

ОРД-ОФТ-23

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная
медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской
Федерации**

Кафедра Оториноларингологии с офтальмологией

УТВЕРЖДЕНО

протоколом заседания
Центрального
координационного учебно-
методического совета
«23» мая 2023 г. № 5

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

**по офтальмологии
для ординаторов 1 и 2 годов обучения
по специальности 31.08.58 Оториноларингология**

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
От 27 апреля 2023 г. (протокол № 9)**

Заведующий кафедрой



Д.м.н., профессор Э.Т. Гаппоева

г. Владикавказ 2023 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура оценочных материалов
3. Рецензия на оценочные материалы
4. Паспорт оценочных материалов
5. Комплект оценочных средств:
 - вопросы к зачету
 - банк ситуационных задач
 - эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением)
 - билеты к зачету

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

РЕЦЕНЗИЯ

**на оценочные материалы по офтальмологии для клинических ординаторов
31.08.58 Оториноларингология**

Оценочные материалы составлены на кафедре оториноларингологии с офтальмологией на основании рабочей программы учебной дисциплины Офтальмология, и соответствуют требованиям ФГОС по специальности 31.08.59 Офтальмология.

Оценочные материалы включает в себя:

- вопросы к модулям
- вопросы к зачету
- банк ситуационных задач
- эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением)
- билеты к зачету

Банк ситуационных задач включают в себя сами задания и шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины Офтальмология формируемым при ее изучении компетенциям, и охватывают все её разделы. Банк содержит ответы ко всем ситуационным задачам.

Эталоны тестовых заданий включают в себя следующие элементы; тестовые задания, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины Офтальмология формируемым при ее изучении компетенциям, и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Эталоны содержат ответы ко всем тестовым заданиям.

Количество билетов к зачету достаточно для его проведения и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время зачета в течение одного дня. Билеты к зачету выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Билет к зачету включает в себя 3 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на зачет. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам рабочей программы дисциплины, позволяющее более полно охватить материал дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач. Ситуационные задачи дают возможность объективно оценить уровень усвоения обучающимися теоретического материала при текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации. Сложность вопросов в билетах к зачету распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет.

В целом, оценочные материалы по дисциплине Офтальмология способствуют качественной оценке уровня владения обучающимися профессиональными компетенциями.

Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине Офтальмология могут быть рекомендованы к использованию для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации ординаторов.

Рецензент:

Председатель ЦУМК хирургических дисциплин №1

Л.В. Цаллагова.

М.П.

27.04.2023 г.



**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

РЕЦЕНЗИЯ

**на оценочные материалы по офтальмологии для клинических ординаторов
31.08.58 Оториноларингология**

Оценочные материалы составлены на кафедре оториноларингологии с офтальмологией на основании рабочей программы учебной дисциплины Офтальмология, и соответствуют требованиям ФГОС по специальности 31.08.59 Офтальмология.

Оценочные материалы включает в себя:

- вопросы к модулям
- вопросы к зачету
- банк ситуационных задач
- эталоны тестовых заданий (с титульным листом и оглавлением)
- билеты к зачету

Банк ситуационных задач включают в себя сами задания и шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины офтальмология формируемым при ее изучении компетенциям, и охватывают все её разделы. Банк содержит ответы ко всем ситуационным задачам.

Эталоны тестовых заданий включают в себя следующие элементы: тестовые задания, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе дисциплины офтальмология формируемым при ее изучении компетенциям, и охватывают все её разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Эталоны содержат ответы ко всем тестовым заданиям.

Количество билетов к зачету достаточно для его проведения и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время зачета в течение одного дня. Билеты к зачету выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Билет к зачету включает в себя 3 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на зачет. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам рабочей программы дисциплины, позволяющее более полно охватить материал дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагается банк ситуационных задач. Ситуационные задачи дают возможность объективно оценить уровень усвоения обучающимися теоретического материала при текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации. Сложность вопросов в билетах к зачету распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемым оценочным материалам нет.

В целом, оценочные материалы по дисциплине офтальмология способствуют качественной оценке уровня владения обучающимися профессиональными компетенциями. Рецензируемые оценочные материалы по дисциплине офтальмология могут быть рекомендованы к использованию для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации на ординаторов.

Рецензент:



Дзгоева И.С.

**Паспорт фонда оценочных средств по
офтальмологии**

№п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Промежуточный		
1	Заболевания придаточного аппарата глаза, связанные с патологией ЛОР-органов.	ПК-1; ПК-2; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
2	Заболевания роговой оболочки.	ПК-1; ПК-2; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
3	Заболевания переднего отрезка сосудистой оболочки глаза.	ПК-1; ПК-2; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
4	Острые заболевания зрительного нерва.	ПК-1; ПК-2; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
5	Острый приступ глаукомы	ПК-1; ПК-2; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
6	Повреждения придаточного аппарата глаза и глазного яблока.	ПК-1; ПК-2; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
5 Модуль	Заболевания и повреждения органа зрения	ПК-1; ПК-2; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету
6 Зачет	Заболевания и повреждения органа зрения	ПК-1; ПК-2; ПК-7.	Тестовые задания, ситуационные задачи, билеты для оценки практических навыков, билеты по зачету

Вопросы к модулю

1. Общая симптоматика воспалительных заболеваний соединительной оболочки глаза. Принципы лечения.
2. Основные виды вирусных конъюнктивитов. Особенности клинической картины. Принципы лечения.
3. Дакриоаденит, причины, клиника и лечение заболевания. Проба Ширмера. Синдромы Микулича и Сьегрена.
4. Острый и хронический дакриоцистит. Причины развития. Функциональные пробы на проходимость слезных путей. Принципы лечения дакриоциститов.
5. Воспалительные заболевания глазницы. Клинические проявления и принципы лечения. Экзофтальм.
6. Общая симптоматика заболеваний роговой оболочки. Роговичный синдром. Инфильтрат роговицы и его развитие. Типы васкуляризации роговой оболочки.
7. Эрозия и ползучая язва роговицы. Диагностика, клинические проявления, принципы лечения. Способы введения антибиотиков при заболеваниях роговицы.
8. Глубокие паренхиматозные кератиты. Этиология, клиническое течение, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
9. Поверхностные и глубокие вирусные кератиты. Клинические проявления и особенности течения. Диагностика и лечение.
10. Исходы заболеваний роговой оболочки и их лечение. Принципы кератопластики и кератопротезирования.
11. Передние увеиты. Этиология. Клиническая картина. Принципы лечения. Первая помощь при остром иридоциклите. Осложнения передних увеитов и их лечение.
12. Виды невритов зрительного нерва. Причины возникновения и клинические проявления. Диагностика и принципы лечения.
13. Застойный диск зрительного нерва. Офтальмоскопическая картина, дифференциальная диагностика.
14. Атрофия зрительного нерва. Клиническая картина и принципы лечения.
15. Способы исследования внутриглазного давления. Нормальное внутриглазное давление и его изменения.
16. Ранняя диагностика первичной глаукомы. Классификация.
17. Острый приступ закрытоугольной глаукомы. Причины возникновения, патогенез и клиника. Первая помощь при остром приступе. Дифференциальная диагностика с иридоциклитом.
18. Виды лечения глауком. Вторичная глаукома.
19. Тупые повреждения глазницы и придатков глаза. Диагностика, принципы лечения.
20. Травматические повреждения оптических сред и содержимого глаза непроникающего характера. Диагностика и клиника. Принципы лечения.
21. Проникающие ранения глаз. Классификация по локализации повреждения. Первая помощь.
22. Диагностика проникающих ранений глаза. Определение наличия внутриглазного инородного тела и его локализация.
23. Способы удаления внутриглазных инородных тел. Металлозы глаза.
24. Осложнения проникающих ранений глаза. Симпатическое воспаление.
25. Ожоги глаз, первая помощь и лечение. Электросветоофтальмия.
26. Виды очков и их применение.
27. Атропин, скополамин, гомотропин, адреналин. Их действие на глаз, показания и противопоказания к применению.
28. Пилокарпин, армин, тосмилен, тимолол, ксалатан. Их действие на глаз, показания и противопоказания к применению.
29. Дикаин, лидокаин, кокаин, инокаин. Их действие на глаз, показания и

противопоказания к применению.

30. Пути введения лекарственных препаратов в глаз. Показания к их применению.

Вопросы к зачету

1. Общая симптоматика воспалительных заболеваний соединительной оболочки глаза. Принципы лечения.
2. Основные виды вирусных конъюнктивитов. Особенности клинической картины. Принципы лечения.
3. Дакриоаденит, причины, клиника и лечение заболевания. Проба Ширмера. Синдромы Микулича и Сьегрена.
4. Острый и хронический дакриоцистит. Причины развития. Функциональные пробы на проходимость слезных путей. Принципы лечения дакриоциститов.
5. Воспалительные заболевания глазницы. Клинические проявления и принципы лечения. Экзофтальм.
6. Общая симптоматика заболеваний роговой оболочки. Роговичный синдром. Инфильтрат роговицы и его развитие. Типы васкуляризации роговой оболочки.
7. Эрозия и ползучая язва роговицы. Диагностика, клинические проявления, принципы лечения. Способы введения антибиотиков при заболеваниях роговицы.
8. Глубокие паренхиматозные кератиты. Этиология, клиническое течение, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
9. Поверхностные и глубокие вирусные кератиты. Клинические проявления и особенности течения. Диагностика и лечение.
10. Исходы заболеваний роговой оболочки и их лечение. Принципы кератопластики и кератопротезирования.
11. Передние увеиты. Этиология. Клиническая картина. Принципы лечения. Первая помощь при остром иридоциклите. Осложнения передних увеитов и их лечение.
12. Виды невритов зрительного нерва. Причины возникновения и клинические проявления. Диагностика и принципы лечения.
13. Застойный диск зрительного нерва. Офтальмоскопическая картина, дифференциальная диагностика.
14. Атрофия зрительного нерва. Клиническая картина и принципы лечения.
15. Способы исследования внутриглазного давления. Нормальное внутриглазное давление и его изменения.
16. Ранняя диагностика первичной глаукомы. Классификация.
17. Острый приступ закрытоугольной глаукомы. Причины возникновения, патогенез и клиника. Первая помощь при остром приступе. Дифференциальная диагностика с иридоциклитом.
18. Виды лечения глауком. Вторичная глаукома.
19. Тупые повреждения глазницы и придатков глаза. Диагностика, принципы лечения.
20. Травматические повреждения оптических сред и содержимого глаза непроникающего характера. Диагностика и клиника. Принципы лечения.
21. Проникающие ранения глаз. Классификация по локализации повреждения. Первая помощь.
22. Диагностика проникающих ранений глаза. Определение наличия внутриглазного инородного тела и его локализация.
23. Способы удаления внутриглазных инородных тел. Металлозы глаза.
24. Осложнения проникающих ранений глаза. Симпатическое воспаление.
25. Ожоги глаз, первая помощь и лечение. Электросветоофтальмия.
26. Виды очков и их применение.
27. Атропин, скополамин, гомотропин, адреналин. Их действие на глаз, показания и противопоказания к применению.
28. Пилокарпин, армин, тосмилен, тимолол, ксалатан. Их действие на глаз, показания и противопоказания к применению.
29. Дикаин, лидокаин, кокаин, инокаин. Их действие на глаз, показания и

противопоказания к применению.

30. Пути введения лекарственных препаратов в глаз. Показания к их применению.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией

Ординатура

Специальность Оториноларингология

Дисциплина Офтальмология

Ситуационные задачи

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК

1. К окулисту детской поликлиники принесли на осмотр двухмесячную девочку, которая до последнего времени росла и развивалась нормально. Несколько дней тому назад она стала плохо брать грудь, движения вялые, повысилась температура до $38,3^{\circ}$. Родители заметили припухлость в области верхнего века правого глаза. Веко плохо поднимается, кожа его напряжена, гиперемирована, с синюшным оттенком. Осмотр показал, кроме этого, что со стороны глазного яблока внешних отклонений от нормы нет. Как будто бы нет и особой разницы в зрительной способности обоих глаз. О каком заболевании, прежде всего, стоит подумать?
2. Больной 54 лет страдает фурункулезом. Около недели назад на нижнем веке правого глаза появился ячмень, по поводу которого он принимал тепловые процедуры. Ячмень не рассосался и не вскрылся. В настоящее время определяется отек нижнего века, кожа в этой области напряжена, гиперемирована, горячая на ощупь. Глазная щель сужена. Гнойное отделяемое из конъюнктивального мешка. Ссохшиеся корочки у медиальной спайки век. Пальпация наружной трети нижнего века резко болезненная, определяется флюктуация. Конъюктива глазного яблока умеренно инъецирована по конъюнктивальному типу. Острота зрения обоих глаз не изменена. Поставьте диагноз. Какие лечебные мероприятия необходимы?
3. Пациентка 19 лет обратилась к окулисту с жалобами на отек и покраснение верхнего века левого глаза. Накануне была у косметолога. Аллергию на лекарственные препараты и косметические средства отрицает. Объективно: Острота зрения обоих глаз = 0,4 со сферой – 1,5. Д = 1,0. Верхнее веко левого глаза отечно, кожа напряжена, гиперемирована, горячая на ощупь. Пальпация резко болезненна. Через кожу просвечивает желтоватого цвета гной. Диагноз? Лечебные мероприятия?
4. Больной 30-ти лет, жалуется на покраснение и утолщение края верхнего века левого глаза, зуд. Свое заболевание ни с чем не связывает. Объективно: острота зрения обоих глаз = 1,0. Верхнее веко отечно, кожа гиперемирована, реберный край утолщен. При пальпации определяется болезненность в определенной точке реберного края. Отделяемого из конъюнктивального мешка нет. Конъюктива век гиперемирована. Предположительный диагноз? Лечебные мероприятия?
5. После перенесенного на работе переохлаждения у больного 40-ка лет на нижнем веке правого глаза появилось уплотнение с покраснением кожи. В течение двух дней

оно увеличилось. Отек распространился и на верхнее веко. При объективном исследовании выявлено: острота зрения обоих глаз = 1,0. На пораженном веке у наружного реберного края определяется инфильтрат с гнойной головкой на вершине. Глазное яблоко интактно. Диагноз? Лечебные мероприятия?

Ответы на ситуационные задачи.

1. *Прежде всего, следует думать о возможной флегмоне глазницы.*
2. *У больного абсцесс нижнего века. Показано вскрытие абсцесса и его дренирование, проведение антибактериальной терапии.*
3. *У больной абсцесс верхнего века. Показано его вскрытие и дренирование. Проведение антибактериальной терапии.*
4. *Имеющиеся симптомы, скорее всего, указывают на воспаление сальной железы или волосяного фолликула ресницы – ячмень. В стадии начинающегося воспаления иногда достаточно смазать кожу в месте инфильтрации 2-3 раза 70% спиртом или 1% раствором бриллиантового зеленого на 70% спирту. В глаз закапывают 6-8 раз в день 30% раствор сульфацил-натрия, или растворы антибиотиков. Показаны сухое тепло, УВЧ-терапия.*
5. *У больного ячмень верхнего века. Внутрь антибиотики салицилаты, местно – антибактериальные капли. При абсцедировании – вскрытие гнояника с дренированием.*

ЗАБОЛЕВАНИЯ КОНЬЮНКТИВЫ

6. Заболевание у ребенка 6-ти лет началось вначале на одном, а затем на другом глазу. Жалобы на засоренность, зуд и жжение в глазу, покраснение и наличие выделений из глаза. По утрам веки склеиваются засохшим гноем. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,9 (не корр.). Веки несколько отечные. На ресницах единичные корочки засохшего гноя. Выраженная конъюнктивальная инъекция глазного яблока. Конъюнктивита слегка отечна, утолщена. На верхнем веке гипертрофия сосочков. В конъюнктивальном своде прожилки гноя. Передние отрезки глаз не изменены. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Диагноз? Лечебные и профилактические мероприятия?
7. У ребенка 8-ми лет, несколько дней назад появилось покраснение, чувство засоренности обоих глаз. При обращении к окулисту объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,8 (не корр.). Отмечаются отек век и точечные геморрагии на конъюнктиве склеры. На слизистой оболочке век и нижнего свода имеются белесовато-серые пленки, которые легко снимаются влажной ватой. После их удаления обнажается разрыхленная, но не кровоточащая ткань конъюнктивы. В поверхностных слоях перилимбальной области мелкие инфильтраты, местами эрозированные. Подлежащие отделы глаз без видимой патологии. Диагноз? Лечение?
8. В детском саду конъюнктивитом заболело сразу большое количество детей. Для большинства характерны слезотечение и светобоязнь. Отмечается сильный отек конъюнктивы в нижней переходной складке. Петехиальные кровоизлияния в конъюнктиве. Конъюнктивита глазного яблока видна в глазной щели в виде двух отечных треугольников серого цвета. Мелкие поверхностные инфильтраты в роговице. Подлежащие отделы глаз и острота зрения без патологии. Отмечается недомогание, повышение температуры, головная боль. Диагноз? Возбудитель заболевания? Меры профилактики и лечения?
9. В эндокринологическом отделении РКБ одновременно заболели 4 человека. На фоне недомогания, температуры, насморка, головной боли, появилось покраснение глаз, слезотечение, светобоязнь. Объективно: конъюнктивита резко гиперемирована, отмечаются петехиальные кровоизлияния, фолликулы, точечные инфильтраты на роговице. Через день заболело еще 5 человек. Поставьте диагноз и объясните тактику лечения.
10. У больного 37-ми лет, конъюнктивит начался остро, сначала на одном, а затем на другом глазу. Больной отмечает общее недомогание. Веки отечные, гиперемированные, с синюшным оттенком. На конъюнктиве век и глазного яблока бело-серые пленки, плотно спаянные с конъюнктивой. Роговица интактная. Подлежащие отделы глаза не изменены. Глазное дно в норме. Какие дополнительные данные нужны для постановки диагноза? Возможный диагноз? Лечебные мероприятия?

11. У ребенка через три дня после рождения появились выраженная гиперемия и отек век обоих глаз. Веки плотные. Раскрыть глазную щель почти невозможно. Из глазной щели имеется отделяемое цвета мясных помоев. Конъюнктура резко гиперемирована, разрыхлена. Глазное яблоко без видимых изменений. Возможный диагноз? Диагностические и лечебные мероприятия?
12. На 4 день после рождения у ребенка появился резкий отек и гиперемия век. Глазная щель открывается с трудом, появилось сукровичное отделяемое из конъюнктивального мешка. Поставьте диагноз. Назначьте лечение. В чем заключается профилактика возникновения данного заболевания?
13. У новорожденного имеется обильное гнойное отделяемое из левого глаза. Глазная щель сужена. Веки отечны. Конъюнктура век гиперемирована, отечна. Правый глаз здоров. О каком заболевании глаза можно подумать? Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза? В каком лечении нуждается ребенок?
14. Больная 32-х лет, жалуется на выраженный отек и гиперемию век левого глаза, гнойное отделяемое и невозможность раскрыть глаз. Больная отмечает подъем температуры в вечернее время, мышечные боли. Объективно. Правый глаз здоров, острота зрения = 1,0. Слева острота зрения снижена до 0,2 и не корригируется оптическими стеклами. Выраженный отек и гиперемия век. Веки на ощупь мягкие, тестоватые. Из глазной щели обильное гнойное отделяемое желтого цвета, сливкообразной консистенции. Конъюнктура отечна, разрыхлена. На роговой оболочке поверхностные эрозии и маленький инфильтрат. Подлежащие отделы без видимой патологии. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
15. Больной 34-х лет, жалуется на сильный зуд, жжение и резь в глазах, частые болезненные моргания. Болеет уже около двух месяцев. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,4 со сферой + 1,5. Д = 1,0. При внешнем осмотре обращает на себя внимание выраженное покраснение по углам глазной щели. Кожа здесь мацерирована, экзематозно изменена, с мокнущими трещинами. Конъюнктура век в области угла глазной щели разрыхлена и гиперемирована. Отделяемое скудное, в виде тягучей слизи. Глазные яблоки интактные. Диагноз? Лечение?
16. У больного 36-ти лет заболевание началось остро с покраснения, резкой боли в правом глазу, ощущения инородного тела, светобоязни, появления слезотечения, слизисто-гнойного отделяемого. Быстро появился отек век. При этом конъюнктура резко гиперемирована, инфильтрирована, видны мелкие фолликулы. Почти всю конъюнктиву склеры захватывают геморрагии от мелких множественных петехий до обширных кровоизлияний. В роговице мелкоочечные эпителиальные инфильтраты. Какое заболевание у пациента можно предположить. Назначьте адекватное лечение.
17. Больная 30 лет обратилась с жалобами на внезапное покраснение правого глаза, появление светобоязни, ощущение «песка» в глазу, слезотечение, которые

появились 3 дня тому назад, а сегодня подобные симптомы, но не такие выразительные, возникли и в левом глазу. Объективно: выраженный отек век, гиперемия конъюнктивы в области переходной складки. Мелкие точечные кровоизлияния в конъюнктиве верхнего века, незначительные слизисто-гнойные выделения. Диагноз? Лечебные мероприятия?

Ответы на ситуационные задачи.

6. *Острый бактериальный конъюнктивит. Больному необходимо инстиллировать в глаза 30% раствор сульфацил-натрия три-четыре раза в день. Закладывание в конъюнктивальный мешок 1% тетрациклиновой мази.*
7. *Пневмококковый конъюнктивит. Больному необходимо инстиллировать в глаза 30% раствор сульфацил-натрия три-четыре раза в день. Закладывание в конъюнктивальный мешок 1% тетрациклиновой мази.*
8. *Острый эпидемический конъюнктивит. Вызывается палочкой Коха-Уикса. Больного необходимо изолировать. Пациенту необходимо инстиллировать в глаза каждые 2-4 часа 30% раствор сульфацил-натрия, 0,3% раствор или мазь тобрамицина, флоксала. Находящимся с ним в контакте 30% раствор сульфацил-натрия инстиллируют 3-4 раза в день.*
9. *Эпидемический конъюнктивит. Необходимо инстиллировать в глаза каждые 2-4 часа 30% раствор сульфацил-натрия, 0,3% раствор или мазь тобрамицина, флоксала. Находящимся с ним в контакте 30% раствор сульфацил-натрия инстиллируют 3-4 раза в день.*
10. *У больного дифтерия конъюнктивы. Для уточнения диагноза необходимо провести бактериологические исследования. Больного немедленно изолируют в инфекционное отделение, где весь комплекс общего лечения проводится врачом-инфекционистом. Офтальмологические назначения состоят в промывании конъюнктивальной полости антисептическими растворами (3% раствор борной кислоты, раствор калия перманганата 1:5000, 1:5000 фурацилина), частые инстилляции 20% раствора сульфацила натрия или пенициллина. На ночь за веки закладывают 1 % эритромициновую мазь или 0,3% флоксаловую мазь. При поражении роговицы применяют препараты, улучшающие ее регенерацию.*
11. *У ребенка гонобленнорея. Диагноз должен быть подтвержден лабораторными бактериологическими исследованиями отделяемого из конъюнктивальной полости. Назначают частые закапывания растворов пенициллина (20.000 ЕД/мл): в первые 2 часа – через каждые 15 минут, далее – через каждый час. В последние годы применяют инстилляции окацина, флоксала – 6-8 раз в сутки. На ночь за веки закладывают 1 % эритромициновую мазь. Общее лечение состоит в назначении сульфаниламидных препаратов и антибиотиков в дозах соответственно возрасту.*
12. *У ребенка гонобленнорея. Назначают частые закапывания растворов пенициллина (20.000 ЕД/мл): в первые 2 часа – через каждые 15 минут, далее – через каждый час.*

В последние годы применяют инстилляци окацина, флоксала – 6-8 раз в сутки. На ночь за веки закладывают 1 % эритромициновую мазь. Общее лечение состоит в назначении сульфаниламидных препаратов и антибиотиков в дозах соответственно возрасту. Профилактика гонобленнореи новорожденных предусмотрена законодательно и является обязательной. Сразу после рождения ребенку протирают веки ватным тампоном, смоченным 2% раствором борной кислоты, в глаз закапывают однократно 1% раствор азотнокислого серебра (способ Матвеева-Креде) или 20% раствор сульфацила-натрия трехкратно с интервалом в 10 минут, или закладывают за веки однократно 1% эритромициновую или 1% тетрациклиновую мазь.

- 13. Можно думать о гонобленнорее новорожденных. Диагноз должен быть подтвержден лабораторными бактериологическими исследованиями отделяемого из конъюнктивальной полости. Назначают частые закапывания растворов пенициллина (20.000 ЕД/мл): в первые 2 часа – через каждые 15 минут, далее – через каждый час. В последние годы применяют инстилляци окацина, флоксала – 6-8 раз в сутки. На ночь за веки закладывают 1 % эритромициновую мазь. Общее лечение состоит в назначении сульфаниламидных препаратов и антибиотиков в дозах соответственно возрасту.*
- 14. Гонобленнорея. Диагноз должен быть подтвержден лабораторными бактериологическими исследованиями отделяемого из конъюнктивальной полости. Назначают частые закапывания растворов пенициллина (20.000 ЕД/мл): в первые 2 часа – через каждые 15 минут, далее – через каждый час. В последние годы применяют инстилляци окацина, флоксала – 6-8 раз в сутки. На ночь за веки закладывают 1 % эритромициновую мазь. Общее лечение состоит в назначении сульфаниламидных препаратов и антибиотиков в дозах соответственно возрасту.*
- 15. У больного ангулярный блефароконъюнктивит, гиперметропия слабой степени. Эффективным средством является 0,5-1 % раствор цинка сульфата или комбинация его с борной кислотой, которые закапывают 3-4 раза в день в течение 1-1,5 мес. Используются 0,3% раствор гентамицина, 0,1% раствор диклофенака натрия (капли «Наклоф»). На ночь за веки закладывают 1% тетрациклиновую мазь.*
- 16. Эпидемический геморрагический кератоконъюнктивит. Необходимы частые (через 2 часа) инстилляци офтальмоферона в сочетании с его индукторами интерферона (полудан, парааминобензойная кислота), ангиопротекторов и кортикостероидов. Для подавления сопутствующей бактериальной инфекции назначают капли из антибиотиков (0,25% раствор левомицетина, 0,01% раствор мирамистина, препарат «Витабак» 0,05% и др.). Внутрь аскорутин по 1 таблетке 2-3 раза в день.*
- 17. Острый эпидемический конъюнктивит. Применяют закапывания в глаз антимикробных препаратов каждые 2-4 часа в течение нескольких дней. По мере стихания воспаления частоту инстилляци снижают до 3-5 раз в сутки.*

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЕЗНЫХ ОРГАНОВ

18. Ребенок 8-ми лет болен ангиной. На фоне этого заболевания появилась выраженная припухлость, и гиперемия в наружной части верхнего века правого глаза. Эта область несколько болезненна при пальпации. Конъюнктив глазного яблока инъецирована и несколько отечна в верхненаружном отделе. Глазное яблоко смещено книзу и кнутри, подвижность его несколько ограничена. Острота зрения правого глаза = 1,0. Передний отрезок не изменен. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. У ребенка лихорадочное состояние. Диагноз? Лечение?
19. Больная 30 лет, штукатур. Обратилась в поликлинику с жалобами на слезотечение, гноетечение из правого глаза, припухлость кожи у внутреннего угла глаза. Больна 2 года. Объективно: покраснение кожи, опухолевидное образование в области слезного мешка справа. При надавливании на него – гнойное отделяемое из слезных точек. Носовая проба справа отрицательная. При промывании слезных путей справа жидкость струей выходит через верхний слезный канал. На рентгенограмме видны тени от слезных канальцев, соединяющиеся с тенью увеличенного слезного мешка, резко суженного при входе в носослезный канал. Консультация ЛОР-врача: искривление носовой перегородки. Диагноз? Лечение?
20. Больная 61-го года, жалуется на упорное слезотечение справа, гнойное отделяемое из глаза. Страдает правосторонним гайморитом. Острота зрения обоих глаз = 1,0. При осмотре определяется слезостояние справа. Фасолевидное мягкое выпячивание кожи под внутренней спайкой век. При надавливании на него из слезных точек выделяется гной. Диагноз? Диагностические и лечебные мероприятия?
21. Пациентка 45-ти лет, жалуется на постоянное слезотечение из правого глаза, особенно на улице. Слезотечение беспокоит в течение 2-х лет. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Положение век и слезных точек правильное, при надавливании на область слезного мешка – отделяемого нет. Имеется слезостояние. Цветная слезноносовая проба отрицательная. При промывании слезных путей жидкость в нос не проходит, возвращается через верхнюю слезную точку. Глаз спокойный. Оптические среды прозрачные. Глазное дно без патологии. TOD = 21 мм рт.ст. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Слезноносовая проба положительная, при промывании жидкость свободно проходит в нос. TOS = 21 мм рт.ст. Диагноз? Лечение?
22. Больная 23-х лет жалуется на покраснение глаз, чувство инородного тела, слезотечение. Жалобы появились после работы на производстве с компьютером. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,7 (не корр.). Умеренный отек век. Смешанная инъекция конъюнктивы. У заднего ребра нижних век практически отсутствует слезный мениск. Тянущиеся густые выделения в конъюнктиве. Сосочки гипертрофированы. Поверхность роговицы шероховата. На ней в виде ниточек эпителиальные выросты. Подлежащие отделы глаз без видимых изменений. Диагноз? Лечебные мероприятия?

Ответы на ситуационные задачи.

18. *Правосторонний дакриoadенит. Назначают сухое тепло, УВЧ-терапию, внутрь – сульфаниламиды, жаропонижающие, анальгетики; внутримышечно и местно – инъекции антибиотиков. При нагноении производят разрез с последующим дренированием абсцесса и наложением повязок с гипертоническим раствором.*
19. *Хронический дакриоцистит Показана операция – дакриоцисториностомия.*
20. *Хронический дакриоцистит. Проводят канальцевую и носовую пробу. Промывание слезоотводящих путей. Выполняют их контрастную рентгенографию. При отсутствии проходимости жидкости в нос показана операция – дакриоцисториностомия.*
21. *У больной непроходимость слезноносового канала. Проводят рентгенографическое исследование черепа и контрастную рентгенографию слезоотводящих путей. Консультируют больного с оториноларингологом. Как лечебное мероприятие показана операция – дакриоцисториностомия.*
22. *Флегмона слезного мешка. Проводят функциональные пробы на проходимость слезоотводящих путей. В разгар воспаления назначают общее лечение с применением антибактериальных средств. Местно рекомендуются: сухое тепло в разных видах, УВЧ-терапия, кварцевое облучение. Своевременно начатое лечение предупреждает самопроизвольное вскрытие флегмоны. При сформировавшемся флюктуирующем абсцессе производят его вскрытие с дренированием и промыванием гнойной полости антибиотиками. После стихания острых явлений выполняют дакриоцисториностомию.*

ЗАБОЛЕВАНИЯ РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ

23. Больной 16-ти лет, жалуется на слезотечение, чувство инородного тела левого глаза. Утром ненароком «зацепил» глаз ногтем. Объективно. Легкий отек век с явлениями блефароспазма. Острота зрения левого глаза = 0,6 (не корр.). Слезотечение. Глазное яблоко слабо инъецировано по перикорнеальному типу. Поверхность роговицы кажется шероховатой. Подлежащие отделы и глазное дно без видимой патологии. Правый глаз здоров. Какие дополнительные диагностические манипуляции необходимо произвести? Диагноз? Лечение?
24. Больной 35 лет, обратился на консультацию к окулисту. Жалобы: светобоязнь, слезотечение, чувство инородного тела, снижение зрения на правом глазу. Развитие настоящего заболевания: три дня назад, гуляя по лесу, получил травму правого глаза веткой. Объективно: острота зрения правого глаза 0.1, не корректируется, светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. Смешанная инъекция глазного яблока. На роговице инфильтрат желтого цвета. Зона инфильтрата окрашивается 1% раствором флюоресцеина. Ваш предполагаемый диагноз? Лечение?
25. К окулисту обратилась больная 60-ти лет с жалобами на боли и снижение зрения правого глаза. Из анамнеза – 3 дня назад случайно попало веткой по глазу, к врачу не обращалась и не лечилась. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.). Глазная щель справа резко сужена. Выраженная смешанная инъекция глазного яблока. В центре роговицы виден серовато-желтый инфильтрат диаметром 4-5 мм с рыхлой поверхностью. В передней камере беловатая полоска гноя высотой 2 мм. Рисунок радужки стушеван, зрачок узкий. Рефлекса с глазного дна не видно. Внутриглазное давление пальпаторно T_n . Острота зрения левого глаза = 0,5 sph. + 1,0^D = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Лечение?
26. Больному 61-го года при работе на приусадебном участке в правый глаз попал кусочек земли. При обращении к окулисту несколько дней назад с конъюнктивы верхнего века удалено инородное тело. Однако чувство инородного тела продолжает беспокоить. Снизилось зрение, появились боли в глазу. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,09 (не корр.). Легкий отек и гиперемия век. Перикорнеальная инъекция глазного яблока. Роговица отечная. Парацентрално на роговице располагается язва серповидной формы с подрывным краем. В передней камере гной, заполняющий ее на 1/3. Радужка отечная, рисунок ее стушеван. Зрачок узкий, на свет не реагирует. В проходящем свете красный рефлекс. Глазного дна рассмотреть не удается. Диагноз? Лечение?
27. Больной 38 лет обратился к окулисту. Жалобы: чувство инородного тела в левом глазу, снижение зрения, светобоязнь, слезотечение. Развитие настоящего заболевания: неделю назад что-то попало в левый глаз. Самостоятельно пытался удалить инородное тело. Капли не закапывал. К врачу обратился не сразу. Объективно: острота зрения правого глаза 0,01, не корректируется. Светобоязнь, слезотечение. Резко выраженная смешанная инъекция. В центре роговицы изъязвление с гнойно-инфильтрированным дном и подрывным краем, обращенным к её центру. На дне передней камеры определяется уровень гноя. Диагноз? Какое

исследование дополнительно следует сделать? Откуда образовался гной в передней камере? Какова тактика лечения в этом случае?

28. Больной Р., 48-ми лет, обратился к окулисту с жалобами на покраснение правого глаза, боли в глазу и чувство инородного тела. Болеет около недели. К врачу не обращался. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,05 (не корр.). Умеренный отек и гиперемия век. Глазное яблоко резко инъецировано по смешанному типу. Роговица в центре изъязвлена, на дне язвы маленький черный пузырек. Края язвы инфильтрированы. Роговица отечна. На дне передней камеры полоска гноя. Рисунок радужки стусеван. Зрачок узкий, слабо реагирует на свет. Подлежащие отделы глаза не видны из-за снижения прозрачности роговицы. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Лечение?
29. Больная 56-ти лет лечится в стационаре по поводу язвы роговицы правого глаза. При утреннем осмотре лечащим врачом больная пожаловалась, что ночью у нее наблюдалось выраженное слезотечение и боли в правом глазу. При осмотре определяется выраженная смешанная инъекция правого глаза. Язва расположенная парацентрально на 17-ти часах по-прежнему имеет края, покрытые гнойным отделяемым. В центре язвы видна выпавшая в отверстие роговицы часть радужной оболочки. Складчатость десцеметовой оболочки. Передняя камера очень мелкая. Имевшийся накануне гипопион не виден. Зрачок деформирован, подтянут к отверстию роговицы. В проходящем свете красный рефлекс. Что произошло с больной? Какие в дальнейшем лечебные мероприятия необходимы?
30. Больная 57-ми лет лечится у окулиста длительное время по поводу блефарита. Два дня назад на левом глазу по краю роговицы появились точечные инфильтраты. Возник роговичный синдром – светобоязнь, слезотечение, перикорнеальная инъекция, больше выраженная соответственно участкам роговичной инфильтрации. Инфильтраты имеют склонность к слиянию и изъязвлению. Поставьте диагноз. Рекомендуйте лечение
31. Больной 38-ми лет, жалуется на слезотечение, светобоязнь правого глаза. В анамнезе переохлаждение, частые простудные заболевания, бронхит. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,03 (не корр.). Глазное яблоко инъецировано по смешанному типу. Роговица почти диффузно мутна. На фоне общего помутнения в глубоких слоях выделяются крупные желтовато-серые очаги. Смешанная васкуляризация роговицы. Подлежащие отделы глаза практически не видны. Левый глаз здоров. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
32. У ребенка 11-ти лет, слабовыраженная светобоязнь, умеренное слезотечение. Острота зрения обоих глаз = 0,6 (не корр.). Слабая перикорнеальная инъекция обоих глаз. В строме роговицы у лимба симметрично на обоих глазах соответственно на 5-ти и 7-ми часах диффузная инфильтрация серовато-белого цвета. Инфильтрат состоит из отдельных точек, черточек, штрихов. Глубокая васкуляризация роговиц.

Подлежащие отделы глаз без видимых изменений. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Лечение? Прогноз?

33. Больной 56-ти лет, жалуется на слезотечение, светобоязнь и чувство инородного тела в правом глазу. Заболевание началось около недели назад. Начало болезни пациент ни с чем не связывает. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,8 (не корр.). Выраженная перикорнеальная инъекция глазного яблока. На роговице инфильтрат серого цвета в виде веточки дерева, окрашивается флюоресцеином. При биомикроскопии видно, что инфильтрат состоит из мелких пузырьков, расположенных в эпителии. Подлежащие отделы глаза без видимой патологии. Левый глаз здоров. Диагноз? Лечение?
34. Больная 40 лет обратилась к окулисту. Жалобы: ощущение инородного тела в левом глазу, светобоязнь, слезотечение, снижение зрения на этом глазу. Развитие настоящего заболевания: две недели назад перенесла грипп на ногах, а вчера появились жалобы со стороны глаза. Объективно: Острота зрения левого глаза 0,2, не корректируется. Блефароспазм, смешанная инъекция глазного яблока с преобладанием перикорнеальной. На роговице инфильтрат, напоминающий форму дерева, расположенный в поверхностных слоях. Чувствительность роговицы понижена. Поставьте диагноз. Какие препараты назначают для местного лечения?
35. Через 2 дня после перенесенного гриппа с высокой температурой больной 42 лет отметил появление в левом глазу ощущения инородного тела, светобоязнь, слезотечение. Обратился в поликлинику к окулисту. При осмотре: блефароспазм, смешанная инъекция глазного яблока с преобладанием перикорнеальной. На роговице – инфильтрат, напоминающий форму дерева и расположенный в поверхностных слоях роговицы. В нижней части инфильтрата – мелкие пузырьки. Зона инфильтрата окрашивается флюоресцеином. Чувствительность роговицы снижена. Диагноз? Лечебные мероприятия?
36. Заболевание правого глаза у пациента 29-ти лет началось со снижения зрения левого глаза. При осмотре больного офтальмолог выявил следующие изменения: Отек эпителия в центральном отделе роговицы распространяющийся на строму, в которой сформировался четко очерченный округлый очаг серовато-белого цвета с интенсивно белым пятном в центре. Роговица соответственно очагу утолщена, а на остальном протяжении нормальная. Складки десцеметовой мембраны и утолщение заднего эпителия. Преципитаты на задней поверхности роговицы локализуются соответственно инфильтрату. С каким заболеванием имеет дело офтальмолог? Рекомендуйте лечение.
37. Больной 45 лет обратился в поликлинику по месту жительства к окулисту. Жалобы: снижение зрения на правом глазу, светобоязнь, слезотечение, боль в этом глазу. Объективно: Острота зрения правого глаза 0,02, не корректируется. Блефароспазм, светобоязнь, слезотечение. Резко выраженная смешанная инъекция глазного яблока. В глубоких слоях центральной части роговицы – серого цвета, имеющий форму диска инфильтрат. Радужка изменена в цвете. Диагноз? Лечение?

38. К окулисту районной больницы обратился пациент 28-ми лет с жалобами на чувство засоренности, светобоязнь, покраснение и снижение зрения правого глаза. Болен 4 дня. Правый глаз заболел впервые. Травмы правого глаза не отмечает, но примерно 10 дней назад перенес острое респираторное заболевание. Объективно: острота зрения правого глаза = 0,5 (не корр.); острота зрения левого глаза = 1,0. Правый глаз – смешанная инъекция глазного яблока, в оптической зоне роговицы – поверхностный инфильтрат в виде «веточки». Глубжележащие отделы глаза без патологии. Левый глаз без патологических изменений. Сформулируйте диагноз, обоснуйте его. Какие дополнительные методы исследования необходимо применить для подтверждения диагноза? Тактика врача.

Ответы на ситуационные задачи.

23. Больному выполняют окрашивание роговицы 2% раствором флюоресцеина. Дефект роговицы окрашивается в зеленый цвет, что говорит о наличии эрозии. Назначают антибактериальные препараты, кератопротекторы, антибиотиковые мази.
24. Травматический кератит. Назначают инстилляцию антибактериальных глазных капель 6-8 раз в день, при тяжелых процессах – каждый час. Кроме капель антибиотики местно назначаются в виде мазей, лекарственных пленок, подконъюнктивных инъекций. Применяются сульфаниламидные препараты (20% раствор сульфацил-натрия). Рекомендуется использовать одновременно 2-3 препарата, чередуя их между собой. Инстилляцию мидриатиков назначают для профилактики или лечения иридоциклита. Инстилляцию нестероидных противовоспалительных средств проводят 3-4 раза в день. Общая терапия включает внутримышечное введение антибиотиков, и внутривенное введение антибактериальных препаратов. Внутримышечно вводится диклофенак, внутрь или внутримышечно назначаются антигистаминные препараты. В репаративной стадии назначаются кератопластические средства.
25. Гнойный кератит, гипопион правого глаза. Гиперметропия слабой степени левого глаза. Назначают инстилляцию антибактериальных глазных капель 6-8 раз в день, при тяжелых процессах – каждый час. Кроме капель антибиотики местно назначаются в виде мазей, лекарственных пленок, подконъюнктивных инъекций. Применяются сульфаниламидные препараты (20% раствор сульфацил-натрия). Рекомендуется использовать одновременно 2-3 препарата, чередуя их между собой. Инстилляцию мидриатиков назначают для профилактики или лечения иридоциклита. Инстилляцию нестероидных противовоспалительных средств проводят 3-4 раза в день. Общая терапия включает внутримышечное введение антибиотиков, и внутривенное введение антибактериальных препаратов. Внутримышечно вводится диклофенак, внутрь или внутримышечно назначаются антигистаминные препараты. В репаративной стадии назначаются кератопластические средства.

26. *Диагноз – ползучая язва роговицы. Немедленная госпитализация больного. Назначают инстилляцию антибактериальных глазных капель 6-8 раз в день, при тяжелых процессах – каждый час. Кроме капель антибиотиков местно назначаются в виде мазей, лекарственных пленок, подконъюнктивальных инъекций. Применяются сульфаниламидные препараты (20% раствор сульфацил-натрия). Рекомендуется использовать одновременно 2-3 препарата, чередуя их между собой. Инстилляцию мидриатиков назначают для профилактики или лечения иридоциклита. Инстилляцию нестероидных противовоспалительных средств проводят 3-4 раза в день. Общая терапия включает внутримышечное введение антибиотиков, и внутривенное введение антибактериальных препаратов. Внутримышечно вводится диклофенак, внутрь или внутримышечно назначают антигистаминные препараты. В репаративной стадии назначают кератопластические средства.*
27. *Диагноз – ползучая язва роговицы. Необходим соскоб с прогрессивного края язвы и исследование флоры на чувствительность к антибиотикам. Гной в передней камере является продуктом патологически измененного цилиарного тела. Назначают инстилляцию антибактериальных глазных капель 6-8 раз в день, при тяжелых процессах – каждый час. Кроме капель антибиотиков местно назначают в виде мазей, лекарственных пленок, подконъюнктивальных инъекций. Применяются сульфаниламидные препараты (20% раствор сульфацил-натрия). Рекомендуется использовать одновременно 2-3 препарата, чередуя их между собой. Инстилляцию мидриатиков назначают для профилактики или лечения иридоциклита. Инстилляцию нестероидных противовоспалительных средств проводят 3-4 раза в день. Общая терапия включает внутримышечное введение антибиотиков, и внутривенное введение антибактериальных препаратов. Внутримышечно вводится диклофенак, внутрь или внутримышечно назначают антигистаминные препараты. В репаративной стадии назначают кератопластические средства.*
28. *У больного на фоне язвы роговицы имеется десцеметоцеле. Необходима госпитализация. Наложение контактной линзы как бандаж, Прикрытие роговицы конъюнктивой или кератопластика.*
29. *У больной произошла перфорация язвы роговой оболочки с опорожнением передней камеры глаза. Необходимо оперативное лечение – кератопластика или прикрытие перфорационного отверстия конъюнктивой.*
30. *Краевой кератит, вызванный заболеваниями век. Прежде всего, интенсивное лечение блефарита. Для лечения кератита в глаз антибактериальные капли и мази, кератопластические препараты.*
31. *Предположительный диагноз – гематогенный глубокий туберкулезный кератит. Достоверным критерием туберкулезных метастатических кератитов служит очаговая реакция в пораженном глазу на подкожное введение туберкулина (реакция Манту). Лечение туберкулезного метастатического кератита проводится совместно с фтизиатром. Проводят инстилляцию 3% раствора тубазида, 5% раствора салюзиды, подконъюнктивальные инъекции 5% раствора салюзиды. Дополнительно местно применяют кортикостероиды, мидриатики.*

32. *Предположительный диагноз – сифилитический паренхиматозный кератит. Положительные серологические реакции, семейный анамнез позволяют рано установить правильный диагноз. Лечение должно быть направлено на устранение основной причины, что оказывает благоприятное влияние на исход общего заболевания и местного процесса. Общее лечение проводится совместно с дермато-венерологом. Местно применяются кортикостероиды, мидриатики, магнитотерапия, облучение гелий-неоновым лазером. Инфильтрация роговицы имеет тенденцию к рассасыванию.*
33. *Древовидный герпетический кератит. Для лечения используют противовирусные средства: 5-йод-2-дезоксинуридина (ИДУ), 3% мазь ацикловира (зовиракс, вирулекс). Назначают частые инстиллянии офтальмоферона. Растворы закапывают в конъюнктивальный мешок через каждые 1-2 часа, мази закладывают в нижний конъюнктивальный свод до 5 раз в день с интервалом 4 часа. Целесообразно сочетать применение указанных препаратов с иммунотерапией.*
34. *Древовидный герпетический кератит. Для лечения используют противовирусные средства: 5-йод-2-дезоксинуридина (ИДУ), 3% мазь ацикловира (зовиракс, вирулекс). Назначают частые инстиллянии офтальмоферона. Растворы закапывают в конъюнктивальный мешок через каждые 1-2 часа, мази закладывают в нижний конъюнктивальный свод до 5 раз в день с интервалом 4 часа. Целесообразно сочетать применение указанных препаратов с иммунотерапией.*
35. *Древовидный герпетический кератит. Для лечения используют противовирусные средства: 5-йод-2-дезоксинуридина (ИДУ), 3% мазь ацикловира (зовиракс, вирулекс). Назначают частые инстиллянии офтальмоферона. Растворы закапывают в конъюнктивальный мешок через каждые 1-2 часа, мази закладывают в нижний конъюнктивальный свод до 5 раз в день с интервалом 4 часа. Целесообразно сочетать применение указанных препаратов с иммунотерапией.*
36. *Дисковидный вирусный кератит. Назначают частые инстиллянии офтальмоферона. Применяют интерферогены – полудан, пирогенал. При глубоких формах кератита применяется ацикловир в таблетках по 200 мг 3-5 раз в день в течение 5-10 дней или введение внутривенно 10 мл раствора, содержащего 250 мг препарата, в течение одного часа каждые 8 часов на протяжении 5 дней. Целесообразно сочетать применение указанных препаратов с иммунотерапией (тималин, Т-активин, левомизол, противокоревой иммуноглобулин). При герпетических кератитах кортикостероиды должны применяться с большой осторожностью. Используются нестероидные противовоспалительные средства (наклоф, диклоф, индоколлир). Назначаются препараты для стимуляции процесса регенерации роговицы. Полезны электрофорез или магнитофорез с противовоспалительной смесью, облучение гелий-неоновым лазером. Для предупреждения вторичной инфекции необходимы инстиллянии 20% раствора сульфацил-натрия, закладывание за веки мази с антибиотиками. Явления иридоциклита, обязательные при глубоких формах герпетических кератитов, требуют инстиллянии мидриатиков.*
37. *Дисковидный вирусный кератит. Назначают частые инстиллянии офтальмоферона. Применяют интерферогены – полудан, пирогенал. При*

глубоких формах кератита применяется ацикловир в таблетках по 200 мг 3-5 раз в день в течение 5-10 дней или введение внутривенно 10 мл раствора, содержащего 250 мг препарата, в течение одного часа каждые 8 часов на протяжении 5 дней. Целесообразно сочетать применение указанных препаратов с иммунотерапией (тималин, Т-активин, левомизол, противокоревой иммуноглобулин). При герпетических кератитах кортикостероиды должны применяться с большой осторожностью. Используются нестероидные противовоспалительные средства (наклоф, диклоф, индоколлир). Назначаются препараты для стимуляции процесса регенерации роговицы. Полезны электрофорез или магнитофорез с противовоспалительной смесью, облучение гелий-неоновым лазером. Для предупреждения вторичной инфекции необходимы инстиллянии 20% раствора сульфацил-натрия, закладывание за веки мази с антибиотиками. Явления иридоциклита, обязательные при глубоких формах герпетических кератитов, требуют инстиллянии мидриатиков.

38. *Древовидный герпетический кератит. Вирусное поражение роговицы возникло в результате переохлаждения. Расположение пузырьков и инфильтратов в роговице в виде веточки говорит в пользу именно древовидного кератита. Диагностика герпетических кератитов базируется не только на клинике, но и на вирусологических и цитологических исследованиях. Наиболее распространена цитологическая диагностика, основанная на изучении соскобов с конъюнктивы и роговицы. Метод иммунофлюоресценции среди других цитологических методик наиболее перспективен в диагностике герпетических поражений. При поверхностных формах герпетического кератита используют противовирусные средства: 5-йод-2-дезоксинуридина (ИДУ), 3% мазь ацикловира (зовиракс, вирулекс). Назначают частые инстиллянии офтальмоферона. Растворы закапывают в конъюнктивальный мешок через каждые 1-2 часа, мази закладывают в нижний конъюнктивальный свод до 5 раз в день с интервалом 4 часа. Применяют интерферогены – полудан, пирогенал. При глубоких формах кератита применяется ацикловир в таблетках по 200 мг 3-5 раз в день в течение 5-10 дней или введение внутривенно 10 мл раствора, содержащего 250 мг препарата, в течение одного часа каждые 8 часов на протяжении 5 дней. Целесообразно сочетать применение указанных препаратов с иммунотерапией (тималин, Т-активин, левомизол, противокоревой иммуноглобулин). При герпетических кератитах кортикостероиды должны применяться с большой осторожностью. Используются нестероидные противовоспалительные средства (наклоф, диклоф, индоколлир). Назначаются препараты для стимуляции процесса регенерации роговицы. Полезны электрофорез или магнитофорез с противовоспалительной смесью, облучение гелий-неоновым лазером. Для предупреждения вторичной инфекции необходимы инстиллянии 20% раствора сульфацил-натрия, закладывание за веки мази с антибиотиками.*

ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

39. После перенесенного переохлаждения у больной 43-х лет, ночью появились боли в правом глазу. Глаз покраснел, немного ухудшилось зрение. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,4 (не корр.). Легкий отек и гиперемия верхнего века. Глазное яблоко инъецировано по перикорнеальному типу. Роговица прозрачная. Передняя камера средней глубины с прозрачной влагой. Рисунок радужной оболочки стушеван. Зрачок правого глаза уже, чем слева. В проходящем свете красный рефлекс. Глазное дно в норме. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Лечебные мероприятия?
40. Больная 52-х лет длительное время лечится по поводу конъюнктивита. В настоящее время ее беспокоят боли в правом глазу, его покраснение и понижение зрения этого глаза. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.). Умеренный отек и гиперемия верхнего века. Глазное яблоко резко инъецировано по смешанному типу. Роговица прозрачная, на ее задней поверхности мелкие точки серого цвета, расположенные в виде треугольника вершиной к центру. Радужная оболочка изменена в цвете, рисунок ее сглажен. Зрачок умеренно расширен, неправильной формы. В проходящем свете не совсем ясный красный рефлекс. Глазное дно в норме. Глазное яблоко при пальпации резко болезненное. Левый глаз. Острота зрения = 0,7 (не корр.). Глаз спокойный. Передний отрезок без видимой патологии. В проходящем свете на фоне красного свечения от периферии к центру зрачка видны четные полосы. Глазное дно в норме. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
41. На прием к окулисту обратился больной 42 лет. Жалобы на покраснение левого глаза, сильные боли, усиливающиеся по ночам. В анамнезе выяснено, что у отца была глаукома. Объективно: острота зрения левого глаза 0,7, не корректируется, перикорнеальная инъекция сосудов глаза. На роговице мелкие преципитаты, передняя камера средней глубины, влага мутновата, зрачок сужен. ВГД пальпаторно нормальное. Пальпация глаза болезненна. Поставьте диагноз? С каким заболеванием необходимо провести дифференциальную диагностику?
42. Жалобы больного 38-ми лет на сильные боли в левом глазу и левой половине головы. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,07 (не корр.). Веки отечные. Глазное яблоко резко инъецировано по смешанному типу. Резко извиты и расширены веточки передних цилиарных артерий (симптом «кобры»). Роговица отечная, полупрозрачная. Передняя камера мелкая, неравномерная, как будто втянута в области зрачка. Рисунок радужки стушеван. Зрачок круглый, узкий, подтянут к хрусталику. В проходящем свете тусклый красный рефлекс. Глазного дна рассмотреть не удастся. Внутриглазное давление слева = 38 мм рт. ст. Диагноз? Лечебные мероприятия?

Ответы на ситуационные задачи.

39. У больной ирит правого глаза. Назначают средства, расширяющие зрачок, противовоспалительные и противоаллергические средства – кортикостероиды (инстилляций 0,1% раствора дексаметазона не менее 6 раз в день, парабульбарные или подконъюнктивальные инъекции 0,4% раствора дексаметазона). Применяют нестероидные противовоспалительные средства, парабульбарные и внутримышечные инъекции антибиотиков широкого спектра действия, антигистаминные препараты. Для уменьшения воспалительных явлений назначают тепловые процедуры.
40. У больной иридоциклит правого глаза, начинающаяся возрастная катаракта левого глаза. Зрачок правого глаза расширен, возможно, медикаментозно, так как больная длительно лечится по поводу конъюнктивита. Учитывая возможность повышения внутриглазного давления в случае глаукомоциклитического криза, измеряют давление правого глаза. Назначают средства, расширяющие зрачок, противовоспалительные и противоаллергические средства – кортикостероиды (инстилляций 0,1% раствора дексаметазона не менее 6 раз в день, парабульбарные или подконъюнктивальные инъекции 0,4% раствора дексаметазона). Применяют нестероидные противовоспалительные средства, парабульбарные и внутримышечные инъекции антибиотиков широкого спектра действия, антигистаминные препараты. Для уменьшения воспалительных явлений назначают тепловые процедуры.
41. У больного иридоциклит. Необходимо проводить дифференциальный диагноз с острым приступом закрытоугольной глаукомы.
42. У больного иридоциклит, сращение зрачка, бомбированная радужка, вторичная глаукома левого глаза. Необходимо назначение инстилляций 1% раствора атропина и 0,1% раствора адреналина на фоне диуретиков. В случае отсутствия расширения зрачка и сохранения бомбажа радужки производят иридэктомию. Назначают противовоспалительные и противоаллергические средства – кортикостероиды (инстилляций 0,1% раствора дексаметазона не менее 6 раз в день, парабульбарные или подконъюнктивальные инъекции 0,4% раствора дексаметазона). Применяют нестероидные противовоспалительные средства, парабульбарные и внутримышечные инъекции антибиотиков широкого спектра действия, антигистаминные препараты. Для уменьшения воспалительных явлений назначают тепловые процедуры.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

43. Больной 31-го года предъявляет жалобы на низкое зрение правого глаза. Зрение снизилось постепенно, безболезненно. Заболевание ни с чем не связывает. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,3 (не корр.). Придаточный аппарат глаза в норме. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. На глазном дне диск зрительного нерва гиперемирован, границы его ступены. Артерии и вены расширены, последние извиты. На диске плазморрагии и кровоизлияния. Левый глаз. Острота зрения = 1,0. Глаз здоров. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
44. Монтажник 40-ка лет обратился к окулисту с жалобами на резкое снижение зрения правого глаза, которое заметил 2 дня назад. Неделю назад перенес острый правосторонний гайморит. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.). Правый глаз спокоен, оптические среды прозрачные. Глазное дно: диск зрительного нерва гиперемирован, границы его ступены, отечен, несколько проминирует в стекловидное тело, артерии расширены, вены извитые, сосудистая воронка заполнена экссудатом. Макулярная область и периферия сетчатки без патологии. TOD = 22 мм рт. ст. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. TOS = 23 мм рт. ст. Дополнительные исследования? Диагноз? Лечение?
45. На прием к окулисту обратился молодой человек, 28 лет. Жалобы на снижение зрения правого глаза. Из анамнеза удалось выяснить, что месяц назад перенес тяжелый грипп. Объективно: зрение правого глаза 0,2 не корректируется, левого глаза 0,7 с коррекцией $-1,0D=1,0$. Передний отрезок обоих глаз не изменен. Глазное дно справа: диск зрительного нерва гиперемирован, границы нечеткие, по ходу сосудов единичные кровоизлияния. Поле зрения на белый цвет сужено, на цвета определить не удалось. Глазное дно левого глаза в норме. Диагноз? Лечение?
46. На третий день после простудного заболевания больной 26 лет, обратил внимание на снижение зрения обоих глаз. Объективно: Острота зрения правого глаза=0,7(не корректируется); острота зрения левого глаза =0,2 (не корректируется). Передний отрезок обоих глаз не изменен. ДЗН гиперемированы, границы ступены. Поля зрения сужены на 20° по всем меридианам на белый цвет. Диагноз? Лечение?
47. Больной 21 года, направлен к окулисту невропатологом для осмотра глазного дна. Жалобы больного: головные боли, которые появились три месяца назад. Артериальное давление 110 и 70 мм рт. ст., острота зрения обоих глаз 1,0. Правый глаз: передний отрезок и глазное дно в норме. Левый глаз: передний отрезок не изменен. На глазном дне отмечается увеличение диска зрительного нерва, его проминенция, границы нечеткие, цвет диска не изменен. Сосуды с диска сползают. Вены расширены, извиты, вдоль отдельных из них полосчатые кровоизлияния. Макулярная зона без изменений. Диагноз? Какие обследования необходимо провести для его подтверждения? Лечение?

48. Больной 61-го года, жалуется на периодическое затуманивание зрения левого глаза, головные боли. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 1,0. Придаточный аппарат глаза не изменен. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. При осмотре в проходящем свете на фоне красного рефлекса в плоскости зрачка видны штрихи треугольной формы, вершиной направленные к центру. На глазном дне диск зрительного нерва увеличен в размерах, грибовидно выбухает в стекловидное тело. Сосуды как бы взбираются на него. Цвет диска розовато-серый, границы нечеткие. Выражен перипапиллярный отек с единичными кровоизлияниями. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
49. Больная 34-х лет консультирована в неврологическом отделении. Жалобы на временную полную потерю зрения на несколько секунд. Больную беспокоит головная боль. Острота зрения не страдает. Глаза спокойные, передние отрезки без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. На глазном дне с обеих сторон диски зрительных нервов несколько увеличены в размерах (больше справа) и грибовидно выбухают в стекловидное тело. Сосуды сетчатки как бы взбираются на него, делая изгибы. Цвет дисков розовато-сероватый. Границы их не совсем четкие. Перипапиллярный отек более выражен справа, в нем теряются отдельные сосуды. Вены расширены, извиты. Немногочисленные кровоизлияния в сетчатку в перипапиллярной зоне правого глаза. Какие дополнительные исследования Вас интересуют? Предполагаемый диагноз? Лечебные мероприятия?
50. Больная 64-х лет обратилась к окулисту в связи с внезапным снижением зрения левого глаза, произошедшим накануне. Снижение зрения ни с чем не связывает. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 со сферой – 1,5 Д = 0,8. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. В проходящем свете красный рефлекс. При исследовании глаза в состоянии мидриаза по периферии в проходящем свете видны черные шипы, направленные вершиной к центру. Глазное дно без видимых изменений. Острота зрения левого глаза = 0,01 (не корр.). Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. В проходящем свете красный рефлекс. При исследовании глаза в состоянии мидриаза по периферии в проходящем свете видны черные шипы, направленные вершиной к центру. На глазном дне диск зрительного нерва отечен, увеличен, проминирует в стекловидное тело, границы его размыты. Около диска небольшие геморрагии. Артерии резко сужены, неравномерного калибра. При исследовании поля зрения определяются верхние гемианопсии. Предполагаемый диагноз? Лечебные мероприятия?
51. Больной 17 лет направлен на консультацию к окулисту. Жалобы на плохое зрение правого глаза. Объективно: острота зрения правого глаза 0,3 не корректируется; острота зрения левого глаза 1,0. Передний отрезок обоих глаз не изменен. Поле зрения правого глаза сужено, на левом глазу – в норме. Глазное дно правого глаза: диск зрительного нерва монотонно бледный, границы четкие, сосуды не изменены, в макулярной зоне патологии нет. Глазное дно левого глаза в норме. Рефракция эметропическая. Диагноз? Лечение?

Ответы на ситуационные задачи.

43. *Предположительный диагноз – неврит зрительного нерва справа. Исследуют поля зрения и цветоощущение. Причинами оптического неврита могут быть воспалительные заболевания головного мозга и его оболочек, глазного яблока и глазницы, уха, горла и носа, острые и хронические инфекции, общие заболевания токсико-аллергического генеза – необходимо обследование. Проводят общую противовоспалительную и гипосенсибилизирующую (антибиотики, кортикостероиды ретробульбарно и внутрь, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные препараты, витамины С, В₁, В₆, В₁₂), дезинтоксикационную (40% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой внутривенно), дегидратационную (лазикс, кальция хлорид внутривенно, ацетазоламид, глицерин внутрь) терапию.*
44. *Неврит зрительного нерва справа. Исследуют поля зрения и цветоощущение. Причинами оптического неврита могут быть воспалительные заболевания головного мозга и его оболочек, глазного яблока и глазницы, уха, горла и носа, острые и хронические инфекции, общие заболевания токсико-аллергического генеза – необходимо обследование. Проводят общую противовоспалительную и гипосенсибилизирующую (антибиотики, кортикостероиды ретробульбарно и внутрь, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные препараты, витамины С, В₁, В₆, В₁₂), дезинтоксикационную (40% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой внутривенно), дегидратационную (лазикс, кальция хлорид внутривенно, ацетазоламид, глицерин внутрь) терапию.*
45. *Неврит зрительного нерва справа. Проводят общую противовоспалительную и гипосенсибилизирующую (антибиотики, кортикостероиды ретробульбарно и внутрь, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные препараты, витамины С, В₁, В₆, В₁₂), дезинтоксикационную (40% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой внутривенно), дегидратационную (лазикс, кальция хлорид внутривенно, ацетазоламид, глицерин внутрь) терапию.*
46. *Неврит зрительных нервов. Проводят общую противовоспалительную и гипосенсибилизирующую (антибиотики, кортикостероиды ретробульбарно и внутрь, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные препараты, витамины С, В₁, В₆, В₁₂), дезинтоксикационную (40% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой внутривенно), дегидратационную (лазикс, кальция хлорид внутривенно, ацетазоламид, глицерин внутрь) терапию.*
47. *Застойный диск зрительного нерва. Необходимо проведение периметрии, флюоресцентной ангиографии, консультации невропатолога и нейрохирурга, исследуют давление и состав спинномозговой жидкости. Получают данные КТ, МРТ, рентгенологические данные. Лечение направлено на основное заболевание.*
48. *Предположительный диагноз застойные диски зрительных нервов? начинающаяся возрастная катаракта обоих глаз. Проводят флюоресцентную ангиографию, консультацию невропатолога и нейрохирурга, исследуют давление и состав спинномозговой жидкости, Получают данные КТ, МРТ, рентгенологические данные. Лечение направлено на основное заболевание.*

49. *Необходимо проведение периметрии, флюоресцентной ангиографии, консультации невропатолога и нейрохирурга, исследуют давление и состав спинномозговой жидкости. Получают данные КТ, МРТ, рентгенологические данные. Лечение направлено на основное заболевание.*
50. *Начинающаяся возрастная катаракта обоих глаз. Застойный диск зрительного нерва слева у больных с опухолями головного мозга. При одностороннем застое всегда следует исключить и местные причины – орбитальную патологию, гипотонию глазного яблока и др. Для диагностики мозгового объемного процесса имеют значение также неврологические симптомы, давление и состав спинномозговой жидкости, результаты КТ, МРТ, рентгенологические данные. В ряде случаев застойный диск может сочетаться с характерными изменениями полей зрения в виде гемиянопсий. Это наблюдается при расположении опухолевого процесса в области хиазмы и зрительных трактов. Длительное существование застойного диска зрительного нерва приводит к снижению зрительных функций вследствие сдавления нервных волокон.*
51. *Частичная атрофия зрительного нерва. Применяют сосудорасширяющие средства, ангиопротекторы, препараты, улучшающие микроциркуляцию, осмоотерапию, витаминотерапию, электростимуляцию.*

ПАТОЛОГИЯ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ

52. У больной 67-ми лет, утром возникли резкие боли в правом глазу и голове. Зрение правого глаза снизилось. При взгляде на источник света вокруг него появляются радужные круги. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.). Легкий отек век. Расширены и извиты артериолы и венулы на склере. Роговица несколько отечна, полупрозрачная. Передняя камера мелкая, с прозрачной влагой. Зрачок расширен, в виде вертикального овала. Глазное дно видно в тумане. Пальпаторно Т₊₃. Острота зрения левого глаза = 0,7 (не корр.). В хрусталике начальные помутнения. Глазное дно в норме. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
53. Больная 60-ти лет, обратилась с жалобами на резкое ухудшение зрения и сильные боли в левом глазу и левой половине головы, которые появились ночью, тошноту и рвоту. Несколько дней назад у нее было тяжелое эмоциональное переживание. Раньше глаза никогда не болели. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,5 sph. + 2,0^D = 1,0. TOD = 19 мм рт. ст. Правый глаз в пределах возрастной нормы. Острота зрения левого глаза = 0,04 (не корр.). TOS = 47 мм рт. ст. Слева – глазная щель сужена, выраженная застойная инъекция глазного яблока. Роговица отечная. Передняя камера очень мелкая. Зрачок расширен до 5 мм, неправильной овальной формы. Рефлекс с глазного дна тускло-розовый. Диск зрительного нерва виден в тумане. Диагноз? Лечебные мероприятия?
54. В приемный покой КБСП доставили машиной скорой помощи больного 56 лет с жалобами на сильные ломящие боли в правом глазу и в правой половине головы, покраснение правого глаза, снижение его зрения, тошноту, рвоту, общее недомогание. АД 150 и 90, обычный уровень 140 и 80 мм рт. ст. Объективно: глазная щель справа слегка сужена, определяется застойная инъекция сосудов глазного яблока, роговица отечна, передняя камера мелкая, зрачок расширен, реакция на свет отсутствует. Глазное дно видно плохо. Глаз при пальпации плотный. Поставьте диагноз. Первая помощь.
55. Больному был поставлен диагноз закрытоугольной глаукомы. Какие меры могут быть выполнены в домашних условиях при возникновении острого приступа?
56. В глазное отделение поступила больная 60 лет с диагнозом «острый приступ глаукомы». После проведения интенсивной консервативной терапии, ВГД снизилось, глаз перестал болеть. Какова дальнейшая тактика в отношении этой больной?
57. Во время вашего ночного дежурства у санитарки, пожилой пенсионерки, внезапно случился приступ резких головных болей с иррадиацией в левый глаз, которым, по словам больной, она последнее время видела плохо. Имела место рвота, пульс замедлен, АД 180/100 мм рт. ст., что, впрочем, не редкость для больной. При внешнем осмотре определяется умеренное сужение левой глазной щели, покраснение левого глазного яблока, расширенный зрачок слева, который почти не

реагирует на свет. Больная различает этим глазом лишь свет от лампочки. Учитывая и то обстоятельство, что больная за несколько дней до этого приступа перенесла на ногах острое респираторное заболевание, попробуйте поставить предположительный диагноз.

58. После длительной работы в наклонном положении, у женщины 60 лет появились боли в левой половине головы и в левом глазу, тошнота, рвота, левый глаз покраснел, зрение ухудшилось. Объективно: отмечается застойная инъекция левого глаза, роговица отечная, мелкая передняя камера, зрачок неравномерно расширен в виде овала, расположенного вертикально, острота центрального зрения 0,1, коррекция зрения не улучшает. ВГД слева = 56 мм рт. ст. Поставьте диагноз.
59. Больной 42 лет находится на диспансерном учете у врача гастроэнтеролога с диагнозом «Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки». Два года назад пациенту поставили диагноз «Глаукома». Какие лекарственные препараты ему противопоказаны?

Ответы на ситуационные задачи.

52. *Острый приступ закрытоугольной глаукомы правого глаза, начинающаяся возрастная катаракта левого глаза. В течение 1-го часа производят инстилляцию пилокарпина каждые 15 минут, затем через каждые 30 минут (2-4 раза) и в последующем – через каждый час до купирования приступа. Одновременно в пораженный глаз закапывают какой-либо β -адреноблокатор. Внутрь больной принимает ацетазоламид и глицерол. Назначается гирудотерапия и отвлекающие мероприятия – горячие ножные ванны. При отсутствии эффекта в течение 1-2 часов под контролем артериального давления применяют седативные, антигистаминные, обезболивающие препараты в виде литической смеси. Если через 24 часа приступ не удалось купировать, показана лазерная или хирургическая иридэктомия.*
53. *Острый приступ закрытоугольной глаукомы левого глаза. В течение 1-го часа производят инстилляцию пилокарпина каждые 15 минут, затем через каждые 30 минут (2-4 раза) и в последующем – через каждый час до купирования приступа. Одновременно в пораженный глаз закапывают какой-либо β -адреноблокатор. Внутрь больной принимает ацетазоламид и глицерол. Назначается гирудотерапия и отвлекающие мероприятия – горячие ножные ванны. При отсутствии эффекта в течение 1-2 часов под контролем артериального давления применяют седативные, антигистаминные, обезболивающие препараты в виде литической смеси. Если через 24 часа приступ не удалось купировать, показана лазерная или хирургическая иридэктомия.*
54. *Острый приступ закрытоугольной глаукомы левого глаза. В течение 1-го часа производят инстилляцию пилокарпина каждые 15 минут, затем через каждые 30 минут (2-4 раза) и в последующем – через каждый час до купирования приступа.*

Одновременно в пораженный глаз закапывают какой-либо β -адреноблокатор. Внутрь больной принимает ацетазоламид и глицерол.

- 55. В течение 1-го часа производят инстилляциии пилокарпина каждые 15 минут, затем через каждые 30 минут (2-4 раза) и в последующем – через каждый час до купирования приступа. Проводят отвлекающие мероприятия – горячие ножные ванны, солевое слабительное. Внутрь мочегонные средства.*
- 56. Проведение оперативного лечения – выполнение базальной иридэктомии.*
- 57. Острый приступ закрытоугольной глаукомы левого глаза.*
- 58. Острый приступ закрытоугольной глаукомы.*
- 59. Больному противопоказаны лекарственные средства, содержащие атропин.*

ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

60. После автомобильной аварии у больной 26-ти лет отмечаются симметричные подкожные кровоизлияния век обоих глаз. Острота зрения = 0,7. Сами глазные яблоки спокойны. Небольшие субконъюнктивальные кровоизлияния. Передние отрезки глаз не изменены. Оптические среды прозрачные. На глазном дне отмечается помутнение сетчатки в макулярной области. Возможный диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
61. У больного 31-го года после полученной травмы левое глазное яблоко запало в глубину орбиты. Имеет место ограничение его подвижности. Движения болезненные. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глазные яблоки без видимых изменений. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
62. Больной 19-ти лет в драке получил травму левого глаза. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = светоощущению с правильной проекцией света. Выраженная подкожная и подконъюнктивальная гематома. Глазная щель сомкнута. Роговая оболочка прозрачная. Передняя камера средней глубины, на $\frac{1}{3}$ заполнена кровью. Рисунок радужки не изменен. Зрачок круглый, несколько расширен. В проходящем свете рефлекса не видно. Пальпаторно Т_п. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
63. Рабочий лесопильного комбината 36-ти лет, получил травму во время работы. Отлетела доска и ударила по правому глазу. Объективно: зрение правого глаза резко понижено, в передней камере кровь. Зрачок широкий, деформирован, у лимба от 13 до 16 часов отрыв радужки у корня. При исследовании в проходящем свете виден рефлекс глазного дна. Диагноз и тактика.
64. После полученной около месяца назад тупой травмы левого глаза больной 56-ти лет, отмечает периодическое ухудшение зрения этого глаза. При изменении положения головы зрение то ухудшается, то улучшается. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза, если больной смотрит, наклонив голову вперед, = 0,6; если голова находится в прямом положении, больной видит полосу перед глазом и острота зрения его = 0,02 со сферой +9,0 дптр. = 0,8. Глаз спокойный. Роговица прозрачная. Передняя камера глубокая, с прозрачной влагой. При движении глаза определяется иридодегенез. Рисунок и цвет радужки не изменены. Зрачок круглый, средней величины. В плоскости зрачка в проходящем свете видна изогнутая линия. Глазное дно в норме. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
65. Больная 68-ми лет получила травму во время падения, ударившись левой половиной головы и надбровной дугой о перила лестницы. Обратила внимание на снижение зрения левого глаза. Через несколько часов появились боли в глазу и головные боли. Зрение снизилось еще больше. При обращении к окулисту объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. TOD = 20 мм рт. ст. Острота зрения левого глаза = 0,03 (не корр.). Подкожная гематома области надбровной дуги и верхнего

века. Левое глазное яблоко инъецировано по смешанному типу. Роговица отечная, утолщена, но сохраняет прозрачность. Передняя камера глубокая, как будто заполнена масляной каплей. Рисунок и цвет радужки не изменены. Зрачок круглый, умеренно расширен. Розовый рефлекс с глазного дна. Глазного дна в деталях рассмотреть не удастся из-за отека роговицы. TOS = 46 мм рт. ст. Диагноз? Лечебные мероприятия?

66. Больной 24-х лет обратился к окулисту через два дня после драки. Со слов пациента во время свалки упал и получил удар по левому глазу ногой. К врачу не обращался из-за ухудшения общего состояния (головные боли, рвота). В настоящее время объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Выраженная подкожная гематома век, ссадины на коже. Глазная щель чуть приоткрыта. Подконъюнктивальные кровоизлияния. Передний отрезок глазного яблока не изменен. Оптические среды прозрачные, глазное дно в норме. Острота зрения левого глаза = светоощущению с неуверенной проекцией. Выраженная подкожная гематома и отек век. Ссадины на коже. При пальпации век определяется крепитация. Глазная щель практически сомкнута. При разведении век видна обширная субконъюнктивальная гематома, через которую в верхненаружном квадранте просвечивает темное пятно со светлым круглым образованием посередине. Роговица прозрачная. Передняя камера до половины заполнена кровью. Зрачок подтянут к пятну. В проходящем свете рефлекса нет. Гипотония. Диагноз? Лечебные мероприятия?
67. К окулисту обратилась пациентка 60 лет с жалобами на боли и снижение зрения правого глаза. Из анамнеза: 3 дня назад случайно задела глаз веткой дерева, к врачу не обращалась и не лечилась. Объективно: Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.); острота зрения левого глаза = 0,5 со сферическим стеклом + 1,0 D = 1,0. Глазная щель правого глаза резко сужена, выражена смешанная инъекция глазного яблока. В центре роговицы виден серовато-желтый инфильтрат диаметром 4-5 мм с рыхлой поверхностью. В передней камере беловатая полоска гноя высотой 2 мм, рисунок радужки ступенчат, зрачок узкий. Рефлекса с глазного дна не видно. Внутриглазное давление пальпаторно в норме. Левый глаз здоров. Укажите диагноз, наметьте лечебные мероприятия.
68. На прием к окулисту обратился шофер 32-х лет с жалобами на боли в левом глазу, светобоязнь, покраснение глаза. С его слов, 2 часа тому назад разбилось ветровое стекло машины, и в глаз попал осколок. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз без патологии. Острота зрения левого глаза = 0,7 (не корр.). Слева имеется умеренное сужение глазной щели, светобоязнь, слезотечение, умеренная инъекция глазного яблока. В роговице на 3-х часах, ближе к лимбу видна небольшая линейная рана, длиной 3-4 мм, не достигающая до глубоких слоев. Передняя камера средней глубины, зрачок круглый, расположен в центре. Рефлекс с глазного дна розовый, глазное дно без патологии. Внутриглазное давление пальпаторно T_n . Диагноз? Лечение?
69. Больная 32-х лет во время шитья уколола правый глаз швейной иглой. Сразу почувствовала резкую боль, возникло слезотечение и снизилось зрение. При обращении к врачу объективно. Острота зрения = 0,8 (не корр.). Правое глазное

яблоко слабо инъецировано по перикорнеальному типу. Роговица прозрачная. На 6-ти часах, в 3 мм от лимба имеется точечный инфильтрат. Передняя камера мелкая, с прозрачной влагой. Рисунок и цвет радужки не изменены. Зрачок круглый, средней величины. В проходящем свете красный рефлекс. Глазное дно в норме. TOD = 13 мм рт. ст. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Лечение?

70. Врач скорой помощи вызван к ребенку 6-ти лет. Мальчик получил травму правого глаза при выстреле из рогатки. При осмотре объективно. Выраженный блефароспазм. Из правой глазной щели выступает кровь. Проверить зрение не удается. При раскрытии глазной щели у лимба виден темного цвета комочек. Роговица прозрачная. На дне передней камеры кровь. Передняя камера глубокая. Диагноз? Первая помощь?
71. В стационар доставлен ребенок 6-ти лет, получивший травму правого глаза при стрельбе из рогатки. Объективно. Блефароспазм. После инстилляций анестетиков произведен осмотр. Острота зрения правого глаза = светоощущению с правильной проекцией. Смешанная инъекция глазного яблока. Роговица гладкая, прозрачная блестящая. На склере у лимба скальпированная рана конъюнктивы шириной до 2 см. В ране склеры видна выпавшая сосудистая оболочка. Передняя камера глубокая, на $\frac{1}{3}$ заполнена кровью. Зрачок овальный, подтянут к ране. В проходящем свете рефлекса не видно. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагностические мероприятия? Диагноз? Лечение?
72. Рабочий 45-ти лет жалуется на снижение зрения левого глаза в течение последних 3-х месяцев. Ухудшение зрения ни с чем не связывает. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,001 (не корр.). Глаз спокоен. В роговице на 5-ти часах недалеко от лимба виден рубец длиной 5 мм, соответственно ему – небольшой дефект в радужке. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка несколько темнее, чем справа, зрачок круглый 4 мм, слабо реагирует на свет. Хрусталик равномерно мутный, серый, под передней капсулой буроватые отложения. Рефлекс с глазного дна отсутствует. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
73. Электрик 46-ти лет обратился к окулисту с жалобами на снижение зрения травмированного около двух месяцев назад левого глаза. В глаз попал отскочивший кусок провода. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,06 (не корр.). Глазное яблоко умеренно инъецировано по смешанному типу. Роговица гладкая, блестящая прозрачная. Влага передней камеры прозрачная, но опалесцирует, единичные преципитаты на задней поверхности роговицы. Рисунок радужки несколько ступеван, она изменена в цвете. Зрачок круглый, узкий. После его расширения в хрусталике видны желто-зеленые помутнения в виде цветущего подсолнуха. Рефлекс с глазного дна тусклый. Деталей глазного дна не видно. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
74. Разнорабочий 35 лет обратился в поликлинику к окулисту. Жалобы: на ухудшение зрения правого глаза. Анамнез: удалось выяснить, что год назад, во время работы

что-то попало в этот глаз, но к врачам он не обращался. Объективно: зрение правого глаза 0,3, коррекции нет. Роговица прозрачная. В области хрусталика видно голубоватое помутнение в виде кольца с отходящими от него лучами. Диагноз и дополнительные исследования, подтверждающие диагноз.

75. Больной 29-ти лет, находится на лечении в глазном отделении по поводу проникающего ранения правого глаза уже более двух недель. В настоящее время предъявляет жалобы на появление болей и покраснение левого, здорового глаза. Объективно. Острота зрения правого глаза = светоощущению с правильной проекцией. Глазное яблоко умеренно инъецировано по смешанному типу. На роговице ушитая рана линейной формы длиной до 6 мм. На задней поверхности роговицы множественные преципитаты. Передняя камера мелкая. Рисунок и цвет радужки изменены, бомбаж. Круговая задняя синехия. Зрачок круглый, слабо расширен. В плоскости зрачка неравномерно помутневший хрусталик. Подлежащие отделы глаза не видны. TOD = 13 мм рт. ст. Острота зрения левого глаза = 0,8 (не корр.). Перикорнеальная инъекция глазного яблока. Роговица прозрачная, на задней ее поверхности единичные преципитаты. Подлежащие отделы глаза без видимой патологии. TOS = 18 мм рт. ст. Диагноз? Лечебные мероприятия?
76. Рабочий механического цеха 48-ми лет получил проникающее ранение роговицы правого глаза, но обратился к окулисту только через неделю после травмы. Объективно: резко выражен отек век правого глаза, отек конъюнктивы, экзофтальм, роговица гнойно инфильтрирована, в передней камере гной, рефлекс глазного дна желтовато-зеленый. Диагноз? Лечение? Какие возможны исходы?
77. Больной 53-х лет получил химический ожог обоих глаз известью при выполнении малярных работ дома. Глаза промыл проточной водой. Приехал к окулисту через 2 часа после травмы. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.), левого глаза = 0,1. Блефароспазм, отек и гиперемия век. При вывороте верхних век на тарзальной их части видны крупинки извести. Конъюнктив нижних сводов несколько ишемична, эрозирована. Смешанная инъекция глазного яблока. Эпителий роговиц слущен практически по всей поверхности. Роговицы диффузно прокрашивается флюоресцеином. Передние камеры средней глубины с прозрачной влагой. Подлежащие отделы без видимых изменений. Диагноз? Первая помощь? Лечебные мероприятия?
78. Сварщик 38-ми лет обратился за помощью к окулисту с жалобами на чувство инородного тела, боли в глазах, слезотечение, светобоязнь. Накануне проводил сварку труб без защитных очков. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,7 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,6 (не корр.). Конъюнктив глаз инъецированы по смешанному типу. На поверхности роговиц мелкие пузырьвидные вздутия эпителия. Подлежащие отделы глаз не изменены. Диагноз? Первая помощь? Лечение?
79. Рабочий завода сваривал трубы, снимал защитные очки во время работы. К вечеру появилась резкая светобоязнь, слезотечение. Обратился на прием к главному врачу.

Объективно: гиперемия обоих глаз, роговица прозрачная, но при окрашивании флюоресцеином выявляются мелкие точечные эрозии. Диагноз, первая помощь, профилактика.

80. Молодой человек, 18 лет. Жалобы: на резкую светобоязнь, слезотечение, боль в глазах. Анамнез: выявлено, что до этого в течение суток катался на лыжах в яркий солнечный день в заснеженных горах. Объективно: Глазные щели прикрыты, резкая гиперемия и хемоз конъюнктивы. При окрашивании роговицы выявляются мелкие дефекты эпителия. Поставить диагноз. Как помочь молодому человеку?
81. Больной 50-ти лет обратился с жалобой на ухудшение зрения правого глаза. Из анамнеза выяснено, что, когда он работал в мастерской, глаз травмировал куском металла. Объективно: острота зрения = 0,6 (не корр.). Роговица не повреждена, глубокая передняя камера, линейная рана и кровоизлияние в конъюнктиве склеры, гипотония. Левый глаз здоров. Диагноз? Лечебные мероприятия?
82. Больной получил проникающее ранение левого глаза 3 недели назад. Зрение этого глаза было практически сразу утеряно: острота зрения = 0. В течение всего этого времени на травмированном глазу наблюдались явления вялотекущего иридоциклита. В настоящее время на втором глазу появилась светобоязнь, перикорнеальная инъекция, преципитаты. Какой диагноз можно предположить. Лечебная тактика.
83. В приемный покой больницы доставили девочку девяти лет со свежими ожогами глаз и лица пламенем вспыхнувшего бензина. Ресницы и брови обгорели, кожа лица гиперемирована, с отдельными пузырями и некротическими участками на щеках и веках. Вам нужно осмотреть глазные яблоки, чтобы определить тяжесть поражения. К помощи какого медикамента вам придется прибегнуть в первую очередь?

Ответы на ситуационные задачи.

60. *Возможный диагноз: берлиновское помутнение сетчатки обоих глаз. Перелом основания черепа? Производят рентгенографию черепа в двух проекциях, направляют больного к невропатологу и нейрохирургу.*
61. *Перелом стенок левой орбиты. Выполняют рентгенографию черепа в двух проекциях. При смещении отломков – пластические операции на стенках орбиты.*
62. *Тупая травма, подкожная гематома век, субконъюнктивальное кровоизлияние, травматическая гифема, гемофтальм слева. Проводят рентгенографию черепа в двух проекциях, ультразвуковое исследование левого глазного яблока. В первые дни назначают кровоостанавливающие препараты, затем проводят рассасывающую терапию с применением ферментов. При отсутствии динамики – парацентез роговицы с вымыванием гифемы, витрэктомия.*

63. Тупая травма, гифема, иридооднализ правого глаза. Учитывая резкое снижение зрения глаза, необходима тщательная офтальмоскопия для исключения патологии сетчатки. Показана кровоостанавливающая и рассасывающая терапия, пластика радужной оболочки.
64. Подвывих хрусталика левого глаза. Проводят биомикроскопию с расширенным зрачком, ультразвуковое исследование левого глазного яблока. Лечение – экстракция хрусталика с имплантацией интраокулярной линзы.
65. Тупая травма, подкожная гематома области надбровной дуги и верхнего века, вывих хрусталика в переднюю камеру, вторичная глаукома левого глаза. Больной в экстренном порядке проводят удаление вывихнутого хрусталика из передней камеры с имплантацией интраокулярной линзы.
66. Тупая травма, подкожная гематома век, подконъюнктивальные кровоизлияния правого глаза. Тупая травма, подкожная гематома век, перелом стенок орбиты, субконъюнктивальная гематома, разрыв склеры с выпадением оболочек и вывихом хрусталика под конъюнктиву, гифема левого глаза. Проводят рентгенографию черепа в двух проекциях, ультразвуковое исследование левого глазного яблока. Производят удаление вывихнутого хрусталика с ушиванием раны склеры. При наличии перелома глазницы со смещением отломков – пластические операции на глазнице.
67. Травматический кератит, гипопион правого глаза. Гиперметропия слабой степени левого глаза. Показано проведение антибактериальной терапии кератита с использованием инстилляций, мазевых аппликаций, субконъюнктивального и парентерального введения антибиотиков.
68. Непроницающая резаная рана роговицы левого глаза. Назначают антибактериальные препараты в виде капель и мазей, кератопротекторы.
69. Проникающее ранение роговицы правого глаза. Проводят рентгенографию правой орбиты, ультразвуковое исследование правого глаза. Вводят противостолбнячную сыворотку. Назначают антибактериальные препараты в виде капель и мазей.
70. Проникающее корнеосклеральное ранение правого глаза с выпадением оболочек, гифема правого глаза. Врач скорой помощи инстиллирует в глаз дезинфицирующие капли, проводит обезболивание, накладывает бинокулярную повязку и доставляет больного в стационар.
71. Проникающее склеральное ранение правого глаза с выпадением оболочек, гифема, гемофтальм справа. Проводят рентгенографию глазницы в двух проекциях, ультразвуковое исследование глаза. При наличии внутриглазного инородного тела производят его рентгенлокализацию по Комбергу-Балтину. Выполняют первичную хирургическую обработку раны, заключающуюся во вправлении выпавших оболочек и наложении швов на склеру и конъюнктиву. При наличии внутриглазного инородного тела производят его удаление одним из способов. Вводят противостолбнячную сыворотку. Назначают антибактериальную, противовоспалительную и десенсибилизирующую терапию.

72. Рубец роговицы, сидероз? левого глаза. Для уточнения диагноза производят рентгенологическое и ультразвуковое исследование глаза. В случае наличия внутриглазного инородного тела производят его диасклеральное удаление. После первичной хирургической обработки раны назначают антибиотики, кортикостероиды, нестероидные противовоспалительные средства, физиотерапию, при необходимости – мидриатики, ферменты, ангиопротекторы, антигистаминные средства.
73. Халькоз левого глаза? Для уточнения диагноза производят рентгенологическое и ультразвуковое исследование глаза. В случае наличия внутриглазного инородного тела производят его диасклеральное удаление. После первичной хирургической обработки раны назначают антибиотики, кортикостероиды, нестероидные противовоспалительные средства, физиотерапию, при необходимости – мидриатики, ферменты, ангиопротекторы, антигистаминные средства.
74. Халькоз правого глаза? Для уточнения диагноза производят рентгенологическое и ультразвуковое исследование глаза.
75. Проникающее ранение, пластический увеит правого глаза. Симпатическое воспаление левого глаза. Диагностике симпатизирующего иридоциклита могут способствовать реакции клеточного и гуморального иммунитета сыворотки крови больного с хрусталиковым антигеном и антигеном из сосудистой оболочки. В этот период необходимо проводить энергичную противовоспалительную терапию. Назначают кортикостероиды внутрь, в каплях и субконъюнктивально, инъекции антибиотиков внутримышечно и под конъюнктиву, сульфаниламиды внутрь, гипосенсибилизирующие средства, цитостатики и иммунокорректирующие препараты. Местно – инстилляции мидриатиков. Лишь в тех случаях, когда лечение не оказывает должного эффекта, фибринозно-пластический иридоциклит приобретает затяжной характер и функции утрачиваются полностью, травмированный глаз необходимо энуклеировать.
76. Посттравматический эндофтальмит. Прогноз при эндофтальмите всегда серьезный. Показано введение антибиотиков и антистафилококкового γ -глобулина под конъюнктиву, ретробульбарно, в перихориоидальное пространство. Необходимо внутривенное введение антибиотиков широкого спектра действия. Высокоэффективной является витрэктомия с введением в полость глаза антибиотиков. Если энергичное противовоспалительное лечение эффекта не дает, глаз следует энуклеировать.
77. Щелочной химический ожог II степени обоих глаз. Первая помощь – удаляют частички извести, промывают конъюнктивальный мешок водой, дезинфицирующими растворами или слабым кислотным раствором. В глаз закапывают какие-либо дезинфицирующие растворы и закладывают мази. Под конъюнктиву и своды вводят гемодез ежедневно в течение 6-7 дней. Показано также подконъюнктивальное введение «коктейля», в состав которого входят аутосыворотка, антибиотики, сосудорасширяющие препараты и антикоагулянты. Хороший эффект при тяжелых ожогах наблюдается в

результате применения сыворотки ожоговых реконвалесцентов путем подконъюнктивных и внутривенных инъекций.

- 78. Электроофтальмия. Лечение заключается в инстилляциях раствора дикаина, 2% раствора новокаина и стерильного вазелинового масла, а также 30% раствора сульфацил-натрия. Полезны холодные примочки.*
- 79. Электроофтальмия. Лечение заключается в инстилляциях раствора дикаина, 2% раствора новокаина и стерильного вазелинового масла, а также 30% раствора сульфацил-натрия. Полезны холодные примочки. Профилактика – защитные очки.*
- 80. Светоофтальмия. Лечение заключается в инстилляциях раствора дикаина, 2% раствора новокаина и стерильного вазелинового масла, а также 30% раствора сульфацил-натрия. Полезны холодные примочки. Профилактика – защитные очки.*
- 81. Проникающее ранение склеры правого глаза. Проводят рентгенографию глазницы в двух проекциях, ультразвуковое исследование глаза. При наличии внутриглазного инородного тела производят его рентгенлокализацию по Комбергу-Балтину. Выполняют первичную хирургическую обработку раны, заключающуюся в наложении швов на склеру и конъюнктиву. При наличии внутриглазного инородного тела производят его удаление одним из способов. Вводят противостолбнячную сыворотку. Назначают Антибактериальную, противовоспалительную и десенсибилизирующую терапию.*
- 82. Скорее всего, у пациента явления симпатического воспаления. Необходимо усилить противовоспалительное лечение. При отсутствии эффекта произвести удаление травмированного глаза.*
- 83. Инстиллянии дикаина.*

ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛАЗНИЦЫ

84. После перенесенной простуды у больного 27-ми лет внезапно появились боли при движении глаз. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Отмечается небольшой экзофтальм, незначительное ограничение подвижности глазных яблок. При крайних отведениях глаз – диплопия. Легкий отек век и конъюнктивы. Незначительная смешанная инъекция глазных яблок. Отделяемого из конъюнктивальных мешков нет. Передние отрезки без видимых изменений. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
85. На прием к окулисту пришла женщина 35-ти лет. Жалобы на общую слабость, повышение температуры тела до 38°, головную боль; отек, покраснение и боли в области век и при движении правого глаза. Данные жалобы появились 2 суток назад на следующий день после лечения у стоматолога по поводу периодонтита. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,8 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 1,0. Веки правого глаза сомкнуты, отечны, гиперемированы, болезненны при пальпации, при их раскрытии виден выраженный хемоз конъюнктивы, экзофтальм, подвижность правого глаза ограничена. Околоушные лимфатические узлы справа увеличены. Левый глаз здоров. При исследовании крови – лейкоцитоз, повышение СОЭ, нейтропения, сдвиг в лейкоцитарной формуле. Диагноз? Первая врачебная помощь? Какие консультации специалистов? Дополнительные методы исследования? Лечение?
86. Больной 47-ми лет обратился к врачу с жалобами на сильную головную боль, высокую температуру, озноб. Все вышеперечисленные жалобы появились два дня назад. Лечился дома, принимая антигриппин. Обращает на себя внимание резкий отек и гиперемия век правого глаза. Конъюнктура глазного яблока отечна, ущемлена в глазной щели. Подвижность глазного яблока отсутствует. Отмечается увеличение региональных лимфатических узлов. Диагноз? Действия врача-терапевта? Дополнительные исследования офтальмолога? Лечебные мероприятия?
87. Мальчик 5 лет. После перенесенного ОРВИ в течение 2 недель было обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа, затруднение дыхания через нос, головные боли, снижение аппетита. Два дня назад во время прогулки промочил ноги; после этого усилились головные боли, отделяемое из носа приняло кровянисто-гнойный вид, появился озноб, температура повысилась до 39,6°, возникли и стали быстро нарастать отек и покраснение век справа. При надавливании на область слезного мешка отделяемого из слезных точек нет. Правая глазная щель сомкнута. При ее раскрытии виден выраженный хемоз конъюнктивы, экзофтальм, подвижность правого глаза ограничена, попытки движения болезненны. При исследовании крови – лейкоцитоз, повышение СОЭ. На R-грамме отмечается понижение прозрачности придаточных пазух носа. Диагноз? Первая врачебная помощь? Какие специалисты должны участвовать в исследовании больного? Какие исследования должен произвести врач-офтальмолог? В какое отделение должен быть направлен ребенок? Лечение?

Ответы на ситуационные задачи.

84. У больного тенонит. Общее и местное противовоспалительное лечение. Сухое тепло.
85. Метастатическая одонтогенная флегмона орбиты правого глаза. Общее антибактериальное, противовоспалительное и десенсибилизирующее лечение. Консультация ЛОР, стоматолога. Рентгенография околоносовых пазух и глазницы. Вскрытие и дренирование орбиты на фоне антибиотикотерапии и противовоспалительного лечения. Санация одонтогенного очага инфекции.
86. Флегмона орбиты справа. Врач-терапевт вводит антибиотики широкого спектра действия и срочно отправляет больного в офтальмологический стационар. В офтальмологическом стационаре проводят рентгенографию черепа в двух проекциях, при необходимости консультируют больного с оториноларингологом, стоматологом, невропатологом. В первые часы заболевания показано внутривенное введение антибиотиков широкого спектра действия. При внезапном ухудшении зрения или появлении признаков абсцедирования показано срочное хирургическое вмешательство с дренированием полости абсцесса. При наличии патологического процесса в параназальных синусах необходимо их дренирование.
87. Острый пансинусит, реактивный отек век левого глаза. Общее антибактериальное, противовоспалительное и десенсибилизирующее лечение, консультация ЛОР, офтальмолога (острота, поле зрения, глазное дно, исключить флегмону орбиты и вовлечение в воспалительный процесс слезного мешка). Направить в отделение ЛОР стационара, лечение оперативное – вскрытие придаточных пазух, вскрытие и дренирование орбиты – на фоне антибиотикотерапии и противовоспалительного лечения

ОРД-ЛОП-23

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Оториноларингологии с офтальмологией

Эталоны тестовых заданий

по дисциплине офтальмология основной профессиональной образовательной
программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей
квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Ординатура

Специальность – оториноларингология

г. Владикавказ 2023 год

Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Количество тестов (всего)	Код формируемых компетенций	стр. с __ по __
1	2	3	4	5
Вид контроля	Промежуточный			
1	Заболевания придаточного аппарата глаза, связанные с патологией ЛОР-органов.	63	ПК-1; ПК-2; ПК-7.	46-58
2	Заболевания роговой оболочки.	31	ПК-1; ПК-2; ПК-7.	59-63
3	Заболевания переднего отрезка сосудистой оболочки глаза.	23	ПК-1; ПК-2; ПК-7.	64-67
4	Острые заболевания зрительного нерва.	14	ПК-1; ПК-2; ПК-7.	68-59
5	Острый приступ глаукомы	13	ПК-1; ПК-2; ПК-7.	70-71
6	Повреждения придаточного аппарата глаза и глазного яблока.	58	ПК-1; ПК-2; ПК-7.	72-80
5 Модуль	Заболевания и повреждения органа зрения	202	ПК-1; ПК-2; ПК-7.	46-80
6 Зачет	Заболевания и повреждения органа зрения	202	ПК-1; ПК-2; ПК-7.	46-80

ВЕКИ

Выдавливание ячменя может привести:

- А – к развитию флегмоны орбиты;
- Б – синус-тромбозу;
- В – менингиту;
- Г – верно А и Б;
- +Д – верно все перечисленное.

Изменения век при воспалительном отеке включают:

- А – гиперемию кожи век;
- Б – повышение температуры кожи;
- В – болезненность при пальпации;
- +Г – все перечисленное верно.

К воспалительным заболеваниям век относится все, кроме:

- +А – птоза;
- Б – абсцесса;
- В – блефарита;
- Г – ячменя;
- Д – градины.

К клиническим изменениям век при воспалительном отеке относят:

- А – гиперемию кожи век;
- Б – повышение температуры кожи;
- В – болезненность при пальпации;
- Г – сужение глазной щели;
- +Д – верно все перечисленное.

Клинические признаки эмфиземы век включают:

- А – крепитацию;
- Б – отек;
- В – целостность кожных покровов;
- +Г – все перечисленное верно.

Клиника заболевания. На ограниченном участке по краю века заметная припухлость, сопровождающаяся резкой болезненностью и отеком конъюнктивы и кожи века. Через 2-3 дня образовалась гнойная пустула. Через 4 дня гнойник вскрылся. Это:

- А – токсикодермия кожи век;
- +Б – ячмень;
- В – мейбомиевый блефарит;
- Г – флегмона века;
- Д – халазион.

Ожоги век могут быть причиной:

- +А – рубцового выворота век;
- Б – паралитического выворота век;
- В – атонического выворота век;
- Г – спастического выворота век;
- Д – всего перечисленного.

Отличие эмфиземы века от воспалительного отека характеризуется:

- А – наличием гиперемии кожи века;
- Б – болезненностью при пальпации века;
- +В – наличием крепитации;
- Г – всем перечисленным;
- Д – только А и Б.

Показаниями к вскрытию абсцесса века являются:

- +А – появление флюктуации;
- Б – выраженная гиперемия века;
- В – уплотнение ткани века;
- Г – болезненность при пальпации;
- Д – распространение отека на ткани лица.

При абсцессе века необходимо:

- А – обколоть инфильтрат антибиотиками;
- Б – назначить УВЧ, сухое тепло;
- В – при наличии флюктуации – вскрыть и дренировать гнойник;
- +Г – верно А и В;
- Д – верно все перечисленное.

При лечении ячменя недопустимо:

- А – прижигание раствором бриллиантового зеленого;
- Б – УВЧ-терапия;
- +В – выдавливание ячменя;
- Г – инстилляций в глаз сульфаниламидов;
- Д – проведение аутогемотерапии.

При ранах век регенерация тканей:

- +А – высокая;
- Б – низкая;
- В – существенно не отличается от регенерации тканей других областей лица;
- Г – ниже, чем других областей лица.

При ячмене из физиопроцедур следует рекомендовать:

- А – ультрафиолетовое облучение;
- Б – токи ультравысокой частоты;
- В – электрофорез с десказоном;
- +Г – все перечисленное верно.

Рожистое воспаление кожи века характеризуется:

- А – гиперемией и отеком века;
- +Б – появлением резко гиперемизированных участков кожи века и пузырьков, отека века на фоне повышения температуры тела;
- В – на фоне повышения температуры тела – появлением нескольких рядов лежащих пузырьков с прозрачной жидкостью;
- Г – пузырьвидными высыпаниями, занимающими одну половину лба, расположенными в один ряд.

Травматический отек век сопровождается:

- +А – обширными подкожными кровоизлияниями с синюшным

оттенком;
Б – блефароспазмом и слезотечением;
В – зудом;
Г – всем перечисленным;
Д – только Б и В.

КОНЬЮНКТИВА

Аденовирусный конъюнктивит имеет все перечисленные формы, кроме:

- А – катаральной;
- Б – фолликулярной;
- +В – везикулярно-язвенной;
- Г – пленчатой;
- Д – без исключения.

Аллергический конъюнктивит:

- А – дает картину «булыжников»;
- Б – обнаруживается желатинозный лимбальный инфильтрат;
- В – возникает интенсивный зуд;
- Г – купируется инстилляциями стероидов;
- +Д – все перечисленное правильно.

Больная жалуется на закисание правого глаза по утрам, чувство засоренности правого глаза, покраснение, зуд. Объективно: ОД – небольшой отек век, конъюнктивальная инъекция глазного яблока, умеренное количество желтого отделяемого и конъюнктивальной полости, роговица, передняя камера, прозрачные среды и глазное дно без патологии, острота зрения обоих глаз 1,0. Ваш предварительный диагноз:

- А – ячмень;
- Б – блефарит;
- В – кератит;
- Г – склерит;
- +Д – конъюнктивит.

1:5000.

В первые дни заболевания гонобленнореей отделяемое имеет характер:

- А – скудной тягучей слизи;
- +Б – серозный с примесью крови;
- В – мутной жидкости с хлопьями;
- Г – вязкого сливкообразного гноя;
- Д – серозно-гнойной жидкости.

Возбудителем диплобациллярного (ангулярного) конъюнктивита является:

- А – палочка Коха;
- Б – палочка Коха-Уикса;
- +В – диплобацилла Моракса-Аксенфельда;
- Г – гонококк Нейссера;
- Д – пневмококк Френкеля-Вексельбаума.

Возбудителем острого эпидемического конъюнктивита является:

- А – палочка Коха;
- +Б – палочка Коха-Уикса;
- В – диплобацилла Моракса-Аксенфельда;
- Г – гонококк Нейссера;
- Д – пневмококк Френкеля-Вексельбаума.

Герпетический конъюнктивит характеризуется:

- А – односторонностью процесса;
- Б – длительным вялым течением;
- В – высыпанием пузырьков на коже век;
- Г – вовлечением в процесс роговицы;
- +Д – всем перечисленным.

Дифтерийный конъюнктивит характеризуется всеми симптомами, кроме:

- А – отека, гиперемии, болезненности и уплотнения век;
- Б – отделяемого в виде мутной жидкости с хлопьями;
- В – наличия на конъюнктиве серых, трудно отделяющихся пленок;
- +Г – наличия хламидий в конъюнктивальном мешке;
- Д – образования звездчатых рубцов.

Для аденофарингоконъюнктивальной лихорадки нехарактерно:

- +А – возникновение заболевания в летний период;
- Б – наличие катаральных явлений верхних дыхательных путей;
- В – наличие очень скудного слизисто-гнойного отделяемого;
- Г – снижение чувствительности роговицы;
- Д – контагиозность заболевания.

Для герпетического конъюнктивита характерны следующие клинические формы:

- А – катаральная;
- Б – фолликулярная;
- В – везикулярно-язвенная;
- +Г – все перечисленные;
- Д – только Б и В.

Для лечения гонобленнореи нецелесообразно применять:

- А – промывания конъюнктивального мешка раствором перманганата калия;
- Б – инстилляций раствора натриевой соли бензилпенициллина;
- В – инстилляций 30% раствора сульфацил-натри;
- Г – закладывание тетрациклиновой мази за веки;
- +Д – инстилляций 1% раствора пилокарпина.

Для лечения дифтерийного конъюнктивита применяют все, кроме:

- А – противодифтерийной сыворотки;
- Б – антибиотиков широкого спектра действия;
- В – витаминов;
- Г – промываний конъюнктивального мешка;
- +Д – все перечисленное без исключения.

Для острого инфекционного конъюнктивита характерны все симптомы, кроме:

- А – чувства засоренности глаза;
- +Б – перикорнеальной инъекции глаза;
- В – конъюнктивальной инъекции глаза;
- Г – отделяемого из глаза;
- Д – пролиферации сосочков и фолликулов.

Для пневмококкового конъюнктивита характерны все симптомы, кроме:

- А – наличия катаральных явлений;
- Б – обильного слизисто-гнойного отделяемого;

- +В – возникновения в летне-осенний период;
- Г – наличия легко снимающихся пленок на конъюнктиве;
- Д – резкой гиперемии конъюнктивы.

Инкубационный период при аденовирусном конъюнктивите равен:

- А – 1-2 дня;
- Б – 2-3 дня;
- В – 4-5 дней;
- +Г – 1 неделя;
- Д – до 2 недель.

Инкубационный период при гонобленнорее составляет:

- А – 1-2 дня;
- +Б – 2-3 дня;
- В – 4-5 дней;
- Г – 1 неделя;
- Д – до 2 недель.

Какой из перечисленных препаратов нецелесообразно назначать для лечения пневмококкового конъюнктивита?

- А – 30% раствор сульфацил-натрия;
- Б – 0,3% раствор тобрекса;
- +В – 4% раствор тауфона;
- Г – 1% тетрациклиновую мазь;
- Д 1% эмульсию синтомицина.

Клинически различают все виды гонбленнорей, кроме:

- А – гонбленнорей новорожденных;
- Б – гонбленнорей детей;
- +В – гонбленнорей подростков;
- Д – гонбленнорей взрослых.

Лекарственными препаратами для поллинозного конъюнктивита могут являться все, кроме:

- +А – раствора атропина;
- Б – раствора дексаметазона;
- В – раствора адреналина;
- Г – раствора лекролина;
- Д – раствора преднизолона.

Молодой мужчина, проходящий курс антибиотикотерапии по поводу гонорейного уретрита, обратился за консультацией к врачу-окулисту. Осмотрев больного, врач поставил диагноз – гонорейный конъюнктивит. Какой симптом наиболее характерен для данного заболевания?

- +А – обильное гнойное отделяемое;
- Б – скудное слизистое отделяемое;
- В – покраснение слизистой по углам глазной щели.
- Г – перикорнеальная инъекция;
- Д – наличие на роговице фликтен.

Назначение какого из перечисленных препаратов нецелесообразно для лечения аденовирусного эпидемического кератоконъюнктивита?

- А – 0,25% оксолиновой мази;
- Б – интерферона в каплях;
- +В – 1% тетрациклиновой мази;
- Г – 4% раствора полудана;
- Д – 0,1% раствор оксолина.

Нехарактерно для острого эпидемического конъюнктивита:

- А – наличие отделяемого из глаза;
- Б – сильный отек конъюнктивы в области нижней переходной складки;
- +В – наличие легко снимающихся пленок на конъюнктиве;
- Г – недомогание, повышение температуры;
- Д – петехиальные кровоизлияния в конъюнктиве.

Общая симптоматика эпидемического конъюнктивита не сопровождается:

- А – общим недомоганием;
- Б – повышением температуры;
- В – насморком;
- Г – головными болями;
- +Д – сопровождается всеми симптомами без исключения.

Основная опасность гонобленнореи заключается в:

- А – заболевании пациента гонореей;
- Б – образовании грубых рубцов в конъюнктиве;
- В – контагиозности больного;
- Г – возникновении десиминированного хориоретинита;
- +Д – поражении роговой оболочки.

Основным фактором, осложняющим течение эпидемического аденовирусного кератоконъюнктивита является:

- +А – множественные точечные инфильтраты и помутнения роговицы;
- Б – высокая контагиозность заболевания;
- В – гиперемия и студенистый отек конъюнктивы;
- Г – увеличение и болезненность предушных и подчелюстных лимфоузлов;
- Д – недомогание.

Особенностями течения гонобленнореи у взрослых является все, кроме:

- А – лихорадочного состояния;
- Б – поражения суставов;
- +В – повышения артериального давления;
- Г – поражения мышц;
- Д – нарушения сердечной деятельности.

Отделяемое при дифтерийном конъюнктивите носит характер:

- А – скудной тягучей слизи;
- Б – серозный с примесью крови;
- В – серозно-гнойной жидкости;
- Г – вязкого сливкообразного гноя;
- +Д – мутной жидкости с хлопьями.

Пневмококковый конъюнктивит не сопровождается:

- А – наличием легко снимающихся пленок на конъюнктиве;

- +Б – кровоточением из конъюнктивы при снятии пленок;
- В – точечными геморрагиями на конъюнктиве склеры;
- Г – мелкими инфильтратами в перилимбальной зоне роговицы;
- Д – отеком век.

Поражение век при дифтерийном конъюнктивите характеризуется всеми изменениями, кроме:

- А – сильного отека;
- Б – гиперемии;
- В – болезненности;
- +Г – гнойной инфильтрации;
- Д – уплотнения.

При диплобациллярном конъюнктивите отделяемое имеет характер:

- +А – скудной тягучей слизи;
- Б – серозный с примесью крови;
- В – мутной жидкости с хлопьями;
- Г – вязкого сливкообразного гноя;
- Д – серозно-гнойной жидкости.

При дифтерии конъюнктивы отделяемое имеет характер:

- А – слизи;
- Б – серозный с примесью крови;
- +В – мутной жидкости с хлопьями;
- Г – вязкого сливкообразного гноя;
- Д – серозно-гнойной жидкости.

При осмотре окулистом ребенка, находящегося на лечении в инфекционном отделении, обнаружено, что веки обоих глаз отечные, гиперемизированы, на слизистой и коже век грязно-серые, плотные, с трудом снимающиеся пленки с кровоточащей и некротизированной поверхностью под ними. Ваш предварительный диагноз:

- +А – дифтерийный конъюнктивит;
- Б – трахома;
- В – вирусный конъюнктивит;
- Г – весенний катар;
- Д – гонобленорея новорожденных.

При эпидемическом конъюнктивите не встречается:

- А – слизистое отделяемое;
- Б – обильное гнойное отделяемое;
- +В – наличие легко снимающихся пленок;
- Г – наличие петехиальных кровоизлияний;
- Д – отек нижней переходной складки.

С какими конъюнктивитами необходимо дифференцировать фарингоконъюнктивальную лихорадку?

- А – эпидемическим конъюнктивитом;
- Б – дифтерией конъюнктивы;
- В – трахомой;
- Г – верно А и Б;
- +Д – верно Б и В.

Симптомами гонобленнореи может быть все, кроме:

- А – обильного отделяемого;
- Б – отека конъюнктивы;
- +В – кровоизлияний под конъюнктиву;
- Г – выраженного отека век;
- Д – наличия в отделяемом гонококков.

У новорожденного на 3-й день жизни отмечено: выраженный отек и гиперемия век обоих глаз; из глазной щели под давлением изливается кровянистое отделяемое цвета ясных помоев. Конъюнктура резко гиперемирована, инфильтрирована и легко кровоточит. Ваш предварительный диагноз:

- А – весенний катар;
- Б – аденовирусный конъюнктивит;
- +В – гонобленорея новорожденных;
- Г – туберкулез конъюнктивы;
- Д – трахома.

Фарингоконъюнктивальная лихорадка сопровождается всеми симптомами, кроме:

- А – лихорадки;
- Б – увеличения подчелюстных лимфатических узлов;
- В – отека и гиперемии век и конъюнктивы;
- Г – не обильного слизистого или слизисто-гнойного отделяемого;
- +Д – всеми симптомами без исключения.

Через неделю после заболевания гонобленореей отделяемое имеет характер:

- А – скудной тягучей слизи;
- Б – серозный с примесью крови;
- В – мутной жидкости с хлопьями;
- +Г – вязкого сливкообразного гноя;
- Д – серозно-гнойной жидкости.

СЛЕЗНЫЕ ОРГАНЫ

Для лечения дакриоаденита целесообразно назначать все, кроме:

- А – антибиотиков;
- Б – сульфаниламидных препаратов;
- В – тканевой терапии;
- +Г – анальгетиков;
- Д – физиотерапии.

К исследованиям, указывающим на локализацию препятствия оттока слезной жидкости в слезовыводящих путях относятся все перечисленные, кроме:

- А – канальцевой пробы с красителями;
- Б – слезно-носовой пробы с красителями;
- В – рентгенографии слезопроводящих путей с контрастным веществом;
- +Г – обзорной рентгенографии орбиты.

Какие исследования помогают выявить патологию слезоотводящих путей?

- А – проба Веста-1;
- Б – проба Веста-2
- В – проба Ширмера;
- Г – верно все перечисленное;
- +Д – верно А и Б.

Канальцевая проба считается положительной, если глазное яблоко обесцвечивается через:

- +А – 1-2 минуты;
- Б – 3-4 минуты;
- В – 5-7 минут;
- Г – 7-10 минут;
- Д – не обесцвечивается.

Лучшим хирургическим методом лечения хронического дакриоцистита является:

- +А – эндоназальная дакриоцисториностомия;
- Б – наружная дакриоцисториностомия;
- В – экстирпация слезного мешка;
- Г – лакориностомия;
- Д – каналикулориностомия.

Носовая проба считается положительной, если красящее вещество появляется в носу через:

- А – 1-2 минуты;
- +Б – 3-5 минут;
- В – 6-7 минут;
- Г – 8-10 минут;
- Д – не появляется.

Основной причиной дакриоцистита у взрослых является:

- А – стриктура слезных канальцев;
- Б – атония круговой мышцы век;
- В – рубцовые изменения кожи век в области слезного мешка;
- +Г – непроходимость слезно-носового канала;
- Д – наличие мембраны в устье носослезного протока.

Основным симптомом дакриоцистита является:

- А – слезотечение в помещении;
- +Б – выделение из слезных точек слизисто-гнойного отделяемого при надавливании на область слезного мешка;
- В – гиперемия кожи, болезненность, отек тканей в области слезного мешка;
- Г – головные боли, повышение температуры, недомогание;
- Д – выворот нижних слезных точек.

Показанием к экстренному хирургическому лечению дакриоцистита является:

- А – наличие свища в области слезного мешка;
- Б – гидропс;
- В – флюктуация;
- +Г – гнойная язва роговицы;
- Д – все перечисленное.

При дакриоадените наблюдаются все симптомы, кроме:

- А – припухлости, гиперемии и болезненности наружной части верхнего века;
- +Б – уменьшения продукции слезы;
- В – характерной формы глазной щели;
- Г – смещения и ограничения подвижности глазного яблока;
- Д – увеличения регионарных лимфоузлов.

При дакриоцистите функциональные пробы выглядят следующим образом:

- +А – положительная канальцевая проба, отрицательная носовая;
- Б – положительная носовая проба, отрицательная канальцевая;
- В – обе пробы отрицательные;
- Г – обе пробы положительные;
- Д – пробы поставить не удастся.

При постановке носовой пробы ватный тампон вводят:

- А – в верхний носовой ход;
- Б – в средний носовой ход;
- +В – в нижний носовой ход;
- Г – в слезноносовый канал;
- Д – в конъюнктивальный мешок.

Радикальное излечение дакриоцистита достигается:

- А – назначением антибиотиков внутрь;
- Б – путем зондирования;
- +В – операцией дакриоцисториностомией;
- Г – приемом анальгетиков;
- Д – дачей мочегонных средств.

Флегмону слезного мешка вскрывают через кожу при наличии:

- +А – абсцесса в области слезного мешка;
- Б – плотной опухоли слезного мешка;
- В – гиперемии и припухлости в этой области;
- Г – отека под глазом;
- Д – свища в указанной зоне.

ГЛАЗНИЦА

Возникновение острого воспалительного заболевания орбиты может быть связано с:

- А – фронтитом;
- Б – гайморитом;
- В – этмоидитом;
- Г – остеомиелитом верхней челюсти;
- +Д – всем перечисленным.

Диффузное острое воспаление орбитальной клетчатки – это:

- А – остеоperiостит;
- +Б – флегмона;
- В – абсцесс;
- Г – фурункул;
- Д – ячмень.

Для тенонита характерны все симптомы, кроме:

- А – чувства давления в глазнице;
- +Б – наличия гнойного отделяемого;
- В – болезненности при движениях глаза;
- Г – экзофтальма;
- Д – ограничения подвижности глаза.

К воспалительным заболеваниям орбиты относятся:

- А – остеоperiостит;
- Б – флегмона;
- В – тенонит;
- +Г – все верно;
- Д – верно А и Б.

К причинам, вызывающим периоститы орбиты, относятся:

- А – заболевания придаточных пазух носа;
- Б – дакриоцистит;
- В – фурункулы кожи лица;
- Г – кариес зубов;
- +Д – все перечисленное верно.

Клинические признаки остеоperiостита орбиты:

- А – экзофтальм;
- Б – ограничение подвижности глазного яблока;
- В – болезненность при надавливании;
- Г – отек век;
- +Д – все перечисленное верно.

Наиболее частой причиной возникновения флегмоны орбиты у взрослых является:

- А – острые респираторные заболевания;
- Б – травматические повреждения костных стенок орбиты;
- +В – воспалительный процесс в параназальных синусах;
- Г – неудачно проведенные операции на околоносовых пазухах;
- Д – хронические инфекции.

Неотложная помощь при флегмоне орбиты:

- +А – вскрытие и дренирование орбиты;
- Б – холод;
- В – токи ультравысокой частоты;
- Г – все перечисленное.

Основными методами лечения флегмоны орбиты являются:

- А – широкое вскрытие глазницы уже в стадии серозного отека;
- Б – назначение витаминных капель;
- В – введение больших доз антибиотиков;
- Г – только Б и В;
- +Д – только А и В.

При флегмоне орбиты наблюдается:

- А – отек и гиперемия век;
- Б – хемоз конъюнктивы;
- В – офтальмоплегия;
- +Г – все перечисленное;
- Д – только А и Б.

Флегмона орбиты может быть вызвана:

- А – распространением инфекции из прилежающих анатомических структур;
- Б – распространением инфекции метастатическим путем из отдельного очага;
- В – проникающим ранением орбиты с наличием инородного тела;
- +Г – всем перечисленным;
- Д – ничем из перечисленного.

РОГОВИЦА

Больной жалуется на снижение остроты зрения правого глаза, покраснение, боль в глазу, невозможность смотреть на яркий свет. Объективно: ОД – светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. Перикорнеальная инъекция глазного яблока, в роговице инфильтрат 2х3 мм желтого цвета, поверхность над ним эрозирована, передняя камера средней глубины, радужка структурна, фотореакция живая, среды прозрачны, глазное дно без изменений. Ваш предварительный диагноз:

- А – бельмо роговицы;
- Б – острый приступ глаукомы;
- В – конъюнктивит;
- Г – иридоциклит;
- +Д – кератит.

В лечении поверхностных форм герпетического кератита наиболее эффективно применение:

- +А – интерферонов и интерфероногенов;
- Б – кортикостероидов;
- В – антибиотиков;
- Г – правильно А и В;
- Д – всех перечисленных препаратов.

В понятие роговичного синдрома не входит:

- А – слезотечение;
- +Б – инфильтрат роговицы;
- В – перикорнеальная инъекция;
- Г – чувство инородного тела под веком;
- Д – блефароспазм.

Для выявления дефекта эпителия роговой оболочки необходимо:

- А – провести исследование фокальным освещением;
- Б – произвести тщательную биомикроскопию;
- В – выполнить диафаноскопию роговицы;
- +Г – окрасить роговицу флюоресцеином;
- Д – внимательно офтальмоскопировать глаз.

Для кератитов не характерно:

- +А – повышенное внутриглазное давление;
- Б – снижение тактильной чувствительности роговицы;
- В – наличие инфильтратов роговицы;
- Г – васкуляризация роговицы;
- Д – перикорнеальная или смешанная инъекция.

Для паренхиматозного сифилитического кератита нехарактерно:

- А – молодой возраст больных;
- Б – восстановление прозрачности роговицы;
- В – положительные специфические серологические реакции;
- +Г – инфильтрация в любом участке роговицы;
- Д – цикличность процесса.

Для ползучей язвы роговицы характерными являются все симптомы, кроме:

- А – наличия прогрессивного края язвы;

- Б – наличия гипопиона;
- +В – наличия гифемы;
- Г – наличия регрессивного края язвы;
- Д – наличия иридоциклита.

Для различных форм герпетического кератита характерно:

- А – нейротрофический характер поражения, одним из проявлений которого является снижение чувствительности роговицы глаза;
- Б – замедленная регенерация;
- В – безуспешность антибактериальной терапии;
- Г – верно А и Б;
- +Д – все перечисленное.

Для роговичного синдрома характерны:

- А – светобоязнь и слезотечение;
- Б – блефароспазм;
- В – ощущение инородного тела под веками;
- +Г – все перечисленное;
- Д – только А и Б.

Для туберкулезного глубокого диффузного кератита нехарактерно:

- А – инфильтрация в любом участке роговицы;
- +Б – наличие инфильтрата, состоящего из отдельных мелких штрихов, точек;
- В – поражение одного глаза;
- Г – наличие ремиссий и рецидивов заболевания;
- Д – смешанная васкуляризация роговицы.

Исходом заболеваний роговой оболочки может являться:

- А – восстановление прозрачности;
- Б – облачко;
- В – пятно;
- Г – бельмо;
- +Д – все перечисленное.

Исходом кератита может быть все перечисленное, за исключением:

- А – бельма роговицы;
- +Б – дегенерации макулы сетчатки;
- В – васкуляризации роговицы;
- Г – пятна роговицы;
- Д – язвы роговицы.

К поверхностному герпетическому кератиту относится:

- +А – древовидный кератит;
- Б – метагерпетический кератит;
- В – ландкартообразный кератит;
- Г – листовидный кератит;
- Д – верно А и В.

Наличие древовидного кератита является признаком:

- А – стафилококковой инфекции;
- Б – хламидийной инфекции;

- +В – герпесвирусной инфекции;
- Г – туберкулезной инфекции;
- Д – цитомегаловирусной инфекции.

Наличие перикорнеальной инъекции глазного яблока, шероховатой поверхности роговицы, нарушения тактильной чувствительности роговицы, инфильтратов в роговице и васкуляризации роговицы характерно для:

- А – тромбоза центральной зоны сетчатки;
- Б – дегенерации желтого пятна;
- В – катаракты;
- Г – диабетической ретинопатии;
- +Д – кератита.

Наличие черного пузырька над поверхностью роговицы носит название:

- +А – десцеметоцеле;
- Б – инфильтрата;
- В – передней синехии;
- Г – фасетки;
- Д – карбункула.

Ощущение инородного тела в глазу может быть связано с:

- А – эрозией роговицы;
- Б – ксерозом или прексерозом роговицы;
- В – кератитом;
- Г – конъюнктивитом;
- +Д – любым из перечисленного.

Передней синехией называется:

- А – спайка между роговицей и конъюнктивой век;
- Б – спайка между конъюнктивой век и глазным яблоком.
- +В – спайка между радужкой и роговицей;
- Г – спайка между радужкой и хрусталиком;
- Д – спайка между цилиарным телом и хрусталиком.

Поверхностная васкуляризация роговицы встречается при:

- +А – фликтенулезном кератите;
- Б – аденовирусном конъюнктивите;
- В – склерите;
- Г – эписклерите;
- Д – всем перечисленным.

Поверхностный краевой кератит чаще всего является следствием:

- А – острого конъюнктивита;
- Б – хронического конъюнктивита;
- В – блефарита;
- Г – мейбомита;
- +Д – всего перечисленного.

Подконъюнктивальные инъекции показаны при:

- А – заболеваниях век;
- Б – заболеваниях слезоотводящих путей;
- +В – заболеваниях роговицы;

Г – острых заболеваниях зрительного нерва;
Д – хронических заболеваниях зрительного нерва.

При наличии ползучей язвы роговицы в первую очередь нужно:

А – ввести антибиотики;
Б – сделать обезболивание;
+В – госпитализировать больного;
Г – закапать мидриатики;
Д – прижечь язву.

При ограниченном стойком центральном помутнении роговицы с сохранением светоощущения целесообразно:

А – проведение рассасывающей терапии;
+Б – проведение кератопластики;
В – проведение кератопротезирования;
Г – ношение окрашенной контактной линзы;
Д – татуаж роговицы.

При пересадке роговицы в качестве трансплантата обычно используют:

А – искусственную роговицу;
Б – трупную роговицу;
В – твердую мозговую оболочку;
Г – роговицу животных;
Д – ничего из перечисленного.

При центральной язве роговицы с угрозой ее перфорации показано:

А – инстилляций и инъекций антибактериальных лекарственных средств;
Б – инстилляций и инъекций миотиков;
В – инстилляций и инъекций мидриатиков;
Г – инстилляций и инъекций кортикостероидов;
+Д – срочное оперативное лечение.

Различают следующие типы васкуляризации роговицы, кроме:

А – поверхностной;
+Б – субэпителиальной;
В – глубокой;
Г – смешанной;
Д – все перечисленное верно.

Снижение остроты зрения при заболеваниях роговицы может быть связано с:

А – помутнением роговицы;
Б – васкуляризацией роговицы;
В – нарушением нормальной сферичности роговицы;
+Г – любым из перечисленного;
Д – только А и В.

Сочетание признаков – светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, боль в глазу – характерно для:

А – катаракты;
+Б – кератита;
В – отслойки сетчатки;

Г – атрофии зрительного нерва;
Д – тромбоза центральной вены сетчатки.

У больного на фоне ОРЗ появились пузырьковые высыпания на коже век правого глаза и инфильтраты на роговой оболочке в виде веточки, сопровождающиеся покраснением глазного яблока, отсутствием чувствительности роговицы над инфильтратом. О какой этиологии кератита можно думать в данном случае:

А – туберкулезный;
+В – герпетический;
В – аденовирусный;
Г – грибковый;
Д – пневмококковый.

Эрозия роговицы может сопровождаться:

А – слезотечением;
Б – светобоязнью;
В – блефароспазмом;
Г – ощущением боли в глазу;
+Д – всем перечисленным.

Этиологическим фактором, вызывающим фликтенулезный кератит является:

А – стафилококковая инфекция;
+Б – туберкулезная инфекция;
В – сифилис;
Г – гонорейная инфекция;
Д – вирусная инфекция.

СОСУДИСТАЯ ОБОЛОЧКА

Бомбированная радужка приводит к развитию:

- А – кератита;
- Б – катаракты;
- +В – вторичной глаукомы;
- Г – отслойки сетчатки;
- Д – эндофтальмиту.

Бомбированная радужка – это:

- А – радужка с наличием отверстий;
- Б – радужка, лишенная пигментной каймы зрачка;
- В – радужка с деформированным зрачком;
- Г – радужка, оторванная у корня;
- +Д – выпячивание радужки кпереди внутриглазной жидкостью.

В изменении цвета радужки при иридоциклите не имеет значения:

- +А – перераспределение пигмента;
- Б – отек;
- В – резкое кровенаполнение сосудов;
- Г – наличие экссудата с наличием элементов крови;
- Д – отложение гемосидерина.

В качестве первой помощи при иридоциклите необходимо применять:

- А – анальгетики;
- +Б – мидриатики;
- В – антибиотики;
- Г – сульфаниламиды;
- Д – кортикостероиды.

Гной на дне передней камеры носит название:

- +А – гипопион;
- Б – гифема;
- В – гемофтальм;
- Г – транссудат;
- Д – шварта.

Для клинической картины иридоциклита нехарактерно:

- А – перикорнеальная или смешанная инъекция глазного яблока;
- Б – наличие преципитатов на задней поверхности роговицы;
- В – ступенчатость рисунка и изменение цвета радужки;
- +Г – расширение зрачка;
- Д – сужение зрачка.

Другое название иридоциклита:

- А – панувеит;
- Б – периферический увеит;
- +В – передний увеит;
- Г – парспланит;
- Д – хориоидит.

Изменение формы зрачка при иридоциклите связано с наличием:

А – преципитатов;
+Б – задних синехий;
В – передних синехий;
Г – гониосинехий;
Д – шварт.

Кардинальными симптомами воспаления радужки являются все, кроме:

+А – гиперемии век;
Б – стушеванности рисунка радужки;
В – сужения зрачка;
Г – изменения цвета радужки;
Д – все без исключения.

Клиническая картина ирита характеризуется всеми симптомами, кроме:

А – стушеванности рисунка радужки;
Б – перикорнеальной инъекции;
В – сужения зрачка;
Г – изменения цвета радужной оболочки;
+Д – все перечисленное верно.

Кровь на дне передней камеры носит название:

А – гипопион;
+Б – гифема;
В – гемофтальм;
Г – транссудат;
Д – шварта.

Мидриатики назначаются при:

А – закрытоугольной глаукоме;
Б – аллергическом конъюнктивите;
В – травматическом мидриазе;
+Г – ирите;
Д – невралгии.

На задней поверхности роговицы преципитаты имеют форму:

А – круга;
Б – кольца;
В – вытянутого овала;
Г – неправильную форму;
+Д – треугольника.

Отложения клеточных элементов, склеенных фибрином, на задней поверхности роговицы называется:

А – задние синехии;
Б – передние синехии;
+В – преципитаты;
Г – гифема;
Д – шварты.

Перикорнеальная инъекция свидетельствует о:

А – конъюнктивите;
Б – повышенном внутриглазном давлении;

+В – воспалении сосудистого тракта;
Г – любом из перечисленных;
Д – ни об одном из перечисленных.

Преципитаты могут откладываться на всех перечисленных структурах, кроме:

+А – на всех перечисленных структурах без исключения;
Б – задней поверхности роговицы;
В – передней поверхности хрусталика;
Г – задней поверхности хрусталика;
Д – передней мембране стекловидного тела.

Преципитаты на задней поверхности роговицы формируются из:

А – эндотелиальных клеток роговицы;
Б – ткани поверхностного листка радужки;
В – слущенного эпителия хрусталика;
+Г – клеточных элементов, склеенных фибрином;
Д – пигментных клеток.

При иридоциклите не наблюдается:

А – ломящие боли в глазу;
+Б – чувство инородного тела под веком;
В – светобоязнь;
Г – слезотечение;
Д – блефароспазм.

При наличии бомбированной радужки и вторичной глаукомы целесообразно выполнение:

А – пересадки роговицы;
Б – экстракапсулярной экстракции катаракты;
+В – базальной иридэктомии;
Г – фильтрующей аниглаукоматозной операции;
Д – витрэктомии.

Спайки между радужной оболочкой и передней капсулой хрусталика называются:

+А – задние синехии;
Б – передние синехии;
В – преципитаты;
Г – гифема;
Д – шварты.

Стушеванность рисунка радужки при иридоциклите наблюдается вследствие:

А – увеличенного кровенаполнения сосудов;
Б – гипертрофии поверхностного листка радужки;
В – атрофии стромы;
+Г – отека;
Д – повышения тонуса сфинктера радужки.

Сужение зрачка при иридоциклите обусловлено всеми факторами, кроме:

А – отека радужки;
Б – усиления кровенаполнения сосудов;
+В – снижения тонуса цилиарной мышцы;
Г – повышения тонуса сфинктера зрачка;

Д – всем без исключения.

Усиление болей, особенно в ночное время, при иридоциклите связано с вовлечением в воспалительный процесс:

- +А – цилиарного тела;
- Б – роговицы;
- В – тройничного нерва;
- Г – склеры;
- Д – радужной оболочки.

ЗРИТЕЛЬНЫЙ НЕРВ

Больные с застойным диском зрительного нерва чаще предъявляют жалобы на:

- А – снижение остроты зрения;
- +Б – головную боль;
- В – сужение поля зрения;
- Г – периодическую потерю зрения;
- Д – нарушение цветоощущения.

В случаях застойных дисков зрительных нервов ведущая роль принадлежит:

- А – офтальмологу;
- Б – хирургу;
- В – невропатологу;
- +Г – нейрохирургу;
- Д – терапевту.

Для застойного диска зрительного нерва нехарактерно:

- А – увеличение и грибовидное выпячивание диска в стекловидное тело;
- Б – нечеткость границ диска;
- +В – снижение зрительных функций;
- Г – наличие перипапиллярного отека;
- Д – кровоизлияния в сетчатку в перипапиллярной зоне.

Для офтальмоскопической картины неврита зрительного нерва характерно все, кроме:

- А – гиперемии диска;
- Б – наличия экссудата в воронке диска;
- В – ступенчатости границ диска;
- Г – расширения артерий и извитости вен;
- +Д – наличия фиброзных тяжей от диска к периферии сетчатки.

Застойные диски зрительных нервов характеризуются:

- А – отеком ткани диска, ступенчатостью его границ;
- Б – выстоянием диска;
- В – расширением вен сетчатки;
- Г – кровоизлияниями,
- +Д – всем перечисленным.

Застойный диск зрительного нерва является признаком:

- А – воспаления зрительного нерва;
- +Б – повышения внутричерепного давления;
- В – ретробульбарной опухоли;
- Г – повышения внутриглазного давления;
- Д – опухоли диска зрительного нерва.

Кровоизлияния при неврите зрительного нерва локализуются:

- А – по всему глазному дну;
- Б – в макулярной области;
- +В – на диске или около него;
- Г – на периферии глазного дна;
- Д – все перечисленное верно.

Неврит зрительного нерва характеризуется всеми нарушениями зрительных функций, кроме:

- А – снижения зрения;
- Б – сужения поля зрения;
- В – центральных скотом;
- Г – нарушения цветоощущения;
- +Д – гемералопии.

Невриты зрительных нервов характеризуются:

- А – резким снижением зрения;
- Б – гиперемией диска зрительного нерва;
- В – отеком диска зрительного нерва;
- +Г – всем перечисленным;
- Д – только А и В.

Нехарактерно для офтальмоскопической картины при неврите зрительного нерва:

- +А – экскавация;
- Б – стушеванность границ;
- В – расширение артерий и извитость вен;
- Г – заполнение сосудистой воронки экссудатом;
- Д – гиперемия диска.

При невритах зрительного нерва зрение:

- А – не изменяется;
- Б – снижается незначительно и медленно;
- В – снижается незначительно и быстро;
- +Г – снижается значительно и быстро;
- Д – любой из перечисленных вариантов.

При неврите зрительного нерва цвет диска:

- А – не меняется;
- +Б – гиперемирован;
- В – бледный;
- Г – восковидный;
- Д – серый.

Причиной развития застойных дисков зрительных нервов может быть:

- А – опухоли и опухолеподобные заболевания мозга;
- Б – кисты мозга;
- В – воспалительные процессы;
- Г – травма мозга;
- +Д – все перечисленное.

Причиной развития невритов зрительных нервов являются:

- А – вирусы;
- Б – микробная флора;
- В – токсины;
- Г – аллергия;
- +Д – различные сочетания всех перечисленных факторов.

ВНУТРИГЛАЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ

Блок угла передней камеры может быть вызван:

- А – нерассосавшейся мезодермальной тканью;
- Б – конем радужной оболочки;
- В – новообразованными сосудами;
- Г – кровью;
- +Д – всем перечисленным.

Внутриглазное давление при остром приступе глаукомы:

- А – повышено;
- +Б – резко повышено;
- В – не изменяется;
- Г – незначительно повышено;
- Д – резко понижено.

Диуретические и дегидратационные средства показаны при:

- А – дистрофических процессах;
- +Б – повышении внутриглазного давления;
- В – рецидивирующих ячменях;
- Г – иритах;
- Д – катаракте.

Для острого приступа закрытоугольной глаукомы нехарактерно:

- А – отек роговицы;
- Б – мелкая передняя камера;
- В – широкий овальной формы зрачок;
- Г – застойная инъекция глазного яблока;
- +Д – узкий зрачок с сохранением его реакции на свет.

Лечение острого приступа глаукомы включает:

- А – инстилляций миотиков;
- Б – назначение бета-адреноблокаторов;
- В – инстилляций симпатомиметиков;
- Г – прием диакарба;
- +Д – верно все перечисленное.

Миотики назначаются при:

- А – ирите;
- +Б – глаукоме;
- В – конъюнктивите;
- Г – невралгии;
- Д – вирусном кератите.

Нормальный уровень тонометрического внутриглазного давления составляет:

- А – 11-14 мм рт.ст.;
- +Б – 16-26 мм рт.ст.;
- В – 27-32 мм рт.ст.;
- Г – 33-38 мм рт.ст.;
- Д – 39-41 мм рт.ст.

Основной жалобой больного при остром приступе глаукомы является:

- А – боль в глазу, иррадиирующая в соответствующую половину головы, челюсти, зубы и туман перед глазами;
- Б – снижение зрения;
- В – нарушение подвижности глазного яблока;
- Г – только А и В;
- +Д – только А и Б.

Первую помощь при остром приступе глаукомы следует начинать с:

- +А – назначения частых инстилляций пилокарпина;
- Б – дачи солевого слабительного;
- В – назначения диуретиков;
- Г – использования осмотических средств;
- Д – горячих ножных ванн.

После купирования острого приступа глаукомы необходимо:

- А – продолжить применение миотиков и наблюдение;
- +Б – через 24 часа произвести операцию;
- В – рекомендовать применение мочегонных средств;
- Г – назначить сосудорасширяющие препараты;
- Д – рекомендовать курсы инъекций тауфона два раза в год.

При остром приступе глаукомы:

- +А – пилокарпин закапывают через каждый час;
- Б – пилокарпин закапывают 3-4 раза в день;
- В – пилокарпин не закапывают;
- Г – применяется электрофорез с пилокарпином;
- Д – закапывают пилокарпин в сочетании с альбуцидом.

При остром приступе глаукомы не наблюдается:

- А – болей в глазу и надбровной дуге;
- Б – затуманивания зрения и появления радужных кругов при взгляде на источник света;
- В – тошноты и рвоты;
- Г – болей, иррадиирующих в отдаленные органы;
- +Д – могут наблюдаться все вышеперечисленные симптомы.

Симптомы, характерные для всех видов глауком:

- А – повышение сопротивляемости оттоку водянистой влаги;
- Б – неустойчивость внутриглазного давления;
- В – повышение уровня внутриглазного давления;
- Г – изменение поля зрения;
- +Д – все перечисленные верно.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ГЛАЗ

Абсолютным показанием к энуклеации является:

- А – острый приступ впервые выявленной глаукомы;
- Б – гемофтальм на глазу с диабетической ретинопатией;
- +В – риск развития симпатической офтальмии;
- Г – проникающее осколочное ранение глазного яблока;
- Д – все перечисленное.

Абсолютным признаком нахождения инородного тела в глазу является:

- А – отсутствие передней камеры, рана роговицы или склеры с неадаптированными краями;
- Б – травматический гемофтальм;
- +В – клинически определяемые признаки металлоза;
- Г – травматическая катаракта;
- Д – повышение внутриглазного давления.

Абсолютными признаками проникающего ранения являются:

- А – рана, проходящая через все слои роговицы, склеры или роговично-склеральной зоны;
- Б – ущемление в ране внутренних оболочек глаза;
- В – внутриглазное инородное тело;
- Г – травматическая колобома радужки, пузырек воздуха в стекловидном теле;
- +Д – все перечисленное.

Берлиновское помутнение характеризуется:

- А – эндотелиально-эпителиальной дистрофией;
- Б – локальным помутнением хрусталика;
- В – развитием плавающих и фиксированных помутнений в стекловидном теле;
- +Г – ограниченным помутнением сетчатки;
- Д – всем перечисленным.

Больной К. поступил в кабинет неотложной офтальмологической помощи со следующей симптоматикой: отек и гематома век, сужение глазной щели, экзофтальм, ограничение подвижности глазного яблока книзу и к носу, птоз, подкожная эмфизема с крепитацией в области левого глаза. Наиболее вероятный диагноз:

- А – атрофия ретробульбарной клетчатки;
- Б – воспаление ретробульбарного пространства;
- В – гематома орбиты;
- +Г – перелом стенок глазницы;
- Д – миозит прямых мышц глаза.

Больной получил ожог правого глаза горячей сигаретой. Жалобы на сильные боли в правом глазу, снижение зрения. Объективно: острота зрения – 0,02. Светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. Смешанная инъекция глазного яблока. Роговица мутная, вся ее поверхность эрозирована. С трудом просматривается передняя камера и радужная оболочка. Ожог роговицы следует расценивать, как:

- А – ожог I степени;
- Б – ожог II степени;

+В – ожог III степени;
Г – ожог IV степени.

Внутриглазное инородное тело может быть определено в глазу с помощью:

А – биомикроскопии и офтальмоскопии;
Б – гониоскопии;
В – рентгенологического метода;
Г – ультразвуковой эхоофтальмографии;
+Д – всех перечисленных методов.

Воспаление всех оболочек глаза называется:

А – эндофтальмитом;
+Б – панофтальмитом;
В – флегмоной;
Г – абсцессом;
Д – тенонитом.

Воспаление содержимого глаза называется:

+А – эндофтальмитом;
Б – панофтальмитом;
В – флегмоной;
Г – абсцессом;
Д – тенонитом.

Диагноз сквозного ранения глазного яблока устанавливается бесспорно при:

А – наличии внутриорбитального инородного тела;
Б – гемофтальме;
+В – наличии входного и выходного отверстия;
Г – резких болях при движении глазного яблока;
Д – экзофтальме.

Для больных с контузией глаза характерно:

А – кровоизлияния под кожу век и конъюнктиву глазного яблока;
Б – экзофтальм;
В – энофтальм;
+Г – только А и Б;
Д – все правильно.

Для лечения гемофтальма целесообразно применять все, кроме:

А – кровоостанавливающих препаратов;
Б – гипертонических растворов;
+В – антибактериальных препаратов;
Г – ферментов;
Д – ультразвуковой терапии.

Для повреждения глаз ультрафиолетовым облучением характерными симптомами являются:

А – светобоязнь;
Б – слезотечение;
В – гиперемия век;
Г – инъекция глазного яблока;
+Д – верно все перечисленное.

Для проникающего ранения роговицы характерно:

- А – наличие раны роговицы, проходящей через все ее слои;
- Б – мелкая передняя камера;
- В – выпадение радужной оболочки;
- Г – повреждение хрусталика;
- +Д – все перечисленное.

Для точной локализации внутриглазного инородного тела необходимо произвести:

- А – ультразвуковое исследование;
- Б – офтальмоскопию;
- В – обзорную рентгенографию орбиты;
- +Г – рентгенографию по Балтину;
- Д – все перечисленное верно.

К тупым травматическим повреждениям переднего отрезка глаза относятся все, кроме:

- +А – контузии сетчатки;
- Б – гифемы;
- В – травматического мидриаза;
- Г – иридодиализа;
- Д – травматической катаракты.

Кардинальным клиническим признаком эндофтальмита, отличающим его от травматического иридоциклита, является:

- А – полная потеря зрения раненого глаза;
- Б – сильные боли в глазу в половине головы на стороне ранения;
- В – умеренный отек век и конъюнктивы;
- Г – отсутствие рефлекса с глазного дна либо желтоватый рефлекс в области зрачка;
- +Д – все перечисленное.

Клиническая картина металлоза глаза может быть вызвана:

- А – внедрившимся в глазное яблоко инородным телом;
- Б – пищевым отравлением солями тяжелых металлов;
- В – особенностями работы на вредном производстве;
- Г – последствиями гемолиза при гемофтальме;
- +Д – верно А и Г.

Клинические признаки эмфиземы век включают:

- А – крепитацию;
- Б – отек;
- В – целостность кожных покровов;
- +Г – все перечисленное верно.

Кровоизлияние в переднюю камеру глаза носит название:

- А – ириоденез;
- +Б – гифема;
- В – иридодиализ;
- Г – гемофтальм;
- Д – гематома.

Кровоизлияние в стекловидное тело носит название:

- А – иридоциклит;
- Б – гифема;
- В – иридодиализ;
- +Г – гемофтальм;
- Д – гематома.

Лечение прободных ранений глазного яблока должно проводиться:

- А – в амбулаторных условиях;
- +Б – в условиях специализированного травматологического центра;
- В – в стационаре общего профиля;
- Г – не требует никакого лечения.

Лучшим дезинтоксикационным средством в патогенетической терапии ожогов глаза является:

- +А – плазма ожоговых реконвалесцентов;
- Б – внутривенное введение глюкозы;
- В – внутримышечное введение витаминов группы В;
- Г – десенсибилизирующие средства;
- Д – сосудорасширяющие средства.

Металлическое внутриглазное инородное тело из передней камеры удаляется:

- А – прямым способом;
- +Б – передним способом;
- В – диасклеральным способом;
- Г – любым из перечисленных;
- Д – не удаляется.

Наиболее сложным для хирургической обработки является разрыв:

- А – кожи века;
- +Б – у медиальной спайки века;
- В – у латеральной спайки века;
- Г – в средней трети века;
- Д – конъюнктивы.

Неотложная помощь при проникающем ранении глазного яблока заключается:

- А – во внутримышечном введении антибиотиков широкого спектра действия;
- Б – в наложении асептической бинокулярной повязки;
- В – во введении противостолбнячной сыворотки;
- Г – в немедленном направлении больного в глазной стационар;
- +Д – все перечисленное верно.

Обзорные снимки глазницы при проникающем ранении глазного яблока проводятся:

- +А – во всех случаях;
- Б – только при наличии в анамнезе данных о внедрении инородного тела;
- В – только в случаях, где имеются симптомы перелома стенок орбиты;
- Г – при локализации осколка за глазом;
- Д – только в случаях, когда невозможно использовать протез Комберга-Балтина.

Ожоги век могут быть причиной:

- +А – рубцового выворота век;
- Б – паралитического выворота век;
- В – атонического выворота век;
- Г – спастического выворота век;
- Д – всего перечисленного.

Оптимальным видом первой помощи при попадании в глаза отравляющих веществ является:

- +А – промыванием глаз 2% раствором соды;
- Б – промывание глаз раствором борной кислоты;
- В – промывание глаз дистиллированной водой;
- Г – закапывание в глаза раствора анестетика;
- Д – закладывание в конъюнктивальный мешок гидрокортизоновой мази.

Особенностями рваных ран мягких тканей околоорбитальной области являются:

- А – выпадение жировой клетчатки;
- Б – повреждение наружных мышц глаза;
- В – ранение слезной железы;
- Г – опущение верхнего века и офтальмоплегия, экзофтальм;
- +Д – все перечисленное.

Отличие эмфиземы век от воспалительного отека характеризуется:

- А – наличием гиперемии кожи век;
- Б – болезненностью при пальпации век;
- +В – наличием крепитации;
- Г – всем перечисленным;
- Д – только А и Б.

Относительными признаками проникающего ранения следует считать:

- А – инъекцию глазного яблока, болевые ощущения;
- Б – изменения функции глаза;
- В – геморрагический синдром;
- Г – катаракту;
- +Д – все перечисленное.

Первая помощь в поликлинике и на медпункте при проникающем ранении глазного яблока с выпадением оболочек заключается в:

- А – вправлении выпавших оболочек;
- Б – иссечении выпавших оболочек и герметизации раны;
- +В – наложении повязки и срочной транспортировки в офтальмотравматологический центр;
- Г – организации консультации врача-офтальмотравматолога в поликлинике;
- Д – в каждом случае решение принимается индивидуально.

Первая помощь при химическом ожоге глаза заключается в:

- А – закапывании антибактериальных капель;
- Б – закладывании антибиотиковой мази;
- +В – промывании конъюнктивального мешка;
- Г – субконъюнктивальном введении крови;

Д – наложении повязки.

Перелом медиальной стенки глазницы характеризуется:

- А – осколочным переломом со смещением отломков костей кзади и кнаружи;
- Б – разрывом медиальной связки угла глазной щели;
- В – смещением слезного мешка;
- Г – выступанием в пазуху решетчатой кости;
- +Д – всем перечисленным.

По тяжести ожога глаза различают:

- А – одну степень;
- Б – две степени;
- В – три степени;
- +Г – четыре степени;
- Д – пять степеней.

Показаниями к энуклеации являются:

- А – абсолютно слепой болящий глаз;
- Б – внутриглазная злокачественная опухоль;
- В – симпатическая офтальмия;
- Г – слепой глаз, разможенный травмой;
- +Д – все перечисленное.

При контузии глазного яблока возможны:

- А – субконъюнктивальный разрыв склеры;
- Б – эрозия роговицы, отек сетчатки;
- В – внутриглазное кровоизлияние;
- Г – сублюксация или люксация хрусталика;
- +Д – все перечисленное.

При обработке проникающего ранения глазного яблока с наличием внутриглазного инородного тела в первую очередь производится:

- А – назначение массивных доз антибиотиков;
- +Б – ушивание раны капсулы глаза;
- В – удаление внутриглазного инородного тела;
- Г – введение противостолбнячной сыворотки;
- Д – витрэктомия.

При ожоге глаза целесообразно наложить:

- А – асептическую повязку;
- Б – монокулярную повязку;
- В – бинокулярную повязку;
- +Г – повязка не накладывается;
- Д – любую из перечисленных.

При проникающем ранении глазного яблока антибиотики назначаются:

- А – в случаях клинически определяемого инфекционного поражения;
- +Б – во всех случаях;
- В – только при внедрении внутриглазных осколков;
- Г – при поражении хрусталика;
- Д – верно А и В.

При проникающих ранениях роговицы с обширными дефектами эпителия применение кортикостероидов ограничено из-за:

- А – индивидуальной непереносимости препаратов;
- Б – возможного повышения внутриглазного давления;
- +В – замедления репарации;
- Г – всего перечисленного.

При проникающих ранениях склеры может наблюдаться:

- А – обширное субконъюнктивальное кровоизлияние;
- Б – глубокая передняя камера;
- В – выпадение оболочек глаза и стекловидного тела;
- Г – снижение внутриглазного давления;
- +Д – все перечисленное верно.

При ранах век регенерация тканей:

- +А – высокая;
- Б – низкая;
- В – существенно не отличается от регенерации тканей других областей лица;
- Г – ниже, чем других областей лица.

При рваной ране тканей глазницы с птозом и экзофтальмом общий хирург приемного покоя обязан:

- А – наложить повязку и отправить больного к специалисту;
- Б – сделать инъекцию антибиотиков и обезболивание;
- В – ввести противостолбнячную сыворотку;
- Г – только А;
- +Д – правильно все.

При рваных ранах мягких тканей околоорбитальной области в первую очередь должна проводиться:

- А – массивная антибактериальная терапия;
- +Б – первичная хирургическая обработка;
- В – лечение, направленное на снятие воспаления;
- Г – витаминотерапия;
- Д – все перечисленное.

Протез Комберга-Балтина служит для:

- А – исключения внутриглазных инородных тел на рентгеновских снимках;
- +Б – рентгенлокализации инородного тела;
- В – подшивания к конъюнктиве с целью профилактики выпадения стекловидного тела в ходе операции;
- Г – проведения магнитных проб;
- Д – всего перечисленного.

Сидероз глазного яблока характеризуется:

- А – коричневой пигментацией вокруг осколка;
- Б – опалесценцией влаги передней камеры;
- В – изменением цвета радужки;
- Г – отложением пигмента в области Шлеммова канала и коричневыми

отложениями в хрусталике;
+Д – всем перечисленным.

Сидероз – это:

А – воспаление роговой оболочки;
+Б – пропитывание тканей глаза соединениями железа;
В – деструкция стекловидного тела;
Г – воспаление радужной оболочки;
Д – поражение зрительного нерва.

Симпатическая офтальмия развивается при наличии на травмированном глазу:

А – вторичной глаукомы;
+Б – пластического увеита;
В – травматической катаракты;
Г – травматического кератита;
Д – металлоза.

Симптомами травматического иридоциклита являются:

А – светобоязнь и слезотечение;
Б – перикорнеальная инъекция;
В – циклитическая болезненность при пальпации и движениях глаза;
Г – нарушение офтальмотонуса;
+Д – все перечисленное.

Смещение хрусталика в переднюю камеру требует:

А – консервативного лечения;
+Б – хирургического лечения;
В – динамического наблюдения;
Г – вопрос решается индивидуально;
Д – правильно А и В.

Степень повреждения глазных структур при химическом ожоге:

+А – при щелочном ожоге выше, чем при кислотном;
Б – при кислотном ожоге выше;
В – примерно одинакова по отдаленным последствиям;
Г – химический ожог менее опасен, чем термический.

Травматический отек век сопровождается:

А – обширными подкожными кровоизлияниями с синюшным оттенком;
Б – блефароспазмом и слезотечением;
В – зудом;
+Г – всем перечисленным;
Д – только Б и В.

Тяжесть ожога глаза и его придатков определяется:

А – концентрацией обжигающего вещества;
Б – химическим свойством его;
В – глубиной поражения;
Г – площадью ожога;
+Д – всем перечисленным.

Фигура «подсолнечника» в хрусталике характерна для:

А – хориоретинита;
Б – сидероза глазного яблока;
+В – халькоза;
Г – дистрофических заболеваний роговицы;
Д – диабетической катаракты.

Хирургическое лечение показано при следующих осложнениях ожога глаз:

А – бельме роговицы;
Б – язве роговицы;
В – фистуле роговицы;
Г – вторичной глаукоме;
+Д – всех осложнениях.

Хирургическому лечению подлежат следующие осложнения контузии глаза:

А – гемофтальм;
Б – травматическая катаракта;
В – вторичная глаукома;
Г – отслойка сетчатки;
+Д – все осложнения.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура Оториноларингология
Дисциплина Офтальмология**

Билет к зачету № 1

1. Общая симптоматика воспалительных заболеваний соединительной оболочки глаза. Принципы лечения.
2. Передние увеиты. Этиология. Клиническая картина. Принципы лечения. Первая помощь при остром иридоциклите. Осложнения передних увеитов и их лечение.
3. Проникающие ранения глаз. Классификация по локализации повреждения. Первая помощь.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура Оториноларингология
Дисциплина Офтальмология**

Билет к зачету № 2

1. Основные виды вирусных конъюнктивитов. Особенности клинической картины. Принципы лечения.
2. Виды невритов зрительного нерва. Причины возникновения и клинические проявления. Диагностика и принципы лечения.
3. Диагностика проникающих ранений глаза. Определение наличия внутриглазного инородного тела и его локализация.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура Оториноларингология
Дисциплина Офтальмология**

Билет к зачету № 3

1. Дакриоаденит, причины, клиника и лечение заболевания. Проба Ширмера. Синдромы Микулича и Сьегрена.
2. Застойный диск зрительного нерва. Офтальмоскопическая картина, дифференциальная диагностика.
3. Способы удаления внутриглазных инородных тел. Металлозы глаза.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура Оториноларингология
Дисциплина Офтальмология**

Билет к зачету № 4

1. Острый и хронический дакриоцистит. Причины развития. Функциональные пробы на проходимость слезных путей. Принципы лечения дакриоциститов.
2. Атрофия зрительного нерва. Клиническая картина и принципы лечения.
3. Осложнения проникающих ранений глаза. Симпатическое воспаление.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура Оториноларингология
Дисциплина Офтальмология**

Билет к зачету № 5

1. Воспалительные заболевания глазницы. Клинические проявления и принципы лечения. Экзофтальм.
2. Способы исследования внутриглазного давления. Нормальное внутриглазное давление и его изменения.
3. Ожоги глаз, первая помощь и лечение. Электросветофтальмия.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура Оториноларингология
Дисциплина Офтальмология**

Билет к зачету № 6

1. Общая симптоматика заболеваний роговой оболочки. Роговичный синдром. Инфильтрат роговицы и его развитие. Типы васкуляризации роговой оболочки.
2. Ранняя диагностика первичной глаукомы. Классификация.
3. Виды очков и их применение.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Факультет лечебный Курс 4
Дисциплина Офтальмология**

Билет к зачету № 7

1. Эрозия и ползучая язва роговицы. Диагностика, клинические проявления, принципы лечения. Способы введения антибиотиков при заболеваниях роговицы.
2. Острый приступ закрытоугольной глаукомы. Причины возникновения, патогенез и клиника. Первая помощь при остром приступе. Дифференциальная диагностика с иридоциклитом.
3. Атропин, скополамин, гомотропин, адреналин. Их действие на глаз, показания и противопоказания к применению.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура Оториноларингология
Дисциплина Офтальмология**

Билет к зачету № 8

1. Глубокие паренхиматозные кератиты. Этиология, клиническое течение, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
2. Виды лечения глауком. Вторичная глаукома.
3. Пилокарпин, армин, тосмилен, тимолол, ксалатан. Их действие на глаз, показания и противопоказания к применению.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура Оториноларингология
Дисциплина Офтальмология**

Билет к зачету № 9

1. Поверхностные и глубокие вирусные кератиты. Клинические проявления и особенности течения. Диагностика и лечение.
2. Тупые повреждения глазницы и придатков глаза. Диагностика, принципы лечения.
3. Дикаин, лидокаин, кокаин, инокаин. Их действие на глаз, показания и противопоказания к применению.

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура Оториноларингология
Дисциплина Офтальмология**

Билет к зачету № 10

1. Исходы заболеваний роговой оболочки и их лечение. Принципы кератопластики и кератопротезирования.
2. Травматические повреждения оптических сред и содержимого глаза непроникающего характера. Диагностика и клиника. Принципы лечения.
3. Пути введения лекарственных препаратов в глаз. Показания к их применению.