



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

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией

КУРС ОФТАЛЬМОЛОГИИ

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОСОБИЯ

**К ЗАНЯТИЯМ ПО ОФТАЛЬМОЛОГИИ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКИХ ОРДИНАТОРОВ
СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.48 Скорая медицинская помощь**



Владикавказ 2020

НАИМЕНОВАНИЯ УЧЕБНЫХ ТЕМ

ТЕМА 1. «Острые заболевания придаточного аппарата глаза».

ТЕМА 2. «Острая патология глазного яблока».

ТЕМА 3. «Повреждения придаточного аппарата глаза и глазного яблока».

ТЕМА 1.

1. **ТЕМА:** Острые заболевания придаточного аппарата глаза.
2. **ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** Научиться диагностировать и оказывать первую помощь при острых заболеваниях придаточного аппарата глаза.
3. **ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:**

<p><u>Клинический ординатор должен знать:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• как провести наружный осмотр глаза;• как произвести выворот век;• как исследовать глаз боковым или фокальным освещением;• какими способами проводится осмотр ребенка;• Как закапать капли и заложить мазь в глаз;• какие осложнения и каким образом могут развиваться при гнойных воспалительных заболеваниях век;• какими методами обследуют конъюнктиву;• общие объективные признаки конъюнктивитов;• характерные симптомы дифтерийного, гонорейного, аденовирусного, бактериального конъюнктивитов;• основные лекарственные средства, используемые для лечения конъюнктивитов;• как диагностировать дакриoadенит и флегмону слезного мешка;• как различить передний и задний периостит;• причину и клинику флегмоны орбиты и тромбоза пещеристого синуса.• первую помощь при острых заболеваниях придаточного	<p><u>Рекомендуемая литература:</u></p> <p><i>а) учебная литература</i> Е.А. Егоров, С.Н. Басинский. Клинические лекции по офтальмологии: учеб, пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. Тахчиди Х.П., Ярцева Н.С., Гаврилова Н.А., Деев Л.А. Офтальмология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. Офтальмология. Клинические рекомендации. Под ред. Л.К. Мошетовой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. Офтальмология: учебник. Под ред. Е.И. Сидоренко. М.: ГЭОТАР-Медиа М. 2007.</p> <p><i>б) дополнительная</i> Офтальмология: национальное руководство. Под ред. С.Э. Аветисова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. Неотложная офтальмология: учеб. пособие. Под ред. Е.А. Егорова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006 Е.А. Егоров, Ю.С. Астахов, Т.В. Ставицкая Офтальмофармакология: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.</p>
---	--

аппарата глаза.	
<p><u>Клинический ординатор должен уметь:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • провести наружный осмотр глаза; • произвести выворот нижнего века; • произвести выворот верхнего века; • исследовать глаз боковым или фокальным освещением; фиксировать ребенка для осмотра глаз. диагностировать и лечить воспалительные заболевания краев и других отделов век; • диагностировать и лечить конъюнктивиты; • диагностировать и лечить заболевания слезной железы; • диагностировать патологию слезоотводящего пути; • диагностировать экзофтальм и энофтальм; • диагностировать пульсирующий экзофтальм; • диагностировать передний и задний периостит; • диагностировать флегмону орбиты и тромбоз пещеристого синуса. 	<p><u>Рекомендуемая литература:</u> Та же.</p>

4. ПЛАН ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

Этапы занятия	Техническое оснащение		Место проведения, время
	Оборудование	Учебные пособия, средства контроля	
а	б	в	г
1. Проверка исходных знаний		Контрольные задачи.	Учебная комната.
2. Инструктаж преподавателя	Настольные лампы, стеклянные палочки, векоподъемник, набор медикаментов, перевязочный материал, слайды.	План занятия, темы, учебные таблицы.	Учебная комната.
3. Самостоятельная работа ординаторов.	Настольные лампы, стеклянные палочки, векоподъемник, набор медикаментов, перевязочный материал, слайды.	Ориентировочные карточки, учебные таблицы, учебные задачи.	Учебная комната.

а	б	в	г
4. Разбор результатов с ассистентом (контроль результатов усвоения).		Контрольные задачи.	Учебная комната.
5. Задание на следующее занятие.		1. Учебник. 2. Дополнительная литература. 3. Учебно-методическое пособие.	Учебная комната.

5. ЗАДАЧИ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ИСХОДНЫХ ЗНАНИЙ:

1.

Гонококковый конъюнктивит	Симптомы

2.

Абсцесс века	Симптомы

3.

Острый дакриоцистит	Симптомы

4.

Флегмона орбиты	Симптомы

6. СХЕМА ОРИЕНТИРОВОЧНОЙ ОСНОВЫ ДЕЙСТВИЯ:

Этапы диагностики и лечения	Средства и условия диагностики и лечения, порядок действия	Критерии самоконтроля
а	б	в
Проведите наружный осмотр глаза.	Поставьте настольную лампу слева и спереди от больного, сидящего на стуле. Направьте на него свет. В первую очередь осмотрите окружающие глазницу части лица, затем определите состояние и положение век, области слезной железы и слезного мешка, положение глазного яблока в орбите, степень его смещения, ширину глазной щели и состояние оболочек глаза, видимых в пределах глазной щели. При необходимости примените пальпацию. Осмотрите	В норме лицо симметрично. Глазные щели с обеих сторон имеют одинаковую ширину. Глазные яблоки осуществляют полный содружественный объем движений. Веки плотно прилегают к глазному яблоку, ресницы обращены кпереди.

а	б	в
<p>Научитесь вывороту нижнего века.</p>	<p>сначала здоровый, а затем больной глаз. При осмотре век обратите внимание на цвет кожи, положение и толщину края век, направление роста ресниц, ширину интермаргинального пространства, состояние переднего и заднего ребер верхнего и нижнего века, состояние и положение слезных точек. Оцените размеры и подвижность глазных яблок путем слежения за вашим пальцем.</p> <p>Поставьте настольную лампу слева и спереди от пациента, сидящего на стуле. Свет направляется на лицо пациента. Попросите его посмотреть наверх. Большим пальцем правой или левой руки, установленным так, чтобы верхушка пальца располагалась у края века, натягивают кожу вниз. Оттягивая то внутренний, то наружный угол, осматривают конъюнктиву века и нижнюю переходную складку.</p>	<p>При правильно выполненной манипуляции обнажается внутренняя поверхность века, видна конъюнктура, просвечивают мейбомиевы железы.</p>
<p>Научитесь вывороту верхнего века.</p>	<p>Настольную лампу поставьте на стол слева и спереди от пациента, сидящего на стуле. Свет направьте на лицо пациента. Попросите больного посмотреть вниз. Большим пальцем левой руки веко приподнимите кверху и слегка оттяните кпереди. Большим и указательными пальцами правой руки захватите ресничный край века. Левую руку освободите, а правой в этот момент оттяните веко книзу и кпереди. Вслед за этим большим пальцем левой руки создайте кожную складку, которой надавите на верхний край хряща века, а правой рукой в этот момент заведите кверху нижний край века. Большим пальцем левой руки фиксируйте веко. Правая рука остается свободной для проведения манипуляций.</p>	<p>При правильно выполненной манипуляции обнажается внутренняя поверхность века, видна конъюнктура, просвечивают мейбомиевы железы.</p>

а	б	в
<p>Оцените состояние слезных органов.</p> <p>Научитесь методу осмотра глаза боковым или фокальным освещением.</p> <p>Научитесь диагностике ячменя.</p>	<p>Вместо большого пальца левой руки в качестве рычага может быть использована стеклянная палочка. Для того чтобы лучше осмотреть верхнюю переходную складку, необходимо через нижнее веко слегка надавить на глазное яблоко кверху. Еще лучше для этих целей использовать векоподъемник. Край векоподъемника ставят на кожу слегка оттянутого книзу века у верхнего края хряща. При этом ручка векоподъемника опущена книзу. Поддерживая и оттягивая ресничный край века другой рукой, исследователь начинает поворачивать ручку векоподъемника кверху, выворачивая при этом конъюнктивную сторону века.</p> <p>Надавите пальцем на место проекции слезного мешка у медиальной спайки век. Обратите внимание на слезные точки этого глаза.</p> <p>Настольную лампу поставьте на стол слева и спереди от пациента, сидящего на стуле на расстоянии 50-60 см на уровне его глаз. Голову больного слегка поверните в сторону источника света. Линзу силой в 13 D держите правой рукой на расстоянии 7-8 см от глаза перпендикулярно лучам, идущим от источника света. Лучи фокусируйте линзой на том участке оболочек глаза, который подлежит осмотру. Благодаря контрасту между ярко освещенным небольшим участком и неосвещенными соседними частями глаза изменения легче улавливаются.</p> <p>Осмотрите пациента или слайд с данной патологией. На ограниченном участке вблизи края века Вы обнаружите покраснение с болезненной припухлостью.</p>	<p>В норме из слезных точек отделяемого нет. При патологии может выдавливаться гной.</p> <p>На фоне темных структур глаза более четко видны рассматриваемые анатомические образования переднего отрезка глаза. Рассматриваемые структуры видны в увеличенном виде, возможен детальный осмотр.</p> <p>Ячмень – острое гнойное воспаление волосяного фолликула или сальной железы. Отличается локальной болезненностью и гиперемией. При появ-</p>

а	б	в
<p>Научитесь лечению ячменя.</p>	<p>стью. Возможен отек века. На 2-3 день верхушка припухлости приобретает желтый цвет. На 3-4 день обычно вскрывается.</p> <p>Смажьте кожу в месте инфильтрации 70% спиртом. Закапайте в глаз 30% раствор сульфацил-натрия. Назначьте его инстилляцией 3-4 раза в день, а также сухое тепло.</p>	<p>лении гнойной верхушки наблюдается расплавление инфильтрата. Исходы – рассасывание, вскрытие или абсцедирование.</p> <p>При абсцедировании ячменя сухое тепло противопоказано. К лечению добавить перорально сульфаниламиды и антибиотики, аутогемотерапию. Выдавливание ячменя категорически запрещено.</p>
<p>Научитесь диагностике острого инфекционного конъюнктивита.</p>	<p>Осмотрите тематического больного или слайд с нужной патологией. До осмотра выявите жалобы на чувство засоренности, жжения, зуда в глазу, покраснение глаза и отделяемое из глазной щели. При осмотре конъюнктивы век набухшая, красная, в области переходных складок отечна.</p>	<p>По утрам веки склеиваются засохшим гноем. В редких случаях конъюнктивита становится настолько отечной, что выступает из глазной щели – хемоз.</p>
<p>Научитесь лечению острого инфекционного конъюнктивита.</p>	<p>Произведите промывание конъюнктивального мешка. Для этого возьмите 2% раствор борной кислоты. Широко разведите веки. Промывайте конъюнктивальный мешок из ундинки или резинового баллончика. Назначьте больному инстилляцию антибиотиков или сульфаниламидов, на ночь – антибиотиковую мазь за веки.</p>	<p>Для орошения конъюнктивы можно применять растворы фурациллина или перманганата калия 1:5000. Глазные капли приготавливаются на дистиллированной воде, 30% сульфацил-натрия, 0,25% левомецетин, 1% тетрациклин и др. Ни в коем случае нельзя накладывать на глаз повязку. При этом возможны осложнения со стороны роговой оболочки.</p>
<p>Научитесь диагностике острого эпидемического конъюнктивита.</p>	<p>Заболевание вызывается палочкой Коха-Уикса. Осмотрите больной глаз. В первый день отделяемое из глаза слизистое, а затем становится обильным и гнойным. Отметьте резкую гиперемию конъюнктивы глазного яблока. В ней отмечаются петехи-альные кровоизлияния. Сильный отек нижней переходной складки. Осмотрите роговицу – в ней могут образовываться поверхностные инфильтраты.</p>	<p>Заболевание очень контагиозно. Поражает организованные коллективы. Обычно поражаются оба глаза. Инкубационный период 1-2 дня. Заболевание передается контактным и возможно капельным путем. Могут наблюдаться общие явления: недомогание, повышение температуры тела, насморк, головная боль.</p>

а	б	в
<p>Научитесь лечить острый эпидемический конъюнктивит.</p> <p>Научитесь диагностировать гонобленнорею.</p>	<p>Лечебные мероприятия осуществляйте в том же порядке и объеме, как при остром инфекционном конъюнктивите.</p> <p>Осмотрите больного. Обратите внимание на синюшнобагровый отек век. Веки плотные, их практически невозможно раскрыть. Из глазной щели отделяемое цвета мясных помоев. Через 4-5 дней веки становятся тестоватыми на ощупь, отделяемое становится гнойным. Постарайтесь осмотреть роговицу, используя для раскрытия глазной щели векоподъемник. Роговица может становиться матовой, иметь инфильтрат желто-серого цвета или язву. Конъюнктура гиперемирована, рыхлая, кровоточит.</p>	<p>Помните о профилактических мероприятиях. По возможности это изоляция бациллоносителей и профилактические инстиллянии 30% сульфацил-натрия.</p> <p>У взрослых заболевание протекает тяжелее, чем у новорожденных и детей. Сопровождается общими симптомами: лихорадкой, поражением суставов, мышц и нарушением сердечной деятельности. Для уточнения диагноза необходимо бактериологическое исследование отделяемого.</p>
<p>Научитесь промывать конъюнктивальный мешок.</p>	<p>Усадите пациента на стул. В конъюнктивальный мешок инстиллируйте 1-2 капли анестетика. Дезинфицирующий раствор наберите в резиновую грушу. Нижнее веко оттяните книзу, а верхнее – кверху, а по возможности произведите его выворот. Под глаз подставьте почкообразный тазик, который удерживается либо пациентом, либо медицинской сестрой. Нажимая на резиновую грушу, промойте конъюнктивальный мешок таким образом, чтобы основным направлением вытекающей жидкости являлся медиальный угол глаза.</p>	<p>При правильно проведенной манипуляции жидкость свободно стекает в тазик, унося с собой гной и патологические частицы.</p>
<p>Научитесь лечить гонобленнорею.</p>	<p>Проведите местное лечение. По известной методике промойте конъюнктивальный мешок раствором перманганата калия (1:5000). Закапайте в глаз 30% раствор сульфацил-натрия. Назначьте инстиллянии каждые 3 часа. На ночь – закладывание за веки антибио-</p>	<p>При правильно проведенном лечении воспалительные явления прекращаются через 10-12 дней. В родильных домах обязательно закапывание раствора сульфацил-натрия всем новорожденным. У взрослых для предотвращения инфицирования возможна наклейка часо-</p>

а	б	в
<p>Научитесь диагностировать дифтерийный конъюнктивит.</p>	<p>тиковой мази. Общее лечение – введение антибиотиков внутримышечно.</p> <p>Осмотрите слайд с картиной данного заболевания. Обратите внимание на сильный отек, гиперемию, болезненность и уплотнение век. При разведении век из глазной щели выделяется мутная с хлопьями жидкость. На краях век и конъюнктиве видны серые налеты – пленки, спаянные с подлежащими тканями. При снятии пленки слизистая кровоточит. Осмотрите роговицу. Там могут наблюдаться множественные инфильтраты или изъязвления.</p>	<p>вого стекла на здоровый глаз.</p> <p>Заболевание редко встречается как изолированный процесс, обычно сочетается с дифтерией носа, зева, гортани. При поражении конъюнктивы склеры может наблюдаться симблефарон. Присущи общие признаки дифтерии: высокая температура, головные боли, увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов. Окончательный диагноз ставится на основании бактериологического исследования.</p>
<p>Научитесь лечению дифтерийного конъюнктивита.</p>	<p>Изолируйте больного в боксе инфекционного отделения. Местное лечение. Промойте конъюнктивальный мешок раствором перманганата калия или борной кислоты по известной методике. Назначьте частое промывание глаз, инстилляцию сульфацил-натрия или антибиотиков до 6 раз в день, на ночь – закладывание за веки 1% тетрациклиновой мази или линимента синтомицина. Общая терапия: назначьте противодифтерийную сыворотку по Безредке, антибиотики, витамины А и комплекса В.</p>	<p>При осложнениях со стороны роговицы необходимо проводить соответствующее лечение. При стихании воспалительных явлений назначают рассасывающие средства.</p>
<p>Научитесь диагностике острого дакриoadенита.</p>	<p>Осмотрите больного или слайд с данным заболеванием. Обратите внимание на припухлость, болезненность и гиперемию наружной части верхнего века. Выверните верхнее веко. Определите гиперемию и отек конъюнктивы глазного яблока внешне-наружном отделе.</p>	<p>Глазное яблоко может быть смещено книзу и кнутри, подвижность ограничена. Регионарные лимфоузлы увеличены и болезненны. Лихорадочное состояние.</p>
<p>Научитесь лечить острый дакриoadенит.</p>	<p>Назначьте сухое тепло. УВЧ-терапию. Внутрь сульфаниламиды, салицилаты. Внутримышечно – антибиотики.</p>	<p>При абсцедировании – вскрытие гнояника с дренированием.</p>

а	б	в
<p>Научитесь диагностике флегмоны слезного мешка.</p>	<p>Осмотрите больного. Отметьте гиперемию, отек и резкую болезненность области слезного мешка. Отек захватывает веки, нос и щеку. Глазная щель сомкнута. В центре инфильтрата может формироваться абсцесс.</p>	<p>Заболевание сопровождается повышением температуры, головной болью, недомоганием.</p>
<p>Научитесь лечить флегмону слезного мешка.</p>	<p>Назначьте внутримышечно антибиотики. Местно – сухое тепло, УВЧ. При образовании абсцесса – вскрытие его с дренированием.</p>	<p>При абсцедировании тепловые процедуры противопоказаны. Своевременно начатое лечение предупреждает самопроизвольное вскрытие флегмоны.</p>
<p>Научитесь диагностике флегмоны орбиты.</p>	<p>Соберите анамнез. Проведите наружный осмотр, экзофтальмометрию. Проверьте подвижность глазных яблок. Произведите рентгенографию черепа. Произведите анализ крови.</p>	<p>Быстро развивается отек и гиперемия век. Они плотные, горячие на ощупь. Отек и гиперемия распространяются на область корня и спинки носа, щеку или всю одноименную половину лица. Глазная щель сужена, появляется экзофтальм, хемоз. Подвижность глазного яблока ограничена во все стороны. Жалобы на сильные тупые боли за глазом, усиливающиеся при попытке взгляда в сторону или при легком надавливании на глаз. Заболевание сопровождается тяжелым общим состоянием, высокой температурой тела. Резко увеличена СОЭ, имеются лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево. Рентгенологически выявляют понижение прозрачности глазницы и прилегающих околоносовых пазух. Наиболее часто флегмона глазницы является следствием развития воспалительного процесса в пазухах носа.</p>
<p>Научитесь принципам лечения флегмоны орбиты.</p>	<p>Назначьте внутримышечное или внутривенное введение ударных доз антибиотиков широкого спектра действия в сочетании с приемом внутрь сульфаниламидных препаратов, а также анальгезирующих и других симптоматических лекарственных средств. Боль-</p>	<p>Для предупреждения повреждения роговицы (в связи с экзофтальмом) с первого же дня в глаз необходимо вводить каждый час витаминизированные растворы и мази сульфаниламидных препаратов и антибиотиков. Ускоряет разрешение процесса УВЧ-терапия.</p>

а	б	в
	<p>ные подлежат госпитализации в оториноларингологический стационар, где им в первые же часы и дни вместе с офтальмологом могут быть произведена пункция синусов и вскрытие орбиты с последующим дренированием раневой полости турндой, пропитанной раствором антибиотиков. Детям раннего возраста показаны повторные введения глобулина, переливания плазмы крови.</p>	<p>Профилактика флегмоны глазницы предполагает правильный санитарно-гигиенический режим, своевременную санацию полости рта, лечение воспалительных процессов околоносовых пазух.</p>

7. УЧЕБНЫЕ ЗАДАЧИ.

1. К воспалительным заболеваниям век относится все, кроме:
 - А) птоза;
 - Б) абсцесса;
 - В) блефарита;
 - Г) ячменя;
 - Д) градины.

2. 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.

3. Показаниями к вскрытию абсцесса века являются:
 - А) появление флюктуации;
 - Б) выраженная гиперемия век;
 - В) уплотнение ткани века;
 - Г) болезненность при пальпации;
 - Д) распространение отека на ткани лица.

4. При лечении ячменя недопустимо:
 - А) прижигание раствором бриллиантового зеленого;
 - Б) УВЧ-терапия;
 - В) выдавливание ячменя;
 - Г) инстилляций в глаз сульфаниламидов;
 - Д) проведение аутогемотерапии.

5. 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.

6. 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.
7. 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.
8. В настоящее время для профилактики гонобленнорее применяют инстиллязии:
- А) 2% раствора нитрата серебра;
 - Б) раствора пенициллина;
 - В) 20% раствора сульфацил-натрия;
 - Г) 1% раствор гентамицина;
 - Д) раствор перманганата калия 1:5000.
9. Инкубационный период при гонобленнорее составляет:
- А) 1-2 дня;
 - Б) 2-3 дня;
 - В) 4-5 дней;
 - Г) 1 неделя;
 - Д) до 2 недель.
10. Симптомами гонобленнорее может быть все, кроме:
- А) обильного отделяемого;
 - Б) отека конъюнктивы;
 - В) кровоизлияний под конъюнктиву;
 - Г) выраженного отека век;
 - Д) наличия в отделяемом гонококков.
11. 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.
12. Через неделю после 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.
13. Основная опасность гонобленнорее заключается в:
- А) заболевании пациента гонореей;
 - Б) образовании грубых рубцов в конъюнктиве;

- В) контагиозности больного;
 - Г) возникновении десиминированного хориоретинита;
 - Д) поражении роговой оболочки.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. Герпетический конъюнктивит характеризуется:
- А) односторонностью процесса;
 - Б) длительным вялым течением;
 - В) высыпанием пузырьков на коже век;
 - Г) вовлечением в процесс роговицы;
 - Д) всем перечисленным.
19. Для герпетического конъюнктивита характерны следующие клинические формы:
- А) катаральная;
 - Б) фолликулярная;
 - В) везикулярно-язвенная;
 - Г) все перечисленные;
 - Д) только Б и В.
20. При дакриодените 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.

21. 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.
22. Радикальное излечение дакриоцистита достигается:
- А) назначением антибиотиков внутрь;
 - Б) путем зондирования;
 - В) операцией дакриоцисториностомией;
 - Г) приемом анальгетиков;
 - Д) дачей мочегонных средств.
23. Пульсирующий экзофтальм характерен для:
- А) вторичной опухоли орбиты;
 - Б) метастатической опухоли орбиты;
 - В) пиоцеле;
 - Г) сосудистых нарушений в орбите;
 - Д) мукоцеле.
24. К воспалительным заболеваниям орбиты относятся:
- А) остеопериостит;
 - Б) флегмона;
 - В) тенонит;
 - Г) все верно;
 - Д) верно А и Б.
25. 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.
26. Диффузное острое воспаление орбитальной клетчатки – это:
- А) остеопериостит;
 - Б) флегмона;
 - В) абсцесс;
 - Г) фурункул;
 - Д) ячмень.
27. Флегмона орбиты может быть вызвана:
- А) распространением инфекции из прилегающих 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.

28. При флегмоне орбиты наблюдается:
- А) отек и гиперемия век;
 - Б) хемоз конъюнктивы;
 - В) офтальмоплегия;
 - Г) все перечисленное;
 - Д) только А и Б.
29. 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 Б.
30. Больной А. 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?
31. У ребенка К., 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?
32. 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. Конъюнктива 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?
33. У больного Ю., 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 интактна. Подлежащие отделы глаза не изменены. Глазное дно в норме. Какие

дополнительные данные нужны для постановки диагноза? Возможный диагноз? Лечебные мероприятия?

34. У ребенка Ш. через три дня после рождения появились выраженная гиперемия и отек век обоих глаз. Веки плотные. Раскрыть глазную щель почти невозможно. Из глазной щели имеется отделяемое цвета мясных помоев. Конъюнктура резко гиперемирована, разрыхлена. Глазное яблоко без видимых изменений. Возможный диагноз? Диагностические и лечебные мероприятия?
35. Больная Ч., 32-х лет, жалуется на выраженный отек и гиперемию век левого глаза, гнойное отделяемое и невозможность раскрыть глаз. Больная отмечает подъем температуры в вечернее время, мышечные боли. Объективно. Правый глаз здоров, острота зрения = 1,0. Слева острота зрения снижена до 0,2 и не корригируется оптическими стеклами. Выраженный отек и гиперемия век. Веки на ощупь мягкие, тестоватые. Из глазной щели обильное гнойное отделяемое желтого цвета, сливкообразной консистенции. Конъюнктура отечна, разрыхлена. На роговой оболочке поверхностные эрозии и маленький инфильтрат. Подлежащие отделы без видимой патологии. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
36. Больной Н., 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 дптр = 1,0. При внешнем осмотре обращает на себя внимание выраженное покраснение по углам глазной щели. Кожа здесь мацерирована, экзематозно изменена, с мокнущими трещинами. Конъюнктура век в области угла глазной щели разрыхлена и гиперемирована. Отделяемое скудное, в виде тягучей слизи. Глазные яблоки интактны. Диагноз? Лечение?
37. После возвращения из туристической поездки в страны Азии у больного Ц., 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. Конъюнктура инфильтрирована. Глаза спокойные. Передние отрезки глаз не изменены. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Какие дополнительные исследования нужно произвести? Возможные диагнозы? Лечение?
38. Ребенок Ф., 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 верхне-наружном 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?
39. В течение нескольких дней у больной Р., 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 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?

8. КОНТРОЛЬ РЕЗУЛЬТАТОВ УСВОЕНИЯ производится по таблицам:

Таблицы программированного контроля

Заболевания век.

Отвечайте на вопросы в соответствии с выбранным вариантом.

1. Блефарит. 2. Ячмень.

- I. Субъективные симптомы: 1) зуд; 2) отсутствуют; 3) локальная боль в области ресничного края.
- II. Объективные симптомы: 1) наличие гнойной головки в области ресничного края век с гиперемией, отеком, болезненностью кожи вокруг; 2) болезненное плотно-эластической консистенции образование век, спаянное с кожей; 3) бугристое, плотное, безболезненное образование в толще века; 4) гиперемия, утолщение края века с наличием чешуек или корочек у корней ресниц; 5) белесоватое пенистое отделяемое в углах глаз.
- III. Первичная локализация патологического процесса: 1) сальная железа у корня ресницы; 2) мейбомиева железа; 3) край века.
- IV. Лечение: 1) коррекция аномалий рефракции, устранение неблагоприятных эндогенных и экзогенных факторов (фокальная инфекция, пыль, химические пары и др.); 2) местное применение антибиотиков, сульфаниламидов, антисептиков; 3) массаж краев век на стеклянной палочке; 4) хирургическое иссечение образования в пределах здоровых тканей с последующей рентгенотерапией; 5) физические методы лечения (УВЧ, кварц, сухое тепло); 6) хирургическое лечение; 7) прижигание болезненной точки на краю века спиртом.

Заболевания слезоотводящих путей.

Отвечайте на вопросы: у больного острый дакриоцистит (флегмона слезного мешка).

- I. Основные признаки: 1) слезотечение в помещении; 2) выделение из слезных точек слизисто-гнойного отделяемого при надавливании на область слезного мешка; 3) гиперемия кожи, болезненность, отек

тканей в области слезного мешка; 4) головные боли, повышение температуры, недомогание.

- II. Причина заболевания: 1) атония круговой мышцы век; 2) рубцовые изменения кожи век; 3) непроходимость слезно-носового канала вследствие развития стриктур; 4) непроходимость слезно-носового канала вследствие сохранения мембраны в области его дистальной части.
- III. Лечение: 1) зондирование слезных канальцев; 2) массаж области слезного мешка, зондирование слезно-носового канала; 3) дакриоцисториностомия; 4) конъюнктиводакриостомия; 5) местное и общее лечение антибиотиками, сульфаниламидами, физиотерапия (УВЧ, сухое тепло); 6) пластическая операция на веке.

Заболевания конъюнктивы.

Отвечайте на вопросы в соответствии с выбранным вариантом.

1. Фолликулез. 2. Острый фолликулярный вирусный конъюнктивит (аденовирус, герпес, паратрахома). 3. Трахома. 4. Острый бактериальный конъюнктивит (кокковые конъюнктивиты, конъюнктивит Коха-Уикса). 5. Гонококковый конъюнктивит. 6. Дифтерийный конъюнктивит. 7.

Хронический конъюнктивит.

- I. Этиология: 1) аденовирус; 2) стафилококк, стрептококк, пневмококк; 3) вирус трахомы; 4) дифтерийная палочка; 5) возрастное состояние или реакция аденоидной ткани; 6) гонококк; 7) экзогенные и эндогенные факторы; 8) палочка Коха-Уикса.
- II. Инкубационный период: 1) 3-4 дня; 2) 5-14 дней; 3) от нескольких часов до 1-2-х дней.
- III. Локализация основного патологического процесса: 1) эпителий конъюнктивы; 2) роговица; 3) аденоидный слой конъюнктивы.
- IV. Длительность заболевания: 1) месяцы, годы; 2) 5-7 дней; 3) 2-7 недель.
- V. Основные субъективные симптомы: 1) отсутствуют; 2) слезотечение, светобоязнь; 3) гнойное отделяемое; 4) чувство «песка», засоренности; 5) недомогание; 6) повышение температуры; 7) болезненность и припухание околоушных лимфатических узлов.
- VI. Основные объективные симптомы: 1) отделяемое отсутствует; 2) обильное слизисто-гнойное; 3) незначительное слизисто-гнойное; 4) густой зеленоватый гной.
- VII. Гиперемия конъюнктивы: 1) резко выражена; 2) отсутствует; 3) выражена умеренно; 4) выражена с точечными кровоизлияниями; 5) выражена с сероватыми пленками; 6) легкая гиперемия, шероховатость.

- VIII. Фолликулы: 1) отсутствуют; 2) поверхностные мелкие розовые; 3) крупные серовато-розовые в глубине конъюнктивы.
- IX. Инфильтрация конъюнктивы: 1) отсутствует; 2) выражена умеренно; 3) резко выражена.
- X. Рубцы: 1) белесоватые множественные; 2) отсутствуют; 3) обширные на конъюнктиве верхнего века.
- XI. Поражение роговицы: 1) субэпителиальные круглые инфильтраты; 2) отсутствует; 3) диффузная инфильтрация поверхностных слоев верхней части роговицы с сосудами.
- XII. Исходы: 1) рубцы в конъюнктиве, помутнение роговицы; 2) конъюнктивит нормальная, рубцов нет; 3) конъюнктивит нормальная, в роговице точечные помутнения.
- XIII. Необходимое диагностическое лабораторное исследование: 1) бактериоскопия мазка с конъюнктивы век; 2) цитологическое исследование соскоба с конъюнктивы век; 3) выделение возбудителя в культуре тканей или на куриных эмбрионах.
- XIV. Лечение: 1) не проводится; 2) местное применение антибиотиков, сульфаниламидов, антисептиков; 3) местное применение вяжущих и анемизирующих средств; 4) применение дезоксирибонуклеазы, гаммаглобулина, интерферона, интерферогена, керецида; 5) общее применение антибиотиков, сульфаниламидов; 6) устранение неблагоприятных экзогенных и эндогенных факторов; 7) введение противодифтерийной сыворотки.

Заболевания орбиты.

- I. Флегмона орбиты это: 1) ограниченное воспаление орбитальных тканей; 2) поднадкостничный гнойник орбиты; 3) разлитое гнойное воспаление клетчатки орбиты; 4) воспалительный процесс фасций орбиты.
- II. Для флегмоны орбиты нехарактерно: 1) выраженный отек и гиперемия век; 2) отсутствие подвижности глазного яблока; 3) хемоз конъюнктивы; 4) обильное гнойное отделяемое из глаза; 5) общие симптомы интоксикации.
- III. Основными методами лечения флегмоны орбиты являются: 1) широкое вскрытие глазницы уже в стадии серозного отека; 2) назначение витаминных капель; 3) введение больших доз антибиотиков; 4) дезинтоксикационная терапия; 5) введение противостолбнячной сыворотки.

9. ЗАДАНИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ ЗАНЯТИЕ.

Тема: Острая патология глазного яблока.

Литература: а) учебная литература

Е.А. Егоров, С.Н. Басинский. Клинические лекции по офтальмологии: учеб, пособие. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007.

Тахчиди Х.П., Ярцева Н.С., Гаврилова Н.А., Деев Л.А.
 Офтальмология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
 Офтальмология. Клинические рекомендации. Под ред. Л.К. Мошетовой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
 Офтальмология: учебник. Под ред. Е.И. Сидоренко. М. : ГЭОТАР-Медиа М. 2007.
б) дополнительная
 Офтальмология: национальное руководство. Под ред. С.Э. Аветисова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
 Неотложная офтальмология: учеб. пособие. Под ред. Е.А. Егорова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006
 Е.А. Егоров, Ю.С. Астахов, Т.В. Ставицкая
 Офтальмофармакология: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.

10. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Перечислите, какие виды конъюнктивитов имеют связь с общими заболеваниями организма.
2. При каких заболеваниях имеет место поражение слезной железы?
3. При каких заболеваниях имеет место поражение слезной железы?
4. Каким путем воспалительный процесс может переходить на орбиту из крылонебной и височной ямок?
5. Назовите наиболее частые причины воспалительных заболеваний глазницы:
6. Через нижнюю глазничную щель гнойный процесс может распространяться в орбиту из:
7. Заполните таблицу, указав симптомы, характерные для каждого из видов остеоperiостита.

Передний остеоperiостит	Задний остеоperiостит

8. Какое воспалительное заболевание можно предположить у ребенка? Какие объективные признаки говорят в пользу Вашего диагноза? Какие лечебные мероприятия необходимы?



9. Какая патология век изображена на рисунке?



10. Каково отличие (кроме локализации) обычного ячменя века от внутреннего?
11. Назовите причины возникновения абсцесса век.
12. Какое заболевание век можно предположить, основываясь на нижеописанной картине? Веко отечно, кожа напряжена, гиперемирована, горячая на ощупь. Пальпация резко болезненна. В стадии некроза и расплавления тканей появляется флюктуация. Через кожу просвечивает желтоватого цвета гной.
13. Поставьте диагноз заболевания и назначьте лечение.



14. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме.
15. Составьте 5 тестовых задач по теме.

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ ПО ТЕМЕ

1. Экзофтальм может возникать вследствие:
 - А – наличия воспалительного экссудата в глазнице;
 - Б – опухоли глазницы;
 - В – кровоизлияния в ретробульбарную клетчатку;
 - Г – тромбоза орбитальных вен;
 - Д – всего перечисленного.

2. Причиной воспалительных заболеваний орбиты может быть все, кроме:
 - А – гипертонической болезни;
 - Б – туберкулеза;
 - В – заболевания придаточных пазух носа;
 - Г – кариеса зубов;
 - Д – сифилиса.

3. Основной причиной возникновения флегмоны глазницы у взрослых является:
 - А – повреждения глазницы;
 - Б – острые респираторные заболевания;
 - В – кариес зубов;
 - Г – воспалительные заболевания глаз;
 - Д – воспалительный процесс в параназальных синусах.

4. Острое гнойное воспаление волосяного фолликула или сальной железы века носит название:
 - А – абсцесса;
 - Б – флегмоны;
 - В – ячменя;
 - Г – фурункула;
 - Д – халазиона.

5. Основным отличием воспалительного отека век от невоспалительного является:
 - А – подкожная гематома;
 - Б – высыпания на коже век;
 - В – выраженный болевой синдром;
 - Г – наличие эскориаций;
 - Д – гиперемия.

6. Выдавливание ячменя может привести:
 - А – к развитию флегмоны орбиты;
 - Б – синус-тромбозу;
 - В – менингиту;

Г – верно А и Б;
Д – верно все перечисленное.

7. 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.
8. При лечении ячменя недопустимо:
А – прижигание раствором бриллиантового зеленого;
Б – УВЧ-терапия;
В – выдавливание ячменя;
Г – инстилляций в глаз сульфаниламидов;
Д – проведение аутогемотерапии.
9. 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.
10. Фарингоконъюнктивальная лихорадка сопровождается всеми симптомами, кроме:
А – лихорадки;
Б – увеличения подчелюстных лимфатических узлов;
В – отека и гиперемии век и конъюнктивы;
Г – небольшого слизистого или слизисто-гнойного отделяемого;
Д – всеми симптомами без исключения.
11. Острый эпидемический конъюнктивит вызывается:
А – палочкой Коха-Уикса;
Б – диплобациллой Моракса-Аксенфельда;
В – клещом демодекс;
Г – хламидиями;
Д – стафилококками.
12. Острый двусторонний дакриoadенит может являться следствием всего перечисленного, кроме:
А – паротита;
Б – пневмонии;

- В – салмонелеза;
- Г – синдрома Микулича;
- Д – тифа.

13. Для лечения дакриoadенита целесообразно назначать все, кроме:
- А – антибиотиков;
 - Б – сульфаниламидных препаратов;
 - В – тканевой терапии;
 - Г – анальгетиков;
 - Д – физиотерапии.
14. При лечении дакриoadенита необоснованно назначение:
- А – антибиотиков;
 - Б – сульфаниламидов;
 - В – негормональных противовоспалительных препаратов;
 - Г – витаминотерапии;
 - Д – физиотерапии.
15. Показанием к экстренному хирургическому лечению дакриоцистита является:
- А – наличие свища в области слезного мешка;
 - Б – гидропс;
 - В – флюктуация;
 - Г – гнойная язва роговицы;
 - Д – все перечисленное.

Ответы

1 – Д; 2 – А; 3 – Д; 4 – В; 5 – Д; 6 – Д; 7 – Г; 8 – В; 9 – Г; 10 – Д; 11 – А; 12 – В; 13 – Г; 14 – Г; 15 – Г.

ТЕМА 2.

1. **ТЕМА:** Острая патология глазного яблока.
2. **ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** Научиться диагностике и лечению острых заболеваний роговой оболочки, радужки, сетчатки, и зрительного нерва. Научиться диагностике и первой помощи при остром приступе глаукомы.

3. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

<p><u>Клинический ординатор должен знать:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• определение корнеального синдрома;• различия поверхностных и глубоких кератитов;• патогенетически обоснованное лечение при наиболее часто встречающихся кератитах;• клинику и дифференциальную диагностику иридоциклитов у детей и взрослых;• особенности течения иридоциклитов;• принципы лечения иридоциклитов различной этиологии;• происхождение осложнений и предположительный исход иридоциклитов;• сроки и принципы лечения больных с иридоциклитами;• изменения сетчатки при спазмах, эмболии, тромбозах сосудов сетчатки и их лечение;• клинику неврита зрительного нерва;• этиологию и патогенез острых нарушений кровообращения в сосудах, питающих зрительный нерв.• определение термина глаукомы;• основные признаки глаукомы;• первую помощь больному с острым приступом глаукомы.	<p><u>Рекомендуемая литература:</u></p> <p><i>а) учебная литература</i> Е.А. Егоров, С.Н. Басинский. Клинические лекции по офтальмологии: учеб, пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. Тахчиди Х.П., Ярцева Н.С., Гаврилова Н.А., Деев Л.А. Офтальмология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. Офтальмология. Клинические рекомендации. Под ред. Л.К. Мошетовой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. Офтальмология: учебник. Под ред. Е.И. Сидоренко. М.: ГЭОТАР-Медиа М. 2007.</p> <p><i>б) дополнительная</i> Офтальмология: национальное руководство. Под ред. С.Э. Аветисова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. Неотложная офтальмология: учеб. пособие. Под ред. Е.А. Егорова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006 Е.А. Егоров, Ю.С. Астахов, Т.В. Ставицкая Офтальмофармакология: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.</p>
---	--

<p><u>Клинический ординатор должен уметь:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • диагностировать нарушение целостности роговицы и определить ее чувствительность; • диагностировать и лечить наиболее часто встречающиеся формы кератитов; • диагностировать и лечить иридоциклиты у детей и взрослых; • назначить адекватную терапию при спазмах, эмболии, тромбозах сосудов сетчатки; • назначить своевременное лечение при отслойке сетчатки; • диагностировать неврит зрительного нерва; • оказать экстренную помощь при острых нарушениях в сосудах, питающих зрительный нерв; • исследовать внутриглазное давление различными методами; • оказать первую помощь при остром приступе закрытоугольной глаукомы. 	<p><u>Рекомендуемая литература:</u> Та же.</p>
--	--

4. ПЛАН ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

Этапы занятия	Техническое оснащение		Место проведения, время
	Оборудование	Учебные пособия, средства контроля	
1	2	3	4
1. Проверка исходных данных.		Контрольные задачи.	Учебная комната.
2. Инструктаж преподавателя.	Настольные лампы, набор медикаментов, перевязочный материал, слайды.	План занятия, слайды.	Учебная комната.
3. Самостоятельная работа студентов.	Настольные лампы, набор медикаментов, перевязочный материал, слайды.	Ориентировочные карточки, учебные задачи, слайды, клинический материал.	Учебная комната.
4. Разбор результатов с ассистентом (контроль результатов усвоения).		Контрольные задачи, визуальный контроль ассистента.	Учебная комната.

1	2	3	4
5. Задание на следующее занятие.		1. Учебник. 2. Дополнительная литература. 3. Учебно-методическое пособие.	Учебная комната.

5. **ЗАДАЧИ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ИСХОДНЫХ ЗНАНИЙ:**

1.

Ползучая язва роговицы	Симптомы
	1. 2. 3. 4. 5. 6.

2.

Иридоциклит	Симптомы
	1. 2. 3. 4. 5. 6.

3.

Отслойка сетчатки	Симптомы
	1. 2. 3. 4. 5. 6.

4.

Оптический неврит	Симптомы
	1. 2. 3. 4. 5. 6.

5.

Острое нарушение кровообращения в центральной артерии сетчатки	Симптомы
	1. 2. 3. 4. 5. 6.

6. **СХЕМА ОРИЕНТИРОВОЧНОЙ ОСНОВЫ ДЕЙСТВИЯ:**

Цель выполнения манипуляций	Порядок выполнения действия	Критерии и способы контроля
а	б	в
Научитесь диагностике эрозии роговицы.	Осмотрите роговую оболочку посредством методики бокового освещения. Отметьте шероховатость и неровность роговицы. Для уточнения диагноза инстиллируйте в глаз 1% раствор флюоресцеина. Наблюдайте окрашивание поврежденного участка роговицы в зеленый цвет.	Эрозия роговицы чаще всего возникает после механических или химических воздействий. Сопровождается светобоязнью, слезотечением, блефароспазмом, чувством инородного тела под веком, перикорнеальной инъекцией глаза.
Научитесь лечить эрозию роговицы.	Назначьте больному инстилляцию 1% раствора солянокислого хинина, раствор рибофлавина 1:1000, 30% раствор сульфацил-натрия. Применяйте мазевые аппликации.	Желательно одновременное сочетание кератопластических, витаминных и дезинфицирующих препаратов. Критерием излечения является отсутствие окрашивания роговицы.
Научитесь диагностировать ползучую язву роговицы.	Осмотрите больного или слайд с данной нозологической формой. Обратите внимание на наличие инфильтрата в центре роговицы или на наличие язвы характерной формы. Отметьте два края язвы – подрывтый и гладкий. Рассмотрите дно язвы: нет ли там пузырька черного цвета. Осмотрите переднюю камеру глаза и отметьте в ней уровень гноя – гипопион. Обратите внимание также на ступшеванность рисунка радужки и изменение ее цвета.	Подрывтый край язвы является прогрессивным – в эту сторону распространяется процесс. Другой край – регрессивный, постепенно очищается и рубцуется. Черный пузырек на дне язвы – десцеметоцеле, говорит об угрожающем прободении язвы. При этом процесс может идти в 2-х направлениях: обратное развитие язвы или проникновение инфекции внутрь – развитие эндофтальмита или паноптальмита. Для клиники заболевания характерны наличие специфической язвы, гипопиона и иридоциклита.
Научитесь лечить ползучую язву роговицы.	Госпитализируйте больного. Микробиологической петлей возьмите соскоб с прогрессивного края язвы и исследуйте микрофлору. Назначьте инстилляцию 30% раствора сульфацил-натрия или 0,25% раствора левомецетина каждые 2-3 часа. Введите под конъюнктиву антибиотик (желательно с учетом чувствительности флоры). Произведите туширование прогрессивного края язвы 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого. Назначьте инстилляцию солянокислого хинина. Применяйте мидриатики. Проведите терапию ви-	Возбудителем заболевания чаще всего является кокковая флора. Введение антибиотика производят или под нижнюю переходную складку, или под конъюнктиву глазного яблока. Основной очаг скопления микроорганизмов – прогрессивный край язвы. Раствор хинина способствует эпителизации роговицы. Введение мидриатиков необходимо в связи с наличием в клинической картине иридоциклита. Проводится общеукрепляющее лечение.

а	б	в
<p>Научитесь диагностировать древовидный герпетический кератит.</p>	<p>таминами группы В. При отсутствии эффекта произведите диатермокоагуляцию прогрессивного края язвы с захватом здоровой ткани. Если гипопион заполняет половину передней камеры – необходим парацентез.</p> <p>Эта форма вирусных герпетических кератитов встречается наиболее часто. Осмотрите глаз больно-го, используя фокальное комбинированное освещение. Отметьте субъективные ощущения, светобоязнь, слезотечение, перикорнеальную инъекцию. При осмотре выявите группы мелких пузырьков в эпителии и поверхностные инфильтраты серого цвета, которые образуют фигуры в форме веточек дерева, обломков веточек дерева, обломков коралла, оленьего рога. В случае слущивания эпителия образуется язва, окруженная мутным, приподнятым эпителием. В поздние сроки происходит вялая поверхностная эпителизация роговицы. Возможны явления иридоциклита.</p>	<p>Древовидный кератит протекает вяло и упорно. Нередко происходит отторжение регенерировавшего эпителия.</p>
<p>Научитесь лечению герпетических кератитов.</p>	<p>Лечение комплексное: 1) использование противовирусных средств; 2) иммунотерапия; 3) методы, стимулирующие регенерацию и трофику роговицы; 4) физическое воздействие на воспалительный очаг в роговице; 5) хирургическое лечение. Назначьте больному раствор керецида и ферменты дезоксирибонуклеазы в виде ежечасных инстилляций, мази зовиракса или ацикловира. Возможны субконъюнктивальные инъекции дезоксирибонуклеазы, интерферона или интерферонотенов. Целесообразно сочетание этих препаратов с иммунотерапией (противогерпетический, противокоревой иммунный гаммаглобулин, сухая донорская плазма, кровь реконвалесцентом). Стимуляция процесса регенерации роговицы и улучшение ее</p>	<p>В последние годы как противовирусное средство с хорошим эффектом стали применять полудан. Интерферонотенов стимулируют продукцию эндогенного интерферона. При вирусных кератитах возможно применение кортикостероидов при отсутствии изъязвления роговицы. С целью усиления регенераторной способности роговицы целесообразно назначать пиримидины внутрь и местно. Для предупреждения вторичной инфекции используйте инстилляцией сульфацил-натрия и закладывание за веки антибиотиковой мази. Расширение зрачка предупреждает возникновение задних синехий и вторичной глаукомы. При прогрессирующих язвенных глубоких кератитах показана лечебная кератопластика.</p>

--	--	--

а	б	в
<p>Научитесь диагностировать иридоциклит.</p>	<p>трофики достигается новокаиновыми перивазальными блокадами. Назначьте витамины группы В. Местно инстиллируйте цит-раль и рибофлавин.</p> <p>Выявите жалобы больного на ломящие боли в глазу, усиливающиеся по ночам. Обратите внимание на светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. При наружном осмотре видна перикорнеальная инъекция глазного яблока, отек и гиперемия век, особенно верхнего. Основное внимание уделите радужке и влаге передней камеры. Ткань радужки набухает, рисунок ее ступеньвается. Изменяется цвет радужки. Зрачок на пораженной стороне узкий. Возможны спайки между зрачковым краем радужки и передней капсулой хрусталика – задние синехии. При расширении зрачка они могут придавать ему неправильную форму. На задней поверхности роговицы наблюдаются отложения бело-серого цвета – преципитаты, располагающиеся в виде треугольника, направленного вершиной кверху. В передней камере может наблюдаться муть. Иногда на дне камеры можно видеть полоску гноя (гипопион) или кровь (гифема). При пальпации глазного яблока определяется болезненность в области проекции цилиарного тела. При выраженном воспалительном процессе весь зрачковый край радужки может быть спаян с хрусталиком, или может наблюдаться заращение зрачка. В этом случае радужка выпячивается кпереди в виде валика. При наличии такой картины измерьте внутриглазное давление.</p>	<p>Радужка изолированно от ресничного тела поражается сравнительно редко. При воспалении рисунок радужки ступеньвается за счет отека и отложения в криптах экссудата. Цвет ее также изменяется вследствие отека, резкого кровенаполнения сосудов, появления экссудата с наличием гемосидерина. Сужению зрачка способствуют отек и рефлекторные реакции, наступающие при воспалении. Преципитаты формируются из выпадающих во влагу передней камеры клеточных элементов, которые склеиваются фибрином и постепенно оседают на задней поверхности роговицы. Цвет их может быть белым, серо-белым, желтым. Они могут сохраняться месяцы, и даже годы. Иногда преципитаты могут откладываться на обеих поверхностях хрусталика и на передней мембране стекловидного тела. Сращение и заращение зрачка ведет к нарушению связи между задней и передней камерами. Живая, скапливаясь в задней камере глаза, выпячивает радужную оболочку вперед – бомбированная радужка. В этом случае передняя камера по периферии мелкая, а в центре – глубокая. Возникает вторичная глаукома.</p>

а	б	в
<p>Научитесь лечить иридоциклит.</p> <p>Научитесь диагностике острой непроходимости центральной артерии сетчатки.</p>	<p>Первым делом инстиллируйте в больной глаз мидриатики. Назначьте отвлекающую терапию (пиявки на висок, горячие ножные ванны). Если имеют место задние синехии, назначьте электрофорез фибринолизина и смесь мидриатиков. Проведите курс физиотерапии (УВЧ, ДДТ). Инстиллируйте в глаз растворы кортикостероидов 5-6 раз в день. Выполните субконъюнктивальные или парабульбарные инъекции. Назначьте витамины группы В и С, десенсибилизирующие средства.</p>	<p>При иридоциклитах мидриатики создают покой радужной оболочке, уменьшают гиперемию, препятствуют образованию задних синехий и возможному зарастанию зрачка. Если с помощью одного мидриатика достичь расширения зрачка не удастся, применяют их в сочетании. По мере стихания воспалительных явлений усиливают рассасывающую терапию. Все местные мероприятия необходимо проводить на фоне общей терапии с учетом этиологии процесса.</p>
<p>Научитесь лечению острой непроходимости центральной артерии сетчатки.</p>	<p>Соберите анамнез. Исследуйте остроту зрения. Рассмотрите слайд с данной патологией. Обратите внимание на диск зрительного нерва, ход и калибр сосудов, ткань сетчатки. Немедленно назначьте сосудорасширяющие и спазмолитические средства: вдыхание амилнитрита карбогена внутрь нитроглицерин; 0,1% раствор сульфата атропина ретробульбарно; внутримышечно нитрат натрия по схеме с постепенным увеличением концентрации; внутримышечно 1% раствор никотиновой кислоты; внутрь эуфиллин, но-шпа, нигексин, папаверин, дибазол и др. Примените антикоагулянты прямого действия. Затем их замените на антикоагулянты непрямого действия. Целесообразна осмотерапия. Назначьте средства, способствующие рассасыванию, витамины, АТФ, кокарбоксылазу.</p>	<p>Возникает преимущественно при ревматическом эндокардите. Нередко бывает обусловлено гипертонической болезнью, распадом раковой опухоли, эндартериитом и др. Может быть внезапная полная слепота на один глаз или же снижение зрения и секторальное выпадение поля зрения, чаще в одном глазу. На глазном дне видны резко суженные артерии, большие стволы кажутся тонкими ниточками, а мелкие часто вообще нельзя рассмотреть. Калибр вен заметно не изменяется. Сетчатка вокруг диска, пятна приобретают молочно-белый цвет. На этом мутном фоне соответственно центральной ямке отчетливо выделяется вишнево-красное пятно – симптом «вишневой косточки». Он объясняется тем, что в центральной ямке сетчатка очень тонка, через нее отчетливо просвечивает ярко-красная сосудистая оболочка, которая на фоне молочно-белой сетчатки выделяется особенно резко. Диск зрительного нерва постепенно бледнеет и атрофируется. Несмотря на проводимое лечение, довольно редко удается улучшить зрительные функции. Как правило, они остаются низкими.</p>
<p>Научитесь диагностике тромбоза</p>	<p>Соберите анамнез. Исследуйте остроту зрения. Рассмотрите слайд с данной патологией. Обратите</p>	<p>Заболевание развивается преимущественно у пожилых людей. Развивается постепенно. Харак-</p>

а	б	в
<p>центральной вены сетчатки.</p> <p>Научитесь лечению тромбоза центральной вены сетчатки.</p>	<p>внимание на диск зрительного нерва, ход и калибр сосудов, ткань сетчатки.</p> <p>Назначьте антикоагулянты под контролем анализов крови и мочи. Для предупреждения кровотечения одновременно с антикоагулянтами назначьте также средства, укрепляющие сосудистую стенку и придающие ей эластичность – рутин и аскорбиновую кислоту, ангиопротекторы. Широко применяют медицинские пиявки, которые вырабатывают гирудин, растворяющий тромб. Назначьте витамины А, В₆ В₂, йодистые препараты, фибринолизин, липотропные средства. Успешно применяют такие препараты, как лекозим, папаин, стрептодеказа, а также лазерокоагуляцию.</p>	<p>терны фотопсии, снижение зрения. Диск зрительного нерва и сетчатка отекают. Сосуды исчезают в отечной ткани. Вены расширены, извиты. По всей сетчатке полиморфные кровоизлияния. Может наблюдаться гемофтальм.</p> <p>Возможно улучшение зрительных функций в значительной степени. Очень серьезным осложнением тромбоза вен является вторичная глаукома.</p>
<p>Научитесь диагностике отслойки сетчатки.</p>	<p>Заболевание имеет различное происхождение: травмы, высокая миопия и др. Жалобы на понижение зрения обусловлены локализацией отслойки и ее распространенностью. При обследовании поля зрения выявляются сужения или выпадения его.</p>	<p>Непременным условием отслойки сетчатки является ее разрыв, который может быть самых разных размеров. В проходящем свете в зоне отслойки сетчатки определяется бледный или сероватый рефлекс с глазного дна. Отслоенная сетчатка при офтальмоскопии видна в виде пузыря серого цвета. Четкие указания на локализацию, площадь и высоту отслойки сетчатки дает эхобиометрия.</p>
<p>Научитесь принципам лечения отслойки сетчатки.</p>	<p>При плоских отслойках предпочтительны фото-, лазер-, крио-, диатермокоагуляции краев и зоны разрыва сетчатки. При высоких пузыревидных отслойках сетчатки, особенно при измененном стекловидном теле, показаны разнообразные сложные склеропластические операции или операции на стекловидном теле, обеспечивающие полное закрытие дефекта сетчатки.</p>	<p>Нередко требуются повторные операции. Даже успешно закончившиеся операции могут не обеспечивать восстановления высокой остроты и нормального периферического зрения. Это бывает связано с дистрофическими изменениями сетчатки. Тем не менее, даже ради получения минимального зрения, если нет противопоказаний, следует оперировать больного с отслойкой сетчатки.</p>

а	б	в
<p>Научитесь диагностике неврита зрительного нерва.</p>	<p>Соберите жалобы и анамнез. Рассмотрите слайд с данной патологией. Обратите внимание на диск зрительного нерва, ход и калибр сосудов.</p>	<p>Заболевание характеризуется быстрым и значительным падением остроты и нарушением поля зрения и ухудшением цветоощущения. Офтальмоскопически определяются гиперемия диска, ступеванность его границ, расширение вен, иногда экссудат по ходу сосудов и в сосудистой воронке. Возможны кровоизлияния в ткань диска, а также сетчатку.</p>
<p>Научитесь лечению неврита зрительного нерва.</p>	<p>Назначьте антибиотики, сульфаниламидные препараты, дегидратационную терапию, витамины, глюкокортикоиды в виде форсированных инстилляций и парабульбарно. Используйте отвлекающие средства, такие как горячие ножные ванны, суховоздушные ванны. С уменьшением острых явлений назначьте сосудорасширяющие, а также биогенные стимуляторы. Лечение неврита должно быть длительным. Показаны введения путем электро- и фонофореза витаминов, аденозинтрифосфорной кислоты и др.</p>	<p>При заболевании околоносовых пазух необходимы высокие тампоны среднего носового хода с раствором кокаина и адреналина. Интракраниальные невриты подлежат не только консервативному, но и хирургическому лечению.</p>
<p>Научитесь диагностике острого приступа закрытоугольной глаукомы.</p>	<p>Выясните жалобы больного. Соберите анамнез. Оцените общее состояние больного. Исследуйте глаз. Примените для обследования боковое освещение, биомикроскопию, исследование в проходящем свете, офтальмоскопию, тонометрию и исследование угла передней камеры по Вургафту.</p>	<p>Больной жалуется на боли в глазу и голове, затуманивание зрения, появление радужных кругов при взгляде на источник света. Приступ часто возникает при эмоциональных нагрузках, длительном пребывании в темноте без сна и при медикаментозном расширении зрачка. При выраженном приступе могут быть тошнота и рвота. Боли могут иррадиировать в сердце, живот. При осмотре хорошо виден симптом «кобры». Роговица отечная, иногда полупрозрачная. Передняя камера мелкая, влага ее опалесцирует. Зрачок вследствие пареза сфинктера расширен. Глазное дно видно в тумане. Диск зрительного нерва отечный, нередко отмечаются пульсация центральной артерии сетчатки, геморрагии.</p>
<p>Научитесь лечению острого приступа</p>	<p>Назначьте больному инстилляцию 1-2% раствора пилокарпина в те-</p>	<p>Контроль эффективности терапии – тонометрия. При отсутствии</p>

а	б	в
закрытоугольной глаукомы.	чение 1 часа – каждые 15 минут, затем 2-3 раза – ежедневно. В дальнейшем – 6 раз в сутки. Одновременно назначьте 0,5% тимолол. Для дегидратации – диакарб, глицерин, лазикс. Как отвлекающее средство – горячие ножные ванны.	больному можно ввести аминазин достаточного эффекта или литическую смесь. Если через 24 часа приступ не купируется выполняют операцию – иридэктомию.

7. УЧЕБНЫЕ ЗАДАЧИ:

1. 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.

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. Эрозия роговицы может сопровождаться:
 - А) слезотечением;
 - Б) светобоязнью;
 - В) блефароспазмом;
 - Г) ощущением боли в глазу;
 - Д) всем перечисленным.

5. 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.

6. 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.
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. При наличии ползучей язвы роговицы в первую очередь нужно:
- А) ввести антибиотики;
 - Б) сделать обезболивание;
 - В) госпитализировать больного;
 - Г) закапать мидриатики;
 - Д) прижечь язву.
9. 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.
10. Наличие черного пузырька над поверхностью роговицы носит название:
- А) десцеметоцеле;
 - Б) инфильтрата;
 - В) передней синехии;
 - Г) фасетки;
 - Д) карбункула.
11. Этиологическим фактором вызывающим фликтенулезный кератит является:
- А) стафилококковая инфекция;
 - Б) туберкулезная инфекция;
 - В) сифилис;
 - Г) гонорейная инфекция;
 - Д) вирусная инфекция.
12. Наличие древовидного кератита является признаком:
- А) стафилококковой инфекции;
 - Б) хламидийной инфекции;
 - В) герпесвирусной инфекции;
 - Г) туберкулезной инфекции;
 - Д) цитомегаловирусной инфекции.
13. 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.

14. 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.
15. 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.
16. Для клинической картины иридоциклита нехарактерно:
- А) перикорнеальная или смешанная инъекция глазного яблока;
 - Б) наличие преципитатов на задней поверхности роговицы;
 - В) ступеванность рисунка и изменение цвета радужки;
 - Г) расширение зрачка;
 - Д) сужение зрачка.
17. Отложения клеточных элементов, склеенных фибрином, на задней поверхности роговицы называется:
- А) задние синехии;
 - Б) передние синехии;
 - В) преципитаты;
 - Г) гифема;
 - Д) шварты.
18. Спайки между радужной оболочкой и передней капсулой хрусталика называются:
- А) задние синехии;
 - Б) передние синехии;
 - В) преципитаты;
 - Г) гифема;
 - Д) шварты.
19. Изменение формы зрачка при иридоциклите связано с наличием:
- А) преципитатов;
 - Б) задних синехий;
 - В) передних синехий;
 - Г) гониосинехий;
 - Д) шварт.
20. В качестве первой помощи при иридоциклите необходимо применять:
- А) анальгетики;
 - Б) мидриатики;
 - В) антибиотики;
 - Г) сульфаниламиды;
 - Д) кортикостероиды.

21. Мидриатики назначаются при:
- А) закрытоугольной глаукоме;
 - Б) аллергическом конъюнктивите;
 - В) травматическом мидриае;
 - Г) ирите;
 - Д) невралгии.
22. Бомбированная радужка приводит к развитию:
- А) кератита;
 - Б) катаракты;
 - В) вторичной глаукомы;
 - Г) отслойки сетчатки;
 - Д) эндофтальмиту.
23. 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.
24. Острые нарушения артериального кровообращения в сетчатке могут быть вызваны:
- А) спазмом;
 - Б) эмболией;
 - В) тромбозом;
 - Г) всем перечисленным;
 - Д) только Б и В.
25. Острые нарушения венозного кровообращения в сетчатке могут быть вызваны:
- А) спазмом;
 - Б) эмболией;
 - В) тромбозом;
 - Г) всем перечисленным;
 - Д) только А и Б.
26. При острой непроходимости центральной артерии сетчатки наблюдаются все симптомы, кроме:
- А) отека межуточного вещества сетчатки;
 - Б) кровоизлияний в сетчатку;
 - В) симптома «вишневой косточки»;
 - Г) прерывистых столбиков крови в артериолах;
 - Д) резкой потери зрения.
27. Феномен вишневого пятна наблюдается при:
- А) неврите;
 - Б) дистрофиях сетчатки;
 - В) тромбозе вен сетчатки;
 - Г) острой артериальной непроходимости сетчатки;
 - Д) всем перечисленном.

28. Первая помощь при острой непроходимости центральной артерии сетчатки заключается в:
- А) инстилляций 1% раствора пилокарпина каждые 15 минут;
 - Б) немедленном введении антикоагулянтов;
 - В) инстилляций 1% раствора атропина;
 - Г) дачи нитроглицерина под язык;
 - Д) введении анальгетиков.
29. Непроходимость центральной вены сетчатки характеризуется всеми симптомами, кроме:
- А) побледнения диска зрительного нерва;
 - Б) наличия темных, извилистых, расширенных вен сетчатки;
 - В) отека и ступенчатости контуров диска зрительного нерва;
 - Г) многочисленных кровоизлияний, напоминающих очаги пламени;
 - Д) наличия штрихообразных кровоизлияний на периферии глазного дна.
30. При тромбозе вен сетчатки наблюдаются:
- А) застойные явления в венозной системе;
 - Б) повышенная извитость и расширение вен;
 - В) темная окраска вен;
 - Г) кровоизлияния;
 - Д) все перечисленное.
31. К возникновению отслойки сетчатки может приводить:
- А) травмы глаз;
 - Б) наличие витреоретинальных спаек;
 - В) близорукость высокой степени;
 - Г) сморщивание стекловидного тела;
 - Д) все перечисленное верно.
32. Основной причиной возникновения первичной отслойки сетчатки является:
- А) дистрофия сетчатки;
 - Б) проникновение под сетчатку жидкости;
 - В) разрыв сетчатки;
 - Г) отек сетчатки;
 - Д) кровоизлияние под сетчатку.
33. Основным способом лечения отслойки сетчатки является:
- А) инстиляция глазных капель;
 - Б) лазерное лечение;
 - В) назначение диуретиков;
 - Г) хирургическое лечение;
 - Д) проведение физиотерапии.
34. 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.

35. Для офтальмоскопической картины неврита зрительного нерва характерно все, кроме:
- А) гиперемии диска;
 - Б) наличия экссудата в воронке диска;
 - В) ступенчатости границ диска;
 - Г) расширения артерий и извитости вен;
 - Д) повышения внутриглазного давления.
36. Кровоизлияния при неврите зрительного нерва локализуются:
- А) по всему главному дну;
 - Б) в макулярной области;
 - В) на диске или около него;
 - Г) на периферии глазного дна;
 - Д) все перечисленное верно.
37. Острые нарушения артериального кровообращения в зрительном нерве могут быть вызваны:
- А) спазмом;
 - Б) эмболией;
 - В) тромбозом;
 - Г) всем перечисленным;
 - Д) только А и В.
38. Основной жалобой больного при остром приступе глаукомы является:
- А) боль в глазу, иррадирующая 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.
39. Для острого приступа закрытоугольной глаукомы нехарактерно:
- А) отек роговицы;
 - Б) мелкая передняя камера;
 - В) широкий овальной формы зрачок;
 - Г) застойная инъекция глазного яблока;
 - Д) узкий зрачок с сохранением его реакции на свет.
40. 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.
41. 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 альбумидом.

42. Лечение острого приступа глаукомы включает:
- А) инстилляцию миотиков;
 - Б) назначение бета-адреноблокаторов;
 - В) инстилляцию симпатомиметиков;
 - Г) прием диакарба;
 - Д) верно все перечисленное.
43. 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.
44. Больной П., 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?
45. К окулисту обратилась больная С., 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?
46. Больному Р., 61-го года при работе на приусадебном участке в правый глаз попал кусочек земли. При обращении к окулисту несколько дней назад с конъюнктивы верхнего века удалено инородное тело. Однако чувство инородного тела продолжает беспокоить. Снизилось зрение, появились боли в глазу. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,09 (не корр.). Легкий отек и гиперемия век. Перикорнеальная инъекция глазного яблока. Роговица отечная. Парацентрално на роговице располагается язва серповидной формы с 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?
47. 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 ступенчат. 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?

48. При обращении к врачу бросается в глаза выраженная светобоязнь у ребенка С., 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?
49. Больной Х., 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?
50. После перенесенного переохлаждения у больной А., 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?
51. Больная Д., 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 полоски. Глазное дно в норме. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
52. Жалобы больного Ж., 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 «жобры»). Роговица отечная, полупрозрачная. Передняя камера мелкая, неравномерная, как будто втянута в области зрачка. Рисунок радужки ступеван. 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?

53. Мужчина А., 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?
54. После перенесенного гипертонического криза у больной Ж., 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 ступеваны, 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?
55. У больного Ф., 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 колышется. При офтальмоскопии. Снизу видно пузыревидное полупрозрачное образование, на которое

взбираются сосуды. Дополнительные исследования? Диагноз? Принципы лечения?

56. Больной Ж., 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?
57. Монтажник Г., 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?
58. У больной Е., 67-ми лет, утром возникли резкие боли в правом глазу и голове. Зрение правого глаза снизилось. При взгляде на источник света вокруг него появляются радужные круги. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.). Легкий отек век. Расширены и извиты артериолы и венулы на склере. Роговица несколько отечна, полупрозрачная. Передняя камера мелкая, с прозрачной влагой. Зрачок расширен, в виде вертикального овала. Глазное дно видно в тумане. Пальпаторно T₊3. Острота зрения левого глаза = 0,7 (не корр.). В хрусталике начальные помутнения. Глазное дно в норме. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
59. Больная Ж., 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?

8. КОНТРОЛЬ РЕЗУЛЬТАТОВ УСВОЕНИЯ. Производится по таблицам:

Таблицы программированного контроля

Заболевания роговицы.

Дифференциальная диагностика.

Нозологические единицы: 1) Краевой поверхностный кератит;
1) Ползучая язва роговицы;
2) Герпетический древовидный кератит;

Симптомы заболевания.

- I. Инъекция глазного яблока: 1) конъюнктивальная; 2) перикорнеальная; 3) смешанная; 4) нет инъекции.
- II. Дефект эпителия над инфильтратом определяется при помощи: 1) метода бокового освещения; 2) метода проходящего света; 3) флюоресцеиновой пробы.
- III. Расположение инфильтрата в роговице: 1) центральное; 2) у лимба; 3) любой участок роговицы.
- IV. Форма инфильтрата: 1) округлая; 2) древовидная; 3) неправильная; 4) узелковая.
- V. Локализация инфильтрата: 1) в эпителии; 2) под эпителием; 3) в эпителии и поверхностных слоях стромы; 4) в строме.
- VI. Цвет инфильтрата: 1) серый; 2) белый; 3) серо-желтый; 4) желтый.
- VII. Инфильтрат: 1) с дефектом ткани; 2) без дефекта; 3) с язвой, имеющей подрывной край; 4) окрашивается флюоресцеином; 5) не окрашивается флюоресцеином.
- VIII. Сосуды в роговице: 1) поверхностные; 2) глубокие; 3) нет сосудов.
- IX. Чувствительность роговицы: 1) сохранена; 2) понижена; 3) отсутствует.
- X. Радужка и цилиарное тело: 1) вовлекаются в процесс; 2) не вовлекаются.
- XI. Экссудат во влаге передней камеры: 1) нет экссудата; 2) серозный; 3) гнойный.
- XII. Средства, применяемые для лечения: 1) сульфаниламиды; 2) антибиотики; 3) интерферон и интерферогены; 4) дезоксирибонуклеаза; 5) керевид; 6) гамма-глобулин.
- XIII. Способ применения указанных средств: 1) инстилляци; 2) мази; 3) субконъюнктивально; 4) внутримышечно; 5) перорально; 6) подкожно.
- XIV. Физические методы лечения: 1) диатермокоагуляция; 2) термокоагуляция; 3) ионофорез.

Заболевания радужки и цилиарного тела.

- I. Закономерное вовлечение в патологический процесс цилиарного тела при воспалении радужной оболочки обусловлено: 1) близостью расположения; 2) общностью кровоснабжения; 3) общностью иннервации.
- II. Наиболее характерная жалоба, встречающаяся при остром иридоциклите: 1) боль; 2) светобоязнь; 3) понижение зрения.

- III. Симптомы, указывающие на поражение радужной оболочки: 1) *преципитаты на задней поверхности роговицы*; 2) *сужение зрачка*; 3) *помутнение стекловидного тела*; 4) *перикорнеальная инъекция*.
- IV. Симптомы, указывающие на поражение цилиарного тела: 1) *задние синехии*; 2) *сужение зрачка*; 3) *преципитаты на задней поверхности роговицы*; 4) *перикорнеальная инъекция*.
- V. Состояние офтальмотонуса, наиболее часто встречающееся при иридоциклитах: 1) *нормотония*; 2) *гипотония*; 3) *гипертензия*.
- VI. Наиболее частой причиной острого иридоциклита в настоящее время является: 1) *ревматизм*; 2) *фокальная инфекция*; 3) *грипп*.
- VII. Для лечения иридоциклита в молодом возрасте целесообразнее использовать: 1) *1% раствор атропина*; 2) *0,25% раствор скополамина*; 3) *0,1% раствор адреналина*.
- VIII. Для лечения иридоциклита у пожилого человека целесообразнее использовать: 1) *1% раствор атропина*; 2) *0,25% раствор скополамина*; 3) *0,1% раствор адреналина*.
- IX. В первую очередь больному с иридоциклитом необходимо: 1) *закапать мидриатики*; 2) *сделать перивазальную новокаиновую блокаду*; 3) *назначить лечение антибиотиками*.
- X. Наиболее частая причина понижения зрения при неблагоприятном течении иридоциклита: 1) *заращение зрачка*; 2) *помутнение стекловидного тела*; 3) *вторичная глаукома*; 4) *осложненная катаракта*; 5) *атрофия глазного яблока*.

Тема: Заболевания сетчатки

- I. Для острой непроходимости центральной артерии сетчатки нехарактерно: 1) *внезапная потеря зрения*; 2) *возникновение резких болей в глубине глаза*; 3) *помутнение сетчатки*; 4) *наличие массивных кровоизлияний в ткань сетчатки*; 5) *симптом «вишневой косточки»*.
- II. При тромбозе центральной вены сетчатки не наблюдается: 1) *отслойка сетчатки*; 2) *кровоизлияния в сетчатку*; 3) *резкие боли в глубине глаза*; 4) *резкое расширение вен*; 5) *отек диска зрительного нерва*.
- III. Для клинической картины отслойки сетчатки нехарактерно: 1) *наличие серой вуалевидной пленки на фоне красного рефлекса*; 2) *изменение цвета и формы сосудов*; 3) *повышение внутриглазного давления*; 4) *наличие сужения поля зрения*; 5) *наличие разрыва сетчатки*.
- IV. Какой вид лечения не применяется для лечения отслойки сетчатки? 1) *витрэктомия*; 2) *пломбирование склеры*; 3) *кератопластика*; 3) *лазеркоагуляция*; 4) *криопексия*.

Тема: Заболевания зрительного нерва.

- I. Какие зрительные функции при неврите зрительного нерва необходимо исследовать в первую очередь? 1) *остроту зрения*; 2) *цветоощущение*; 3) *поле зрения*; 4) *светоощущение*; 5) *бинокулярное зрение*.
- II. Какие изменения на глазном дне являются нехарактерными для неврита зрительного нерва? 1) *гиперемия диска зрительного нерва*; 2) *расширение сосудов*; 3) *побледнение диска зрительного нерва*; 4) *стушеванность границ диска зрительного нерва*; 5) *заполнение сосудистой воронки диска экссудатом*.
- III. Какую терапию нужно назначать пациенту с невритом зрительного нерва в первую очередь? 1) *витаминную*; 2) *противовоспалительную*; 3) *сосудорасширяющую*; 4) *дегидратационную*; 5) *тканевую*.

Тема: Глаукома.

- I. Главный кардинальный симптом глаукомы: 1) *экскавация диска зрительного нерва*; 2) *повышение внутриглазного давления*; 3) *падение зрительных функций*.
- II. Основной тип операций при остром приступе закрытоугольной глаукомы: 1) *антиглаукоматозная иридэктомия*; 2) *фистулизирующие операции*; 3) *операции, направленные на снижение продукции внутриглазной жидкости*.
- III. Что противопоказано больному глаукомой? 1) *применение препаратов белладоны, кофеина*; 2) *прием больших количеств жидкости*; 3) *длительное пребывание в темноте*; 4) *длительное пребывание на свету*; 5) *легкая физическая работа*; 6) *чтение*; 7) *работа в горячих цехах*.

Тема: Глаукома.

Дифференциальная диагностика острого бактериального конъюнктивита, острого иридоциклита и острого приступа глаукомы.

1 вариант – острый бактериальный конъюнктивит;

2 вариант – острый иридоциклит

3 вариант – острый приступ глаукомы.

- I. Субъективные признаки: 1) *склеивание век по утрам гнойным отделяемым*; 2) *резкие боли в глазу*; 3) *сильная головная боль в области надбровья, лба, виска с иррадиацией в затылок*; 4) *тошнота, рвота*.
- II. Объективные признаки, характер инъекции сосудов: 1) *выраженная гиперемия конъюнктивы*; 2) *смешанная инъекция с преобладанием перикорнеальной*; 3) *инъекция застойного характера*.
- III. Роговица: 1) *тусклая, резко опалесцирует*; 2) *не изменена*.
- IV. Передняя камера: 1) *мелкая*; 2) *глубокая*; 3) *средней глубины*.
- V. Радужка: 1) *цвет не изменен*; 2) *цвет изменен*; 3) *рисунок стушеван*.

- VI. Зрачок: 1) узкий, на свет реагирует вяло; 2) резко расширен, на свет не реагирует; 3) обычной ширины, реакция на свет живая.
- VII. Внутриглазное давление: 1) не изменено; 2) понижено; 3) повышено.
- VIII. Меры неотложной помощи. Местные мероприятия: 1) инстилляцией растворов антибиотиков, сульфаниламидов, дезинфицирующих средств; 2) инстилляцией миотиков; 3) инстилляцией мидриатиков.
- IX. Меры неотложной помощи. Общая терапия: 1) обезболивающая; 2) отвлекающие средства; 3) десенсибилизирующие средства; 4) противовоспалительные средства (антибиотики, сульфаниламиды).

9. ЗАДАНИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ ЗАНЯТИЕ.

Тема: Повреждения придаточного аппарата глаза и глазного яблока.

Литература: а) учебная литература

Е.А. Егоров, С.Н. Басинский. Клинические лекции по офтальмологии : учеб, пособие. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007.

Тахчиди Х.П., Ярцева Н.С., Гаврилова Н.А., Деев Л.А. Офтальмология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.

Офтальмология. Клинические рекомендации. Под ред. Л.К. Мошетовой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.

Офтальмология: учебник. Под ред. Е.И. Сидоренко. М. : ГЭОТАР-Медиа М. 2007.

б) дополнительная

Офтальмология : национальное руководство. Под ред. С.Э. Аветисова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.

Неотложная офтальмология : учеб. пособие. Под ред. Е.А. Егорова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006

Е.А. Егоров, Ю.С. Астахов, Т.В. Ставицкая

Офтальмофармакология: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.

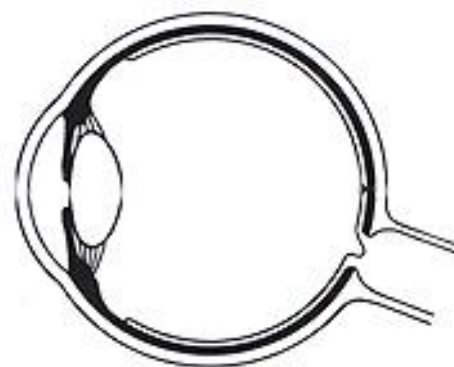
10. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Назовите симптомы, входящие в понятие роговичного синдрома.
2. Опишите клинику и назначьте лечение больному с древовидным герпетическим кератитом.
3. Какую экстренную помощь должен оказать врач больному с острым иридоциклитом?

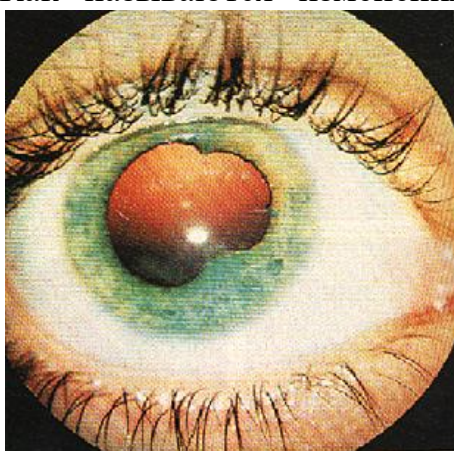
4. Если у больного иридоциклитом имеются задние синехии, какие средства для их ликвидации Вы можете предложить?
5. Напишите, какое осложнение кератита изображено на рисунке.



6. Отметьте на схеме и опишите, какие изменения в глазу могут происходить при сращении зрачка. Как называется такое состояние? Почему оно представляет угрозу для зрения больного? Какие лечебные мероприятия необходимо проводить?



7. Объясните, почему сочетанное назначение инстилляций атропина и адреналина вызывает более выраженный эффект?
8. Почему поражения сетчатки не вызывают болевых ощущений?
9. Как называются изменения, встречающиеся при иридоциклите, изображенные на рисунке?



10. Составьте алгоритм лечебных мероприятий для лечения острого приступа закрытоугольной глаукомы.

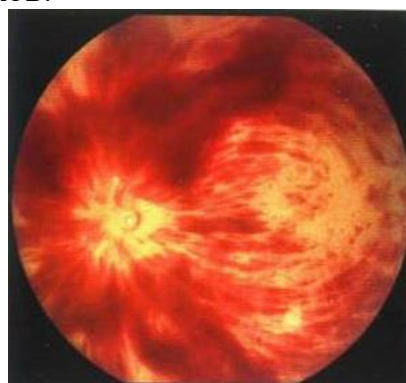
11. Какие проявления иридоциклита изображены на рисунках? Подпишите их названия рядом с изображениями.



12. Определите, какой острой патологии сетчатки соответствует каждый из приведенных рисунков.

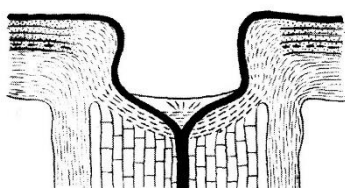


А



Б

13. Какое патологическое изменение диска зрительного нерва изображено на рисунке?



14. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме.
15. Составьте 5 тестовых задач по теме.

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ ПО ТЕМЕ

1. Васкуляризацией роговицы называют:
А – усиление кровоснабжения роговой оболочки;
Б – врастание сосудов в роговицу;
В – выраженное кровенаполнение собственных сосудов роговицы;
Г – верно все перечисленное;
Д – верного ответа нет.
2. К экзогенным кератитам относят все, кроме:
А – инфекционных бактериальных;
Б – авитаминозных;
В – травматических;
Г – мейбомиевых;
Д – грибковых.
3. Возбудителем ползучей язвы роговицы никогда не является:
А – пневмококк Френкеля-Вексельбаума;
Б – стрептококк;
В – гонококк;
Г – стафилококк;
Д – синегнойная палочка.
4. Скопление гноя в передней камере глаза носит название:
А – эктропион;
Б – энтропион;
В – гифема;
Г – халазион;
Д – гипопион.
5. Для клиники иридоциклита нехарактерно:
А – наличие преципитатов;
Б – сужение зрачка;
В – изменение цвета радужки;
Г – экскавация диска зрительного нерва;
Д – наличие гипопиона.
6. Сужение зрачка у больного иридоциклитом можно объяснить:
А – повышенным тонусом мышцы, суживающей зрачок;
Б – отеком ткани радужной оболочки;
В – расширением сосудов радужной оболочки;
Г – верно А и Б;
Д – верно все перечисленное.

7. Появление гипопиона в передней камере глаза при иридоциклите вызвано:
- А – пропотеванием лейкоцитов через ворсинки ресничного тела;
 - Б – наличием внутриглазной инфекции;
 - В – вовлечением в воспалительный процесс роговой оболочки;
 - Г – присоединением к воспалительному процессу хориоидеи;
 - Д – воспалительной реакцией со стороны хрусталика.
8. Сращение зрачка при иридоциклите приводит к:
- А – изменению формы зрачка;
 - Б – появлению вторичной глаукомы;
 - В – возникновению осложненной катаракты;
 - Г – появлению болей в глазу;
 - Д – изменению цвета радужки.
9. В качестве первой помощи при остром иридоциклите используют инстилляцию:
- А – дикаина;
 - Б – пилокарпина;
 - В – атропина;
 - Г – сульфацил-натрия;
 - Д – дексаметазона.
10. Жалобами больного при заболеваниях сетчатки может быть все, кроме:
- А – снижения остроты зрения;
 - Б – появления скотом;
 - В – возникновения болей в глазу;
 - Г – нарушения цветоощущения;
 - Д – снижения темновой адаптации.
11. Возникновение симптома «вишневой косточки» при острой непроходимости центральной артерии сетчатки объясняется:
- А – кровоизлиянием в макулярную область;
 - Б – отсутствием в области центральной ямки межуточного вещества;
 - В – усилением функции цилиоретинальной артерии;
 - Г – наличием обширных анастомозов;
 - Д – всем перечисленным.
12. При тромбозе центральной вены сетчатки на глазном дне наблюдается:
- А – обширные кровоизлияния в ткань сетчатки;
 - Б – белый фон сетчатки;
 - В – выраженное побледнение диска зрительного нерва;
 - Г – резкое сужение артериальных сосудов сетчатки;
 - Д – наличие воспалительных фокусов на периферии сетчатки.

13. Какой из препаратов не применяется для консервативной терапии глаукомы?
А – пилокарпин
Б – латанопрост;
В – тимолол;
Г – атропин;
Д – проксодолол.
14. Какой из симптомов не специфичен для острого приступа закрытоугольной глаукомы?
А – шероховатость роговицы;
Б – мелкая передняя камера;
В – расширение зрачка;
Г – сужение зрачка;
Д – резкое повышение внутриглазного давления.

Ответы

1 – Б; 2 – Б; 3 – А; 4 – Д; 5 – Г; 6 – Г; 7 – А; 8 – Б; 9 – В; 10 – В; 11 – Б; 12 – А;
13 – Г; 14 – Г.

ТЕМА 3.

1. **ТЕМА:** Повреждения органа зрения.

2. **ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** Научиться диагностировать различные виды повреждений глаз и их придатков. Научиться оказанию первой медицинской помощи при повреждениях глаз, а также ознакомиться с принципами их лечения.

3. ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

<p><u>Клинический ординатор должен знать:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• симптомы контузий мягких тканей глазницы;• классификацию травм глазного яблока;• симптомы переломов глазницы;• клинику халькоза и сидероза глаза;• диагностику инородных тел глаза;• что такое симпатическая офтальмия и какова ее профилактика;• особенности детского и военного глазного травматизма;• методы лечения при химических и термических ожогах глаз;• профилактику глазного травматизма.	<p><u>Рекомендуемая литература:</u></p> <p><i>а) учебная литература</i></p> <p>Е.А. Егоров, С.Н. Басинский. Клинические лекции по офтальмологии: учеб, пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.</p> <p>Тахчиди Х.П., Ярцева Н.С., Гаврилова Н.А., Деев Л.А. Офтальмология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.</p> <p>Офтальмология. Клинические рекомендации. Под ред. Л.К. Мошетовой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.</p> <p>Офтальмология: учебник. Под ред. Е.И. Сидоренко. М.: ГЭОТАР-Медиа М. 2007.</p> <p><i>б) дополнительная</i></p> <p>Офтальмология: национальное руководство. Под ред. С.Э. Аветисова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.</p> <p>Неотложная офтальмология: учеб. пособие. Под ред. Е.А. Егорова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006</p> <p>Е.А. Егоров, Ю.С. Астахов, Т.В. Ставицкая Офтальмофармакология: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004.</p>
<p><u>Клинический ординатор должен уметь:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• диагностировать тупую травму глаза и его придатков;• диагностировать проникающее	<p><u>Рекомендуемая литература:</u> Та же.</p>

<p>ранение глаза;</p> <ul style="list-style-type: none"> • диагностировать ожог глаза; • оказать первую помощь при травмах глаза; • осуществлять профилактику глазного травматизма. 	
--	--

4. ЗАДАЧИ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ИСХОДНЫХ ЗНАНИЙ:

1.

Перелом внутренней стенки орбиты со смещением отломков и выхождением воздуха в ретробульбарную клетчатку	Симптомы
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5.

2.

Проникающее ранение роговицы	Симптомы
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5.

5. ПЛАН ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

Этапы занятия	Техническое оснащение		Место проведения время
	Оборудование	Учебные пособия, средства контроля	
а	б	в	г
1. Проверка исходных знаний		Контрольные задачи.	Учебная комната.
2. Инструктаж преподавателя	Настольные лампы, аппарат Рота, таблицы Сивцева, резиновая груша, векоподъемник, набор медикаментов, перевязочный материал, слайды.	План занятия, учебные таблицы, слайды.	Учебная комната.
3. Самостоятельная работа	То же, что в п.2.	Ориентировочные карточки, учебные задачи, клинический материал.	Учебная комната.
4. Разбор результатов с ассистентом (контроль результатов усвоения).		Контрольные задачи.	Учебная комната.

а	б	в	г
Задание на следующее занятие.		1. Учебник. 2. Дополнительная литература. 3. Учебно-методическое пособие.	Учебная комната.

6. СХЕМА ОРИЕНТИРОВОЧНОЙ ОСНОВЫ ДЕЙСТВИЯ:

Этапы диагностики и лечения	Средства и условия диагностики и лечения, порядок действия	Критерии самоконтроля
а	б	в
Научитесь диагностировать повреждения орбиты.	Проведите наружный осмотр глаза. Оцените положение глазных яблок, ширину глазной щели, состояние придатков глаза. Определите подвижность глазного яблока, выявите возможную диплопию. Проведите экзофтальмометрию. Пропальпируйте веки и края орбиты. При подозрении на перелом костей назначьте больному рентгенографию орбиты в 2-х проекциях.	При переломах стенок орбиты глазное яблоко может смещаться. Глазная щель может быть расширена или сужена. При ретробульбарном кровоизлиянии подвижность глазного яблока нарушается. Энофтальм или экзофтальм говорит о смещении отломков наружу или вовнутрь орбиты. При наличии подкожной эмфиземы век можно думать о нарушении целостности придаточных пазух. Нарушение целостности зрительного нерва ведет к потере зрения.
Научитесь диагностировать и удалять поверхностные инородные тела глазного яблока.	С помощью метода бокового освещения осмотрите конъюнктиву век (с предварительным их выворотом) и глазного яблока, а также роговицу. Определите наличие поверхностного инородного тела. Инстиллируйте двукратно в конъюнктивальный мешок 0,5% раствор дикаина. Попытайтесь снять инородное тело влажным тампоном. При неудаче инородное тело удаляется специальным копьем или кончиком инъекционной иглы.	При попадании в глаз инородное тело может локализоваться на конъюнктиве или роговице. Врач общего профиля удаляет лишь поверхностные, выступающие инородные тела. При удалении инородного тела роговицы нужно действовать деликатно, соблюдая крайнюю осторожность.
Научитесь накладывать монокулярную и бинокулярную повязки.	Усадите больного на стул. На глаз наложите марлевый кружок прослоенный ватой или марлевую салфетку. Проведите два-три круговых фиксирующих тура бинта от затылка ко лбу. Затем чередуйте фиксирующие циркулярные туры с турами через больной глаз, бинтуя от затылка вниз под мочкой уха. Затем вверх через больной глаз на противоположную,	При правильно наложенной повязке глаз закрыт полностью, повязка неподвижна.

а	б	в
<p>Научитесь диагностировать проникающие ранения глаз.</p>	<p>сторону лба и вновь на затылок. Завяжите бинт на лбу или перед ухом. Усадите больного на стул. На глаза наложите марлевые кружки, прослоенные ватой или марлевые салфетки. Проведите два-три круговых фиксирующих тура бинта от затылка ко лбу. Затем чередуйте фиксирующие циркулярные туры с турами через глаз, бинтуя от затылка вниз под мочкой уха. Затем вверх через глаз на противоположную сторону лба и вновь на затылок. Проведите бинт через второй глаз, но в обратном направлении – от лба через глаз и далее под мочку уха и на затылок. Завяжите бинт на лбу или перед ухом.</p> <p>Проведите осмотр больного боковым освещением или комбинированным методом. Обратите внимание на состояние фиброзной капсулы глаза, передней камеры, радужной оболочки, хрусталика. Аккуратно пропальпируйте глазное яблоко. Оцените состояние офтальмотонуса. Убедившись в наличии проникающего ранения глаза, проведите рентгенолокализацию по Комбергу-Балтину.</p>	<p>При правильно наложенной повязке глаза под ней практически неподвижны. Накладки плотно фиксированы на глазах.</p> <p>При осмотре определяются абсолютные признаки сквозной раны роговицы – выпадение внутренних оболочек, отверстие в радужной оболочке, а также наличие внутриглазного инородного тела. Относительным признаком является гипотония. Возможно измельчение или углубление передней камеры, изменение формы зрачка. Для выполнения рентгенолокализации необходимо аккуратно уложить протез-индикатор, помещая свинцовые метки по лимбу на 12-3-6-9 часах. Для уточнения локализации внутриглазного инородного тела возможно сочетание рентгенологического и ультразвукового методов исследования.</p>
<p>Научитесь оказывать первую медицинскую помощь при проникающих ранениях глаза.</p>	<p>Инстиллируйте в глаз дезинфицирующее средство. Обезбольте больного. Наложите бинокулярную повязку. Доставьте больного в офтальмологический стационар.</p>	<p>В качестве дезинфицирующих капель используют 30% раствор сульфацил-натрия. Наложение бинокулярной повязки обосновано необходимостью ограничения подвижности раненного глаза.</p>
<p>Научитесь диагностировать гемофтальм.</p>	<p>Выясните у больного анамнез. Проверьте остроту зрения.</p>	<p>При полном гемофтальме зрение падает до светоощущения.</p>
<p>Научитесь лечить гемофтальм.</p>	<p>В свежем случае назначьте больному полный покой, кровоостанавливающую терапию. Через несколько дней после травмы приступите к рассасывающей терапии. При отсутствии должного эф-</p>	<p>Для кровоостанавливающей терапии можно применить викасол, дицинон и другие препараты. В качестве рассасывающего лечения хороший эффект дает применение фибринолизина, стрептодеказы,</p>

а	б	в
<p>Научитесь диагностировать ожоги глаз.</p> <p>Научитесь оказанию первой помощи при ожогах глаз.</p>	<p>фекта рекомендуем хирургическое лечение.</p> <p>Обезбольте больного двукратной инстилляцией 0,5% раствора дикаина. Проведите наружный осмотр. Обратите внимание на состояние кожи век, ресниц. Используйте методики выворота век и бокового освещения, тщательно осмотрите конъюнктиву век и глазного яблока, а также роговицу. При подозрении на эрозию последней, окрасьте ее флюоресцеином.</p> <p>Обильно в течение 5-30 минут промойте обожженный глаз. Для этого предварительно произведите выворот век. Влажным тампоном тщательно удалите инородные тела из конъюнктивального мешка. Глаз промывайте водой струйно. При кислотных ожогах в качестве нейтрализатора используйте (по возможности) слабые щелочные растворы, при щелочных – кислотные. Закапайте в глаз дезинфицирующий раствор, заложите антибиотиковую мазь. При тяжелых ожогах введите противостолбнячные анатоксин и сыворотку по Безредке.</p>	<p>гемазы и др. Также показана аутогемотерапия и ультразвук. В качестве хирургического лечения используются различные виды витрэктомии.</p> <p>При ожогах I степени наблюдается гиперемия конъюнктивы, поверхностные эрозии и легкий отек роговицы. Для поражения II степени характерна ишемия конъюнктивы, значительные участки эрозии и помутнения роговицы. При ожогах III степени роговица диффузно мутна, имеет вид матового стекла. Ожоги IV степени – глубокий некроз конъюнктивы и роговицы.</p> <p>Для промывания глаза удобнее всего использовать резиновую грушу. В качестве дезинфицирующих растворов используйте 30% раствор сульфацил-натрия или 0,25% раствор левомицетина. Наиболее часто используют 1% тетрацилиновую или эритромициновую мази.</p>

7. УЧЕБНЫЕ ЗАДАЧИ:

1. 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.

2. Клинические признаки эмфиземы век включают:
 - А) крепитацию;
 - Б) отек;
 - В) целостность кожных покровов;
 - Г) все перечисленное верно.

3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Кровоизлияние в переднюю камеру глаза носит название:
- А) иридодез;
 - Б) гифема;
 - В) иридодиализ;
 - Г) гемофтальм;
 - Д) гематома.
9. Кровоизлияние в стекловидное тело носит название:
- А) иридоциклит;
 - Б) гифема;
 - В) иридодиализ;
 - Г) гемофтальм;
 - Д) гематома.
10. Смещение хрусталика в переднюю камеру требует:
- А) консервативного лечения;

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

11. 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.
12. Хирургическому лечению подлежат следующие осложнения контузии глаза:
- А) гемофтальм;
 - Б) травматическая катаракта;
 - В) вторичная глаукома;
 - Г) отслойка сетчатки;
 - Д) все осложнения.
13. По тяжести ожога глаза различают:
- А) одну степень;
 - Б) две степени;
 - В) три степени;
 - Г) четыре степени;
 - Д) пять степеней.
14. Тяжесть ожога глаза и его придатков определяется:
- А) концентрацией обжигающего вещества;
 - Б) химическим свойством его;
 - В) глубиной поражения;
 - Г) площадью ожога;
 - Д) всем перечисленным.
15. 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.
16. При воздействии ультрафиолетового излучения страдает в первую очередь:
- А) глаз хорошо переносит ультрафиолетовое излучение;
 - Б) конъюнктива и роговица;
 - В) радужка;
 - Г) хрусталик;
 - Д) сетчатка.
17. При ожоге глаза целесообразно наложить:
- А) асептическую повязку;
 - Б) монокулярную повязку;
 - В) бинокулярную повязку;
 - Г) повязка не накладывается;
 - Д) любую из перечисленных.

18. 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.
19. Лучшим дезинтоксикационным средством в патогенетической терапии ожогов глаза является:
- А) плазма ожоговых реконвалесцентов;
 - Б) внутривенное введение глюкозы;
 - В) внутримышечное введение витаминов группы В;
 - Г) десенсибилизирующие средства;
 - Д) сосудорасширяющие средства.
20. Хирургическое лечение показано при следующих осложнениях ожога глаз:
- А) бельме роговицы;
 - Б) язве роговицы;
 - В) фистуле роговицы;
 - Г) вторичной глаукоме;
 - Д) всех осложнениях.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.

25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. Неотложная помощь при проникающем ранении глазного яблока заключается:
- А) во внутримышечном введении антибиотиков широкого спектра действия;
 - Б) в наложении асептической бинocularной повязки;
 - В) во введении противостолбнячной сыворотки;
 - Г) в немедленном направлении больного в глазной стационар;
 - Д) все перечисленное верно.
29. 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.
30. 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.
31. Металлическое внутриглазное инородное тело из передней камеры удаляется:
- А) прямым способом;
 - Б) передним способом;
 - В) диасклеральным способом;

- Г) любым из перечисленных;
Д) не удаляется.
32. 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.
33. Сидероз – это:
А) воспаление роговой оболочки;
Б) пропитывание тканей глаза соединениями железа;
В) деструкция стекловидного тела;
Г) воспаление радужной оболочки;
Д) поражение зрительного нерва.
34. 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.
35. Фигура «подсолнечника» в хрусталике характерна для:
А) хориоретинита;
Б) сидероза глазного яблока;
В) халькоза;
Г) дистрофических заболеваний роговицы;
Д) диабетической катаракты.
36. 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.
37. Воспаление содержимого глаза называется:
А) эндофталмитом;
Б) панофталмитом;
В) флегмоной;
Г) абсцессом;
Д) тенонитом.
38. Воспаление всех оболочек глаза называется:
А) эндофталмитом;
Б) панофталмитом;
В) флегмоной;
Г) абсцессом;
Д) тенонитом.

39. Симпатическая офтальмия развивается при наличии на травмированном глазу:
- А) вторичной глаукомы;
 - Б) пластического увеита;
 - В) травматической катаракты;
 - Г) травматического кератита;
 - Д) металлоза.
40. Показаниями к энуклеации являются:
- А) абсолютно слепой болящий глаз;
 - Б) внутриглазная злокачественная опухоль;
 - В) симпатическая офтальмия;
 - Г) слепой глаз, разможенный травмой;
 - Д) все перечисленное.
41. 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.
42. После автомобильной аварии у больной В., 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?
43. У больного К., 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?
44. Больной У., 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 T_n. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
45. После полученной около месяца назад тупой травмы левого глаза больной Я., 56-ти лет, отмечает периодическое ухудшение зрения этого глаза. При изменении положения головы зрение то ухудшается, то улучшается. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза, если больной смотрит, наклонив голову вперед, = 0,6; если голова находится в прямом положении, больной видит полосу перед глазом и острота зрения его = 0,02 со сферой +9,0 дптр = 0,8. Глаз спокойный. Роговица прозрачная. Передняя камера глубокая, с прозрачной влагой. При движении глаза определяется иридодез. Рисунок и цвет радужки не изменены. Зрачок круглый, средней величины. В

плоскости зрачка в проходящем свете видна изогнутая линия. Глазное дно в норме. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?

46. Больная Б., 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?
47. Больной Р., 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 верхне-наружном 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?
48. На прием к окулисту обратился шофер Ш., 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 инъеция 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?
49. Больная Л., 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?

50. Врач скорой помощи вызван к ребенку Э., 6-ти лет. Мальчик получил травму правого глаза при выстреле из рогатки. При осмотре объективно. Выраженный блефароспазм. Из правой глазной щели выступает кровь. Проверить зрение не удается. При раскрытии глазной щели у лимба виден темного цвета комочек. Роговица прозрачная. На дне передней камеры кровь. Передняя камера глубокая. Диагноз? Первая помощь?
51. В стационар доставлен ребенок Э., 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?
52. Рабочий Я., 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?
53. Электрик Т., 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 ступшеван, 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?
54. Больной В., 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?

55. Больной Л., 53-х лет, получил химический ожог обоих глаз известью при выполнении малярных работ дома. Глаза промыл проточной водой. Приехал к окулисту через 2 часа после травмы. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.), левого глаза = 0,1. Блефароспазм, отек и гиперемия век. При вывороте верхних век на тарзальной их части видны крупинки извести. Конъюнктивит нижних сводов несколько ишемична, эрозирована. Смешанная инъекция глазного яблока. Эпителий роговиц слущен практически по всей поверхности. Роговицы диффузно прокрашивается флюоресцеином. Передние камеры средней глубины с прозрачной влагой. Подлежащие отделы без видимых изменений. Диагноз? Первая помощь? Лечебные мероприятия?
56. Сварщик А., 38-ми лет, обратился за помощью к окулисту с жалобами на чувство инородного тела, боли в глазах, слезотечение, светобоязнь. Накануне проводил сварку труб без защитных очков. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,7 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,6 (не корр.). Конъюнктивит глаз инъектирован по смешанному типу. На поверхности роговиц мелкие пузырьвидные вздутия эпителия. Подлежащие отделы глаз не изменены. Диагноз? Первая помощь? Лечение?
57. После наблюдения за электросваркой вечером больной К., 47 лет, вечером почувствовал чувство инородного тела в обоих глазах, появились слезотечение и светобоязнь. Постепенно нарастала боль, и появился блефароспазм. При осмотре офтальмологом обнаружен отек и гиперемия век обоих глаз, отек конъюнктивы, смешанная инъекция глазных яблок. Конъюнктивит с внутренней стороны наползает на роговицу в виде языка. Зрачок узкий. Подлежащие отделы в деталях рассмотреть не удастся. Предположительный диагноз? Лечение?
58. Шофер самосвала Л., 58 лет, обратился к офтальмологу с жалобами на ухудшение зрения на близком расстоянии. Врач подобрал ему очки для чтения в 3,0 Д, в которых пациент вроде бы видел хорошо. Но, однако, через некоторое время больной обратился вновь с этими же жалобами. Объективно при осмотре конъюнктивы видна ее гиперемия, извитость и ампулообразное расширение вен, микроаневризмы и геморрагии. Аналогичные явления выявлены и в сетчатке. Диски зрительных нервов без видимых изменений. Поля зрения сужены. Расширены слепые пятна. Предполагаемый диагноз?
59. После работы в поле у сельскохозяйственного работника Г., 32 лет, отмечается обильное слезотечение, выраженный миоз и вялая реакция зрачков на свет. Пациент жалуется на снижение зрения вдаль, боли в глазах и орбитах, головную боль. Внутриглазное давление снижено. Небольшой нистагм, диплопия. Предположительный диагноз?

8. КОНТРОЛЬ РЕЗУЛЬТАТОВ УСВОЕНИЯ. Производится по таблицам:

Таблицы программированного контроля

Тема: Повреждения органа зрения.

- I. Какие ранения называются прободными? 1) ранения фиброзной капсулы глаза; 2) ранения сосудистого тракта; 3) ранения сетчатой оболочки.
- II. Признаки прободного ранения переднего отдела глаза: 1) глаз гипотоничен; 2) давление его нормальное; 3) передняя камера обычной глубины; 4) передняя камера глубокая; 5) передняя камера отсутствует.
- III. Признаки прободного ранения заднего отдела глаза: 1) внутриглазное давление нормальное; 2) глаз гипотоничен; 3) передняя камера мелкая; 4) передняя камера обычной глубины; 5) передняя камера глубокая.
- IV. Каким образом можно локализовать внутриглазное инородное тело? 1) рентгенографией орбиты в одной проекции; 2) рентгенографией орбиты в двух проекциях; 3) рентгенографией с протезом Комберга-Балтина.
- V. Каковы осложнения прободного ранения глаза? 1) гнойный иридоциклит; 2) негнойный иридоциклит; 3) атрофия глазного яблока; 4) симпатическое воспаление.
- VI. В чем заключается профилактика симпатического воспаления? 1) в своевременной энуклеации глаза с посттравматическим гнойным иридоциклитом; 2) в своевременной энуклеации глаза с посттравматическим хроническим иридоциклитом; 3) в энуклеации глаза с инородным телом.
- VII. Назовите тупые травмы, требующие хирургического лечения: 1) вывих хрусталика в переднюю камеру глаза; 2) подвывих хрусталика; 3) сотрясение сетчатки.
- VIII. Лечение травматической эрозии роговицы: 1) медикаментозное; 2) медикаментозное и наложение повязки; 3) конъюнктивальное покрытие роговицы.
- IX. Как удалить инородное тело из конъюнктивального мешка? 1) промыть глаз; 2) удалить пинцетом; 3) удалить влажным ватным тампоном.
- X. Какие инородные тела роговой оболочки может удалить врач общего профиля: 1) поверхностно расположенные инородные тела, выступающие над поверхностью роговицы; 2) поверхностно расположенные инородные тела, не выступающие над ее поверхностью; 3) инородные тела в средних и глубоких слоях роговой оболочки.
- XI. Наиболее распространенный метод удаления инородных тел из роговой оболочки: 1) копьем, долотом или инъекционной иглой; 2) пинцетом; 3) магнитом.

ХП. Первая помощь при химических ожогах глаза: 1) промыть глаз водой; 2) закапать в конъюнктивальный мешок 30% раствор сульфацил-натрия; 3) ввести аутокровь в смеси с пенициллином под конъюнктиву глазного яблока.

9. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Назовите признаки проникающего ранения глаза.

Достоверные (абсолютные)	Сомнительные (относительные)

2. Опишите, какие виды металлозов глаза существуют, и дайте им характеристику.

3. Дайте определение симпатического воспаления.

4. Что такое гемофтальм, какова его клиника, необходимое лечение и возможные осложнения.

5. Укажите в таблице, какие патологические изменения анатомических структур глаза могут встречаться при тупой травме глаза.

Анатомические структуры	Возможные патологические изменения
Роговица	
Склера	
Передняя камера	
Хрусталик	
Стекловидное тело	

Сетчатка	
----------	--

6. Напишите алгоритм терапии ожогов глаз, начиная с оказания первой помощи и закончив лечением возможных осложнений.
7. Составьте три ситуационные задачи по теме.
8. Составьте 5 тестовых задач по теме.

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ ПО ТЕМЕ

1. При хирургической обработке разрывов век самым важным является:
А – восстановление целостности кожных покровов века;
Б – сопоставление линии ресниц;
В – сопоставление переднего и заднего ребер века;
Г – восстановление целостности хряща;
Д – верно Б и В.
2. Травматический отрыв радужной оболочки у корня называется:
А – ирит;
Б – иридоциклит;
В – иридодиализ;
Г – колобома радужки;
Д – иридэктомия.
3. При тупой травме глаза возможны все поражения сетчатки, кроме:
А – отека межуточного вещества;
Б – дистрофии;
В – отслойки;
Г – преретинального кровоизлияния;
Д – субретинального кровоизлияния.
4. По анатомической локализации проникающего ранения не бывает:
А – роговичных;
Б – склеральных;
В – лимбальных;
Г – цилиарных;
Д – кореосклеральных.
5. Осложнениями проникающих ранений глаз могут быть:
А – металлоз глаза;

Б – травматическая катаракта;
В – симпатическое воспаление;
Г – эндофтальмит;
Д – все перечисленное.

6. Ожог, который сопровождается образованием пузырей, ишемией конъюнктивы и эрозией роговицы является ожогом:
- А – I степени;
Б – II степени;
В – III степени;
Г – IV степени;
Д – V степени.

Ответы.

1 – А; 2 – В; 3 – В; 4 – Б; 5 – Г; 6 – Д.