Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра офтальмологии

Заведующая кафедрой: доц. Юдова Н.Н.

 Преподаватель: Лозбина Н. В.

 Куратор: Бахрамаева Б. В., 523 группа

# История болезни

Больная: Д. Е. В., 21 год.

Клинический диагноз: Миопия легкой степени, непрогрессирующее течение.

Барнаул 2011

#### Паспортные данные:

## Ф.И.О.: Д. Е. В.

Возраст: 21 год

Место работы: студентка АГМУ, 5 курс.

###### Жалобы

На снижение остроты зрения вдаль.

# Anamnesis morbi

Считает себя больной около 7 лет, когда впервые отметила снижение остроты зрения вдаль. Тогда же обратилась к врачу в поликлинике, при обследовании было выявлено снижение остроты зрения слева и справа до – 0,9дптр.. Коррекция зрения не проводилась. В последующее время больная отмечала постепенное ухудшение зрение и в 18 лет снова обратилась в офтальмологу, где было выявлено снижение зрения правого глаза до – 2, левого глаза до -2, 5 дптр.. Произведена коррекция очками. В 20 лет, в связи с усилением нагрузки на глаза, снова стала отмечать ухудшение зрения из-за чего обратилась к врачу. Обнаружилось снижение остроты зрения вдаль, прописано ношение очков с силой линз -2, 5 дптр. на правый глаз и -3 дптр. на левый глаз.

# Anamnesis vitae

Родилась в 1990 году в г Славгород, Алтайского края. Росла и развивалась нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. Хронические зоболевания отрицает. Гемотрансфузии не проводилось. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредных привычек нет.

Социально-бытовые условия удовлетворительные, живет на квартире.

Отец страдает миопией высокой степени (- 14 Дптр. на оба глаза), мама страдала миопией средней степени ( -3Дптр. На оба глаза), старшая сестра – миопией высокой степени (-7 дптр).

# Status praesens communis.

Общее состояние больной удовлетворительное, сознание ясное. Осанка правильная, телосложение правильное. Больная умеренного питания. Конституция нормостеническая.

Рост больной 177 см, вес 59 кг.

Кожа, переферические лимфоузлы и слизистые оболочки:

Кожные покровы телесного цвета, умеренной влажности. Эластичность и тургор не снижены, оволосение по женскому типу. Слизистая рта бледно-розовая, патологических изменений не выявлено. Подкожно жировая клетчатка развита нормально.

Периферические лимфоузлы не увеличены.

Молочные железы развиты нормально, не увеличены, пальпаторно никаких образований не определяется, сосок без особенностей, при надавливании выделений нет.

Температура тела 36,6 С.

Органы дыхания:

Частота дыхательных движений 20 дыхательных движений в минуту, ритмичное. Тип дыхания грудной. Форма грудной клетки нормостеническая, обе половины симметричны, в акте дыхания участвуют одинаково. При сравнительной перкуссии отмечается ясный легочный звук над обеими легкими по всем 9 парным точкам выслушивания.

При топографической перкуссии:

высота стояния верхушек легких, ширина полей Кренига справа и границы легких в пределах нормы.

Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет.

Сердечно-сосудистая система:

При перкуссии: границы сердца не изменены.

Аускультативно: ритм правильный, тоны сердца ясные. ЧСС 80 уд/мин

Частота пульса 80 уд/мин. Дефицита пульса нет. АД= 150/70 мм рт ст

Органы брюшной полости:

Осмотр живота: Живот правильной формы, симметричен, в акте дыхания участвует, патологически не изменен.

Пальпаторно: температура и влажность кожи живота одинаковая на симметричных участках. Отмечается легкое напряжение брюшного пресса. Расхождения прямых мышц живота, грыжевых ворот нет. Отмечается болезненность в гипогастральной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

При осмотре области печени выбуханий и образований не обнаружено. При глубокой пальпации печени нижний край печени не выходит из-под края реберной дуги, ровный, закругленный, безболезненный.

Перкуторно размеры печени по Курлову: 9 / 8 / 7 см.

Селезенка не пальпируется, безболезнена. При осмотре в ее проекции выбуханий не обнаружено.

Стул со слов больной регулярный, 1 раз в сутки, оформленный в виде цилиндра, коричневого цвета.

Аускультативно: шум перистальтики кишечника.

Мочевыделительная система:

Осмотром поясничной области отеков и припухлостей не выявлено. При глубокой пальпации стоя и лежа почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание безболезненное, регулярное, 3-5 раз в день.

# Status opthalmicus

|  |  |
| --- | --- |
| **OD** | **OS** |
|  Visus OD=0, 2 – 2, 5дпр.= 1,0 СферопериметрЦветоощущение нормальное (трихромазия). Края орбит ровные, безболезненные при пальпации. Кожа век обычной окраски, эластичная. Интермаргинальные пространства равномерной ширины, рост ресниц правильный. При пальпации мейбомиевых желёз отделяемого нет. Область слезной железы безболезненна при пальпации, слезные точки округлой формы, Д=0,1, погружены в слезное озеро. При надавливании на область слезного мешка отделяемого из слезных точек нет. Коньюнктива век бледно-розовая, гладая, влажная. Коньюнктива глазного яблока бесцветная, полупрозрачная, гладкая, влажная. Глазное яблоко обычной формы и величины, движения не ограничены, положение в орбите правильное. ВГД пальпаторно нормальное. Роговица сферичная, округлая, гладкая, прозрачная, зеркально блестящая, высокочувствительная. Передняя камера равномерной глубины, влага прозрачная, радужка серого цвета, рисунок четкий, пигментная кайма равномерной ширины. Зрачок круглый узкий, реакция зрачка на свет прямая, содружественная, на аккомодацию и конвергенцию – живая. При боковом освещении – зрачок черного цвета. В проходящем свете с глазного дна виден розовый рефлекс. Глазное дно: диск зрительного нерва округлый, бледно-розовый с четкими границами, уровень и величина нормальные.Калибр ретинальных сосудов нормальный. |  Visus =0,2 – 3дпр. = 1,0СферопериметрЦветоощущение нормальное (трихромазия). Края орбит ровные, безболезненные при пальпации. Кожа век обычной окраски, эластичная. Интермаргинальные пространства равномерной ширины, рост ресниц правильный. При пальпации мейбомиевых желёз отделяемого нет. Область слезной железы безболезненна при пальпации, слезные точки округлой формы, Д=0,1, погружены в слезное озеро. При надавливании на область слезного мешка отделяемого из слезных точек нет. Коньюнктива век бледно-розовая, гладая, влажная. Коньюнктива глазного яблока бесцветная, полупрозрачная, гладкая, влажная. Глазное яблоко обычной формы и величины, движения не ограничены, положение в орбите правильное. ВГД пальпаторно нормальное. Роговица сферичная, округлая, гладкая, прозрачная, зеркально блестящая, высокочувствительная. Передняя камера равномерной глубины, влага прозрачная, радужка серого цвета, рисунок четкий, пигментная кайма равномерной ширины. Зрачок круглый узкий, реакция зрачка на свет прямая, содружественная, на аккомодацию и конвергенцию – живая. При боковом освещении – зрачок черного цвета. В проходящем свете с глазного дна виден розовый рефлекс. Глазное дно: диск зрительного нерва округлый, бледно-розовый с четкими границами, уровень и величина нормальные.Калибр ретинальных сосудов нормальный. |

**Дополнительные методы исследования**

1. Общий анализ крови и мочи
2. Анализ крови на сахар
3. Реакция Вассермана
4. Рентгенографии органов грудной клетки
5. Скиаскопия
6. Офтальмометрия
7. Периметрия

**Клинический диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больной на снижение остроты зрения вдаль, субъективных и объктивных (скиаскопия) методов определения клинической рефракции (Vis OD = 0,2 - 2, 5 Дптр = 1,0; Vis OS = 0, 2 - 3 Дптр = 1,0), анамнеза жизни (отягощенный семейный анамнез) можно предположить, что у больной миопия слабой степени. Миопия слабой степени т. к. OD = -2, 5дптр., OD = -3дптр. Течение непрогрессирующее, т. к. в течение 7 лет прогрессирование незначительное.

Т.о. диагноз звучит: Миопия слабой степени, непрогрессирующее течение.

Рекомендации

Рекомендовано:

1. Ношение коррегирующих очков с силой линз –2,5Дптр. справа, – 3 слева Дптр.
2. Прием поливитаминных препаратов: «Аевит», «Пангексовит»
3. Прием биогенных стимуляторов «Лютеин», «Стрикс».
4. Витаминные глазные капли: «Тауфон 4%» по 1- 2 капли в оба глаза 2 раза в день.
5. Соблюдение режима труда и отдыха.
6. Выполнение упражнений для цилиарной мышцы с целью повышения аккомодационной способности глаз.
7. Консультация окулиста 1 раз в полгода.

Рецепт на очки:

Rp.: OD sph. concav -2,5 D

 OS sph. concav - 3 D

 D.P.= 66мм

 D.S. Очки для дали.

Подпись:

Прогноз

Прогноз для трудноспособности больной благоприятный при условии стабильности процесса.

Использованная литература

1. Копаева В.Г. «Глазные болезни», М., Медицина, 2002
2. Федоров С.Н., Ярцева Н.С., Исманкулов А.О. «Глазные болезни», Москва, 2000
3. Машковский М.Д. «Лекарственные средства», Москва, 2002