**Жалобы на момент курации.**

Жалобы на ухудшение зрения за последние годы. Слезотечение на улице, усиливающееся на ветру. Иногда больной отмечает боли в правом глазу.

**Анамнез болезни.**

В марте 1997 года больной обратился в поликлинику №2 Василиостровского района с жалобами на слёзотечение. После измерения давление, было обнаружено высокое ВГД в левом глазу. В процессе последующего обследования при суточной тонометрии выявилось высокое давление и в правом глазу. По результатам гониоскопии была выявлена открытоугольная глаукома.

Больной был взят на диспансерный учёт. Был назначен б-адреноблокатор «Тималол» 0,25% 2-а раза в день. Но в 2000 году от препарата появился побочный эффект – хрипота голоса, что потребовало заменить препарат на «Дипивефрин 0,1%».

В 1997 выявлена начинающаяся катаракта обоих глаз. В этом же году проходил консультацию в СПбГМУ имени академика И.П. Павлова. Проведённым лечением больной доволен, глаукому удалось стабилизировать.

Причины заболеваний глаз не отмечает, производственные и бытовые вредности отрицает.

**Сведения из анамнеза жизни.**

Филиппов Николай Георгиевич родился в 1910 году в городе Ропша Ленинградской области. В молодости работал трактористом, в годы ВОВ работал на Кировском заводе, после войны арестован на 5-ть лет, после реабилитации 3-и года жил в пригороде Ленинграда, и в 1951 году переехал обратно в Ленинград. Последний раз работал в автомобильном сервисе. Профессиональных вредностей не отмечает. Сейчас проживает один, бытовые условия удовлетворительные, сыну 62 года, проживает отдельно.

Перенёс два воспаления лёгких, тромбофлейбит, радикулит, рожистое воспаление. Также в анамнезе: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, ГБ-II.

Гепатит, сахарный диабет, туберкулёз, вен. заболевания отрицает.

Аллергологический анамнез без особенностей.

Наследственная предрасположенность к заболеваниям глаз не выявлена.

Отец умер при оккупации в 1941,маль умерла в возрасте 95 лет.

**Объективные данные.**

Больной нормального телосложения, питание удовлетворительное. Кожа и слизистые чистые, отмечается небольшой цианоз губ. Пульс 84 удара в минуту, аритмичный, напряжён.

**Состояние органа зрения.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Глаз** | **Острота зрения без коррекции** | **Вид рефракции** | **Коррекция** | **Острота зрения с коррекцией** |
| **Правый** | V OD 0,3 | H | Sph+2,0D | V OD 0,5-0,6 |
| **Левый** | V OS 0,3 | H | Sph+1,0D | V OS 0,4 |

Поле зрения:

40

48

**OD**  **OS**

45

60

40

55

**T**

**T**

# N

38

62

75

45

43

68

55

50

58

70

***Цветоощущение по таблицам Рабкина:*** аномальный трихромат.

***Бинокулярное зрение:*** в норме.

**Данные объективного обследования.**

**OD:**

*Веки:* Нормальной окраски. На верхнем веке истончённая складка кожи шириной 5 см. (блефарохалязис). Нижнее веко атонично, не прилегает к глазному яблоку. Рост ресниц правильный.

*Слёзные точки*: Имеется эверсия нижней слёзной точки (не «купается» в слёзном озере).

*Слёзный мешок:* при надавливании на область слёзного мешка отдёляемого нет. Выражено слёзостояние.

*Конъюнктива*: Конъюнктива нижнего века гладкая, слегка гиперемирована. Конъюнктива верхнего века гладкая, слегка гиперемирована.

*Глазное яблоко в целом:* Нормального положения и формы, не изменено по размеру, подвижность патологически не ограничено.

*Роговица:* Вблизи наружного лимба видны отложения жёлтого цвета (ксантелазмы), и на роговице, вблизи лимба, arcus sentilis. В остальных отделах роговица гладкая, прозрачная, блестящая, сферическая.

*Передняя камера:* Средней глубины, влага её прозрачна.

*Радужка:* Голубого цвета, рисунок чёткий и одинаков на обоих глазах.

*Зрачок:* Располагается в центре, круглый (~ 2,5 мм), чёрного цвета. Прямая и содружественная реакция на свет сохранены.

*Цилиарное тело:* пальпация через веки безболезненна.

*Глубокие оптические среды:* При исследовании в прходящем свете по периферии видны массивные помутнения в хрусталике.

*Глазное дно:* Видно в лёгком тумане. Диск зрительного нерва бледно-розовый, чётко очерчен, имеется сдвиг сосудистого пучка в носовую сторону, экскавация диска 0,6-0,7. Артерии сетчатки узкие, извитые. Вены неравномерного калибра. Соотношение диаметров артерии\вены = 1\2. Очаговых изменений с узким зрачком на глазном дне не видно.

*Внутриглазное давление:* 30 мм. рт. столба.

**OS:**

*Веки:* Нормальной окраски. На верхнем веке истончённая складка кожи шириной 5 см. (блефарохалязис). Нижнее веко атонично, не прилегает к глазному яблоку. Рост ресниц правильный.

*Слёзные точки*: Имеется эверсия нижней слёзной точки (не «купается» в слёзном озере).

*Слёзный мешок:* при надавливании на область слёзного мешка отдёляемого нет. Выражено слёзостояние.

*Конъюнктива*: Конъюнктива нижнего века гладкая, слегка гиперемирована. Конъюнктива верхнего века гладкая, слегка гиперемирована.

*Глазное яблоко в целом:* Нормального положения и формы, не изменено по размеру, подвижность патологически не ограничено.

*Роговица:* Вблизи наружного лимба видны отложения жёлтого цвета (ксантелазмы), и на роговице, вблизи лимба, arcus sentilis. В остальных отделах роговица гладкая, прозрачная, блестящая, сферическая.

*Передняя камера:* Средней глубины, влага её прозрачна.

*Радужка:* Голубого цвета, рисунок чёткий и одинаков на обоих глазах.

*Зрачок:* Располагается в центре, круглый (~ 2,5 мм), чёрного цвета. Прямая и содружественная реакция на свет сохранены.

*Цилиарное тело:* пальпация через веки безболезненна.

*Глубокие оптические среды:* При исследовании в проходящем свете по периферии видны массивные помутнения в хрусталике.

*Глазное дно:* Диск зрительного нерва бледно-розовый, чётко очерчен, экскавация диска 0,8, лёгкий миопический конус. Артерии сетчатки узкие, извитые. Вены неравномерного калибра. Соотношение диаметров артерии\вены = 1\2. Очаговых изменений с узким зрачком на глазном дне не видно.

*Внутриглазное давление:* 30 мм. рт. столба.

**Клинический диагноз.**

***Основное заболевание:*** Первичная развитая открытоугольная глаукома с умеренно повышенным давлением, нестабилизированная.

***Сопутствующие заболевания:*** Начальная катаракта. Блефарохалязис верхнего века. Атония нижнего века и эверсия нижней слёзной точки.

***Обоснование диагноза:***

За наличие у больного глаукомы свидетельствует увеличение давления в анамнезе до 36 мм ртутного столба, а так же данные объективного обследования т.е. OD 29-30 мм рт. ст. и

OS 31-32 мм рт. ст., и так же сужение поля зрения с носовой стороны до 38 градусов. Так же за этот диагноз говорит и значительная экскавация диска зрительного нерва OD 0,6-0,7 и OS 0,8. По результатам гониоскопии можно говорить о открытоугольной глаукоме.

Заключение о зрелой стадии глаукомы основано на наличие у больного сужения поля зрения с носовой стороны до 38 градусов. По уровню внутриглазного давления - глаукома с умеренно повышенным ВГД.

Отсутствие прогрессирования сужения поля зрения говорит о стабилизированной форме, но так как внутриглазное давление не стабилизировано, глаукому считать стабилизированной нельзя, и для стабилизации ВГД необходимо изменить режим закапывания.

При исследовании в проходящем свете на фоне розового рефлекса по периферии видны массивные, чёрного цвета, помутнения в хрусталике, что говорит начальной стадии катаракты.

На основании объективного обследования и жалоб на момент курации можно поставить диагнозы: Атония нижнего века. Эверсия нижней слёзной точки. Блефарохолязис верхнего века.

**Лечение.**

***1. Для стабилизации ВГД.***

**Rp.:** Sol. Dipevifrini 0.1%

 D.S. По 1 капле 2 раза в день.

**Rp.:** Sol.Pilocarpini 1%

 D.S. По 1 капле 1 раз в день на ночь.

***2. Для улучшения прозрачности хрусталика (лечение катаракты).***

**Rp.:** Sol. Taufoni 4% - 10 ml

 D.S. По 2 капли 2 раза в день.

***3. Для коррекции зрения выписываем очки.***

**Rp.:** Очки для дали.

 OD Sph +2,0 D

 OS Sph + 1,0 D

 Dp = 65мм

**Rp.:** Очки для близи.

 OD Sph +5,0 D

 OS Sph + 4,0 D

 Dp = 63 мм

**Прогноз.**

В случае стабилизации давления, прогноз течения глаукомы благоприятный. Необходимо проводить диспансерное наблюдение больного и контроль ВГД 1 раз в три месяца, так же необходимо контролировать развитие катаракты. При неэффективности консервативного лечения, возможно хирургическое лечение глаукомы.