



Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Специальность – офтальмология.**

КОРОЕВ О.А., КОРОЕВ А.О.

**СБОРНИК СИТУАЦИОННЫХ
ЗАДАЧ ПО ОФТАЛЬМОЛОГИИ
ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ–
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ**

Владикавказ 2015

Номер раздела	Наименование раздела	Страница
1.	ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК	3
2.	ЗАБОЛЕВАНИЯ КОНЬЮНКТИВЫ	7
3.	ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЕЗНЫХ ОРГАНОВ	14
4.	ЗАБОЛЕВАНИЯ РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ	17
5.	ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ	28
6.	ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕТЧАТКИ	31
7.	ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА	36
8.	ПАТОЛОГИЯ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ	39
9.	ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ	45
10.	ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛАЗНИЦЫ	55

1. ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК

1. После прогулки в парке к окулисту обратилась больная 23-х лет с жалобами на выраженный отек век левого глаза. При объективном осмотре выявлено: Острота зрения обоих глаз = 1,0. Правый глаз здоров. Веки левого глаза отечны, больше верхнее. На фоне отечного века видна бледноватая папула с геморрагическим точечным центром. Ваш предположительный диагноз? Лечебные мероприятия?
2. 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°. 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?
3. 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. Конъюнктивита глазного яблока умеренно инъецирована по конъюнктивальному типу. Острота зрения обоих глаз не изменена. Поставьте диагноз. Какие лечебные мероприятия необходимы?
4. 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?
5. Больной 19-ти лет, предъявляет жалобы на покраснение и утолщение век, зуд. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,8 со сферическим стеклом + 1,75. Д = 1,0 (Больной очков не носит). Края век гиперемированы, утолщены. Пенистое отделяемое в углах глаза. Пальпация краев век совершенно безболезненная. Отмечается частое мигание век.

Конъюнктива глазного яблока, и особенно век несколько гиперемирована. Через нее просвечивают утолщенные мейбомиевы железы. Какой диагноз пациенту можно поставить? Диагностические и лечебные мероприятия?

6. Студент 20 лет пришел на консультацию к окулисту. Жалобы: на покраснение краев век, зуд, ощущение засоренности в глазах, утомляемость глаз при длительной нагрузке, особенно в вечернее время при искусственном освещении. Объективно: зрение обоих глаз 0,1, со стеклом +3,0 Д = 1,0. Края век утолщены, умеренно гиперемированы. Ваш диагноз?
7. Больная 37-ми лет, обратилась к окулисту с жалобами на покраснение век, тяжесть в веках, зуд, слезотечение. Из анамнеза выяснено, что больная неоднократно принимала значительные дозы антибиотиков по поводу соматических заболеваний. Лечилась по поводу дисбактериоза. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Края век утолщены, гиперемированы, как будто бы промаслены. Больная часто моргает. В уголках глаз пенистое отделяемое. Конъюнктива век гиперемирована. Через нее просвечивают утолщенные мейбомиевы железы. Поставьте диагноз. Наметьте необходимые диагностические мероприятия. Назначьте лечение.
8. Ребенок 6-ти лет, страдает гельминтозом, по поводу которого в настоящее время проходит курс лечения. К окулисту обратился с жалобами на выраженный зуд век. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,9. Края век гиперемированы, утолщены. Кожа век у корней ресниц покрыта мелкими отрубевидными чешуйками серого цвета. Края век при пальпации безболезненны. Частое мигание век. В углах глазной щели пенистое отделяемое. Поставьте диагноз заболевания. Какие лечебные и диагностические мероприятия нужно провести?
9. Заболевание началось у больного 36-ти лет после пребывания в Африке. Жалобы на покраснение век и глаз, неправильный рост ресниц. Объективно: острота зрения обоих глаз = 0,3 со сферическим стеклом – 2,5. Д = 1,0. Края век гиперемированы, утолщены. Ресницы ссохлись в пучки, местами обращены к главному яблоку, местами отмечается мадароз. На краях век гнойные корочки. При их отделении появляется кровоточащая язвенная поверхность. Конъюнктива век и глазного яблока гладкая, умеренно инъецированная. Проведите дифференциальную диагностику заболевания. Какие лечебные мероприятия нужно рекомендовать?
10. 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. Конъюнктива век гиперемирована. Предположительный диагноз? Лечебные мероприятия?

11. 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?
12. У больной 24-х лет, несколько недель назад на верхнем веке левого глаза появилось опухолевидное образование размером с горошину. Кожа над опухолью подвижна. Само образование спаяно с подлежащими тканями. Со стороны конъюнктивы оно просвечивает сероватым цветом, вокруг конъюнктивы утолщена и гиперемирована. Пальпация опухоли безболезненная. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Диагноз? Лечение?

Ответы на ситуационные задачи.

1. *Укус насекомого. Лечение обычно не требуется: через несколько часов отек самопроизвольно исчезает.*
2. *Прежде всего, следует думать о возможной флегмоне глазницы.*
3. *У больного абсцесс нижнего века. Показано вскрытие абсцесса и его дренирование, проведение антибактериальной терапии.*
4. *У больной абсцесс верхнего века. Показано его вскрытие и дренирование. Проведение антибактериальной терапии.*
5. *На фоне гиперметропии у пациента развился простой блефарит. Необходима коррекция аномалии рефракции. Показана обработка краев век спиртом, Массаж век. Инстилляциии в конъюнктивальный мешок сульфацил-натрия или сульфата цинка. За веки и на веки гидрокортизоновая мазь.*
6. *Простой блефарит.*

7. У больной мейбомиевый блефарит. Показан массаж век с эвакуацией содержимого мейбомиевых желез. Возможны аппликации на веки антибактериальных препаратов, инстилляциии антибиотиков, сульфаниламидов, кортикостероидов. Аналогичные мази на края век.
8. У больного чешуйчатый блефарит. Нужно проводить лечение гельминтоза. Показана обработка краев век спиртом, Массаж век. Инстилляциии в конъюнктивальный мешок сульфацил-натрия или сульфата цинка. За веки и на веки гидрокортизоновая мазь.
9. У больного миопия слабой степени, язвенный блефарит, сопровождающийся трихиазом и мадарозом. Тщательно удалить все корочки после их размягчения рыбьим жиром, вазелиновым маслом. Первые 2-3 дня места изъязвлений тушировать спиртом или 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого. Быстро снимают явления воспаления аппликации на края век ватных полосок, смоченных растворами одного из антибиотиков, если на них нет аллергии. Тампоны накладывают на 10-15 мин до 4 раз в день. На ночь края век смазывают 10-20% сульфациловой, 0,3% флоксоловой или 0,5% гидрокортизоновой мазью. Неправильно растущие ресницы эпилировать.
10. 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.
11. У больного ячмень верхнего века. Внутрь антибиотики салицилаты, местно – антибактериальные капли. При абсцедировании – вскрытие гнойника с дренированием.
12. У больной халазион. В начальной стадии в область халазиона вводят кортикостероиды пролонгированного действия, например кеналог, смазывают кожу века 0,1% мазью дексаметазона (максидекс). При неэффективности радикальным является хирургическое удаление.

2. ЗАБОЛЕВАНИЯ КОНЬЮНКТИВЫ

13. 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. Конъюнктура 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?
14. 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?
15. 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. Конъюнктура 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?
16. В эндокринологическом отделении РКБ одновременно заболели 4 человека. На фоне недомогания, температуры, насморка, головной боли, появилось покраснение глаз, слезотечение, светобоязнь. Объективно: конъюнктура резко гиперемирована, отмечаются петехиальные кровоизлияния, фолликулы, точечные инфильтраты на роговице. Через день заболело еще 5 человек. Поставьте диагноз и объясните тактику лечения.
17. 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?

18. 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. Конъюнктивита резко гиперемирована, разрыхлена. Глазное яблоко без видимых изменений. Возможный диагноз? Диагностические и лечебные мероприятия?
19. 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?
20. У новорожденного имеется обильное гнойное отделяемое из левого глаза. Глазная щель сужена. Веки отечны. Конъюнктивита век гиперемирована, отечна. Правый глаз здоров. О каком заболевании глаза можно подумать? Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза? В каком лечении нуждается ребенок?
21. Больная 32-х лет, жалуется на выраженный отек и гиперемии 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. Конъюнктивита отечна, разрыхлена. На роговой оболочке поверхностные эрозии и маленький инфильтрат. Подлежащие отделы без видимой патологии. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
22. 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. Конъюнктивита век в области угла глазной щели разрыхлена и гиперемирована. Отделяемое скудное, в виде тягучей слизи. Глазные яблоки интактные. Диагноз? Лечение?

23. После возвращения из туристической поездки в страны Азии у больного 38-ми лет, появилось чувство «засоренности» в глазах, они покраснели. При обращении к врачу объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Веки слегка отечны. На конъюнктиве век видны фолликулы и гипертрофированные сосочки. Конъюнктивита инфильтрирована. Глаза спокойные. Передние отрезки глаз не изменены. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Какие дополнительные исследования нужно произвести? Возможные диагнозы? Лечение?
24. У чернокожего пациента 24-х лет, отмечается покраснение обоих глаз, легкая припухлость век, слизистое отделяемое из глаз. Острота зрения обоих глаз = 0,7 (не корр.). Конъюнктивита век и глазного яблока умеренно инъецирована, гипертрофирована. В роговицу с верхней половины лимба опускается воспалительный инфильтрат в виде пленки, пронизанной сосудами. Остальные оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Какие дополнительные исследования нужно произвести? Классифицируйте возможное заболевание? Какие виды лечения можно применить?
25. К окулисту обратился молодой человек 19 лет. Жалобы: на чувство «песка», зуд, покраснение в глазах, слизистое отделяемое из глаз. Два дня назад, проснувшись утром, почувствовал, что ему трудно открыть веки. Анамнез: удалось выяснить, что перед этим он купался в озере. Объективно: конъюнктивита глаз отечна и гиперемирована, умеренное гнойное отделяемое. Функции глаза сохранены. Передний и задний отрезки не изменены. Диагноз? Лечение? Какие возможны осложнения?
26. На прием к окулисту мать привела сына 12-ти лет. У мальчика наблюдалось повышение температуры тела и назофарингит. После этого покраснел сначала один, а потом и другой глаз. При объективном осмотре определяется небольшой отек и покраснение век, незначительное слизистое отделяемое, слезотечение. Конъюнктивита век и переходных складок инъецирована, отечна, с мелкими фолликулами, расположенными преимущественно в нижнем своде. Точечные геморрагии в конъюнктиве. На слизистой оболочке нежные, серовато-белые пленки, легко снимающиеся влажным ватным тампоном. Дайте возможный наиболее подходящий диагноз. Назначьте лечение.
27. На консультацию пришел больной 42-х лет. Правый глаз заболел около недели назад. Затем воспалился и левый глаз. Жалобы на покраснение глаз, резь, ощущение засоренности, слезотечение. Объективно: острота зрения обоих глаз = 0,7 (не корр.). Небольшой отек век, гиперемия и инфильтрация конъюнктивы век, особенно в области нижнего свода. Гиперемия и отек распространяются и на конъюнктиву склеры. На

конъюнктиве нижнего века выявляются множественные мелкие, прозрачные фолликулы. Отделяемое незначительное. Увеличение и болезненность региональных околоушных лимфатических узлов. На роговице множественные, точечные, субэпителиальные помутнения. Проведите диагностику заболевания. Назначьте необходимое лечение.

28. 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 конъюнктив резко гиперемирована, инфильтрирована, видны мелкие фолликулы. Почти всю конъюнктиву склеры захватывают геморрагии от мелких множественных петехий до обширных кровоизлияний. В роговице мелкоточечные эпителиальные инфильтраты. Какое заболевание у пациента можно предположить. Назначьте адекватное лечение.
29. К окулисту обратилась женщина 40 лет. Жалобы: на зуд в глазах. Анамнез: выяснено, что зуд появился неделю назад. Перед этим она косила траву. Объективно: зрение обоих глаз 1,0. Конъюнктив век гиперемирована, отечна, слизистое отделяемое. Поставьте диагноз. Составьте план лечения.
30. 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.

13. *Острый бактериальный конъюнктивит. Больному необходимо инстиллировать в глаза 30% раствор сульфацил-натрия три-четыре раза в день. Закладывание в конъюнктивальный мешок 1% тетрациклиновой мази.*
14. *Пневмококковый конъюнктивит. Больному необходимо инстиллировать в глаза 30% раствор сульфацил-натрия три-четыре раза в день. Закладывание в конъюнктивальный мешок 1% тетрациклиновой мази.*
15. *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.

- 16. 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.*
- 17. 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.*
- 18. 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.*
- 19. 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 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. 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.*

20. *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 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.*
21. *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.*
22. *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.*
23. *Решающее значение имеют лабораторные диагностические исследования: микроскопия соскобов конъюнктивы на выявление цитоплазматических включений, бактериоскопия методом флюоресцирующих антител, иммуноферментный анализ сыворотки крови на обнаружение хламидийного антигена. Возможны диагнозы трахомы и других хламидийных или фолликулярных конъюнктивитов. Можно применить консервативное и хирургическое лечение.*
24. *Необходим осмотр век с их выворотом. Решающее значение имеют лабораторные диагностические исследования: микроскопия соскобов конъюнктивы на выявление цитоплазматических включений, бактериоскопия методом флюоресцирующих антител, иммуноферментный анализ сыворотки крови на обнаружение хламидийного антигена. Скорее всего, у пациента трахома II стадии. Можно применить консервативное и хирургическое лечение.*

25. *Эпидемический хламидийный («бассейный» или «банный») конъюнктивит. Лечение. Инстилляциии 0,3% раствора окацина 4-6 раз в день, закладывание за веко на ночь 1 % тетрациклиновой мази.*
26. *У ребенка аденовирусный конъюнктивит или фарингоконъюнктивальная лихорадка. Назначают 6-8 раз в день инстилляциии офтальмоферона и интерфероногенов: полудана, циклоферона, реоферона. За веко закладывают мазь из противовирусных препаратов. Через неделю применяют 0,1 % раствор дексаметазона, 1 % гидрокортизоновую мазь, нестероидные противовоспалительные средства (0,1% раствор диклофенака натрия).*
27. *У больной синдром «сухого глаза». Учитывая наличие общей симптоматики, возможно предположить болезнь Шегрена. Необходимо поставить пробу Ширмера. Лечение симптоматическое. Назначение увлажняющих глаз препаратов.*
28. *Эпидемический геморрагический кератоконъюнктивит. Необходимы частые (через 2 часа) инстилляциии 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.*
29. *Поллинозный конъюнктивит. Местно применяют инстилляциии опатанола, аломида, лекролина, 0,1% раствора дексаметазона, капли диклофенак 3-4 раза в день. Общее лечение состоит в назначении гипосенсибилизирующих и антигистаминных средств. Наиболее эффективным является метод специфической гипосенсибилизации соответствующим пыльцевым аллергеном, который проводится специалистом-аллергологом.*
30. *Острый эпидемический конъюнктивит. Применяют закапывания в глаз антимикробных препаратов каждые 2-4 часа в течение нескольких дней. По мере стихания воспаления частоту инстилляциии снижают до 3-5 раз в сутки.*

3. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЕЗНЫХ ОРГАНОВ

31. 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. Конъюнктура 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?
32. К офтальмологу обратился пациент 34-х лет с жалобами на припухлость в области верхненаружных углов орбит обоих глаз. Припухлость появилась около двух недель назад. Болевыми ощущениями не сопровождалась. Больной отмечает незначительную диплопию. Кроме того, пациента беспокоит увеличение околоушных и подчелюстных лимфоузлов, по поводу чего он наблюдается у челюстно-лицевого хирурга. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Припухлость и отек тканей у верхненаружного угла орбиты, пальпация ее безболезненная. Небольшой экзофтальм со смещением глазных яблок кнутри и книзу. При вывороте век видны увеличенные и несколько гиперемированные пальпебральные части слезных желез. Глазные яблоки без видимой патологии. Какие диагностические мероприятия нужно провести? Диагноз? Лечение?
33. 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?
34. 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?

35. Почти с момента рождения ребенок 8-ми месяцев, страдает конъюнктивитом левого глаза. Периодически лечится с кратковременным улучшением. Гнойное отделяемое из глаза полностью практически не исчезает. Проводимое антибактериальное и противовоспалительное лечение неэффективно. Объективно. Легкий отек и гиперемия краев век. Реснички склеены в пучки ссохшимся гноем (больше у медиального угла глаза). Гнойное отделяемое из глаза. Слезостояние. Конъюнктивит века умеренно инъецирована. Глаз почти спокойный. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Какие дополнительные исследования нужно произвести? Диагноз? Лечение?
36. В течение нескольких дней у больной 52-х лет, у медиальной спайки век левого глаза появился выраженный отек и гиперемия тканей, сопровождающиеся резкой болезненностью при дотрагивании. Отмечается повышение температуры, общее недомогание, головная боль. Объективно. Определяется выраженный отек и гиперемия тканей у медиальной спайки век левого глаза. Отек распространяется на веки, щеку и спинку носа. Пальпация тканей болезненна, повышена местная температура. Глазная щель сомкнута. Увеличены подчелюстные лимфатические узлы. При раскрытии глазной щели видна небольшая гиперемия и отек в области нижней переходной складки. Острота зрения не снижена. Глаза спокойные. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?

Ответы на ситуационные задачи.

31. *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.*
32. *Для диагностики заболевания необходимо произвести рентгенографию глазниц. При отсутствии указаний на неопластический процесс, можно думать о синдроме Микулера. Показана близкофокусная рентгенотерапия слезных желез.*
33. *Хронический дакриоцистит. Показана операция – дакриоцисторинотомия.*

34. *Хронический дакриоцистит. Проводят канальцевую и носовую пробу. Промывание слезоотводящих путей. Выполняют их контрастную рентгенографию. При отсутствии проходимости жидкости в нос показана операция – дакриоцисториностомия.*
35. *Длительное наличие гнойного отделяемого из глаза может говорить в пользу дакриоцистита новорожденных. Ребенку необходимо поставить канальцевую и носовую пробы. При отсутствии проходимости жидкости в нос проводят массаж слезного мешка. При безуспешности манипуляции – промывание слезоотводящих путей или зондирование слезноносового канала.*
36. *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.*

4. ЗАБОЛЕВАНИЯ РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ

37. 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?
38. 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 корригируется, светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. Смешанная инъекция глазного яблока. На роговице инфильтрат желтого цвета. Зона инфильтрата окрашивается 1% раствором флюоресцеина. Ваш предполагаемый диагноз? Лечение?
39. 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?
40. На прием к офтальмологу пришел больной 52-х лет. Он предъявляет жалобы на низкое зрение правого глаза. Из анамнеза выяснено, что три года назад он перенес язвенный кератит, по поводу которого лечился в офтальмологическом стационаре. Лечение было длительным. В настоящее время объективно: Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.). Глаз спокойный. На роговице парацентрально на 7-ми часах имеется достаточно грубое помутнение роговицы, к которому подтянут зрачковый край радужной оболочки. За счет этого зрачок деформирован. При инстилляции мидриатиков имеющаяся спайка не разрывается, зрачок расширяется неравномерно. Радужка без признаков воспаления. Возле спайки атрофична. В плоскости зрачка хрусталик с наличием незначительных корковых помутнений. В проходящем свете красный рефлекс, на фоне которого видны помутнения хрусталика в виде спиц

черного цвета. Глазное дно без особенностей. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Поставьте диагноз. Какие лечебные мероприятия необходимы?

41. Больная 62-х лет лечится у офтальмолога по поводу язвенного кератита левого глаза. В настоящее время объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,4 (не корр.). Глаз практически спокойный. Парацентралью на роговице на месте бывшей язвы имеется углубление, не окрашивающееся флюоресцеином. К нему у лимба тянутся параллельные сосуды кирпичного цвета, возникающие как бы из-под лимба. Как называются такое состояние роговицы и имеющийся тип васкуляризации роговицы?
42. 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. Парацентралью на роговице располагается язва серповидной формы с подрытым краем. В передней камере гной, заполняющий ее на 1/3. Радужка отечная, рисунок ее ступшеван. Зрачок узкий, на свет не реагирует. В проходящем свете красный рефлекс. Глазного дна рассмотреть не удастся. Диагноз? Лечение?
43. 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 корригируется. Светобоязнь, слезотечение. Резко выраженная смешанная инъекция. В центре роговицы изъязвление с гнойно-инфильтрированным дном и подрытым 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?
44. 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 ступшеван.

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?

45. 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?
46. При обращении к врачу бросается в глаза выраженная светобоязнь у ребенка 5-ти лет. Он старается отвернуться от света, прикрыть глаза руками, почти постоянно жмурится. Проверить остроту зрения в таких условиях не представляется возможным. Объективно. Выраженный блефароспазм. Умеренный отек век правого глаза и слабовыраженный – слева. Перикорнеальная инъекция правого глазного яблока. На роговице на 7-ми часах сероватый полупрозрачный узелок диаметром около 3 мм, отстоит от лимба на 4 мм. К узелку тянется пучок поверхностных сосудов. Передняя камера и подлежащие отделы глаза без видимой патологии. Левый глаз здоров. Диагноз? Лечение?
47. Родители привели на консультацию к детскому офтальмологу девочку 10-ти лет. Жалобы на светобоязнь, слезотечение. Перечисленные симптомы возникают не в первый раз. Объективно: Острота зрения левого глаза 0,6, не корригируется. Веки отечны, резко выраженный блефароспазм, перикорнеальная инъекция. На роговице вблизи лимба округлой формы поверхностный инфильтрат сероватого цвета. Ребенок пастозный, кожные покровы бледной окраски. Предположительный диагноз? На основании каких данных может быть поставлен окончательный диагноз?
48. 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

49. 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?
50. 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?
51. 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?
52. 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 корригируется. 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?
53. 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?

54. 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.
55. 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 корригируется. Блефароспазм, светобоязнь, слезотечение. Резко выраженная смешанная инъеция глазного яблока. В глубоких слоях центральной части роговицы – серого цвета, имеющий форму диска инфильтрат. Радужка изменена в цвете. Диагноз? Лечение?
56. 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 инъеция глазного яблока, в оптической зоне роговицы – поверхностный инфильтрат в виде «веточки». Глубже лежащие отделы глаза без патологии. Левый глаз без патологических изменений. Сформулируйте диагноз, обоснуйте его. Какие дополнительные методы исследования необходимо применить для подтверждения диагноза? Тактика врача.
57. Больная 54-х лет длительное время лечится без особого эффекта по поводу кератита правого глаза. В настоящее время объективно. Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.). Правое глазное яблоко умеренно инъецировано по смешанному типу. На роговице ограниченный инфильтрат серовато-белого цвета. На его поверхности видны «узелки» придающие ему творожистый вид. Отек и инфильтрация роговицы имеет вид кругов. Первый круг зазубрен, пропитан гноем, второй полупрозрачный и узкий, третий в виде узкого валика с резким переходом

в здоровую ткань. В передней камере пирамидальной формы, гипопион. Подлежащие отделы глаза без видимой патологии. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. О каком виде кератита следует думать в этом случае? Назначьте необходимое лечение.

Ответы на ситуационные задачи.

37. Больному выполняют окрашивание роговицы 2% раствором флюоресцеина. Дефект роговицы окрашивается в зеленый цвет, что говорит о наличии эрозии. Назначают антибактериальные препараты, кератопротекторы, антибиотиковые мази.
38. 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, подконъюнктивальных инъекций. Применяются сульфаниламидные препараты (20% раствор сульфацил-натрия). Рекомендуется использовать одновременно 2-3 препарата, чередуя их между собой. Инстилляции мидриатиков назначаются для профилактики или лечения иридоциклита. Инстилляции нестероидных противовоспалительных средств проводятся 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.
39. 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, подконъюнктивальных инъекций. Применяются сульфаниламидные препараты (20% раствор сульфацил-натрия). Рекомендуется использовать одновременно 2-3 препарата, чередуя их между собой. Инстилляции мидриатиков назначаются для профилактики или лечения иридоциклита. Инстилляции нестероидных противовоспалительных средств проводятся 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.

40. *Спаянное бельмо роговицы, начинающаяся возрастная катаракта правого глаза. Возможно оперативное лечение – кератопластика с пластикой радужки. При необходимости – экстракция катаракты.*
41. *Фасетка, глубокая васкуляризация роговицы.*
42. *Диагноз – ползучая язва роговицы. Немедленная госпитализация больного. Назначают инстилляциии 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. Инстилляциии мидриатиков назначаются для профилактики или лечения иридоциклита. Инстилляциии нестероидных противовоспалительных средств проводятся 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.*
43. *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 инстилляциии 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. Инстилляциии мидриатиков назначаются для профилактики или лечения иридоциклита. Инстилляциии нестероидных противовоспалительных средств проводятся 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.*
44. *У больного на фоне язвы роговицы имеется десцеметоцеле. Необходима госпитализация. Наложение контактной линзы как бандажа, Прикрытие роговицы конъюнктивой или кератопластика.*

45. У больной произошла перфорация язвы роговой оболочки с опорожнением передней камеры глаза. Необходимо оперативное лечение – кератопластика или закрытие перфорационного отверстия конъюнктивой.
46. Ребенок страдает фликтенулезным кератитом. Необходимо проведение туберкулиновых проб, рентгенологического исследования, анализа крови. Лечение фликтенулезных кератитов должно быть комплексным, включающим общее и местное воздействия. Общее лечение проводится в контакте с фтизиатром. Местно применяют кортикостероиды в каплях и подконъюнктивально, мидриатики, магнитофорез с противовоспалительной смесью, облучение гелий-неоновым лазером.
47. Фликтенулезный кератит. Необходимо проведение туберкулиновых проб, рентгенологического исследования, анализа крови.
48. Краевой кератит, вызванный заболеваниями век. Прежде всего, интенсивное лечение блефарита. Для лечения кератита в глаз антибактериальные капли и мази, кератопластические препараты.
49. 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.
50. 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.
51. Древовидный герпетический кератит. Для лечения используют противовирусные средства: 5-йод-2-дезоксинуридина (ИДУ), 3% мазь ацикловира (зовиракс, вирулекс). Назначают частые инстилляцией 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.

52. *Древовидный герпетический кератит. Для лечения используют противовирусные средства: 5-йод-2-дезоксинуридина (ИДУ), 3% мазь ацикловира (зовиракс, вирулекс). Назначают частые инстилляциии 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.*
53. *Древовидный герпетический кератит. Для лечения используют противовирусные средства: 5-йод-2-дезоксинуридина (ИДУ), 3% мазь ацикловира (зовиракс, вирулекс). Назначают частые инстилляциии 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.*
54. *Дисковидный вирусный кератит. Назначают частые инстилляциии офтальмоферона. Применяют интерференогены – 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 инстилляциии 20% раствора сульфацил-натрия, закладывание за веки мази с антибиотиками. Явления иридоциклита, обязательные при глубоких формах герпетических кератитов, требуют инстилляциии мидриатиков.*
55. *Дисковидный вирусный кератит. Назначают частые инстилляциии офтальмоферона. Применяют интерференогены – 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.

56. Древоподобный герпетический кератит. Вирусное поражение роговицы возникло в результате переохлаждения. Расположение пузырьков и инфильтратов в роговице в виде веточки говорит в пользу именно древоподобного 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.

57. Грибковый кератит. Местная терапия: инстиллянии 4% раствора низорала, 1% раствора метиленовой сини, 3% раствора йодистого калия,

5% раствора аскорбиновой кислоты, 2% раствора борной кислоты, колбиоцина до 6-8 раз в день, при тяжелых степенях гнойного процесса – каждый час, одновременно применяя 2-3 препарата, чередуя их; скарификация патологического участка роговицы, инстилляция 5% раствора аскорбиновой кислоты или 2% раствора борной кислоты, затем туширование роговицы 1% раствором метиленовой сини; закладывание в нижний свод на ночь 0,4% мази амфотерицина-В; инстилляции мидриатиков или, при необходимости, миотиков, нестероидных противовоспалительных средств. Общая терапия. Внутрь 200 мг кетоканазола, флюконазола (дифлюкана), низорала 1 раз в сутки в течение 5-7 дней; введение диклофенака 3,0 мл внутримышечно до 5 инъекций; внутривенные инъекции 5% раствора аскорбиновой кислоты по 5 мл. Введение антигистаминных препаратов внутрь или внутримышечно. При отсутствии эффекта от лечения проводится лечебная пересадка роговицы.

5. ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

58. 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 ступеван. 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?
59. 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?
60. 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 корригируется, 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?
61. 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?

62. Больной 45 лет был доставлен в приемное отделение больницы скорой помощью с жалобами на сильные боли в левой половине головы. На консультацию был вызван окулист для осмотра глазного дна. При осмотре: острота зрения левого глаза 0,05, не корректируется. Роговица отечная, на эндотелии определяются преципитаты. Зрачок слегка сужен ВГД 50 мм рт. ст. Угол передней камеры открыт. Хрусталик и стекловидное тело прозрачные. Глазное дно без патологии. Правый глаз в норме. Диагноз? Тактика лечения?
63. Девушка 16 лет была направлена на консультацию к офтальмологу. Жалобы: на плавающие «мушки» и легкий туман перед левым глазом. Объективно: правый глаз – изменений нет. Левый глаз спокойный, роговица прозрачная. Зрачок в центре, неправильной формы. Цвет радужки слегка отличается от правого глаза. В стекловидном теле – выраженная деструкция. Глазное дно в норме. Сопутствующие заболевания: частые ангины. Диагноз? Тактика лечения?

Ответы на ситуационные задачи.

58. У больной ирит правого глаза. Назначают средства, расширяющие зрачок, противовоспалительные и противоаллергические средства – кортикостероиды (инстилляциии 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.
59. 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 (инстилляциии 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.

60. У больного иридоциклит. Необходимо проводить дифференциальный диагноз с острым приступом закрытоугольной глаукомы.
61. 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.
62. Увеит левого глаза. Назначают средства, расширяющие зрачок. Противовоспалительные и противоаллергические средства – кортикостероиды. Применяют нестероидные противовоспалительные средства, антибиотики широкого спектра действия, антигистаминные препараты. Кроме этого, показана отвлекающая терапия. Для уменьшения воспалительных явлений назначают тепловые процедуры. О мере стихания воспалительных явлений при увеитах усиливают рассасывающую терапию.
63. Увеит левого глаза. Назначают средства, расширяющие зрачок. Противовоспалительные и противоаллергические средства – кортикостероиды. Применяют нестероидные противовоспалительные средства, антибиотики широкого спектра действия, антигистаминные препараты. Кроме этого, показана отвлекающая терапия. Для уменьшения воспалительных явлений назначают тепловые процедуры. По мере стихания воспалительных явлений при увеитах усиливают рассасывающую терапию.

6. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕТЧАТКИ

64. К окулисту обратился больной 41-го года с жалобами на резкое снижение зрения правого глаза, искажения формы и размеров предметов. Данные жалобы появились 2 дня назад, к врачу не обращался. Объективно. Острота зрения = 0,08 (не корр.). TOD=23 мм рт. ст. Правый глаз спокоен. Роговица прозрачная и сферичная. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка в цвете и рисунке не изменена. Зрачок правильной формы, хорошо реагирует на свет. Хрусталик прозрачный. Глазное дно: диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие, экскавация физиологическая, артерии слегка расширены. В макулярной зоне виден округлый очаг желтовато-серого цвета, размером 0,5 мм с нечеткими границами и с красноватым ободком вокруг. Сетчатка вокруг очага слегка отечна. Острота зрения левого глаза = 1,0. TOS = 21 мм рт. ст. Глаз здоров. Диагноз? Лечение?
65. Больной 30 лет обратился в поликлинику к окулисту. Жалобы на вспышки и мерцания перед правым глазом. Развитие настоящего заболевания: Месяц назад больной лежал в стационаре по поводу вирусной пневмонии. После выписки заметил, что правый глаз хуже видит, а при чтении газет буквы стали искаженными. Появились вспышки перед этим глазом. Объективно: острота зрения правого глаза 0,5, не корригирует; острота зрения левого глаза 1,0. Правый глаз спокойный, роговица не изменена. Хрусталик прозрачный. На глазном дне в макулярной зоне определяется очаг с нечеткими границами, размером до $\frac{1}{2}$ диаметра диска, желтовато-серого цвета. Диагноз? Возможные осложнения?
66. Больной 32-х лет предъявляет жалобы на ухудшение зрения правого глаза, вспышки перед глазом, искривление рассматриваемых предметов. Ухудшение зрения наступило около двух недель назад. Заболевание ни с чем не связывается, не сопровождается болями. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.). Придаточный аппарат глаза не изменен. Глаз спокойный. Передний отрезок глаза без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. На глазном дне парамакулярно имеется желтовато-серый очаг округлой формы, размерами до одного диаметра диска зрительного нерва. Границы очага нечеткие. Сетчатка в центральных отделах отечная. Макулярный и фовеальный световые рефлекс отсутствуют. Левый глаз. Острота зрения = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
67. Мужчина 46-ти лет обратился в поликлинику с жалобами на внезапную потерю зрения левого глаза. Утром зрение было нормальным. Во время умывания заметил, что левый глаз вдруг стал видеть плохо. Снижение зрения болями не сопровождалось. За 5-10 минут глаз ослеп совершенно.

Пациент страдает гипертонической болезнью. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз спокойный. Передний отрезок глаза без видимых изменений. Оптические среды прозрачные. На глазном дне картина гипертонического ангиосклероза. Острота зрения левого глаза = 0. Левое глазное яблоко не инъецировано. Передний отрезок глаза без видимых изменений. Оптические среды прозрачные. На глазном дне определяется помутневшая бледная сетчатка. На ее фоне в области желтого пятна выделяется ярко-красная центральная ямка. Артерии резко сужены. В мелких артериях прерывистые столбики крови. Вены практически не изменены. Диск зрительного нерва бледноват, с серым оттенком. Диагноз? Первая помощь? Лечебные мероприятия?

68. Мужчина 60 лет жалуется на внезапную потерю зрения на правый глаз, которое он обнаружил утром сразу после пробуждения. Страдает гипертонией, атеросклерозом. При осмотре окулистом обнаружено снижение зрения на правом глазу до 0,01 коррекции нет, на левом глазу зрение равно 1,0. Внутриглазное давление обоих глаз 22 мм рт. ст. Передний отрезок правого глаза в норме. На глазном дне диск зрительного нерва розовый, границы четкие, артерии резко сужены, макулярная зона бледная, в центре отмечается округлой формы красного цвета пятно. На глазном дне левого глаза отмечается сужение артерий, неравномерность их калибра. В макулярной зоне штопорообразная извитость сосудов, симптом Салюса II. Вены почти не изменены. Диагноз? В чем должна заключаться первая врачебная помощь таким больным?
69. После перенесенного гипертонического криза у больной 77-ми лет снизилось зрение правого глаза. Снижение зрения произошло быстро, безболезненно. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,04 (не корр.). Придаточный аппарат глаза в норме. Глазное яблоко не инъецировано. Передний отрезок глаза без видимой патологии. На фоне красного рефлекса с глазного дна видны черные спицеобразные полосы, направленные вершиной к центру зрачка. На глазном дне виден отечный, красный, контуры его ступенчаты, плохо просматриваются из-за многочисленных кровоизлияний, напоминающих языки пламени. Вены темные, расширенные, извитые, местами теряются в отечной ткани сетчатки. Артерии узкие. Многочисленные штрихообразные и крупные кровоизлияния по всему глазному дну. Левый глаз. Острота зрения = 0,6 со сферическим стеклом -3,0 дптр. = 0,8. Придаточный аппарат глаза в норме. Глазное яблоко не инъецировано. Передний отрезок без видимых изменений. В проходящем свете на фоне красного рефлекса видны черные штрихи, аналогичные таковым справа. На глазном дне картина гипертонического ангиосклероза сетчатки. Диагноз? Лечебные мероприятия?

70. Женщина, 50 лет. Неделю назад заметила туман перед левым глазом. Глаз не болит. К врачам не обращалась, чувствует себя здоровой. Объективно: зрение правого глаза 1,0; левого 0,08 не корректируется. Внутриглазное давление справа = 21 мм рт. ст., слева – 27 мм рт. ст. При осмотре левый глаз спокойный, роговица не изменена, хрусталик прозрачный. На глазном дне: границы диска слегка ступеваны, артерии сужены, вены расширены, извиты. По ходу нижней височной вены множественные кровоизлияния различной формы и величины. Диагноз? Лечение?
71. У больного 27-ми лет, страдающего миопией, после поднятия тяжести возникло резкое понижение зрения левого глаза. Больной жалуется на наличие темной «занавески» сверху. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,04 со сферой – 7,5 дптр. = 1,0. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. На глазном дне вокруг диска зрительного нерва виден круговой миопический конус. Периферическая витреохориоретинодистрофия. Острота зрения левого глаза = 0,01 (не корр.). Глаз совершенно спокойный. Передний отрезок без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. В проходящем свете на фоне красного рефлекса в нижних отделах глаза видна вуалеподобная пленка серого цвета, которая при движении глазного яблока колыхается. При офтальмоскопии. Снизу видно пузыревидное полупрозрачное образование, на которое взбираются сосуды. Дополнительные исследования? Диагноз? Принципы лечения?
72. Пациентка 40 лет обратилась с жалобами на появление занавеси перед правым глазом. Занавесь появилась неделю назад на фоне полного здоровья. Объективно: зрение правого глаза 0,6 не корректируется. На глазном дне этого глаза определяется пузырь сетчатки, занимающий всю нижнюю половину глазного яблока. На пузыре видны темные очажки. Диск и макулярная зона не изменены. Стекловидное тело прозрачное. ВГД – 27 мм рт. ст. Диагноз? Лечение?

Ответы на ситуационные задачи.

64. *Центральный хориоретинит правого глаза. Лечение центрального серозного хориоретинита должно быть комплексным с обязательным учетом этиологии процесса. Патогенетическим лечением является блокада дефектов базальной пластинки методом лазеркоагуляции. Во всех случаях следует применять ангиопротекторы, антиоксиданты, ингибиторы простагландинов, кортикостероиды в виде ретробульбарных инъекций.*

65. *Центральный хориоретинит правого глаза. Дистрофические изменения со снижением зрения.*
66. *Центральный хориоретинит правого глаза. Лечение центрального серозного хориоретинита должно быть комплексным с обязательным учетом этиологии процесса. Патогенетическим лечением является блокада дефектов базальной пластинки методом лазеркоагуляции. Во всех случаях следует применять ангиопротекторы, антиоксиданты, ингибиторы простагландинов, кортикостероиды в виде ретробульбарных инъекций.*
67. *Острая непроходимость центральной артерии сетчатки левого глаза. Назначают таблетку 0,5 мг или 2-3 капли 1% раствора нитроглицерина на сахаре и вдыхание амилнитрита или карбогена; 0,5 мл 0,1% раствора атропина, 0,3-0,5 мл 15% раствора ксантинола никотината ретробульбарно; никотиновую кислоту 0,1 г внутрь и в инъекциях, 10 мл 2,4% раствора эуфиллина в виде внутривенных вливаний; внутривенное или внутримышечное введение 5-10 тыс. ЕД гепарина, тромболитина, фибринолизина, который можно применять также подконъюнктивально и ретробульбарно. Внутриглазное давление снижают инстилляцией бета-блокаторов, назначением глицерола, диакарба. С этой же целью производят массаж глазного яблока, парацентез роговицы.*
68. *Острая непроходимость центральной артерии сетчатки правого глаза. Назначают таблетку 0,5 мг или 2-3 капли 1% раствора нитроглицерина на сахаре и вдыхание амилнитрита или карбогена; 0,5 мл 0,1% раствора атропина, 0,3-0,5 мл 15% раствора ксантинола никотината ретробульбарно; никотиновую кислоту 0,1 г внутрь и в инъекциях, 10 мл 2,4% раствора эуфиллина в виде внутривенных вливаний; внутривенное или внутримышечное введение 5-10 тыс. ЕД гепарина, тромболитина, фибринолизина, который можно применять также подконъюнктивально и ретробульбарно. Внутриглазное давление снижают инстилляцией бета-блокаторов, назначением глицерола, диакарба. С этой же целью производят массаж глазного яблока, парацентез роговицы.*
69. *Тромбоз центральной вены сетчатки правого глаза. Миопия слабой степени, гипертонический ангиосклероз сетчатки левого глаза. Начинаяющаяся возрастная катаракта обоих глаз. В лечении тромбоза центральной вены сетчатки применяются антикоагулянты, ферменты, ангиопротекторы, спазмолитики, кортикостероиды, препараты, улучшающие микроциркуляцию.*
70. *Тромбоз нижневисочной ветви центральной вены сетчатки левого глаза. В лечении тромбоза центральной вены сетчатки применяются*

антикоагулянты, ферменты, ангиопротекторы, спазмолитики, кортикостероиды, препараты, улучшающие микроциркуляцию.

- 71. У больного отслойка сетчатки левого глаза на фоне осложненной миопии высокой степени обоих глаз. Выполняют хирургическое лечение.*
- 72. У больной отслойка сетчатки левого глаза. Показано хирургическое лечение.*

7. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

73. 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?
74. 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?
75. 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 корригируется, 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?
76. На третий день после простудного заболевания больной 26 лет, обратил внимание на снижение зрения обоих глаз. Объективно: Острота зрения правого глаза = 0,7 (не корригируется); острота зрения левого глаза = 0,2 (не корригируется). Передний отрезок обоих глаз не изменен. ДЗН гиперемированы, границы ступены. Поля зрения сужены на 20° по всем меридианам на белый цвет. Диагноз? Лечение?
77. Больная 28-ми лет жалуется на резкое снижение зрения правого глаза, небольшие боли при движении глазного яблока. Жалобы появились накануне вечером. Только что перенесла грипп, лечилась дома. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,08 (не корр.). Правый глаз

спокоен, при надавливании на него отмечается легкая болезненность в глубине орбиты. Оптические среды прозрачные. Глазное дно: диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие, физиологическая экскавация. Ход и калибр сосудов не изменен. Макулярная область и периферия сетчатки без патологии. В поле зрения – центральная скотома. TOD = 20 мм рт. ст. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Лечебные мероприятия?

78. К офтальмологу обратился больной 56-ти лет с жалобами на внезапное ухудшение зрения обоих глаз. Заболевание ни с чем не связывает. По внешнему виду и поведению, похоже, что пациент страдает алкоголизмом. Со слов сопровождающей пациента жены накануне больной выпивал с друзьями. С утра звонила жена одного из них. У мужа тоже резко снизилось зрение. При осмотре больного объективно: острота зрения обоих глаз = 0,02 (не корр.). Глаза совершенно спокойные. На роговицы обоих глаз с внутренней стороны в виде языка напоздает конъюнктивита. В остальном передние отрезки без видимых изменений. Оптические среды прозрачные. На глазном дне с обеих сторон диски зрительных нервов с сероватым оттенком, с четкими границами. Ход и калибр сосудов не изменены. Очаговой патологии нет. Какие дополнительные исследования необходимо произвести? Возможный диагноз? Терапия?

Ответы на ситуационные задачи.

73. *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.*
74. *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.

75. *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.*
76. *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.*
77. *Ретробульбарный неврит. 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.*
78. *Необходимо проведение исследования поля зрения, МРТ. Возможно предположить у больного ретробульбарный неврит, развившийся при отравлении метиловым спиртом. На первом этапе 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.*

8. ПАТОЛОГИЯ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ

79. У ребенка 8-ми месяцев, отмечается слезотечение слева и светобоязнь. Объективно. Глазное яблоко инъецировано по перикорнеальному типу. Роговица увеличена в размерах, отечная. Лимб расширен. Передняя камера глубокая. Радужка и зрачок просматриваются с трудом. Последний чуть расширен. В проходящем свете тусклый красный рефлекс. Глазного дна рассмотреть не удастся. Правый глаз здоров. Дополнительные диагностические мероприятия? Возможный диагноз? Лечение?
80. К врачу-офтальмологу обратился пациент 58 лет с жалобами на периодически возникающее по утрам затуманивание обоих глаз. Какие исследования необходимо провести больному?
81. Во время ежегодной диспансеризации у пациента 44 лет, не предъявляющего никаких жалоб на орган зрения, ВГД при измерении тонометром Маклакова весом 10 г равно 29 мм рт. ст. в правом глазу и 23 мм. рт. ст. в левом. Какова дальнейшая тактика врача-офтальмолога?
82. При обследовании больного глаукомой во время очередного диспансерного осмотра установлено, что острота зрения правого глаза равна 0,3, левого – 1.0. Поле зрения правого глаза сужено в верхне-носовой части до 50° от точки фиксации, а левого – до 35° от точки фиксации, ВГД правого глаза 30 мм рт. ст., левого – 27 мм рт. ст. Офтальмоскопически в обоих глазах определяется экскавация диска зрительного нерва: справа – выраженная, слева – начальная. Угол передней камеры обоих глаз широкий. Поставьте развернутый клинический диагноз для каждого глаза.
83. У работницы химического предприятия случайно при профилактическом осмотре была обнаружена слепота одного глаза. Объективно: зрение правого глаза 0. Передний отрезок не изменен на глазном дне – атрофия зрительного нерва с экскавацией. Внутриглазное давление = 40 мм рт. ст., левый глаз здоров. Поставьте развернутый диагноз.
84. 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 вены на склере. Роговица несколько отечна, полупрозрачная. Передняя камера мелкая, с прозрачной влагой. Зрачок расширен, в виде вертикального овала. Глазное дно видно в тумане. Пальпаторно T₊₃. Острота зрения левого глаза = 0,7 (не корр.). В хрусталике начальные

помутнения. Глазное дно в норме. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?

85. 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?
86. 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.
87. Больному был поставлен диагноз закрытоугольной глаукомы. Какие меры могут быть выполнены в домашних условиях при возникновении острого приступа?
88. 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.
89. Больной 58-ми лет страдает первичной открытоугольной глаукомой. Острота зрения обоих глаз = 0,3 со сферическим стеклом – 2,0 дптр. = 1,0. У него отмечается периодическое нестойкое повышение внутриглазного

давления, которое нормализуется медикаментозно. Увеличены размеры слепого пятна. Имеются парацентральные скотомы в зоне Бьеррума. На глазном дне изменений нет. Какая стадия глаукомы у больного? Рекомендации для лечения?

90. На очередной диспансерный осмотр к офтальмологу пришел больной глаукомой. При обследовании отмечено, что острота зрения обоих глаз с коррекцией $-1,0$, поле зрения правого глаза не изменено, в левом глазу наблюдается сужение верхненосовой границы до 30° от точки фиксации, при гониоскопии обоих глаз хорошо видны все структуры дренажной зоны угла передней камеры вплоть до широкой полосы цилиарного тела. ВГД правого глаза – 25 мм рт. ст., левого – 29 мм рт. ст. Поставьте развернутый клинический диагноз для каждого глаза.
91. Больной 67-ми лет обратился к окулисту с жалобами на понижение зрения левого глаза. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глаза спокойные. Передние отрезки без видимых изменений. Незначительная деструкция пигментной каймы зрачка левого глаза. Оптические среды прозрачные. На глазном дне слева имеется сдвиг сосудистого пучка в носовую сторону и экскавация зрительного нерва. При периметрии слева имеется сужение поля зрения в верхненосовом квадранте. Возможный диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
92. Больная 55-ти лет обратилась к окулисту с жалобами на периодические боли в обоих глазах, появление тумана и радужных кругов при взгляде на источник света, особенно при наклонах головы. Впервые подобные ощущения заметила 1,5 года назад, но в последние месяцы они стали более частыми. Объективно: острота зрения правого глаза = 0,3 sph. + 1,5^D = 0,5; TOD = 35 мм рт. ст.; острота зрения левого глаза = 0,7 sph. + 1,0 = 1,0; TOS = 34 мм рт. ст. Глаза спокойные, имеется расширение передних цилиарных сосудов. Передняя камера мелкая. Радужка субатрофична. Зрачок 4 мм, круглый, вяло реагирует на свет. Рефлекс с глазного дна розовый. Справа имеется краевая экскавация с перегибом сосудов по краю диска, слева – сдвиг сосудистого пучка в носовую сторону. Макулярная зона и периферия сетчатки без патологии. Поле зрения правого глаза сужено в верхненосовом квадранте до 25° , слева – в пределах нормы. Диагноз? Лечебные мероприятия?
93. Больной 57-ми лет обратился к врачу с жалобами на ухудшение зрения и ориентировки в пространстве. Вышеуказанные жалобы появились около полугода назад, но не вызывали особого беспокойства. Отмечал периодическое проходящее затуманивание зрения. В настоящее время патологические явления прогрессируют. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,4 sph. – 3,5^D = 1,0. Глаза спокойные. Роговицы прозрачные.

Передние камеры средней глубины. Радужки субатрофичные. Зрачки слабо расширены. Реакция на свет замедлена. В проходящем свете красный рефлекс. На глазном дне отмечается экскавация дисков зрительных нервов, их побледнение. При периметрии определяется трубчатое поле зрения. ТОУ = 38 мм рт. ст. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?

94. 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.

Ответы на ситуационные задачи.

79. *Врожденная глаукома левого глаза. Проводят измерение внутриглазного давления, офтальмоскопию и гониоскопию. Лечение – оперативное.*
80. *Необходимо проведение обследования на глаукому. Исследование границ поля зрения со скотометрией, Динамическое наблюдение за офтальмотонусом, Тщательная офтальмоскопия.*
81. *Необходимо проведение обследования на глаукому. Исследование границ поля зрения со скотометрией. Динамическое наблюдение за офтальмотонусом. Тщательная офтальмоскопия.*
82. *Первичная открытоугольная развитая глаукома правого глаза с умеренно повышенным внутриглазным давлением. Первичная открытоугольная начальная глаукома левого глаза с умеренно повышенным внутриглазным давлением.*
83. *Первичная открытоугольная терминальная глаукома правого глаза с высоким внутриглазным давлением.*
84. *Острый приступ закрытоугольной глаукомы правого глаза, начинающаяся возрастная катаракта левого глаза. В течение 1-го часа производят инстилляции 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.

85. *Острый приступ закрытоугольной глаукомы левого глаза. В течение 1-го часа производят инстилляци 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.*
86. *Острый приступ закрытоугольной глаукомы левого глаза. В течение 1-го часа производят инстилляци 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.*
87. *В течение 1-го часа производят инстилляци 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.*
88. *Острый приступ закрытоугольной глаукомы левого глаза.*
89. *У больного первичная открытоугольная начальная глаукома с нормальным внутриглазным давлением. Учитывая компенсацию офтальмотонуса, больной должен использовать те гипотензивные препараты, которые он получает.*
90. *Первичная открытоугольная начальная глаукома с нормальным внутриглазным давлением правого глаза. Первичная открытоугольная развитая глаукома с умеренно повышенным внутриглазным давлением левого глаза.*

91. *Возможный диагноз: первичная открытоугольная развитая глаукома левого глаза. Проводят тонометрические и тонографические исследования. При отсутствии компенсации офтальмотонуса назначают гипотензивные препараты с контролем внутриглазного давления. При отсутствии нормализации уровня ВГД – оперативное лечение.*
92. *Диагноз: первичная закрытоугольная развитая глаукома правого глаза с высоким внутриглазным давлением, первичная закрытоугольная начальная глаукома левого глаза с высоким внутриглазным давлением, гиперметропия слабой степени обоих глаз. Осуществляют подбор гипотензивных препаратов. При отсутствии нормализации уровня внутриглазного давления – оперативное лечение.*
93. *Диагноз: первичная открытоугольная далекозашедшая глаукома обоих глаз с высоким внутриглазным давлением, миопия слабой степени обоих глаз. Осуществляют подбор гипотензивных препаратов. При отсутствии нормализации уровня внутриглазного давления – оперативное лечение.*
94. *Острый приступ закрытоугольной глаукомы.*

9. ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

95. 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?
96. 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?
97. 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?
98. 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.
99. 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 ухудшается. 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 иридодез. 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?

100. 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. ТОД = 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 удается из-за отека роговицы. ТОС = 46 мм рт. ст. Диагноз? Лечебные мероприятия?
101. 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?
102. 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 ступешеван, зрачок узкий. Рефлекса с глазного дна не

видно. Внутриглазное давление пальпаторно в норме. Левый глаз здоров. Укажите диагноз, наметьте лечебные мероприятия.

103. 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?
104. 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?
105. 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 удастся. При раскрытии глазной щели у лимба виден темного цвета комочек. Роговица прозрачная. На дне передней камеры кровь. Передняя камера глубокая. Диагноз? Первая помощь?
106. 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?

107. 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?
108. 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?
109. 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.
110. 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?

111. 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?
112. 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. Конъюнктивит 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?
113. 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.). Конъюнктивит глаз инъектирован по смешанному типу. На поверхности роговиц мелкие пузырьвидные вздутия эпителия. Подлежащие отделы глаз не изменены. Диагноз? Первая помощь? Лечение?
114. 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.
115. 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?

116. 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?
117. 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.
118. 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.

95. *Возможный диагноз: берлиновское помутнение сетчатки обоих глаз. Перелом основания черепа? Производят рентгенографию черепа в двух проекциях, направляют больного к невропатологу и нейрохирургу.*
96. *Перелом стенок левой орбиты. Выполняют рентгенографию черепа в двух проекциях. При смещении отломков – пластические операции на стенках орбиты.*
97. *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 вымыванием гифемы, витректомия.*
98. *Тупая травма, гифема, иридодиализ правого глаза. Учитывая резкое снижение зрения глаза, необходима тщательная офтальмоскопия для*

исключения патологии сетчатки. Показана кровоостанавливающая и рассасывающая терапия, пластика радужной оболочки.

- 99. Подвывих хрусталика левого глаза. Проводят биомикроскопию с расширенным зрачком, ультразвуковое исследование левого глазного яблока. Лечение – экстракция хрусталика с имплантацией интраокулярной линзы.*
- 100. 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.*
- 101. 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.*
- 102. 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.*
- 103. Непроницающая резаная рана роговицы левого глаза. Назначают антибактериальные препараты в виде капель и мазей, кератопротекторы.*
- 104. Проникающее ранение роговицы правого глаза. Проводят рентгенографию правой орбиты, ультразвуковое исследование правого глаза. Вводят противостолбнячную сыворотку. Назначают антибактериальные препараты в виде капель и мазей.*
- 105. 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.*
- 106. 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 рентгенолокализацию 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.

107. 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.
108. 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.
109. Халькоз правого глаза? Для уточнения диагноза производят рентгенологическое и ультразвуковое исследование глаза.
110. 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.

111. 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.
112. 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 применении сыворотки ожоговых реконвалесцентов путем подконъюнктивальных и внутривенных инъекций.
113. Электроофтальмия. Лечение заключается в инстилляциях раствора дикаина, 2% раствора новокаина и стерильного вазелинового масла, а также 30% раствора сульфацил-натрия. Полезны холодные примочки.
114. 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.
115. 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.
116. 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.

117. Скорее всего, у пациента явления симпатического воспаления. Необходимо усилить противовоспалительное лечение. При отсутствии эффекта произвести удаление травмированного глаза.

118. Инстилляциии дикаина.

10. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛАЗНИЦЫ

119. 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?
120. 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?
121. 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?
122. 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.

119. У больного тенонит. Общее и местное противовоспалительное лечение. Сухое тепло.
120. 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.
121. 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.

11. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ГЛАЗ

123. В медико-санитарную часть обратился рабочий плавильного цеха 43-х лет с жалобами на покраснение глаз и снижение зрения. Объективно имеет место покраснение и утолщение век, инъекция конъюнктивы. Острота зрения обоих глаз = 0,7 (не корр.). При биомикроскопии в заднем кортикальном слое хрусталиков определяются помутнения. Глазное дно без видимой патологии. Поставьте диагноз. С чем может быть связана патология?
124. После работы с электросваркой вечером больной 47 лет вечером почувствовал чувство инородного тела в обоих глазах, появились слезотечение и светобоязнь. Постепенно нарастала боль, и появился блефароспазм. При осмотре офтальмологом обнаружен отек и гиперемия

век обоих глаз, отек конъюнктивы, смешанная инъекция глазных яблок. Конъюнктивит с внутренней стороны наползает на роговицу в виде языка. Зрачок узкий. Подлежащие отделы в деталях рассмотреть не удастся. Предположительный диагноз? Лечение?

125. К офтальмологу обратился наладчик лазерного оборудования 32-х лет с жалобами на снижение зрения левого глаза. Со слов больного случайно «схватил глазом» лазерный луч. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,07 (не корр.). Глаз спокойный. Передний отрезок глаза не изменен. Оптические среды прозрачные. На глазном дне определяется парамакулярное ретинальное кровоизлияние. Диагноз? Лечение?
126. К врачу кожно-венерологического диспансера обратился пациент 63-х лет, много лет проработавший в горнодобывающей промышленности с жалобами на изменения кожи век и слезотечение. Больной был направлен к офтальмологу. Последнему удалось выяснить, что работа пациента была связана с добычей урановой руды. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,7 (не корр.). Кожа век истончена и депигментирована. Край века также истончен, сглажен. Облысение краев век. Они несколько обращены в сторону глазного яблока. Глаза спокойные. Передние отрезки без видимых изменений. В хрусталиках скопление точечных помутнений в субкапсулярном слое в области заднего полюса хрусталика. Глазное дно без видимых изменений. Диагноз? Рекомендации по дальнейшему ведению больного.
127. Больная 55 лет, рентгенлаборант. Жалобы на понижение зрения вдаль и на близком расстоянии. Развитие заболевания: больна в течение 6 месяцев, в рентген кабинете работает в течение 6 лет. Объективно зрение обоих глаз 0,1 не корректируется. В области заднего полюса хрусталика обоих глаз имеется дисковидное помутнение. Под передней капсулой хрусталика отдельные вакуоли. Диагноз, лечение и причины болезни.
128. Шофер самосвала 58 лет обратился к офтальмологу с жалобами на ухудшение зрения на близком расстоянии. Врач подобрал ему очки для чтения в 3,0 Д, в которых пациент вроде бы видел хорошо. Но, однако, через некоторое время больной обратился вновь с этими же жалобами. Объективно при осмотре конъюнктивы видна ее гиперемия, извитость и ампулообразное расширение вен, микроаневризмы и геморрагии. Аналогичные явления выявлены и в сетчатке. Диски зрительных нервов без видимых изменений. Поля зрения сужены. Расширены слепые пятна. Предполагаемый диагноз?

129. Больной 44-х лет направлен на консультацию к офтальмологу по поводу отравления гранозаном при выполнении сельхоз работ. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,9 (не корр.). У больного наблюдаются дрожание век, нарушение величины, формы и реакции зрачков, диплопия. Роговица и хрусталик окрашены в серо-коричневый цвет. Тактильная чувствительность роговицы снижена. На поверхности роговицы окрашенное кольцо, расположенное концентрично по отношению к лимбу. Металлический серо-коричневый рефлекс от передней поверхности хрусталика. Точечные помутнения передних кортикальных слоев хрусталика. Глазное дно в норме. Диагноз? Лечение? Определите трудоспособность пациента.
130. На приеме у офтальмолога пациентка 39-ти лет, долгое время работающая на заправочной станции. К врачу ее заставила обратиться периодическая потеря зрения обоих глаз. Никаких ранее перенесенных заболеваний пациентка не указывает. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,7 (не корр.). Глаза спокойные. Передние отрезки без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. На глазном дне с обеих сторон определяется отек сетчатки, особенно в перипапиллярной зоне и в центральной части. При исследовании поля зрения выявлено расширение физиологической скотомы. Внутриглазное давление с обеих сторон 29 мм рт. ст. Диагноз? Профилактика причин заболевания? Лечение?
131. После работы в поле у сельскохозяйственного работника 32 лет, отмечается обильное слезотечение, выраженный миоз и вялая реакция зрачков на свет. Пациент жалуется на снижение зрения вдаль, боли в глазах и орбитах, головную боль. Внутриглазное давление снижено. Небольшой нистагм, диплопия. Предположительный диагноз?
132. У участкового офтальмолога наблюдается пациент, жизнь которого практически постоянно связана с употреблением алкоголя. В последний раз его на прием привели соседи, так как по их словам он ослеп, и передвигаться сам не может. Больной достаточно долгое время работал на производстве синтетических спиртов, не отказывая себе в их употреблении. Около 6-ти лет назад стал жаловаться на снижение зрения обоих глаз. Зрение сначала снизилось довольно резко, но потом относительно восстановилось. Снижение зрения было связано с употреблением метилового спирта. В настоящее время объективно. Острота зрения обоих глаз = 0. Глаза спокойные, передние отрезки не изменены. Зрачки широкие, реакция на свет отсутствует. В плоскости зрачков частично помутневшие хрусталики. На глазном дне с обеих сторон Диски зрительных нервов бледные, с нечеткими границами. Сосуды сужены. Диагноз? Лечение?

Ответы на ситуационные задачи.

122. Блефароконъюнктивит, осложненная катаракта обоих глаз. Патология может быть связана с воздействием на глаз инфракрасного излучения.
123. Электроофтальмия. Птеригиум обоих глаз. Лечение электроофтальмии заключается в инсталляциях раствора дикаина, 2% раствора новокаина и стерильного вазелинового масла, а также 30% раствора сульфацил-натрия. Полезны холодные примочки. Птеригиум требует оперативного лечения.
124. Ретинальное кровоизлияние вследствие воздействия лазерного излучения на левый глаз. Рекомендуются максимум отдыха и покоя для глаз. Могут назначаться кровоостанавливающие и сосудукрепляющие средства. Глазные капли «Эмоксипин» укрепляют сосуды глаз и защищают их от чрезмерного освещения. Рекомендуются принимать витамины С и К, которые укрепляют стенки сосудов и улучшают свертываемость крови.
125. Атрофия кожи век, мадароз, заворот век. Осложненная катаракта обоих глаз. Поражения связаны с трудовой деятельностью. Пациент нуждается в смене профессии и динамическом наблюдении.
126. Осложненная катаракта обоих глаз. Показано хирургическое лечение. Причинами возникновения катаракты является воздействие рентгеновских лучей.
127. Имеющиеся изменения глаз могут указывать на проявление вибрационной болезни. Рекомендуются обследование и лечение у профпатолога. Смена профессии.
128. Офтальмомеркуриализм. Главные усилия направлены на выведение ртути из ее депо, назначают антитоксическую и стимулирующую терапию. Показано местное и общее лечение 5% раствором унитиола. Вопрос о трудоспособности и перерыве в работе с ртутью при I и II стадиях меркуриализма, а также при обострениях интоксикации решают ВКК и МСЭК.
129. Офтальмосатурнизм – поражение глаз соединениями свинца. В профилактике отравления наиболее важно предупреждение влияния тетраэтилсвинца на организм. Рабочий день в контакте с тетраэтилсвинцом должен быть укорочен. Полагаются дополнительные выходные дни. Понижение остроты зрения на одном глазу до 0,1 или на обоих менее чем до 0,5 считается противопоказанием к работе с

тетраэтилсвинцом. Лица, находящиеся в контакте с тетраэтилсвинцом, подлежат обязательному наблюдению невропатологом. Противоотечная и гипотензивная терапия.

130. Отравление фосфоорганическими соединениями.

131. Токсическая атрофия зрительных нервов вследствие поражения глаз на производстве синтетических этилового и метилового спиртов. Патология лечению не подлежит.

12. ВОЕННАЯ ЭКСПЕРТИЗА

133. У призывника имеется послеожоговый трихиаз, помутнения роговиц обоих глаз. Отмечается рубцовая деформация век в виде заворота. Призывника беспокоит слезотечение. Острота зрения обоих глаз = 0,6 (не корр.). Определите его годность к военной службе.

134. Освидетельствуется призывник с жалобами на снижение зрения правого глаза. Воспалительный процесс отмечает в третий раз. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,09 (не корр.). Правый глаз инъецирован по смешанному типу. На роговице инфильтрат в виде веточки дерева, окрашивающийся флюоресцеином. Старые помутнения роговицы.

Подлежащие отделы без видимых изменений. Левый глаз здоров. Определите степень годности призывника к военной службе.

135. При освидетельствовании призывника выявлено. Неоднократно переносил воспалительные заболевания роговиц обоих глаз. В настоящее время объективно. Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,6 (не корр.). В роговицах старые стромальные помутнения различной степени выраженности. Определите степень годности его к военной службе.
136. При обследовании призывника в стационаре выявлено. Острота зрения обоих глаз = 0,4 (не корр.). На глазном дне с обеих сторон явления тапеторетинальной абнотрофии. Определите степень годности его к военной службе.
137. При обследовании призывника установлено, что при скиаскопии правого глаза определяется миопия в 5,0 Д, а слева – 7,0 Д. Определите степень годности его к военной службе.
138. Призывник обследован в стационаре. Острота зрения правого глаза = 1,0. Рефрактометрически определяется простой близорукий астигматизм в 1,0 Д. Острота зрения левого глаза = 0,09 (не корр.). Рефрактометрически сложный близорукий астигматизм в 7,0 Д. Оптическая сила роговицы в перпендикулярных меридианах 51,25 Д и 44, 75 Д. Поставьте диагноз. Определите степень годности его к военной службе.
139. При обследовании призывника установлено, что при скиаскопии обоих глаз определяется миопия в 13,0 Д. Определите степень годности его к военной службе.
140. При обследовании призывника установлено, что при скиаскопии правого глаза определяется гиперметропия в 7,0 Д, а слева – 6,5 Д. Определите степень годности его к военной службе.
141. При обследовании призывника установлено, что при скиаскопии правого глаза определяется сложный миопический астигматизм в 3,0 Д, а слева – смешанный астигматизм в 4,5 Д. Определите степень годности его к военной службе.
142. Призывник обследован в стационаре до и после циклоплегии. Получены следующие объективные данные. До циклоплегии. Острота зрения обоих глаз = 0,09 (не корр.). Рефрактометрически справа определяется сложный миопический астигматизм в 3,0 Д с силой максимального меридиана в 6,0 Д. Слева – сложный миопический астигматизм в 3,5 Д с силой

максимального меридиана в 4,5 Д. После циклоплегии острота зрения правого глаза (с диафрагмой) = 0,09 со сферой – 1,5 Д и цилиндром – 3,0 Д = 0,2. Острота зрения левого глаза (с диафрагмой) = 0,09 со сферой – 1,0 Д и цилиндром – 2,5 Д = 0,2. Рефрактометрически справа определяется сложный миопический астигматизм в 3,0 Д с силой максимального меридиана в 5,0 Д. Слева – сложный миопический астигматизм в 3,5 Д с силой максимального меридиана в 4,0 Д. Поставьте диагноз. Определите степень годности его к военной службе.

Ответы на ситуационные задачи.

132. *Призывник к военной службе не годен. Должен быть снят с военного учета.*
133. *Призывник временно не годен к военной службе.*
134. *Призывник годен к военной службе.*
135. *Призывник к военной службе не годен. Должен быть снят с военного учета.*
136. *Призывник ограниченно годен к военной службе.*
137. *Простой близорукий астигматизм правого глаза в 1,0 Д. Сложный близорукий астигматизм левого глаза в 7,0 Д, кератоконус левого глаза. Призывник к военной службе не годен. Должен быть снят с военного учета.*
138. *Призывник к военной службе не годен. Должен быть снят с военного учета.*
139. *Призывник ограниченно годен к военной службе.*
140. *Призывник ограниченно годен к военной службе.*
141. *Сложный близорукий астигматизм правого глаза в 3,0 Д с силой максимального меридиана в 5,0 Д; сложный близорукий астигматизм левого глаза в 3,5 Д с силой максимального меридиана в 4,0 Д. Амблиопия средней степени обоих глаз. Призывник ограниченно годен к военной службе.*

13. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА

143. При освидетельствовании комиссией МСЭК у больного 46 лет, имеется осложненная миопия высокой степени (-14,0 Д), начинающаяся осложненная катаракта обоих глаз. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,01 (не корр.). Поля зрения с обеих сторон – остаточные. Глаза спокойные. В хрусталиках начальные помутнения. Деструктивные изменения в стекловидном теле. На глазном дне вокруг дисков обширные миопические конусы, переходящие в стафиломы. Атрофические изменения по всей сетчатке. Какой группе инвалидности соответствует состояние больного?
144. При освидетельствовании комиссией МСЭК у больной 36 лет на фоне сахарного диабета имеется диабетическая ретинопатия обоих глаз. Сахарным диабетом страдает 8 лет. Лечится у эндокринолога, на

инсулинотерапии. Снижение зрения обоих глаз, больше левого, отмечает в течение последнего года. Проводилось лечение лазером. Объективно. Правый глаз. Острота зрения = 0,3 со сферой + 1,25 Д и цилиндром – 0,5 Д = 0,5. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. Частичные периферические помутнения в хрусталике. На глазном дне диск зрительного нерва бледно-розовый, с четкими границами. Вены расширены, неравномерного калибра. В сетчатке геморрагии, твердые экссудаты, следы лазеркоагулятов. TOD = 18 мм рт. ст. Левый глаз. Острота зрения = счет пальцев у лица. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. Частичные периферические помутнения в хрусталике. На глазном дне диск зрительного нерва бледно-розовый, с четкими границами. Вены расширены, неравномерного калибра. В сетчатке геморрагии, твердые экссудаты, следы лазеркоагулятов, выраженный преретинальный фиброз стекловидного тела. Локальная тракционная отслойка сетчатки. TOS = 18 мм рт. ст. Какой группе инвалидности соответствуют изменения, имеющиеся у пациентки? Реабилитационные мероприятия?

145. При освидетельствовании комиссией МСЭК у больного 63 лет имеется незрелая возрастная катаракта обоих глаз. Острота зрения правого глаза = 0,5 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,1 (не корр.). При осмотре с широким зрачком другой патологии не выявлено. Действия врача МСЭК?
146. При осмотре пациента 30-ти лет выявлено, что острота зрения правого глаза = 0,04 со сферой – 8,5 Д = 0,6; острота зрения левого глаза = 0,05 со сферой – 8,5 Д = 0,7. В стекловидном теле обоих глаз нитчатые деструктивные изменения. На глазном дне с обеих сторон миопические конусы. Периферическая дистрофия сетчатки. Рефрактометрически с обеих сторон определяется миопия до 10,0 Д с элементами астигматизма. Биометрия справа – 27,2, а слева 27,1 мм. Поставьте диагноз. Какие ограничения в профессиональной деятельности существуют для пациента?
147. Пациент 48-ми лет в течение 4 лет страдает глаукомой, точнее в это время была диагностирована первичная открытоугольная развитая глаукома с умеренно повышенным внутриглазным давлением. С этого времени пациент получает гипотензивную терапию. Внутриглазное давление компенсировано. На момент осмотра острота зрения обоих глаз = 0,8 (не корр.). Глаза спокойные. Передние отрезки без видимых изменений. На глазном дне экскавация диска зрительного нерва 8/10. Поле зрения обоих глаз сужено в верхне-назальном квадранте до 30°, парацентральные подковообразные скотомы. Внутриглазное давление = 19 мм рт. ст. Какие ограничения в профессиональной деятельности существуют для пациента?

148. Больная 64-х лет длительное время страдает возрастной макулярной дистрофией обоих глаз. В течение последнего года отмечает ухудшение зрения обоих глаз, что затрудняет ее жизнедеятельность. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,05 (эксц., не корр.). Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. На глазном дне в макулярной области выраженные дистрофические изменения. В поле зрения центральная скотома до 10°. Острота зрения левого глаза = 0,03 (эксц., не корр.). Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. На глазном дне в макулярной области выраженные дистрофические изменения. В поле зрения центральная скотома до 15-20°. Какой группе инвалидности соответствуют изменения, имеющиеся у пациентки?
149. На профосмотр пришел пациент 53-х лет, не предъявляющий никаких жалоб на зрение. При исследовании обнаружено, что острота зрения обоих глаз = 0,8 со сферой -1,0 Д = 1,0. Глаза спокойные передние отрезки глаз без видимой патологии. В плоскости зрачков хрусталики с начальными помутнениями. Глазное дно без особенностей. Поставьте диагноз. Какие ограничения в профессиональной деятельности существуют для пациента?
150. При освидетельствовании комиссией МСЭК у больного 52-х лет объективно выявлено. Острота зрения правого глаза = 0,08 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0. Правый глаз спокойный. Старые стромальные помутнения роговой оболочки, не захватывающие центр роговицы. Остальные отделы переднего отрезка глаза без видимой патологии. Глазное дно в норме. Левое глазное яблоко без видимых изменений. Прямые и содружественная реакции зрачков на свет сохранены. При чтении текста через карандаш больной установочных движений головой не делает. Какой группе инвалидности соответствует состояние больного?
151. При освидетельствовании в МСЭК больному определена группа инвалидности. Какие разделы должна содержать его индивидуальная программа реабилитации?
152. Пациент, по мнению врача-эксперта МСЭК симулирует слепоту на один глаз. Какие методы можно применить для выявления симуляции?

Ответы на ситуационные задачи.

142. *Данные больного соответствуют требованиям для I группы инвалидности.*

143. Данные больной соответствуют требованиям для III группы инвалидности. Проллиферативная диабетическая ретинопатия, сложный гиперметропический астигматизм, тракционная отслойка сетчатки правого глаза. Развитая диабетическая ретинопатия левого глаза. Больной показана швартвитрэктомия с эндолазером на правом глазу. Наблюдение и лечение у эндокринолога.
144. Врач МСЭК для реабилитации пациента должен рекомендовать проведение хирургического лечения катаракты.
145. Высокая осложненная близорукость является противопоказанием к тяжелому физическому труду, к работе с сотрясением тела и наклонным положением головы, к зрительной напряженной работе.
146. При нарушениях периферического зрения нельзя работать водителем любого вида транспортного средства и на большой высоте (крановщик, монтажник, пожарный, каскадер и др.). При глаукоме противопоказана работа в ночное время со значительным психическим и физическим напряжением, работа с длительным наклоном головы.
147. Данные больной соответствуют требованиям для I группы инвалидности.
148. Начинающаяся катаракта обоих глаз. При начальном помутнении хрусталика противопоказана работа в условиях разных видов излучения (инфракрасного, ультрафиолетового, гамма-лучи), а также в условиях воздействия токсических веществ, таких как тринитротолуол, нафталин.
149. Показаний для назначения группы инвалидности у пациента нет. Он симулирует слепоту левого глаза. Нуждается в проведении контрольных тестов исследования.
150. Индивидуальная программа реабилитации состоит из четырех разделов:
- медицинской реабилитации, куда входят все виды лечения;
 - профессиональной реабилитации, которая включает профориентацию, профобразование, рекомендации по трудоустройству;
 - социальной реабилитации, включающей обеспечение инвалидов по зрению психологическими средствами реабилитации (специальное устройство для чтения «говорящей книги», трость тактильная, часы-будильник с синтезатором речи, часы с рельефным обозначением и т.д.);
 - психологической реабилитации.

324. *Исследование прямой и содружественной реакции зрачков на свет. При полной слепоте на один глаз прямая реакция зрачка на свет отсутствует, содружественная – сохранена.*
Закрыв зрячий глаз, предлагают мнимобольному смотреть прямо вперед. Он обычно фиксирует какой-нибудь предмет. Тогда перед глазом ставят призму в 10-12°, переносящую фиксируемый предмет в сторону от макулы. При этом действительно слепой глаз останется неподвижным, а мнимослепой делает движение в сторону верхушки призмы, так как иначе он не может ясно видеть фиксируемый предмет.
Закрыв зрячий глаз, водят перед слепым глазом пальцем в различных направлениях, предлагая смотреть направо, налево и т. д., куда ведут пальцем. Слепой глаз обычно поворачивается в указанных направлениях. Затем продолжают водить пальцем, но уже не говорят направление. Мнимослепой продолжает следить глазом за пальцем и тем самым выдает себя.

14. ОХРАНА ЗРЕНИЯ ДЕТЕЙ

325. В женской консультации наблюдается беременная 22-х лет, первородящая. При сборе анамнеза выяснено, что она плохо видит с детства. Во время консультации окулиста диагностирована пигментная дистрофия сетчатки. При дополнительном сборе анамнеза установлено, что данное заболевание имеется у отца и брата женщины. Какие действия должен предпринять врач консультации?
326. Во второй половине беременности женщина 31-го года перенесла краснуху. Какую врожденную патологию у ребенка может предполагать врач женской консультации?
327. Ребенок родился доношенным от срочных родов. Какие действия в отношении органа зрения должны предпринять работники родильного дома?

328. После рождения ребенок находится в детской. Какие манипуляции в отношении глаз должна предпринимать медицинская сестра перед кормлением ребенка?
329. У женщины 26-ти лет ребенок родился недоношенным, и длительное время находился в кювезе с повышенным содержанием кислорода. Какой патологии глаз у ребенка следует опасаться? Какие действия обязан предпринять врач родильного дома?
330. Ребенок родился от срочных родов. Беременность, роды и послеродовый период неотягощены. На дом для первого патронажного посещения пришел участковый педиатр. Какие действия в отношении органа зрения он должен предпринимать?
331. При осмотре ребенка в возрасте 3-х лет офтальмологом выявлена миопия и назначена очковая коррекция. Профилактику каких патологических состояний глаз достигают, используя оптическую коррекцию зрения? В чем видятся задачи врача-педиатра?
332. Молодой врач-педиатр направлен на работу в детский сад. Какие организационные мероприятия он должен осуществлять для охраны зрения дошкольников?
333. К врачу-офтальмологу детской поликлиники обратились родители ребенка 10-ти лет, страдающего косоглазием, с просьбой выдать справку для ограничения занятий физкультурой. Существуют ли такие ограничения? Каких занятий они касаются?
334. У ученицы 9-го класса выявлена близорукость обоих глаз в 8,5 D. Родители обратились к педиатру за справкой в отношении посещений занятий физкультурой. Какие ограничения в этом плане существуют для данной пациентки?

Ответы на ситуационные задачи.

325. *Работник женской консультации должен сделать соответствующую запись в обменной карте и рекомендовать обратиться в генетическую консультацию.*
326. *Врожденную катаракту.*
327. *В первые минуты после рождения, до проведения профилактики гонобленнореи, следует проверить состояние век, роговицы, зрачка и*

зрачковые реакции на свет. Профилактика гонобленнореи каждому новорожденному проводится немедленно после рождения. Обработав руки спиртом и стерильными ватными шариками, акушерка снимает первородную смазку с век ребенка, слегка оттягивает нижнее веко и закапывает в глаза трехкратно раствор антибиотиков (пенициллина, тетрациклина и др.) или сульфаниламидов (сульфацил-натрий).

328. Обработку глаз новорожденных проводит медсестра перед каждым кормлением, используя 2% раствор борной кислоты и отдельный стерильный ватный шарик для каждого глаза. В связи с возможностью кровоизлияний в центральную зону сетчатки необходимо ежедневно проверять зрение каждого глаза поочередно по зрачковой реакции на свет или реакции кратковременного слежения за передвигающимися перед глазом предметами (карандаш, зеркало, игрушки).
329. Ретинопатии недоношенных. Необходимо провести ранний офтальмологический осмотр ребенка.
330. При первом патронажном посещении новорожденного продолжают обучать мать уходу за слизистой оболочкой глаз ребенка, проверяют состояние придаточного аппарата и глазного яблока и сопоставляют результаты с данными родильного дома. Обязательно контролируют состояние зрения: реакцию зрачка на свет, реакцию слежения, фиксацию, узнавание и предметное зрение. При первом и последующих посещениях обращают внимание на подвижность век, полноту закрытия глазной щели, плотное прилегание краев век к глазу, отсутствие слезостояния, слезотечения, подвижность глаз в разные стороны, симметричность их расположения и идентичность движений, динамику изменений видимых структур глаза – роговицы, передней камеры, зрачка.
331. Профилактика амблиопии и косоглазия. Педиатр должен осуществлять контроль за ношением очков детьми, разъясняя родителям необходимость этого для улучшения зрения.
332. Педиатры должны строго следить за освещенностью игровых мест детей, которая должна быть не менее 300 лк на единицу поверхности пола или стола. Игрушки не должны быть мелкими, необходима их хорошая, яркая расцветка. За физическим воспитанием и оздоровлением детей наблюдают с учетом рекомендаций офтальмолога, проводя санитарно-просветительскую работу с родителями по охране зрения детей, особенно входящих в группу риска.

333. Ограничения существуют. Ребенку противопоказаны упражнения, связанные с точным определением расстояния до спортивного снаряда (конь, барьерный бег и т.д.).
334. При близорукости выше 8,0 D дети могут выполнять только вольные дыхательные упражнения.

15.ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

335. Пациенту с заболеванием органа зрения показано местное введение лекарственных препаратов. Какие виды местного введения препаратов можно использовать?
336. Молодой предприниматель решил организовать в своей аптеке производство глазных капель. Какие требования для глазных капель предъявляются Государственной фармакопеей?
337. Студенту медицинской академии предстоит написать реферат о фармакодинамике лекарственных препаратов, применяемых в офтальмологии. Какие особенности действия глазных капель он должен указать в реферате?

338. Пациенту с заболеванием роговой оболочки назначено закладывание глазной мази. Врач объяснил назначение мази для более длительного действия лекарственного вещества на глаз. Чем это можно объяснить? В чем отличие глазных мазей от других?
339. В стационаре врач назначил больному инъекции лекарственного препарата под конъюнктиву. Пациент просит рассказать ему, как проводится эта процедура и почему нужны инъекции, а не закапывания капель, как лекарство попадает в глаз?
340. Больной проходит лечение в стационаре после проникающего ранения глаза. Ему была проведена первичная хирургическая обработка раны, но на 3-й день в передней камере появился гной. Предполагается провести парацентез роговицы с промыванием передней камеры. Какой путь введения антибиотика можно предложить больному?
341. Ребенку 7-ми лет показаны частые субтеноновые инъекции лекарственных препаратов. Какой путь введения лекарства можно использовать и какова методика его выполнения?
342. Пациенту, лечущемуся в поликлинике по поводу конъюнктивита необходимо проводить промывания конъюнктивального мешка. Какие растворы для этого можно рекомендовать?
343. Для лечения конъюнктивита больному показаны инстилляциии медикаментов, оказывающих вяжущее действие. Какие лекарственные средства можно использовать?
344. У пациента выраженный поллинозный конъюнктивит. Какие препараты можно применить для местного лечения?

Ответы на ситуационные задачи.

335. *Местное лечение включает закапывание глазных капель, закладывание глазных мазей, глазных лекарственных пленок, а также подконъюнктивальные, периокулярные, ретробульбарные инъекции препаратов, введение лекарств в переднюю камеру, стекловидное тело, субхориоидальные инъекции и др.*
336. *Глазные капли должны быть стерильными, стабильными и не содержать видимых загрязнений, иметь рН и осмотическое давление, соответствующие этим показателям слезы. Глазные капли готовят в асептических условиях с использованием буферных растворов,*

консервантов, пролонгирующих средств. Лекарственные средства в каплях должны хорошо растворяться в изотоническом растворе хлорида натрия либо в маслах (персиковом, оливковом) и оказывать терапевтическое действие в нетоксических и не раздражающих глаз дозах.

337. Сразу после закапывания глазных капель избыток жидкости выжимается веками. Остающееся в конъюнктивальном мешке количество медикаментов сразу же разбавляется слезной жидкостью, частично проникает в конъюнктиву и роговицу, но больше всего отводится в полость носа и всасывается там ее слизистой оболочкой. Высокотоксичные вещества даже в лечебных дозах создают при этом угрозу отравления. При введении мидриатиков это проявляется сухостью в горле, кашлем, а иногда, особенно у детей, гиперемией лица, тахикардией и даже спутанностью сознания. Миотики могут вызвать болезненные колики и понос. На закапывание адреналина люди с изменениями сердечно-сосудистой системы реагируют болями в сердце, нарушениями пульса и пр. Менее токсичные вещества, всасываясь в кровь, могут вызвать аллергические реакции.
338. Глазные мази действуют дольше, чем капли. Образующаяся после аппликации мази в глаз водно-масляная взвесь задерживается в конъюнктивальной полости и образует пленку на поверхности роговицы, из которой действующее вещество медленно всасывается в глазное яблоко. Глазные мази отличаются от аналогичных средств, применяемых в дерматологической практике. Лекарственные вещества в глазных мазях максимально дисперсны, абсолютно исключаются даже мельчайшие твердые частицы.
339. Инъекциям под конъюнктиву предшествует эпibuльбарная анестезия, при которой в конъюнктивальную полость трехкратно с интервалом 1-2 минуты вводят раствор анестезирующего вещества (дикаин, лидокаин и др.). Инъекционную иглу вкалывают в средней трети промежутка от лимба до нижней переходной складки на 6 ч условного циферблата. Лекарственное вещество из подконъюнктивального депо проходит в глаз по лимфатическим путям через краевую сеть в лимфатические щели роговицы, из них – в переднюю камеру глаза, а непосредственно в месте инъекции – через склеру и лимб. Однако основная масса лекарственного раствора после инъекции через инъекционное отверстие просачивается в конъюнктивальный мешок, из которого через роговицу частично проникает в глаз, а частично уносится слезной жидкостью.
340. Введение антибиотика в переднюю камеру во время операции.

341. Возможно дробное или непрерывное введение растворов через ретробульбарный капилляр. Один (проксимальный) конец капилляра подводят к заднему отрезку глазного яблока, а другой (дистальный) выводят через прокол на верхнем веке и укрепляют на коже лба лейкопластырем. На дистальном конце капилляра расположена пробка-заглушка, через которую в определенное время вводят лекарственные средства.
342. 0,2% (1:5000) водный раствор фурацилина, 1:5000 раствор калия перманганата.
343. 2-3% раствор колларгола, 0,5-1% водный раствор резорцина, 0,25-0,5% раствор цинка сульфата, 1% раствор танина.
344. Алергофтал, аломид, сперсаллерг, кузикром, максидекс, пренацид, лекролин.

16. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ

345. У пациента 37-ми лет имеется склонность к швартообразованию после частичного гемофтальма в задних отделах стекловидного тела. Какой из видов электрофореза с ферментными препаратами можно ему предложить?
346. Больной 26-ти лет получил проникающее ранение глаза медным осколком, удаление которого было отсрочено. В связи с этим у него появились явления халькоза в хрусталике и роговице. Какие физиотерапевтические методики можно ему применить для выведения из глаза ионов меди?
347. У больной 56-ти лет после перенесенного тромбоза центральной вены сетчатки развивается атрофия зрительного нерва. Возможно ли ей проведение чрезкожной электростимуляции зрительного нерва?

348. После полученной тупой травмы левого глаза у больного 32-х лет сохраняется неполный птоз верхнего века. Какой вид физиотерапевтических процедур можно ему предложить?
349. У больного 44-х лет развивается токсическая атрофия зрительных нервов после употребления метилового спирта. Какой вид физиотерапии может оказать ему помощь?
350. У девочки 8-ми лет детским офтальмологом выявлена амблиопия. Какие виды физиотерапевтического лечения применимы в данном случае?
351. Больной 28-ми лет получил тупую травму левого глаз две недели назад. На фоне лечения у него наблюдается вялотекущий увеит. Какой из видов физиотерапевтического лечения можно применить?
352. На прием к окулисту пришел больной с начинающимся ячменем нижнего века левого глаза. Какой из видов физиопроцедур может оказать содействие для рассасывания воспалительного очага?
353. К окулисту детской поликлиники обратилась мать ребенка, получающего курсы терапии по поводу спазма аккомодации. Ребенок получает процедуры в виде лазерного спекла. В настоящее время у мальчика простудное заболевание. Родителей ребенка интересует вопрос: можно ли в данном случае продолжить занятия? Какие противопоказания к лечению лазерным спеклом существуют?
354. Ребенку 13 лет необходимо исследовать внутриглазное давление. Однако у него имеется аллергия к дикаину. Какая физиопроцедура может помочь в этом случае?

Ответы на ситуационные задачи.

345. *Эндоназальная методика применяется при патологических процессах на глазном дне и в задних слоях стекловидного тела, особенно при склонности к швартообразованию. Эндоназальный электрофорез дает возможность кратчайшим путем подвести лекарственные вещества к заднему полюсу глаза.*
346. *С помощью обратного электрофореза – электроэлиминации можно выводить из глаза различные ионы. Этот метод используется при халькозе для выведения ионов меди, которые в виде солей откладываются на задней*

поверхности роговицы, в стекловидном теле, сетчатке и способствуют развитию катаракты.

- 347. Нет. Противопоказания к проведению чрезкожной электростимуляции: опухоли глазницы и глазного яблока, состояния после их удаления, гнойные процессы в глазнице, тромбоз, эмболия центральных вены и артерии сетчатки, некомпенсированная глаукома.*
- 348. Дарсонвализация или диадинамические токи.*
- 349. Гипербарическая оксигенация.*
- 350. Чрезкожную электростимуляцию, электрорефлексотерапию, применение лазерных спеклов.*
- 351. Низкочастотную магнитотерапию.*
- 352. Ультравысокочастотная терапия.*
- 353. Процедуры нужно прерывать. Противопоказания: лихорадочные состояния, простудные заболевания, острые инфекционные заболевания, случаи эпилептического статуса в анамнезе.*
- 354. Локальная инфразвуковая терапия может быть применена для локального обезболивания с целью измерения внутриглазного давления.*