

ОРД-ЛОП-22

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

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией

УТВЕРЖДЕНО
протоколом заседания
Центрального координационного
учебно-методического совета
«22» марта 2022 г. № 4

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по офтальмологии

для ординаторов первого года обучения

по специальности 31.08.58 оториноларингология

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
От 25 февраля 2022 г. (протокол № 7)**

Заведующий кафедрой _____

г. Владикавказ 2022 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензия на ФОС
4. Паспорт оценочных средств
5. Комплект оценочных средств:
 - эталоны тестовых заданий,
 - билеты к зачету

**Паспорт фонда оценочных средств по
Офтальмологии**

№п/п	Наименование контролируемого раздела(темы)дисциплины/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Промежуточный		
Устный опрос, собеседование	Заболевания придаточного аппарата глаза, связанные с патологией ЛОР-органов.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8.	тестовые задания ситуационные задачи
Устный опрос, собеседование	Заболевания роговой оболочки.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8.	тестовые задания ситуационные задачи
Устный опрос, собеседование	Заболевания переднего отрезка сосудистой оболочки глаза.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8.	тестовые задания ситуационные задачи
Устный опрос, собеседование	Острые заболевания зрительного нерва.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8.	тестовые задания ситуационные задачи
Устный опрос, собеседование	Острый приступ глаукомы	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8.	тестовые задания ситуационные задачи
Устный опрос, собеседование	Повреждения придаточного аппарата глаза и глазного яблока.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8.	тестовые задания ситуационные задачи

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

**РЕЦЕНЗИЯ
на фонд оценочных средств**

по офтальмологии

для ординаторов первого года обучения

по специальности 31.08.58 оториноларингология

Фонд оценочных средств составлен на кафедре оториноларингологии с офтальмологией на основании рабочей программы учебной дисциплины оториноларингология, утвержденной в 2020 г. и соответствуют требованиям государственного образовательного стандарта высшего образования, уровень высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации, специальность 31.08.58 Оториноларингология утвержденный приказом Министерства образования и науки РФ от 26 августа 2014 г. № 1101.

Фонд оценочных средств включает в себя банк тестовых заданий, билеты к зачету.

Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: тестовые задания, варианты тестовых заданий, шаблоны ответов. Все задания соответствуют рабочей программе офтальмология и охватывают все её разделы. Количество тестовых заданий составляет 257. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Количество билетов к зачету составляет 16, что достаточно для проведения зачета и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время зачета в одной академической группе в один день. Билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Билет включает в себя 2 вопроса. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на зачет. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины.

Дополнительно к теоретическим вопросам предлагаются 354 ситуационные задачи. Ситуационные задачи (и др.), включенные в экзаменационный билет, дают возможность объективно оценить уровень усвоения ординатором теоретического материала. Сложность вопросов в билетах к зачету распределена равномерно.

Замечаний к рецензируемому фонду оценочных средств нет.

В целом, фонд оценочных средств офтальмология способствует качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемый фонд оценочных средств по офтальмологии может быть рекомендован к использованию для промежуточной аттестации у ординаторов.

Рецензент:

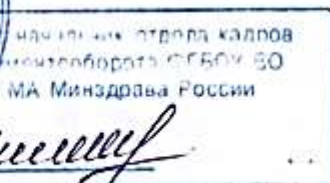
Председатель ЦУМК хирургических специальностей

Л.В. Цаликова

«23» августа 2020



Л.В. Цаликова



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

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией

Эталоны тестовых заданий

по офтальмологии

для ординаторов первого года обучения

по специальности 31.08.58 оториноларингология

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «25» февраля 2022 г. (протокол № 7)**

Заведующий кафедрой

(Э.Т. Гаппоева)

г. Владикавказ 2022 год

Оглавление

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Количество тестов (всего)	Код формируемых компетенций	стр. с __ по __
1	2	3	4	5
Вид контроля	Промежуточный			
1.	Заболевания придаточного аппарата глаза, связанные с патологией ЛОР-органов.	127	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8.	1-22
2.	Заболевания роговой оболочки.	25	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8.	23-27
3.	Заболевания переднего отрезка сосудистой оболочки глаза.	25	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8.	28-32
4.	Острые заболевания зрительного нерва.	31	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8.	33-38
5.	Острый приступ глаукомы	30	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8.	39-44
6.	Повреждения придаточного аппарата глаза и глазного яблока.	61	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8.	45-55

ВЕКИ

1. **Блефарит – это:**
 - А – острое гнойное воспаление век;
 - Б – хроническое пролиферативное воспаление хряща;
 - В – гнойное воспаление волосяного мешочка;
 - Г – воспаление края века;**
 - Д – гнойное воспаление подкожной клетчатки века.
2. **В симптомокомплекс простого блефарита не входит:**
 - А – наличие гнойных корочек на краях век;**
 - Б – зуд;
 - В – наличие пенистого отделяемого в углах глазной щели;
 - Г – покраснение краев век;
 - Д – частое мигание.
3. **Дисфункция мейбомиевых желез при блефарите выражается в:**
 - А – в гиперсекреции желез;
 - Б – в гипосекреции желез
 - В – в недостаточности выведения секрета;
 - Г – верно А и В;**
 - Д – верно Б и В.
4. **В этиологии блефаритов не имеет значения:**
 - А – некорригированные аномалии рефракции;
 - Б – глистные инвазии;
 - В – сахарный диабет;
 - Г – заболевания желудочно-кишечного тракта;
 - Д – заболевания сердечно-сосудистой системы.**
5. **Возбудителем углового блефарита является:**
 - А – стафилококк;
 - Б – диплобацилла Моракса –Аксенфельда;**
 - В – стрептококк;
 - Г – палочка Коха-Уикса;
 - Д – вирус простого герпеса.
6. **Встречаются все виды блефаритов, кроме:**
 - А – язвенного;
 - Б – ангулярного;
 - В – чешуйчатого;
 - Г – простого;
 - Д – воспалительного.**
7. **Выдавливание ячменя может привести:**

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

8. Демодекозный блефарит вызывается:

- А – вшами;
- Б – блохами;
- В – москитами;
- Г – клещами;**
- Д – инфузориями.

9. Для восстановления функции желез хряща наиболее рациональным является:

- А – массаж век;**
- Б – туалет век;
- В – туширование краев век;
- Г – наложение на края век тампонов с антибиотиками;
- Д – мазевые аппликации.

10. Для клинической картины халазиона характерно все, кроме:

- А – наличия новообразования в толще века;
- Б – болезненности при пальпации;**
- В – подвижности кожи над халазионом;
- Г – спаянности с хрящом;
- Д – просвечивания со стороны конъюнктивы.

11. Для лечения углового блефарита наиболее целесообразно применять:

- А – раствор сульфацил-натрия;
- Б – раствор левомицетина;
- В – суспензию гидрокортизона;
- Г – раствор хлорида натрия;
- Д – раствор сульфата цинка.**

12. Если при массаже век из выводных протоков мейбомиевых желез выдавливается гной, то это:

- А – мейбомиевый блефарит;**
- Б – ангулярный блефарит;
- В – язвенный блефарит;
- Г – чешуйчатый блефарит;
- Д – простой блефарит.

13. Изменения век при воспалительном отеке включают:

- А – гиперемию кожи век;

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

14. К возникновению блефарита могут вести:

- А – витаминная недостаточность;
- Б – некорригированные аномалии рефракции;
- В – глистные инвазии;
- Г – профессиональные вредности;
- Д – верно все перечисленное.

15. К воспалительным заболеваниям век относится все, кроме:

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

16. К клиническим изменениям век при воспалительном отеке относят:

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

17. Как правило, причиной блефарита не является:

- А – гипертоническая болезнь;
- Б – глистная инвазия;
- В – аллергическое состояние;
- Г – анемия;
- Д – эндокринная патология.

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

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

19. Клиническим проявлением чешуйчатого блефарита является:

- А – покраснение век;
- Б – утолщение краев век;

- В – мучительный зуд в веках;
- Г – наличие серых чешуек у корней ресниц;
- Д – верно все перечисленное.**

20. Мадарозом называется:

- А – неправильный рост ресниц;
- Б – утолщение края века;
- В – облысение края века;**
- Г – изъязвление края века;
- Д – наличие корочек на краю века.

21. Методами лечения трихиаза являются:

- А – удаление ресниц;
- Б – пластическая операция;
- В – и то, и другое;
- Г – ни то, ни другое.

22. Показаниями к вскрытию абсцесса века являются:

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

23. При абсцессе века необходимо:

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

24. При поражении простым герпесом на коже век появляются:

- А – мелкие гнойнички;
- Б – высыпания в виде белых пятен с красным венчиком вокруг;
- В – мелкие язвочки, покрытые салным налетом;
- Г – серо-белого цвета пленочки, с трудом отделяющиеся от кожи;
- Д – мелкие прозрачные пузырьки.**

25. При лечении ячменя недопустимо:

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

26. При поражении кожи век опоясывающим герпесом наблюдается:
- А – гиперемия и отек век;
 - Б – появление резко гиперемизированных участков и пузырьков, отека века на фоне повышения температуры тела;
 - В – на фоне повышения температуры тела появление нескольких рядом лежащих пузырьков с прозрачной жидкостью;
 - Г – **пузыревидные высыпания, занимающие одну половину лба, расположенные в один ряд;**
 - Д – обширные гнойные пузыри на веках.
27. При трихиазе необходимо проводить:
- А – эпиляцию ресниц;
 - Б – диатермокоагуляцию ресниц;
 - В – пластику века;
 - Г – **все перечисленное верно.**
28. При упорных блефаритах показаны:
- А – массаж век;
 - Б – сеансы УВЧ;
 - В – пластика век;
 - Г – **все перечисленное верно.**
29. При чешуйчатом блефарите не бывает:
- А – сужения глазной щели;
 - Б – **изъязвлений краев век;**
 - В – наличия чешуек между ресницами;
 - Г – гиперемии краев век;
 - Д – утолщения краев век.
30. При язвенном блефарите изменения век носят характер:
- А – **кровооточащих язвочек с гнойным налетом;**
 - Б – покраснения краев век с наличием чешуек;
 - В – заворота век;
 - Г – выворота век;
 - Д – всего перечисленного.
31. При ячмене из физиопроцедур следует рекомендовать:
- А – ультрафиолетовое облучение;
 - Б – токи ультравысокой частоты;
 - В – электрофорез с десказоном;
 - Г – **все перечисленное верно.**
32. Признаками трихиаза являются:
- А – блефароспазм;
 - Б – слезотечение;

В – рост ресниц в сторону глаза;

Г – **все перечисленное;**

Д – только Б и В.

33. Рожистое воспаление кожи век характеризуется:

А – гиперемией и отеком век;

Б – **появлением резко гиперемизированных участков кожи век и пузырьков, отека век на фоне повышения температуры тела;**

В – на фоне повышения температуры тела – появлением нескольких рядов лежащих пузырьков с прозрачной жидкостью;

Г – пузырьвидными высыпаниями, занимающими одну половину лба, расположенными в один ряд.

34. Трихиазом называется:

А – **неправильный рост ресниц;**

Б – утолщение края века;

В – облысение края века;

Г – изъязвление края века;

Д – наличие корочек на краю века.

35. Хроническое пролиферативное воспаление хряща вокруг мейбомиевой железы – это:

А – ячмень;

Б – **халазион;**

В – абсцесс века;

Г – внутренний ячмень;

Д – блефарит.

36. Чем определяется легкое возникновение и быстрое распространение отеков, кровоподтеков и местных воспалительных процессов век?

А – большой подвижностью век;

Б – **наличием рыхлой гидрофильной клетчатки под кожей;**

В – наличием плотного хряща в толще века;

Г – наличием межмышечных щелей;

Д – плотная тарзоорбитальная фасция препятствует проникновению процесса вглубь.

37. Чешуйчатый блефарит характеризуется:

А – покраснением краев век;

Б – утолщением краев век;

В – мучительным зудом в веках;

Г – корни ресниц покрыты сухими чешуйками;

Д – **всем перечисленным.**

КОНЬЮНКТИВА

1. Аденовирусный конъюнктивит имеет все перечисленные формы, кроме:
 - А – катаральной;
 - Б – фолликулярной;
 - В – везикулярно-язвенной;**
 - Г – пленчатой;
 - Д – без исключения.

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

3. В клинической картине трахомы не наблюдается следующий симптом:
 - А – пленки на конъюнктиве верхнего века;**
 - Б – конъюнктив переходных складок в виде петушиных гребешков;
 - В – фолликулы в виде глубоко сидящих студенисто-мутных зерен;
 - Г – гипертрофия сосочков;
 - Д – утолщение аденоидного слоя конъюнктивы.

4. В лечении лекарственного конъюнктивита нецелесообразно применять:
 - А – местно 0,1% раствор дексаметазона;
 - Б – внутрь 10% раствор кальция хлорида;
 - В – местно – 0,5% мазь гидрокортизона;
 - Г – местно – 0,25% раствор дикаина;**
 - Д – внутрь тавегил.

5. В настоящее время для профилактики гонобленнореи применяют инстилляцией:
 - А – 2% раствора нитрата серебра;
 - Б – раствора пенициллина;
 - В – 20% раствора сульфацил-натрия;**
 - Г – 1% раствор гентамицина;
 - Д – раствор перманганата калия 1:5000.

6. В первые дни заболевания гонобленнореей отделяемое имеет характер:
 - А – скудной тягучей слизи;
 - Б – серозный с примесью крови;**
 - В – мутной жидкости с хлопьями;
 - Г – вязкого сливкообразного гноя;
 - Д – серозно-гнойной жидкости.

7. В течении трахомы различают:
А – одну стадию;
Б – две стадии;
В – три стадии;
Г – четыре стадии;
Д – пять стадий.
8. Возбудителем диплобациллярного (ангулярного) конъюнктивита является:
А – палочка Коха;
Б – палочка Коха-Уикса;
В – диплобацилла Моракса-Аксенфельда;
Г – гонококк Нейссера;
Д – пневмококк Френкеля-Вексельбаума.
9. Возбудителем острого эпидемического конъюнктивита является:
А – палочка Коха;
Б – палочка Коха-Уикса;
В – диплобацилла Моракса-Аксенфельда;
Г – гонококк Нейссера;
Д – пневмококк Френкеля-Вексельбаума.
10. Возбудителем трахомы являются:
А – аденовирусы;
Б – стрептококки;
В – энтеровирусы;
Г – хламидии;
Д – пневмококки.
11. Герпетический конъюнктивит характеризуется:
А – односторонностью процесса;
Б – длительным вялым течением;
В – высыпанием пузырьков на коже век;
Г – вовлечением в процесс роговицы;
Д – всем перечисленным.
12. Дифтерийный конъюнктивит характеризуется всеми симптомами, кроме:
А – отека, гиперемии, болезненности и уплотнения век;
Б – отделяемого в виде мутной жидкости с хлопьями;
В – наличия на конъюнктиве серых, трудно отделяющихся пленок;
Г – наличия хламидий в конъюнктивальном мешке;
Д – образования звездчатых рубцов.
13. Для аденофарингоконъюнктивальной лихорадки нехарактерно:

А – возникновение заболевания в летний период;

Б – наличие катаральных явлений верхних дыхательных путей;

В – наличие очень скудного слизисто-гнойного отделяемого;

Г – снижение чувствительности роговицы;

Д – контагиозность заболевания.

14. Для герпетического конъюнктивита характерны следующие клинические формы:

А – катаральная;

Б – фолликулярная;

В – везикулярно-язвенная;

Г – все перечисленные;

Д – только Б и В.

15. Для лечения гонобленнореи нецелесообразно применять:

А – промывания конъюнктивального мешка раствором перманганата калия;

Б – инстилляций раствора натриевой соли бензилпенициллина;

В – инстилляций 30% раствора сульфацил-натри;

Г – закладывание тетрациклиновой мази за веки;

Д – инстилляций 1% раствора пилокарпина.

16. Для лечения дифтерийного конъюнктивита применяют все, кроме:

А – противодифтерийной сыворотки;

Б – антибиотиков широкого спектра действия;

В – витаминов;

Г – промываний конъюнктивального мешка;

Д – все перечисленное без исключения.

17. Для лечения трахомы не применяют:

А – пенициллин;

Б – тетрациклин;

В – эритромицин;

Г – олететрин;

Д – дибиомицин.

18. Для острого инфекционного конъюнктивита характерны все симптомы, кроме:

А – чувства засоренности глаза;

Б – перикорнеальной инъекции глаза;

В – конъюнктивальной инъекции глаза;

Г – отделяемого из глаза;

Д – пролиферации сосочков и фолликулов.

19. Для пневмококкового конъюнктивита характерны все симптомы, кроме:
А – наличия катаральных явлений;
Б – обильного слизисто-гнойного отделяемого;
В – возникновения в летне-осенний период;
Г – наличия легко снимающихся пленок на конъюнктиве;
Д – резкой гиперемии конъюнктивы.
20. Для трахомы могут быть характерны все жалобы, кроме:
А – отсутствия субъективных жалоб;
Б – тяжести в веках;
В – ощущения засоренности глаз;
Г – слизисто-гнойного отделяемого;
Д – возможно все перечисленное.
21. Для туберкулезно-аллергического фликтенулезного конъюнктивита характерно все, кроме:
А – светобоязни;
Б – слезотечения;
В – все симптомы, без исключения;
Г – блефароспазма;
Д – смешанной инъекции.
22. Инкубационный период при аденовирусном конъюнктивите равен:
А – 1-2 дня;
Б – 2-3 дня;
В – 4-5 дней;
Г – 1 неделя;
Д – до 2 недель.
23. Инкубационный период при гонобленнорее составляет:
А – 1-2 дня;
Б – 2-3 дня;
В – 4-5 дней;
Г – 1 неделя;
Д – до 2 недель.
24. К аутоиммунным (аллергическим) конъюнктивитам относятся:
А – лекарственный конъюнктивит;
Б – поллинозный конъюнктивит;
В – весенний катар, пемфигус;
Г – туберкулезно-аллергический фликтенулезный конъюнктивит;
Д – все перечисленные.
25. К осложнениям трахомы относятся:

- А – трихиаз, мадароз;
- Б – энтропион;
- В – симблефарон;
- Г – ксероз;
- Д – все перечисленное верно.**

26. Какой из перечисленных препаратов нецелесообразно назначать для лечения пневмококкового конъюнктивита?

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

27. Клинически различают все виды гонбленнореи, кроме:

- А – гонбленнореи новорожденных;
- Б – гонбленнореи детей;
- В – гонбленнореи подростков;**
- Д – гонбленнореи взрослых.

28. Лекарственными препаратами для поллинозного конъюнктивита могут являться все, кроме:

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

29. Лечение весеннего катара включает:

- А – смену климата;
- Б – лечение кортикостероидами;
- В – лечение гамма-глобулином;
- Г – все перечисленное верно.**

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

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

31. Наличие крупных уплощенных сосочковых разрастаний на конъюнктиве верхнего века, напоминающих булыжную мостовую, характерно для:

- А – лекарственного конъюнктивита;
- Б – весеннего катара;**
- В – острого эпидемического конъюнктивита;
- Г – трахомы;
- Д – дифтерии конъюнктивы.

32. Неспецифической для конъюнктивита жалобой является:

- А – отделяемое из глаза;
- Б – чувство инородного тела под веком;
- В – склеивание ресниц по утрам;
- Г – покраснение глаза;
- Д – перикорнеальная инъекция.**

33. Нехарактерно для острого эпидемического конъюнктивита:

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

34. Общая симптоматика эпидемического конъюнктивита не сопровождается:

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

35. Осложнением и последствием трахомы не является:

- А – эктропион;**
- Б – энтропион;
- В – паннус;
- Г – трихиаз;
- Д – симблефарон.

36. Основная опасность гонобленнореи заключается в:

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

37. Основным фактором, осложняющим течение эпидемического аденовирусного кератоконъюнктивита является:

- А – множественные точечные инфильтраты и помутнения роговицы;**

- Б – высокая контагиозность заболевания;
- В – гиперемия и студенистый отек конъюнктивы;
- Г – увеличение и болезненность предушных и подчелюстных лимфоузлов;
- Д – недомогание.

38. Особенности течения гонобленнореи у взрослых является все, кроме:

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

39. Отделяемое при дифтерийном конъюнктивите носит характер:

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

40. Паннус является специфическим проявлением:

- А – трахомы;**
- Б – гонобленнореи;
- В – пневмококкового конъюнктивита;
- Г – ангулярного конъюнктивита;
- Д – эпидемического кератоконъюнктивита.

41. Пневмококковый конъюнктивит не сопровождается:

- А – наличием легко снимающихся пленок на конъюнктиве;
- Б – кровотечением из конъюнктивы при снятии пленок;**
- В – точечными геморрагиями на конъюнктиве склеры;
- Г – мелкими инфильтратами в перилимбальной зоне роговицы;
- Д – отеком век.

42. Поллинозный конъюнктивит вызывается:

- А – лекарственными препаратами;
- Б – кокковой флорой;
- В – пылью растений;**
- Г – вирусами;
- Д – хламидиями.

43. Поражение век при дифтерийном конъюнктивите характеризуется всеми изменениями, кроме:

- А – сильного отека;
- Б – гиперемии;

В – болезненности;
Г – гнойной инфильтрации;
Д – уплотнения.

44. При диплобациллярном конъюнктивите отделяемое имеет характер:
А – скудной тягучей слизи;
Б – серозный с примесью крови;
В – мутной жидкости с хлопьями;
Г – вязкого сливкообразного гноя;
Д – серозно-гнойной жидкости.
45. При дифтерии конъюнктивы отделяемое имеет характер:
А – слизи;
Б – серозный с примесью крови;
В – мутной жидкости с хлопьями;
Г – вязкого сливкообразного гноя;
Д – серозно-гнойной жидкости.
46. При эпидемическом конъюнктивите не встречается:
А – слизистое отделяемое;
Б – обильное гнойное отделяемое;
В – наличие легко снимающихся пленок;
Г – наличие петехиальных кровоизлияний;
Д – отек нижней переходной складки.
47. Причинами хронического конъюнктивита могут быть:
А – нарушение обмена веществ;
Б – желудочно-кишечные заболевания;
В – длительно действующие внешние раздражители (пыль, дым, химические примеси в воздухе);
Г – аметропии;
Д – все перечисленное верно.
48. С каким конъюнктивитом в первую очередь необходимо дифференцировать гонобленнорею новорожденных?
А – хламидиозной бленнореей;
Б – дифтерией конъюнктивы;
В – трахомой;
Г – пневмококковым конъюнктивитом;
Д – вирусным конъюнктивитом.
49. С какими конъюнктивитами необходимо дифференцировать фарингоконъюнктивальную лихорадку?
А – эпидемическим конъюнктивитом;
Б – дифтерией конъюнктивы;

В – трахомой;
Г – верно А и Б;
Д – верно Б и В.

50. Симптомами гонобленнореи может быть все, кроме:

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

51. Соматическим симптомом, характерным для поллинозного конъюнктивита является:

А – лихорадочное состояние;
Б – чихание, кашель;
В – выраженное недомогание;
Г – суставные боли;
Д – тахикардия.

52. Тельца Гальбершtedтера-Провачека образуются при:

А – трахоме;
Б – острым эпидемическом конъюнктивите;
В – диплобациллярном конъюнктивите;
Г – дифтерийном конъюнктивите;
Д – гонококковом конъюнктивите.

53. Трахома встречается у:

А – свиней;
Б – человекообразных обезьян;
В – людей;
Г – верно Б и В;
Д – верно все перечисленное.

54. Трахома характеризуется следующими проявлениями:

А – незрелые фолликулы на верхней пластинке хряща века;
Б – эпителиальный кератит;
В – образование паннуса (мембраноподобной васкуляризации);
Г – образованием рубцовой ткани с осложнениями на веке;
Д – всем перечисленным.

55. Трахоматозный процесс обычно начинается с:

А – конъюнктивы верхней переходной складки;
Б – конъюнктивы нижней переходной складки;
В – конъюнктивы полулунной складки;
Г – конъюнктивы перикорнеальной зоны;

Д – в любом отделе конъюнктивы.

56. Фарингоконъюнктивальная лихорадка сопровождается всеми симптомами, кроме:

А – лихорадки;

Б – увеличения подчелюстных лимфатических узлов;

В – отека и гиперемии век и конъюнктивы;

Г – обильного слизистого или слизисто-гнойного отделяемого;

Д – всеми симптомами без исключения.

57. Фликтена – пролиферативный узелок содержит:

1. Микобактерии туберкулеза

2. Лимфоциты

3. Гигантские клетки

4. Продукты казеозного распада

5. Эпителиальные клетки

Варианты ответов:

А – если правильная комбинация ответов 1,2,4.

Б – если правильная комбинация ответов 2,3,5.

В – если правильная комбинация ответов 2,4.

Г – если верен только 4-й ответ.

Д – если правильны все ответы (1,2,3,4,5).

58. Фолликулы конъюнктивы характерны для:

А – аденовирусного конъюнктивита;

Б – простого фолликулеза;

В – трахомы;

Г – всего перечисленного.

59. Через неделю после заболевания гонобленореей отделяемое имеет характер:

А – скудной тягучей слизи;

Б – серозный с примесью крови;

В – мутной жидкости с хлопьями;

Г – вязкого сливкообразного гноя;

Д – серозно-гнойной жидкости.

СЛЕЗНЫЕ ОРГАНЫ

1. В клинической картине дакриоцистита новорожденных не встречается:
А – слизистое или слизисто-гнойное отделяемое из глаза;
Б – абсцесс в области слезного мешка;
В – слезостояние;
Г – слезотечение;
Д – гиперемия конъюнктивы у внутренней спайки век.
2. Для лечения дакриоаденита целесообразно назначать все, кроме:
А – антибиотиков;
Б – сульфаниламидных препаратов;
В – тканевой терапии;
Г – анальгетиков;
Д – физиотерапии.
3. Кардинальными признаками дакриоцистита у новорожденных являются все перечисленные, кроме:
А – светобоязни;
Б – слезотечения;
В – слезостояния;
Г – появлении слизистого или гнойного отделяемого из слезных точек при надавливании на область слезного мешка.
4. Клиническая картина флегмоны слезного мешка у новорожденных сопровождается всеми симптомами, кроме:
А – гипертермии;
Б – головной боли;
В – недомогания;
Г – гноетечения;
Д – гиперемии и отека тканей, окружающих слезный мешок.
5. Лучшим хирургическим методом лечения хронического дакриоцистита является:
А – эндоназальная дакриоцисториностомия;
Б – наружная дакриоцисториностомия;
В – экстирпация слезного мешка;
Г – лакориностомия;
Д – каналикулориностомия.
6. Наиболее частым местом полной закупорки слезных путей тонкой прозрачной мембраной является:
А – зона соединения слезного мешка и слезно-носового канала;
Б – зона слезных канальцев;
В – зона выхода слезно-носового канала в полость носа;

Г – во всех зонах – одинаково часто;
Д – только А и В.

7. Наиболее часто нарушения слезоотведения у новорожденных и детей грудного возраста связаны с:

- А – узким устьем носослезного канала;
- Б – сужением места перехода слезного мешка в канал;
- В – дивертикулами слезоотводящих путей;
- Г – клапанами слезоотводящих путей;
- Д – всем перечисленным.**

8. Основной причиной дакриоцистита новорожденных является:

- А – стриктура слезных канальцев;
- Б – атрезия слезных точек;
- В – недоразвитие слезного мешка;
- Г – сужение слезно-носового канала;
- Д – наличие мембраны в устье носослезного протока.**

9. Основной причиной дакриоцистита у взрослых является:

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

10. Основным симптомом дакриоцистита является:

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

11. Острый двусторонний дакриoadенит может являться следствием всего перечисленного, кроме:

- А – паротита;
- Б – пневмонии;
- В – салмонеллеза;**
- Г – синдрома Микулича;
- Д – тифа.

12. При дакриoadените наблюдаются все симптомы, кроме:

- А – припухлости, гиперемии и болезненности наружной части верхнего века;

- Б – уменьшения продукции слезы;**
- В – характерной формы глазной щели;
- Г – смещения и ограничения подвижности глазного яблока;
- Д – увеличения регионарных лимфоузлов.

13. Радикальное излечение дакриоцистита новорожденных достигается:

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

14. Радикальное излечение дакриоцистита достигается:

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

15. С каким из заболеваний наиболее часто приходится дифференцировать дакриоцистит новорожденных?

- А – конъюнктивитом;**
- Б – блефаритом;
- В – выворотом век;
- Г – эпикантусом;
- Д – опухолью век.

16. Флегмону слезного мешка вскрывают через кожу при наличии:

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

ГЛАЗНИЦА

1. В синдром верхней глазничной щели входят все симптомы, кроме:

- А – птоза;
- Б – миоза;**
- В – мидриаза;
- Г – офтальмоплегии;
- Д – экзофтальма.

2. В синдром Горнера входят все симптомы, кроме:

- А – энофтальма;
- Б – сужения глазной щели;
- В – миоза;
- Г – мидриаз;**
- Д – гипотонии глазного яблока.

3. Возникновение острого воспалительного заболевания орбиты может быть связано с:

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

4. Диффузное острое воспаление орбитальной клетчатки – это:

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

5. Для тенонита характерны все симптомы, кроме:

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

6. К воспалительным заболеваниям орбиты относятся:

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

7. К причинам, вызывающим периоститы орбиты, относятся:

А – заболевания придаточных пазух носа;

Б – дакриоцистит;

В – фурункулы кожи лица;

Г – кариес зубов;

Д – все перечисленное верно.

8. Клинические признаки остеопериостита орбиты:

А – экзофтальм;

Б – ограничение подвижности глазного яблока;

В – болезненность при надавливании;

Г – отек век;

Д – все перечисленное верно.

9. Наиболее частой причиной возникновения флегмоны орбиты у взрослых является:

А – острые респираторные заболевания;

Б – травматические повреждения костных стенок орбиты;

В – воспалительный процесс в параназальных синусах;

Г – неудачно проведенные операции на околоносовых пазухах;

Д – хронические инфекции.

10. Наиболее частой причиной возникновения флегмоны орбиты у детей является:

А – острые респираторные заболевания;

Б – травматические повреждения костных стенок орбиты;

В – воспалительный процесс в параназальных синусах;

Г – острое респираторное заболевание;

Д – хронические инфекции.

11. Неотложная помощь при флегмоне орбиты:

А – вскрытие и дренирование орбиты;

Б – холод;

В – токи ультравысокой частоты;

Г – все перечисленное.

12. Основными методами лечения флегмоны орбиты являются:

А – широкое вскрытие глазницы уже в стадии серозного отека;

Б – назначение витаминных капель;

В – введение больших доз антибиотиков;

Г – только Б и В;

Д – только А и В.

13. При флегмоне орбиты наблюдается:

А – отек и гиперемия век;

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

14. Синдром верхней глазничной щели включает все симптомы, кроме:

- А – экзофтальма;
- Б – птоза;
- В – миоза;
- Г – мидриаза;
- Д – офтальмоплегии.

15. Флегмона орбиты может быть вызвана:

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

РОГОВИЦА

1. В лечении поверхностных форм герпетического кератита наиболее эффективно применение:
А – интерферонов и интерфероногенов;
Б – кортикостероидов;
В – антибиотиков;
Г – правильно А и В;
Д – всех перечисленных препаратов.
2. В понятие роговичного синдрома не входит:
А – слезотечение;
Б – инфильтрат роговицы;
В – перикорнеальная инъекция;
Г – чувство инородного тела под веком;
Д – блефароспазм.
3. Для выявления дефекта эпителия роговой оболочки необходимо:
А – провести исследование фокальным освещением;
Б – произвести тщательную биомикроскопию;
В – выполнить диафаноскопию роговицы;
Г – окрасить роговицу флюоресцеином;
Д – внимательно офтальмоскопировать глаз.
4. Для кератитов не характерно:
А – повышенное внутриглазное давление;
Б – снижение тактильной чувствительности роговицы;
В – наличие инфильтратов роговицы;
Г – васкуляризация роговицы;
Д – перикорнеальная или смешанная инъекция.
5. Для лечения внутриглазного герпеса используются все перечисленные средства, за исключением:
А – химиотерапевтических средств;
Б – неспецифических противовирусных средств;
В – антибиотиков;
Г – иммунокорректирующих средств;
Д – верно все перечисленное.
6. Для паренхиматозного сифилитического кератита нехарактерно:
А – молодой возраст больных;
Б – восстановление прозрачности роговицы;
В – положительные специфические серологические реакции;
Г – инфильтрация в любом участке роговицы;
Д – цикличность процесса.

7. Для ползучей язвы роговицы характерными являются все симптомы, кроме:

- А – наличия прогрессивного края язвы;
- Б – наличия гипопиона;
- В – наличия гифемы;**
- Г – наличия регрессивного края язвы;
- Д – наличия иридоциклита.

8. Для различных форм герпетического кератита характерно:

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

9. Для роговичного синдрома характерны:

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

10. Для туберкулезного глубокого диффузного кератита нехарактерно:

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

11. К поверхностному герпетическому кератиту относится:

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

12. Наличие древовидного кератита является признаком:

- А – стафилококковой инфекции;
- Б – хламидийной инфекции;
- В – герпесвирусной инфекции;**
- Г – туберкулезной инфекции;
- Д – цитомегаловирусной инфекции.

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

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

14.Наличие черного пузырька над поверхностью роговицы носит название:

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

15.Ощущение инородного тела в глазу может быть связано с:

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

16.Передней синехией называется:

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

17.Поверхностная васкуляризация роговицы встречается при:

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

18.Поверхностный краевой кератит чаще всего является следствием:

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

19.Подконъюнктивальные инъекции показаны при:

- А – заболеваниях век;
- Б – заболеваниях слезоотводящих путей;
- В – заболеваниях роговицы;**
- Г – острых заболеваниях зрительного нерва;
- Д – хронических заболеваниях зрительного нерва.

20.При наличии ползучей язвы роговицы в первую очередь нужно:

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

21.При центральной язве роговицы с угрозой ее перфорации показано:

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

22.Различают следующие типы васкуляризации роговицы, кроме:

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

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

- А – катаракты;
- Б – кератита;**
- В – отслойки сетчатки;
- Г – атрофии зрительного нерва;
- Д – тромбоза центральной вены сетчатки.

24.Эрозия роговицы может сопровождаться:

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

25.Этиологическим фактором, вызывающим фликтенулезный кератит является:

А – стафилококковая инфекция;

Б – туберкулезная инфекция;

В – сифилис;

Г – гонорейная инфекция;

Д – вирусная инфекция.

СОСУДИСТАЯ ОБОЛОЧКА

1. Бомбированная радужка приводит к развитию:

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

2. В качестве первой помощи при иридоциклите необходимо применять:

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

3. Вирусные увеиты вызывают тяжелое поражение всего перечисленного, за исключением:

- А – роговицы;
- Б – сетчатки;
- В – зрительного нерва;
- Г – мышц-глазодвигателей;**
- Д – без исключения.

4. Гной на дне передней камеры носит название:

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

5. Для клинической картины иридоциклита нехарактерно:

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

6. Другое название иридоциклита:

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

7. Изменение формы зрачка при иридоциклите связано с наличием:

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

8. Кардинальными симптомами воспаления радужки являются все, кроме:

- А – гиперемии век;**
- Б – ступеванности рисунка радужки;
- В – сужения зрачка;
- Г –изменения цвета радужки;
- Д – все без исключения.

9. Клиническая картина ирита характеризуется всеми симптомами, кроме:

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

10.Кровь на дне передней камеры носит название:

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

11.Мидриатики назначаются при:

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

12.Наиболее информативной в диагностике туберкулезного увеита является:

- А – туберкулиновая проба;**
- Б – офтальмоскопия;
- В – гониоскопия;
- Г – биомикроскопия;
- Д – рентгенография.

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

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

14.Перикорнеальная инъекция свидетельствует о:

- А – конъюнктивите;
- Б – повышенном внутриглазном давлении;
- В – воспалении сосудистого тракта;**
- Г – любом из перечисленных;
- Д – ни об одном из перечисленных.

15.По характеру воспаления не бывает увеитов:

- А – серозных;
- Б – геморрагических;
- В – гнойных;
- Г – фибринозно-пластических;
- Д – встречаются все без исключения.**

16.При заболевании увеального тракта возможно поражение всех перечисленных образований глаза, кроме:

- А – сетчатки;
- Б – зрительного нерва;
- В – костей орбиты;**
- Г – хрусталика;
- Д – стекловидного тела.

17.При иридоциклите не наблюдается:

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

18.При наличии бомбированной радужки и вторичной глаукомы целесообразно выполнение:

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

19.Спайки между радужной оболочкой и передней капсулой хрусталика называются:

А – задние синехии;

Б – передние синехии;

В – преципитаты;

Г – гифема;

Д – шварты.

ЗРИТЕЛЬНЫЙ НЕРВ

1. Для офтальмоскопической картины неврита зрительного нерва характерно все, кроме:
 - А – гиперемии диска;
 - Б – наличия экссудата в воронке диска;
 - В – стушеванности границ диска;
 - Г – расширения артерий и извитости вен;
 - Д – наличия фиброзных тяжей от диска к периферии сетчатки.
2. Для ретробульбарного неврита нехарактерно:
 - А – гиперемия диска;
 - Б – быстрое снижение остроты зрения;
 - В – наличие центральных и парацентральных скотом;
 - Г – боли в глазнице при движении глаза;
 - Д – расстройство цветоощущения.
3. Кровоизлияния при неврите зрительного нерва локализуются:
 - А – по всему глазному дну;
 - Б – в макулярной области;
 - В – на диске или около него;
 - Г – на периферии глазного дна;
 - Д – все перечисленное верно.
4. Лечение ретробульбарного неврита в острый период заболевания включает:
 - А – сосудистую терапию;
 - Б – противовоспалительную терапию;
 - В – хирургические мероприятия;
 - Г – лазеротерапию;
 - Д – все перечисленное.
5. Невриты зрительных нервов характеризуются:
 - А – резким снижением зрения;
 - Б – гиперемией диска зрительного нерва;
 - В – отеком диска зрительного нерва;
 - Г – всем перечисленным;
 - Д – только А и В.
6. Острые нарушения артериального кровообращения в зрительном нерве могут быть вызваны:
 - А – спазмом;
 - Б – эмболией;
 - В – тромбозом;
 - Г – всем перечисленным;

Д – только А и В.

7. При невритах зрительного нерва зрение:

А – не изменяется;

Б – снижается незначительно и медленно;

В – снижается незначительно и быстро;

Г – снижается значительно и быстро;

Д – любой из перечисленных вариантов.

8. При неврите зрительного нерва цвет диска:

А – не меняется;

Б – гиперемирован;

В – бледный;

Г – восковидный;

Д – серый.

9. Причиной развития невритов зрительных нервов являются:

А – вирусы;

Б – микробная флора;

В – токсины;

Г – аллергия;

Д – различные сочетания всех перечисленных факторов.

ВНУТРИГЛАЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ

1. Блок угла передней камеры может быть вызван:

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

2. Внутриглазное давление при остром приступе глаукомы:

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

3. Вторичная глаукома может быть:

- А – увеальной;
- Б – факогенной;
- В – сосудистой;
- Г – неопластической;
- Д – любой из вышеперечисленных.**

4. Диуретические и дегидратационные средства показаны при:

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

5. Дифференциальная диагностика первичной открытоугольной и закрытоугольной глаукомы проводится на основании следующих признаков:

- А – глубины передней камеры;
- Б – открытия угла передней камеры;**
- В – состояния радужки;
- Г – состояния диска зрительного нерва;
- Д – все перечисленное верно.

6. Для острого приступа закрытоугольной глаукомы нехарактерно:

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

7. К симптомокомплексу глаукомы относится:

- А – снижение зрительных функций;
- Б – атрофия зрительного нерва;
- В – повышение уровня офтальмотонуса и неустойчивость внутриглазного давления;
- Г – только А и Б;
- Д – правильно все.**

8. Лечение острого приступа глаукомы включает:

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

9. Миотики назначаются при:

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

10. На основании каких признаков проводится дифференциальная диагностика первичной открытоугольной и закрытоугольной глаукомы:

- А – глубина передней камеры;
- Б – открытие угла передней камеры;**
- В – состояние радужки;
- Г – состояние диска зрительного нерва.

11. Нормальный уровень тонометрического внутриглазного давления составляет:

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

12. Основной жалобой больного при остром приступе глаукомы является:

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

Д – только А и Б.

13. Первую помощь при остром приступе глаукомы следует начинать с:

А – назначения частых инстилляций пилокарпина;

Б – дачи солевого слабительного;

В – назначения диуретиков;

Г – использования осмотических средств;

Д – горячих ножных ванн.

14. После купирования острого приступа глаукомы необходимо:

А – продолжить применение миотиков и наблюдение;

Б – через 24 часа произвести операцию;

В – рекомендовать применение мочегонных средств;

Г – назначить сосудорасширяющие препараты;

Д – рекомендовать курсы инъекций тауфона два раза в год.

15. При остром приступе глаукомы:

А – пилокарпин закапывают через каждый час;

Б – пилокарпин закапывают 3-4 раза в день;

В – пилокарпин не закапывают;

Г – применяется электрофорез с пилокарпином;

Д – закапывают пилокарпин в сочетании с альбуцидом.

16. Симптомы не характерные для острого приступа первичной закрытоугольной глаукомы:

А – отек роговицы;

Б – мелкая передняя камера;

В – широкий эллипсовидной формы зрачок;

Г – застойная инъекция глазного яблока;

Д – зрачок узкий, реакция зрачка на свет сохранена.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ГЛАЗ

1. Абсолютным показанием к энуклеации является:

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

2. Абсолютным признаком нахождения инородного тела в глазу является:

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

3. Абсолютными признаками проникающего ранения являются:

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

4. Берлиновское помутнение характеризуется:

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

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

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

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

- А – ожог I степени;
- Б – ожог II степени;
- В – ожог III степени;**
- Г – ожог IV степени.

7. Внутриглазное инородное тело может быть определено в глазу с помощью:

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

8. Воспаление всех оболочек глаза называется:

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

9. Воспаление содержимого глаза называется:

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

10. Диагноз сквозного ранения глазного яблока устанавливается бесспорно при:

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

11. Для больных с контузией глаза характерно:

- А – кровоизлияния под кожу век и конъюнктиву глазного яблока;
- Б – экзофтальм;
- В – энофтальм;

Г – только А и Б;

Д – все правильно.

12. Для лечения гемофтальма целесообразно применять все, кроме:

А – кровоостанавливающих препаратов;

Б – гипертонических растворов;

В – антибактериальных препаратов;

Г – ферментов;

Д – ультразвуковой терапии.

13. Для повреждения глаз ультрафиолетовым облучением характерными симптомами являются:

А – светобоязнь;

Б – слезотечение;

В – гиперемия век;

Г – инъекция глазного яблока;

Д – верно все перечисленное.

14. Для проникающего ранения роговицы характерно:

А – наличие раны роговицы, проходящей через все ее слои;

Б – мелкая передняя камера;

В – выпадение радужной оболочки;

Г – повреждение хрусталика;

Д – все перечисленное.

15. Для точной локализации внутриглазного инородного тела необходимо произвести:

А – ультразвуковое исследование;

Б – офтальмоскопию;

В – обзорную рентгенографию орбиты;

Г – рентгенографию по Балтину;

Д – все перечисленное верно.

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

А – контузии сетчатки;

Б – гифемы;

В – травматического мидриаза;

Г – иридодиализа;

Д – травматической катаракты.

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

А – полная потеря зрения раненого глаза;

Б – сильные боли в глазу в половине головы на стороне ранения;

- В – умеренный отек век и конъюнктивы;
- Г – отсутствие рефлекса с глазного дна либо желтоватый рефлекс в области зрачка;
- Д – все перечисленное.**

18. Клиническая картина металлоза глаза может быть вызвана:

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

19. Клинические признаки эмфиземы век включают:

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

20. Кровоизлияние в переднюю камеру глаза носит название:

- А – иридоденез;
- Б – гифема;**
- В – иридодиализ;
- Г – гемофтальм;
- Д – гематома.

21. Кровоизлияние в стекловидное тело носит название:

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

22. Лечение прободных ранений глазного яблока должно проводиться:

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

23. Лучшим дезинтоксикационным средством в патогенетической терапии ожогов глаза является:

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

24.Металлическое внутриглазное инородное тело из передней камеры удаляется:

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

25.Наиболее сложным для хирургической обработки является разрыв:

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

26.Неотложная помощь при проникающем ранении глазного яблока заключается:

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

27.Обзорные снимки глазницы при проникающем ранении глазного яблока проводятся:

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

28.Ожоги век могут быть причиной:

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

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

- А – промыванием глаз 2% раствором соды;**

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

30. Особенности рваных ран мягких тканей околоорбитальной области являются:

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

31. Отличие эмфиземы век от воспалительного отека характеризуется:

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

32. Относительными признаками проникающего ранения следует считать:

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

33. Отравление метиловым спиртом приводит к:

- А – развитию дистрофии роговой оболочки;
- Б – развитию катаракты;
- В – увеиту;
- Г – отслойке сетчатки;
- Д – атрофии зрительного нерва.**

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

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

35. Первая помощь при химическом ожоге глаза заключается в:

- А – закапывании антибактериальных капель;
- Б – закладывании антибиотиковой мази;
- В – промывании конъюнктивального мешка;**
- Г – субконъюнктивальном введении крови;
- Д – наложении повязки.

36. Перелом медиальной стенки глазницы характеризуется:

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

37. По тяжести ожога глаза различают:

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

38. Показаниями к энуклеации являются:

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

39. После перенесенной, тупой травмы левого глаза и орбита у пациента 19 лет появилась диплопия. Острота зрения обоих глаз 1,0, глаза спокойны. Возможные причины жалоб больного:

1. Перелом костей стенок орбиты
2. Иридоциклит
3. Ретробульбарная геморрагия
4. Кератит

Варианты ответов:

- А – если правильная комбинация ответов 1,2,3.
- Б – если правильная комбинация ответов 1,3.**
- В – если правильная комбинация ответов 2,4.
- Г – если верен только 4-й ответ.
- Д – если правильны все ответы (1,2,3,4).

40. При воздействии ультрафиолетового излучения страдает в первую очередь:

- А – глаз хорошо переносит ультрафиолетовое излучение;

- Б – конъюнктива и роговица;**
- В – радужка;
- Г – хрусталик;
- Д – сетчатка.

41. При контузии глазного яблока возможны:

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

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

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

43. При ожоге глаза целесообразно наложить:

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

44. При проникающем ранении глазного яблока антибиотики назначаются:

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

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

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

46. При проникающих ранениях склеры может наблюдаться:

- А – обширное субконъюнктивальное кровоизлияние;
- Б – глубокая передняя камера;

- В – выпадение оболочек глаза и стекловидного тела;
- Г – снижение внутриглазного давления;
- Д – все перечисленное верно.**

47. При ранах век регенерация тканей:

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

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

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

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

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

50. Протез Комберга-Балтина служит для:

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

51. Сидероз глазного яблока характеризуется:

- А – коричневой пигментацией вокруг осколка;
- Б – опалесценцией влаги передней камеры;
- В – изменением цвета радужки;
- Г – отложением пигмента в области Шлеммова канала и коричневыми отложениями в хрусталике;
- Д – всем перечисленным.**

52. Сидероз – это:

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

53. Симпатическая офтальмия развивается при наличии на травмированном глазу:

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

54. Симптомами травматического иридоциклита являются:

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

55. Смещение хрусталика в переднюю камеру требует:

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

56. Степень повреждения глазных структур при химическом ожоге:

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

57. Травматический отек век сопровождается:

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

58. Тяжесть ожога глаза и его придатков определяется:

- А – концентрацией обжигающего вещества;
- Б – химическим свойством его;
- В – глубиной поражения;

Г – площадью ожога;
Д – всем перечисленным.

59. Фигура «подсолнечника» в хрусталике характерна для:

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

60. Хирургическое лечение показано при следующих осложнениях ожога глаз:

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

61. Хирургическому лечению подлежат следующие осложнения контузии глаза:

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



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 2022

Номер раздела	Наименование раздела	Страница
1.	ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК	3
2.	ЗАБОЛЕВАНИЯ КОНЪЮНКТИВЫ	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 $38,3^{\circ}$. Родители заметили припухлость в области верхнего века правого глаза. Веко плохо поднимается, кожа его напряжена, гиперемирована, с синюшным оттенком. Осмотр показал, кроме этого, что со стороны глазного яблока внешних отклонений от нормы нет. Как будто бы нет и особой разницы в зрительной способности обоих глаз. О каком заболевании, прежде всего, стоит подумать?
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. Конъюнктива 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. Конъюнктив 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. Конъюнктив век и главного яблока гладкая, умеренно инъектированная. 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. Конъюнктив 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 конъюнктив 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. Инстилляци 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, инстилляци антибиотиков, сульфаниламидов, кортикостероидов. Аналогичные мази на края век.*

8. У больного чешуйчатый блефарит. Нужно проводить лечение гельминтоза. Показана обработка краев век спиртом, Массаж век. Инстиллянии 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% флоксаловой 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. Конъюнктив резко гиперемирован, разрыхлен. 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. Конъюнктив век гиперемирован, отечен. 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 гиперемию век левого глаза, гнойное отделяемое и невозможность раскрыть глаз. Больная отмечает подъем температуры в вечернее время, мышечные боли. Объективно. Правый глаз здоров, острота зрения = 1,0. Слева острота зрения снижена до 0,2 и не корригируется оптическими стеклами. Выраженный отек и гиперемия век. Веки на ощупь мягкие, тестоватые. Из глазной щели обильное гнойное отделяемое желтого цвета, сливкообразной консистенции. Конъюнктив отечен, разрыхлен. 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. Конъюнктив век в области угла глазной щели разрыхлен и гиперемирован. 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. Конъюнктивa 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.). Конъюнктивa 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: конъюнктивa 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. Конъюнктивa 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 гиперемирован, инфильтрирован, видны мелкие фолликулы. Почти всю конъюнктиву склеры захватывают геморрагии от мелких множественных петехий до обширных кровоизлияний. В роговице мелкоочечные эпителиальные инфильтраты. Какое заболевание у пациента можно предположить. Назначьте адекватное лечение.
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 гиперемирован, отечен, 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 инстиллянии 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 инстиллянии 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 инстиллянии 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 инстиллянии 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 инстилляцию 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 («бассейнный» или «банный») конъюнктивит. Лечение. Инстилляцией 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 инсталляции офтальмоферона и интерофероногенов: 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 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 Микулича. Показана близкофокусная рентгенотерапия слезных желез.*
33. *Хронический дакриоцистит Показана операция – дакриоцисториностомия.*
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 корректируется, 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 ступеван, 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. Парацентрально 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. Парацентрально на роговице располагается язва серповидной формы с подрытым краем. В передней камере гной, заполняющий ее на 1/3. Радужка отечная, рисунок ее ступеван. 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 ступеван. 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 корректируется. Блефароспазм, смешанная инъекция глазного яблока с преобладанием перикорнеальной. На роговице инфильтрат, напоминающий форму дерева, расположенный в поверхностных слоях. Чувствительность роговицы понижена. Поставьте диагноз. Какие препараты назначают для местного лечения?
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 инстиллянии антибактериальных глазных капель 6-8 раз в день, при тяжелых процессах – каждый час. Кроме капель антибиотики местно назначаются в виде мазей, лекарственных пленок, подконъюнктивных инъекций. Применяются сульфаниламидные препараты (20% раствор сульфацил-натрия). Рекомендуется использовать одновременно 2-3 препарата, чередуя их между собой. Инстиллянии мидриатиков назначаются для профилактики или лечения иридоциклита. Инстиллянии 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 инстиллянии антибактериальных глазных капель 6-8 раз в день, при тяжелых процессах – каждый час. Кроме капель антибиотики местно назначаются в виде мазей, лекарственных пленок, подконъюнктивных инъекций. Применяются сульфаниламидные препараты (20% раствор сульфацил-натрия). Рекомендуется использовать одновременно 2-3 препарата, чередуя их между собой. Инстиллянии мидриатиков назначаются для профилактики или лечения иридоциклита. Инстиллянии 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 инстиллянии 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. 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 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. 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 бандаж, Прикрытие роговицы конъюнктивой или кератопластика.*
45. *У больной произошла перфорация язвы роговой оболочки с опорожнением передней камеры глаза. Необходимо оперативное лечение – кератопластика или прикрытие 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 инстиллянии 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 инстиллянии офтальмоферона. Растворы закапывают в конъюнктивальный мешок через каждые 1-2 часа, мази закладывают в нижний конъюнктивальный свод до 5 раз в день с интервалом 4 часа. Целесообразно сочетать применение указанных препаратов с иммунотерапией.*
52. *Древовидный герпетический кератит. Для лечения используют противовирусные средства: 5-йод-2-дезоксинуридина (ИДУ), 3% мазь ацикловира (зовиракс, вирулекс). Назначают частые инстиллянии офтальмоферона. Растворы закапывают в конъюнктивальный мешок через каждые 1-2 часа, мази закладывают в нижний конъюнктивальный свод до 5 раз в день с интервалом 4 часа. Целесообразно сочетать применение указанных препаратов с иммунотерапией.*
53. *Древовидный герпетический кератит. Для лечения используют противовирусные средства: 5-йод-2-дезоксинуридина (ИДУ), 3% мазь ацикловира (зовиракс, вирулекс). Назначают частые инстиллянии офтальмоферона.*

Растворы закапывают в конъюнктивальный мешок через каждые 1-2 часа, мази закладывают в нижний конъюнктивальный свод до 5 раз в день с интервалом 4 часа. Целесообразно сочетать применение указанных препаратов с иммунотерапией.

54. *Дисковидный вирусный кератит. Назначают частые инстилляци офтальмоферона. Применяют интерферогены – полудан, пирогенал. При глубоких формах кератита применяется ацикловир в таблетках по 200 мг 3-5 раз в день в течение 5-10 дней или введение внутривенно 10 мл раствора, содержащего 250 мг препарата, в течение одного часа каждые 8 часов на протяжении 5 дней. Целесообразно сочетать применение указанных препаратов с иммунотерапией (тималин, Т-активин, левомизол, противокоревой иммуноглобулин). При герпетических кератитах кортикостероиды должны применяться с большой осторожностью. Используются нестероидные противовоспалительные средства (наклоф, диклоф, индоколлир). Назначаются препараты для стимуляции процесса регенерации роговицы. Полезны электрофорез или магнитофорез с противовоспалительной смесью, облучение гелий-неоновым лазером. Для предупреждения вторичной инфекции необходимы инстилляци 20% раствора сульфацил-натрия, закладывание за веки мази с антибиотиками. Явления иридоциклита, обязательные при глубоких формах герпетических кератитов, требуют инстилляци мидриатиков.*
55. *Дисковидный вирусный кератит. Назначают частые инстилляци офтальмоферона. Применяют интерферогены – полудан, пирогенал. При глубоких формах кератита применяется ацикловир в таблетках по 200 мг 3-5 раз в день в течение 5-10 дней или введение внутривенно 10 мл раствора, содержащего 250 мг препарата, в течение одного часа каждые 8 часов на протяжении 5 дней. Целесообразно сочетать применение указанных препаратов с иммунотерапией (тималин, Т-активин, левомизол, противокоревой иммуноглобулин). При герпетических кератитах кортикостероиды должны применяться с большой осторожностью. Используются нестероидные противовоспалительные средства (наклоф, диклоф, индоколлир). Назначаются препараты для стимуляции процесса регенерации роговицы. Полезны электрофорез или магнитофорез с противовоспалительной смесью, облучение гелий-неоновым лазером. Для предупреждения вторичной инфекции необходимы инстилляци 20% раствора сульфацил-натрия, закладывание за веки мази с антибиотиками. Явления иридоциклита, обязательные при глубоких формах герпетических кератитов, требуют инстилляци мидриатиков.*
56. *Древовидный герпетический кератит. Вирусное поражение роговицы возникло в результате переохлаждения. Расположение пузырьков и инфильтратов в роговице в виде веточки говорит в пользу именно древовидного кератита. Диагностика герпетических кератитов*

базируется не только на клинике, но и на вирусологических и цитологических исследованиях. Наиболее распространена цитологическая диагностика, основанная на изучении соскобов с конъюнктивы и роговицы. Метод иммунофлюоресценции среди других цитологических методик наиболее перспективен в диагностике герпетических поражений. При поверхностных формах герпетического кератита используют противовирусные средства: 5-йод-2-дезоксинуридина (ИДУ), 3% мазь ацикловира (зовиракс, вирулекс). Назначают частые инстилляции 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 инстилляzioni 20% раствора сульфацил-натрия, закладывание за веки мази с антибиотиками.

57. Грибковый кератит. Местная терапия: инстилляzioni 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, инстилляzioni 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; инстилляzioni 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 ступенчат. 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 корректируется, перикорнеальная инъекция сосудов глаза. На роговице мелкие преципитаты, передняя камера средней глубины, влага мутновата, зрачок сужен. ВГД пальпаторно нормальное. Пальпация глаза болезненна. Поставьте диагноз? С каким заболеванием необходимо провести дифференциальную диагностику?
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 ступенчат. 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 корректирует; 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 рефлексы 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 корригируется. 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 колеблется. 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 корригируется. 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 корректируется, левого глаза 0,7 с коррекцией $-1,0D=1,0$. Передний отрезок обоих глаз не изменен. Глазное дно справа: диск зрительного нерва гиперемирован, границы нечеткие, по ходу сосудов единичные кровоизлияния. Поле зрения на белый цвет сужено, на цвета определить не удалось. Глазное дно левого глаза в норме. Диагноз? Лечение?
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 корректируется); острота зрения левого глаза = 0,2 (не корректируется). Передний отрезок обоих глаз не изменен. ДЗН гиперемированы, границы ступены. Поля зрения сужены на 20° по всем меридианам на белый цвет. Диагноз? Лечение?
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 конъюнктивит. 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 Т₊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 = $0,3 \text{ sph.} + 1,5^D = 0,5$; TOD = 35 мм рт. ст.; острота зрения левого глаза = $0,7 \text{ sph.} + 1,0 = 1,0$; 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 = $0,4 \text{ sph.} - 3,5^D = 1,0$. 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. TOU = 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 инстилляцию пилокарпина каждые 15 минут, затем через каждые 30 минут (2-4 раза) и в последующем – через каждый час до купирования приступа. Одновременно в пораженный глаз закапывают какой-либо β -адреноблокатор. Внутрь больной принимает ацетазоламид и глицерол. Назначается гирудотерапия и отвлекающие мероприятия – горячие ножные ванны. При отсутствии эффекта в течение 1-2 часов под контролем артериального давления применяют седативные, антигистаминные, обезболивающие препараты в виде литической смеси. Если через 24 часа приступ не удалось купировать, показана лазерная или хирургическая иридэктомия.*
86. *Острый приступ закрытоугольной глаукомы левого глаза. В течение 1-го часа производят инстилляцию пилокарпина каждые 15 минут, затем через каждые 30 минут (2-4 раза) и в последующем – через каждый час до купирования приступа. Одновременно в пораженный глаз закапывают какой-либо β -адреноблокатор. Внутрь больной принимает ацетазоламид и глицерол.*
87. *В течение 1-го часа производят инстилляцию пилокарпина каждые 15 минут, затем через каждые 30 минут (2-4 раза) и в последующем – через каждый час до купирования приступа. 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 иридодегенез. Рисунок и цвет радужки не изменены. Зрачок круглый, средней величины. В плоскости зрачка в проходящем свете видна изогнутая линия. Глазное дно в норме. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?

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. TOD = 20 мм рт. ст. Острота зрения левого глаза = 0,03 (не корр.). Подкожная гематома области надбровной дуги и верхнего века. Левое глазное яблоко инъецировано по смешанному типу. Роговица отечная, утолщена, но сохраняет прозрачность. Передняя камера глубокая, как будто заполнена масляной каплей. Рисунок и цвет радужки не изменены. Зрачок круглый, умеренно расширен. Розовый рефлекс с глазного дна. Глазного дна в деталях рассмотреть не удастся из-за отека роговицы. TOS = 46 мм рт. ст. Диагноз? Лечебные мероприятия?
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 ступенчатый, 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 ступенчат, 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. Конъюнктив нижних сводов несколько ишемична, эрозирована. Смешанная инъекция глазного яблока. Эпителий роговиц слущен практически по всей поверхности. Роговицы диффузно прокрашивается флюоресцеином. Передние камеры средней глубины с прозрачной влагой. Подлежащие отделы без видимых изменений. Диагноз? Первая помощь? Лечебные мероприятия?
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.). Конъюнктив глаз инъецирована 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, витрэктомия.*
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. Непроникающая 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 рентгенлокализацию по Комбергу-Балтину. Выполняют первичную хирургическую обработку раны, заключающуюся во вправлении выпавших оболочек и наложении швов на склеру и конъюнктиву. При наличии внутриглазного инородного тела производят его удаление одним из способов. Вводят противостолбнячную сыворотку. Назначают антибактериальную, противовоспалительную и десенсибилизирующую терапию.
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 применения 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. Инстилляции 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.*

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 1

1. Воспалительные заболевания век. Этиология, клиника и лечение.
2. Глубокие паренхиматозные кератиты. Этиология, клиническое течение, дифференциальная диагностика и принципы лечения.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Э.Т. Гаппоева

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 2

1. Общая симптоматика воспалительных заболеваний соединительной оболочки глаза. Принципы лечения.
2. Поверхностные и глубокие вирусные кератиты. Клинические проявления и особенности течения. Диагностика и лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Э.Т. Гаппоева

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 3

1. Острый эпидемический конъюнктивит. Этиология, клиника, профилактика и лечение.
2. Передние увеиты. Этиология. Клиническая картина. Принципы лечения. Первая помощь при остром иридоциклите. Осложнения передних увеитов и их лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Э.Т. Гаппоева

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 4

1. Гнобленнорея. Этиология, профилактика, клинические проявления и лечение. Осложнения гнобленнореи.
2. Виды невритов зрительного нерва. Причины возникновения и клинические проявления. Диагностика и принципы лечения.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Э.Т. Гаппоева

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 5

1. Дифтерийный конъюнктивит. Этиология, профилактика, клиника и лечение.
2. Основные типы глауком. Общая симптоматика глаукомы.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Э.Т. Гаппоева

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 6

1. Диплобациллярный (ангулярный) конъюнктивит. Этиология, клиника, лечение.
2. Врожденная глаукома. Основные причины возникновения заболевания. Клинические проявления и принципы лечения.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Э.Т. Гаппоева

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 7

1. Основные виды вирусных конъюнктивитов. Особенности клинической картины. Принципы лечения.
2. Острый приступ закрытоугольной глаукомы. Причины возникновения, патогенез и клиника. Первая помощь при остром приступе. Дифференциальная диагностика с иридоциклитом.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Э.Т. Гаппоева

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 8

1. Этиология, эпидемиология, клиника и лечения трахомы. Ее осложнения и последствия.
2. Виды лечения глауком. Вторичная глаукома.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Э.Т. Гаппоева

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 9

1. Дакриоаденит, причины, клиника и лечение заболевания.
2. Тупые повреждения глазницы и придатков глаза. Диагностика, принципы лечения.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Э.Т. Гаппоева

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 10

1. Острый и хронический дакриоцистит. Причины развития. Принципы лечения дакриоциститов.
2. Травматические повреждения оптических сред и содержимого глаза непроникающего характера. Диагностика и клиника. Принципы лечения.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Э.Т. Гаппоева

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 11

1. Воспалительные заболевания глазницы. Клинические проявления и принципы лечения.
2. Повреждения заднего отрезка глаза при тупой травме. Их диагностика и лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Э.Т. Гаппоева

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 12

1. Общая симптоматика заболеваний роговой оболочки. Роговичный синдром.
2. Проникающие ранения глаз. Классификация по локализации повреждения. Первая помощь.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Э.Т. Гаппоева

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 13

1. Инфильтрат роговицы и его развитие. Типы васкуляризации роговой оболочки.
2. Диагностика проникающих ранений глаза. Определение наличия внутриглазного инородного тела и его локализация.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Э.Т. Гаппоева

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 14

1. Классификация кератитов. Понятие о роговичном синдроме. Осложнения кератитов.
2. Способы удаления внутриглазных инородных тел. Металлозы глаза.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Э.Т. Гаппоева

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 15

1. Эрозия и ползучая язва роговицы. Диагностика, клинические проявления, принципы лечения.
2. Осложнения проникающих ранений глаза. Симпатическое воспаление.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Э.Т. Гаппоева

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

**Кафедра оториноларингологии с офтальмологией
Ординатура
Дисциплина офтальмология**

Билет к зачету № 16

1. Туберкулезно-аллергический кератоконъюнктивит. Причины, клиника, диагностика и лечение.
2. Ожоги глаз, первая помощь и лечение. Электросветоофтальмия.

Зав. кафедрой, д.м.н.

Э.Т. Гаппоева