течение послеоперационного процесса после экстракапсулярой экстракции катаракты и имплантации искусственного хрусталика. OS- Возрастная незрелая катаракта

**Сопутствующий:** нет.

**Дифференциальный диагноз**

У данной больной дифференциальную диагностику необходимо проводить:

1. Правый глаз: необходимо дифференцировать со вторичной глаукомой, а именно с факогенной глаукомой.

Общим признаком данных состояний является то, что при атерофакичном глазе, и при факогенной глаукоме, приступ вторичной закрытоугольной глаукомы происходит при наличии функционального (или относительного) зрачкового блока, который возникает в глазах с чрезмерного передним положением хрусталика. При этом радужка плотно прилежит к передней поверхности хрусталика, что затрудняет движение внутриглазной жидкости из задней камеры глаза в переднюю. Угол передней камеры суживается. Во время каждого приступа повышается внутриглазное давление; образуются спайки между радужкой и корнеосклеральной стенкой угла передней камеры (гониосенехии) выявляемые при гониоскопии - заболевание приобретает хронический характер. У данной больной отсутствуют признаки функционального зрачкового блока - нет уменьшения глубины передней камеры (глубина =3 мм) и сужения ее угла., нет также признака бомбажа радужки. Внутриглазное давление в норме. Так же нет клиники, характерной для острого или подострого приступа закрытоугольной глаукомы - больная не жалуется на боли в глазу, и связанные с ними боли в голове, на затуманивания зрения, на появление радужных кругов при взгляде на источник света. Гониосинехии (передние спайки отсутствуют).

2. Левый глаз: необходимо провести дифференциальную диагностику между возрастной незрелой катарактой и развитой (II) стадией первичной глаукомы. Общим признаком этих двух заболеваний является то, что больные жалуются на снижения остроты зрения, на сужение полей зрения (уменьшение периферического зрения с носовой стороны более чем на 100 ). Вместе с тем, при проведении периметрии у больных с данной стадией первичной глаукомы имеется специфичный признак - скотома Бьеррума - дугообразная скотома, располагающаяся несколько эксцентрично, чего не бывает у больного с катарактой. У больных с развитой стадией первичной глаукомы имеются изменения дна зрительного нерва (краевая экскавация диска зрительного нерва), хрусталик не изменен. У больных в стадии незрелой катаракты происходит оводнение и набухание хрусталика, что снижает его прозрачность, что и вызывает жалобы больной на снижение зрения; глаукоматозная краевая экскавация зрительного нерва отсутствует.

Необходимо так же провести дифференициальный диагноз с острой непроходимостью артерии сетчатки.

Общими симптомами этих заболеваний является потеря зрения. Уровень ВГД не изменяется (остается нормальным). При острой непроходимости центральной артерии сетчатки снижение остроты зрения происходит внезапно. Вследствие внезапного прекращения притока крови. Это чаще бывает у больных с гипертонической болезнью, страдающих пороками сердца и хроническими инфекционными заболеваниями; а так же в случае массивных травм и разможжений тканей.

У больной снижение остроты зрения происходило постепенно, на протяжении 25 лет, хотя травматические и стрессовые факторы способствовали ухудшению зрения. Кроме того, больная не страдает гипертонической болезнью IIб- функционального класса, которая может вызвать изменения сосудистой трофики сетчатки; у больной не были отмечены очаги хронической инфекции.

Кроме этого отличается офтальмологическая картина: при острой непроходимости центральной артерии сетчатки не белом. Помутневшем фоне сетчатки четко выделяется темно - красная центральная ямка (симптом «вишневой косточки»), артерии резко сужены, в мелких артериальных стволах видны прерывистые столбики крови, вены не изменены, побледнение диска зрительного нерва. У данной больной картину дна левого глазного яблока нельзя увидеть из-за помутнения хрусталика, но правый глаз, имевший до операции сходную клинику снижения зрения на протяжении того же промежутка времени, имеет картину нормального глазного дна без изменений сосудов и диска зрительного нерва.

Учитывая что у данного больной нет признаков начальной стадии первичной глаукомы, а так же вторичной (факогенной) глаукомы и признаков острой непроходимости центральной артерии сетчатки, остается основной клинический диагноз: Артифакичный OD, течение послеоперационного процесса после экстракапсулярой экстракции катаракты и имплантации искусственного хрусталика. Возрастная незрелая катаракта OS.

1

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Клинический анализ крови
2. Кровь на RV и ВИЧ- инфекцию
3. ЭКГ
4. Визометрия
5. Рефрактометрия
6. Биомикроскопия
7. Офтальмоскопия
8. Гониоскопия
9. Периметрия

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

**Правый глаз:** Учитывая жалобы больной на резкое снижение остроты зрения, вплоть до потери предметного зрения (на расстоянии 10 см от глаза больная не могла различить предметы, стоящие как прямо перед глазом, так и в эксцентрическом положении), чувство белого сплошного тумана; сохранялось только светоощущение (больная могла определить угол падения луча света); данные анамнеза заболевания: жалобы на ухудшение зрения при чтении и работе с мелкими деталями появились у больной в 1949 году, при работе на заводе на линии по сборке радиоэлектронной аппаратуры. Больная обратилась в поликлинику по месту жительства, где ей была проведена коррекция зрения - назначены очки для работы и чтения: OD: sphera concavae (-) 3.0 D и даны рекомендации по улучшению зрения; в 1984 году- появились ощущение движущихся и фиксированных «мушек» в правом глазу, не проходившее в течение всего дня, утомляемость глаза при чтении; при повторном обращении в поликлинику- выписаны очки для чтения и работы: OD: sphera concavae (-) 4.0 D; но ощущение присутствия «мушек» перед глазами сохранялось; в 1990 году, на фоне многократных повреждений опорно- двигательного аппарата, происходило дальнейшее ухудшение зрения в OD - к феномену «мелькания мушек» присоединилось чувство пелены перед глазами; а в сентябре 1997 года, на фоне сильного стресса, произошло резкое ухудшение зрения в правом глазу, потеря предметного зрения - больная правым глазом не могла различить предметы, находящиеся на расстоянии 10 см; она только могла определить положение источника света (visus OD= 1/~ proectio lucis certa).. По направлению из поликлиники, больная поступила на обследование в глазное отделение БМСЧ рыбаков, где ей был выставлен диагноз возрастной незрелой катаракты и рекомендовано оперативное лечение по поводу катаракты OD; 26 марта 1998 года произведена операция: экстракапсулярная экстракция возрастной незрелой катаракты правого глазного яблока с имплантацией искусственного хрусталика; на основании данных объективного исследования (status ophtalmicus): visus OD = 0.1 с коррекцией sph. Concave (-) 5.0 D= 0.2. При подборе сферических рассеивающих линз с большей оптической силой не удалось добиться полной остроты зрения. Рассеивающая линза с оптической силой 5.0 D позволила больной видеть только вторую строку в таблице Сивцева (v=0.2); больше зрение не коррегировалось. Было установлено, что плохая коррегируемость зрения не является следствием астигматизма (при использовании теста с лучистой фигурой, больная видит все лучи одинаково четко - астигматизма нет). Можно предположить, что низкая острота зрения обусловлено послеоперационными изменениями (уменьшение прозрачности роговицы), а течением (катарактная миопия); эритропсия- видимые предметы приобретают красноватый оттенок; ширина глазной щели 1.2 см, правая глазная щель уже, чем левая (из-за отека век); веки отечные, кожа век гладкая, напряженная, плохо собирается в складку. Ресницы коротко острижены (глаз готовили к оперативному вмешательству); конъюнктива век ярко- красного цвета, гладкая, не утолщена; конъюнктива глазного яблока прозрачная, - видна смешанная инъекция глазного яблока; склера красного цвета, имеет выраженную смешанную инъекцию; роговица отечна в верхнем сегменте, прозрачность роговицы снижена (вследствие ее отечности); в области перехода верхнего сегмента роговицы в склеру (т.е. по лимбу) видны послеоперационные швы между 10 и 3 часами; при биомикроскопии и офтальмоскопии в обратном виде на 4, 7, 11 и 2 часах, у корня радужки, виден искусственный крепежный аппарат хрусталика; глазное дно- диск зрительного нерва бледно- розовый, контуры диска четкие, ход и калибр сосудов не изменен; при оценке податливости склеры указательным пальцем правой руки (оценка плотности глазного яблока- tensio)- глаз нормальной плотности (Tn).

**Левый глаз:** учитывая жалобы больной на снижение остроты зрения, появление движущихся и фиксированных белых «мушек» перед глазами, ухудшение зрения по периферии (сужение поля зрения); на быструю утомляемость глаза при чтении, разглядывании мелких предметов; основываясь на данных анамнеза заболевания- впервые жалобы на ухудшение зрения OS при чтении и работе с мелкими деталями появились у больной в 1949 году; больная обратилась в поликлинику где ей были назначены очки для работы и чтения: OS: sphera concavae (-) 3.0 D ; в 1985 году появились ощущение движущихся и фиксированных «мушек», не проходившее в течение всего дня, утомляемость глаза при чтении; при повторном обращении в поликлинику, ей вновь выписаны очки для чтения и работы: OS: sphera concavae (-) 3.5 D, проведено амбулаторное лечение, но ощущение присутствия «мушек» перед глазами сохранилось; состояние левого глаза оставалось стабильным. По направлению из поликлиники, больная поступила на обследование в глазное отделение БМСЧ рыбаков, где ей был выставлен диагноз возрастной незрелой катаракты обоих глаз и рекомендовано оперативное лечение по поводу катаракты OD; на основании данных объективного исследования (status ophtalmicus): visus OS = 0.1 с коррекцией sph. Concave (-) 5.5 D= 0.2 - при подборе сферических рассеивающих линз с большей оптической силой не удалось добиться полной остроты зрения. Рассеивающая линза с оптической силой 5.5 D позволила больной видеть только вторую строку в таблице Сивцева (v=0.2); больше зрение не коррегировалось. Было установлено, что плохая коррегируемость зрения не является следствием астигматизма (при использовании теста с лучистой фигурой, больная видит все лучи одинаково четко - астигматизма нет). Можно предположить, что низкая острота зрения обусловлено помутнением хрусталика вследствие развития возрастной катаракты (катарактная миопизация глаза); кожа век чистая, гладкая, легко собирается в складку; конъюнктива век - чистая, гладкая, бледно-розовая, не утолщена; склера бело- голубого цвета, инъекции нет; роговица - сферической формы, горизонтальный диаметр 11 мм, вертикальный - 10 мм, прозрачная, влажная, блестящая, зеркальная, высоко чувствительная; между 9 и 10 часами, ближе к периферии роговицы имеется помутнение в виде «облачка»; передняя камера заполнена прозрачной влагой, передняя камера (при гониоскопии) уменьшена, - глубина передней камеры около2 мм (из-за увеличения размеров хрусталика при катаракте, вследствие его набухания); прозрачность хрусталика снижена (помутнение), при боковом освещении области зрачка хрусталик приобретает серый оттенок; световые рефлексы с передней и задней поверхности хрусталика (фигурки Пуркинье- Сансона) снижены; рефлекс с глазного дна слабый; стекловидное тело и глазное дно из-за помутнения хрусталика недоступны для обследования ; внутриглазное давление - при измерении инструментальным методом (тонометр Маклакова массой 10 г) давление равно 21 мм рт ст; при оценке податливости склеры указательным пальцем правой руки (оценка плотности глазного яблока- tensio)- глаз нормальной плотности (Tn); при периметрии - сужение полей зрения.

Таким образом, можно выставить **основной клинический диагноз**: Артифакия правого глаза. Возрастная незрелая корковая (или серая) катаракта левого глаза.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

**Основной:** Артифакия правого глаза. Возрастная незрелая катаракта левого глаза.

**Сопутствующий:** нет

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ:**

1. Режим II
2. Стол общий (диета №15)
3. Медикаментозная терапия:

- Бактериостатическое действие:

Rp.: Sol. Sulfacili- natrii 30% - 1- ml

D.S. Глазные капли.

По 1-2 капли 3-4 раза в день в

конъюнктивальный мешок OD

#

- Антибиотик широкого спектра действия:

Rp.: Sol. Chloramphenicoli 0.25% - 10 ml

D.S. Глазные капли. По 1-2 капли 3 раза /день (OD)

#

- Для улучшения периферического кровообращения:

Rp.: Tab. Xantinoli nicotinatis 0.15

D.t.d.N. 20

S. По 1 таблетке 3 раза в день

#

- Начиная с 4- го дня необходимо поддерживать выраженный мидриаз в связи с начинающимися к этому времени (по М.Л. Краснову и В.С. Беляеву) явлениями послеоперационного иридоциклита - местно:

Rp.: Susp. Hydrocortisoli 1%

D.S. Применять местно. Закладывать в конъюнктивальную полость OD.

#

1. Получение мидриаза для предотвращения задних спаек и зрачкового блока - назначить:

Rp.: Sol. Atropini sulfatis 1% - 5 ml

D.S. Закапывать по 2 капли в конъюнктивальную полость OD 1 раз в день.

#

- При первых признаках появления задних синехий:

Rp.: Sol. Adrenalini 1% - 1 mi

D.S. По 2 капли в конъюнктивальную полость OD 1-2 раза в день.

В тяжелых случаях возможны подконъюнктивальные инъекции адреналина.

#

- Консервативная терапия возрастной катаракты

Rp.: Viceini N.10

D.S. По 2 капли в OS 3-4 раза в день

Физеотерапия- (OS):

1. микроволновая терапия

2. эндоназальный электрофорез с сосудорасширяющими препаратами

3. электросон

Через 3 месяца (не раньше - во избежании появления астигматизма) показано снятие супрамидных швов.

**ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЙ**

**30 марта 1998 г.**

Жалобы больной: правый глаз: активных жалоб не предъявляет; левый глаз: жалобы на снижение остроты зрения, появление движущихся и фиксированных белых «мушек» перед глазами, ухудшение зрения по периферии (сужение поля зрения); на быструю утомляемость глаза при чтении, разглядывании мелких предметов.

Общее состояние больной удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Выражение лица спокойное. Питание больной повышено. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета. Тургор кожи и влажность нормальная. Пальпируются подмышечные лимфатические узлы, округлой формы, величиной около 1.5 см, безболезненные, эластической консистенции, подвижные, не спаяны с окружающей клетчаткой. Другие группы лимфатических узлов не пальпируются.

Грудная клетка участвует в акте дыхания. Тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное. Глубина дыхания обычная, ЧД= 17 в минуту. При проведении сравнительной перкуссии по топографическим линиям выявлен легочный перкуторный звук. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание. Хрипы и побочные дыхательные шумы отсутствуют.

При аускультации сердечные тоны ясные, чистые, ритмичные, нормального тембра. Расщепления и раздвоения тонов, дополнительных тонов, ритмов «перепела» и «галопа» не выявлено. Экстра- и интракардиальные шумы не выслушиваются. Пульс ритмичный, среднего наполнения, среднего напряжения, мягкий, малый. ЧСС= 72 уд/мин. АД= 120/80 мм рт. ст.

При осмотре полости рта - язык розовый, глотка и миндалины без изменений. Вздутие живота, видимая перистальтика желудка и кишечника отсутствуют. При пальпации передняя брюшная стенка безболезненна, патологические симптомы раздрожения брюшины отсутствуют. Методами перкуссии и аускультации патологических симптомов ЖКТ не выявлено. Расстройства стула нет. Патологии со стороны органов мочеполовой системы не выявлено, расстройства мочеиспускания нет.

При осмотре глаз:

**22 ноября 1997 г.**

Состояние больного несколько ухудшилось. Характер жалоб больного остается тем же, но наблюдается усиление кашля и увеличение количества отходящей в утренние часы при пробуждении (при подъеме с постели) мокроты, которая, со слов больного, имеет белесовато-желтоватый цвет. Участились приступы резкой нехватки воздуха (приступ удушья 1-2 раза в день и один раз ночью, обычно в 5-6 часов утра). В момент приступа больным отмечается сердцебиение, приступообразная боль в области сердца, не иррадиирующая и проходящая после его окончания. АД= 120/80, ЧСС=82 уд/мин, ЧД - 24/мин.

Больному назначен дополнительно β2-агонист короткого действия (Сальбутамол) и даны рекомендации по правильному использованию ингаляторов: последний прием ингаляционных препаратов производить непосредственно перед сном, а при появлении предвестников приступа удушья делать 1-2 внеочередных ингаляций симпатомиметиков

**28 ноября 1997 г.**

Состояние больного улучшилось. Количество приступов сократилось (1 приступ удушья днем, 2-3 ночных приступа в неделю). Частота приступов кашля уменьшилась. По-прежнему при кашле наблюдается отхождение слизистой мокроты; сохраняется сердцебиение и боли в области сердца в момент приступа удушья. Сохраняются изжога, отрыжка кислым содержимым, болезненность при пальпации и перкуссии в эпигастрии, слабость, головокружение. По показаниям индивидуальной пикфлуометрии больной продолжает находится в «красной зоне».

АД= 120/75, ЧСС=80 уд/мин, ЧД - 19/мин. Больному рекомендовано продолжение назначенного лечения.