

ОРД-ОФТ-21



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

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией

КУРС ОФТАЛЬМОЛОГИИ

КОРОЕВ О.А., КОРОЕВ А.О.

**ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ
ОРДИНАТОРОВ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ ПО
ОФТАЛЬМОЛОГИИ**



ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН
практических занятий по офтальмологии ординаторов-
оториноларингологов

№ темы	Наименование темы
1.	Заболевания придаточного аппарата глаза, связанные с патологией ЛОР-органов.
2.	Заболевания роговой оболочки.
3.	Заболевания переднего отрезка сосудистой оболочки глаза.
4.	Острые заболевания зрительного нерва.
5.	Острый приступ глаукомы.
6.	Повреждения придаточного аппарата глаза и глазного яблока.



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

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией

КУРС ОФТАЛЬМОЛОГИИ

КОРОЕВ О.А., КОРОЕВ А.О.

**ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ
ОРДИНАТОРОВ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ ПО
ОФТАЛЬМОЛОГИИ**



**ТЕМА 1: «Заболевания придаточного аппарата глаза, связанные с
патологией ЛОР-органов»**

ТЕМА 1: «Заболевания придаточного аппарата глаза, связанные с патологией ЛОР-органов».

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний.

1.

Флегмона орбиты – Симптомы
1. Отек и гиперемия кожи век. 2. Отек мягких тканей щеки. 3. Внезапный экзофтальм с ограничением подвижности глазного яблока. 4. Хемоз конъюнктивы. 5. Высокая температура. 6. Распирающие боли в орбите. 7. Головная боль. 8. Общее тяжелое состояние больного.

2.

Язвенный блефарит – Симптомы
1. Края век гиперемированы, утолщены. 2. Зуд, ощущение засоренности в глазах. 3. Учащенное мигание с появлением пенистого отделяемого в углах глазной щели. 4. Утомляемость глаз при зрительной нагрузке. 5. У корней ресниц желтые гнойные корочки, склеивающие ресницы в отдельные пучки. 6. После удаления корочек на краях век остаются кровоточащие язвочки. 7. Неправильный рост ресниц. 8. Участки частичного или полного облысения ресниц.

3.

Дифтерийный конъюнктивит
1. Сильный, плотный, синюшно-багровый отек век. 2. Отделяемое – мутная с хлопьями жидкость. 3. На краях век видны серые налеты-пленки, которые распространяются на конъюнктиву век и глазного яблока. 4. Пленки плотно спаяны с подлежащей тканью, удаление их затруднено и сопровождается кровоточивостью. 5. Образование звездчатых рубцов.

4.

Флегмона слезного мешка – Симптомы
1. В области слезного мешка гиперемия, отек и резкая болезненность. 2. Отек распространяется на веки, прилежащие участки носа и щеки. 3. Глазная щель закрыта. 4. Повышение температуры тела, головная боль, общее недомогание.

II. Целевые задачи:

<u>Ординатор должен знать:</u> • как различить передний и задний периостит; • причину и клинику флегмоны орбиты;	<u>Рекомендуемая литература:</u> а) учебная литература Офтальмология: учебник. В.Н. Алексеев, Ю.С. Астахов, С.Н. Басинский и др. /Под ред. Е.А.
--	--

• характерные черты воспалительных заболеваний краев и других отделов век; • какие заболевания чаще всего являются причинами блефаритов; • какие осложнения и каким образом могут развиваться при гнойных воспалительных заболеваниях век; • общие объективные признаки конъюнктивитов; • характерные симптомы дифтерийного, гонорейного, аденовирусного, бактериального конъюнктивитов; • симптомы трахомы и ее осложнения; • основные лекарственные средства, используемые для лечения конъюнктивитов; • врожденную и приобретенную патологию слезоотводящего пути; • принципы лечения патологии слезного мешка и слезно-носового канала.	<u>Егорова.</u> – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 240 с. Офтальмология: Учебник / под ред. <u>Е.И. Сидоренко.</u> – 3-е изд. – М.: ГЭОТАР-МЕД. 2013. – 640 с. <u>Рубан Э.Д.</u> Глазные болезни: новейший справочник. Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. – 622 с. <i>б) дополнительная</i> <u>Арефьева Н.А.</u> Аллергический риноконъюнктивит (клинические рекомендации). – М.: Практическая медицина, 2015. – 80 с. <u>Бржеский В.В.</u> Заболевания слезного аппарата: пособие для практикующих врачей. – М.: Н-Л, 2009. – 108 с. <u>Бровкина А.Ф.</u> Болезни орбиты. – М.: Медицинское информационное агентство (МИА), 2008. – 256 с.
<u>Ординатор должен уметь:</u> • диагностировать передний и задний периостит; • диагностировать флегмону орбиты; • диагностировать и лечить воспалительные заболевания краев и других отделов век; • диагностировать и лечить конъюнктивиты; • диагностировать и лечить трахому;	<u>Рекомендуемая литература:</u> Та же.

• диагностировать и лечить заболевания слезной железы; • диагностировать врожденную и приобретенную патологию слезоотводящего пути.	
--	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

Вариант 1

1. Назовите основные причины, которые могут вызвать экзофтальм. *Ретробульбарная гематома, орбитальная эмфизема, новообразования глазницы, воспалительные процессы, эндокринная патология, переломы стенок глазницы.*
2. Перечислите, какие виды конъюнктивитов имеют связь с общими заболеваниями организма. *Гонококковый конъюнктивит, дифтерийный конъюнктивит, туберкулезно-аллергический фликтенулезный конъюнктивит.*
3. Заполните таблицу, указав симптомы, характерные для каждого из видов остеоperiостита.

Передний остеоperiостит	Задний остеоperiостит
<i>Плотный на ощупь разлитой или ограниченный отек век, болезненный при пальпации. Гиперемия и отек кожи. Отек слизистой оболочки век и конъюнктивальная инъекция. Размягчение воспалительного очага с прорывом гноя наружу либо в орбитальную клетчатку. Вскрытие гнойника может сопровождаться обнажением кости, секвестрацией, образованием свищей.</i> <i>общая реакция: недомогание, повышение температуры тела, повышение СОЭ, лейкоцитоз.</i>	<i>Экзофтальм со смещением, ограничением подвижности глазного яблока и хемозом конъюнктивы.</i> <i>Возможны расстройство чувствительности кожи век, роговицы, падение зрительных функций.</i> <i>Для остеоperiостита у вершины глазницы типична диссоциация между нерезко выраженным экзофтальмом и значительным нарушением зрения.</i>

4. Какое воспалительное заболевание можно предположить у



ребенка? Какие объективные признаки говорят в пользу Вашего диагноза? Какие лечебные мероприятия необходимы?

Флегмона, или целлюлит орбиты. Отек и гиперемия кожи век, отек мягких тканей щеки, экзофтальм, хемоз конъюнктивы.

В первые часы заболевания показано внутривенное введение антибиотиков широкого спектра

действия. При внезапном ухудшении зрения или появлении признаков абсцедирования показано срочное хирургическое вмешательство с дренированием полости абсцесса. При наличии патологического процесса в параназальных синусах необходимо их дренирование.

5. Заполните таблицу, указав признаки, характерные для различных форм блефаритов.

Простой блефарит	Чешуйчатый блефарит	Язвенный блефарит
Гиперемия краев век, зуд, ощущение засоренности в глазах, учащенное мигание, пенистое отделяемое в углах глаз, утомляемость глаз при зрительной нагрузке.	<i>Края век выглядят постоянно гиперемированными, утолщенными. Кожа у корней ресниц покрыта мелкими серовато-белыми отрубевидными или сухими чешуйками, напоминающими перхоть на голове. Если эти чешуйки удалить, то под ними обнажается резко гиперемированная истонченная кожа. Отмечаются более выраженные жалобы больных на постоянный мучительный зуд в веках, чувствительность глаз к пыли, искусственному свету.</i>	<i>Местные изменения и жалобы сходны с теми, которые имеются при себорее век, но еще более выражены. Наличие по краям век у корней ресниц желтых гнойных корочек, склеивающих ресницы в отдельные пучки. Удаление корочек бывает довольно затруднительным, болезненным. Вместе с ними отторгаются и ресницы. После удаления корочек на краях век остаются кровоточащие язвочки. В результате рубцевания отмечаются: неправильный рост ресниц, участки частичного или полного облысения, развивается деформация ресничных краев век с их утолщением, гипертрофией, заворотом.</i>

6. Осуществите диагностику возможного заболевания по описанной ниже клинической картине: Заболевание начинается сначала на одном, а через 2-3 дня появляется и на другом глазу. Больных беспокоит чувство засоренности («песка»), жжения или зуда в глазу, его покраснение, слезотечение, слизисто-гнойное, а затем обильное гнойное отделение. Утром после сна больной с трудом открывает глаза, так как веки склеиваются засохшим на ресницах отделяемым. При осмотре конъюнктива век резко гиперемирована, набухшая и разрыхленная, мейбомиевые железы не просматриваются. Глазное яблоко также гиперемировано, конъюнктива склеры становится утолщенной. *Острый стафилококковый конъюнктивит.*

7. Впишите в таблицу основные особенности, которыми характеризуются различные формы герпетического конъюнктивита:

Катаральная форма	<i>Нерезко выраженный острый или подострый конъюнктивит со слизистым или слизисто-гнойным отделяемым.</i>
Фолликулярная форма	<i>Реакция аденоидной ткани, нередко с интенсивным высыпанием фолликулов.</i>
Везикулярно-язвенная форма	<i>Протекает с образованием эрозий или язв, прикрытых нежными пленками. Нередко сопровождается образованием на конъюнктиве склеры и лимбе узелков.</i>

8. Какое исследование проводилось больному, судя по приведенному ниже рисунку? *Контрастная рентгенография слезоотводящих путей.*



9. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
10. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 2

1. Какие воспалительные заболевания конъюнктивы сопровождаются образованием на ней пленок, и каким образом возможно их дифференцировать?



Пневмококковый конъюнктивит, дифтерийный конъюнктивит, аденовирусный конъюнктивит. Пневмококковый конъюнктивит наблюдается преимущественно у детей. Отмечается отек век, отделяемое обильное, жидкое, слизисто-гнойное, иногда на слизистой век образуются белесые пленки, которые легко снимаются влажной ватой. При дифтерийном конъюнктивите плотный, синюшно-багровый отек век. Веки вывернуть невозможно. При этом из глазной щели выделяется мутная с хлопьями жидкость. На краях век видны серые налеты-пленки, которые распространяются на конъюнктиву век и глазного яблока. Пленки плотно спаяны с подлежащей тканью, удаление их затруднено и сопровождается кровоточивостью. Аденовирусный конъюнктивит или фарингоконъюнктивальная лихорадка начинается остро с повышения температуры тела и выраженного назофарингита. Конъюнктивит начинается сначала – на одном, а через 1-3 дня – на другом глазу. Появляется незначительный умеренный отек и покраснение век, не обильное слизистое отделяемое, слезотечение. Конъюнктивита век и переходных складок гиперемирована, отечна, с мелкими фолликулами, расположенными преимущественно в нижнем своде. Могут иметь место

точечные геморрагии. У детей нередко наблюдается появление нежных, серовато-белых пленок, легко снимающихся влажным ватным тампоном. В половине случаев наблюдается региональная аденопатия околоушных лимфатических узлов. Поражения роговицы могут встречаться в виде снижения ее чувствительности, иногда в виде появления редких точечных поверхностных инфильтратов, окрашивающихся флюоресцеином.

2. Назовите наиболее частые причины воспалительных заболеваний глазницы: *Острые и хронические воспаления околоносовых пазух, острые респираторные заболевания, травматические повреждения костных стенок орбиты, кожи век, наружных тканей глаза, неудачно проведенные операции на околоносовых пазухах или в полости рта (целлюлит, абсцесс), хронические инфекции (туберкулез, сифилис), хронические неспецифические воспаления (псевдотумор, саркоидоз, болезнь Вегенера).*
3. Каким путем воспалительный процесс может переходить на орбиту из крылонебной и височной ямок? *Гнойный процесс может распространяться в орбиту из височной или крылонебной ямок непосредственно через нижнюю глазничную щель. Входными воротами может также служить анастомоз, соединяющий венозное сплетение в крылонебной ямке с нижней глазной веной.*
4. По нижеописанной клинической картине поставьте диагноз. *Плотные, залегающие в глубоких слоях и подкожной клетчатке инфильтраты, сливаются в один бугристый инфильтрат, распространяющийся в глубину и по поверхности. Затем на его поверхности появляются гнойники, которые вскрываются с обильным выделением гноя и некротических масс с примесью крови. Вокруг в отечной ткани видны плотные, переполненные кровью венозные сосуды. Заживление происходит с образованием рубца и часто деформацией века – выворотом и укорочением. Карбункул века.*
5. Что может являться пусковым моментом для активации вируса простого герпеса? *Толчком к активизации вируса становятся различные лихорадочные заболевания (грипп, малярия,*

пневмония), кишечные интоксикации, прием внутрь некоторых лекарств, менструации и др.

6. Назовите возможные осложнения гонобленнореи. *Гнойная язва роговицы, бельмо, перфорация роговицы, гнойный эндофтальмит и панофтальмит, атрофия глазного яблока.*
7. Опишите клинику и развитие дифтерийного конъюнктивита. *Характерен сильный, плотный, синюшно-багровый отек век. Веки вывернуть невозможно, удается только слегка развести их. При этом из глазной щели выделяется мутная с хлопьями жидкость. На краях век видны серые налеты-пленки, которые распространяются на конъюнктиву век и глазного яблока. Пленки плотно спаяны с подлежащей тканью, удаление их затруднено и сопровождается кровоточивостью. Через 7-10 дней от начала заболевания участки поражений конъюнктивы некротизируются, пленки начинают отпадать, отделяемое становится гнойным. Воспаление идет на убыль, отек век уменьшается и примерно через 2-3 недели процесс заканчивается образованием звездчатых рубцов. В местах контакта эрозий могут образоваться сращения век с глазным яблоком – симблефарон.*
8. Каким образом происходит инфицирование у взрослых при хламидийном конъюнктивите? *Хламидийный конъюнктивит взрослых развивается при попадании в глаза инфекции из своих половых органов или из гениталий других лиц.*
9. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются студентами самостоятельно.*
10. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются студентами самостоятельно.*

Вариант 3

1. Напишите известные Вам виды дакриоциститов.
*Дакриоцистит новорожденных.
Хронический дакриоцистит.
Острый дакриоцистит или флегмона слезного мешка.*

2. Объясните, почему взрослому человеку не производят зондирование слезноносового канала как ребенку при дакриоцистите новорожденных? *Зондирование применять не следует из-за возможности повреждения слизистой оболочки с последующим образованием стриктуры. Слезноносовой канал взрослых длиннее, чем у детей.*
3. Назовите наиболее частые причины воспалительных заболеваний глазницы: *Острые и хронические воспаления околоносовых пазух, острые респираторные заболевания, травматические повреждения костных стенок орбиты, кожи век, наружных тканей глаза, неудачно проведенные операции на околоносовых пазухах или в полости рта (целлюлит, абсцесс), хронические инфекции (туберкулез, сифилис), хронические неспецифические воспаления (псевдотумор, саркоидоз, болезнь Вегенера).*
4. Напишите рядом с рисунком – какая патология, выявленная на рентгенограмме, может привести к возникновению флегмоны глазницы?
Гайморит.



5. Назовите причины возникновения абсцесса век *Местные гнойные воспаления: ячмень, фурункул, язвенный блефарит, инфицированные повреждения. Воспаление может переходить с пограничных областей и возникать метастатически при септических очагах в других органах.*
6. Какое заболевание можно предположить по следующей клинической картине? *Заболевание начинается с верхней переходной складки. Конъюнктива утолщается, гиперемизируется, приобретая характерный синюшно-багровый оттенок. Появляются сначала единичные, а затем и множественные фолликулы в виде крупных, расположенных*

беспорядочно и глубоко студенисто-мутных зерен. Поверхность слизистой оболочки становится неровной, бугристой. С переходных складок процесс распространяется на конъюнктиву хряща. Фолликулы здесь мелкие, и чаще наблюдается гипертрофия сосочков, придающая конъюнктиве бархатистый вид. *Возможно предположить трахому.*

7. Какое заболевание по внешнему виду можно предположить у новорожденного ребенка?
Гонобленнорея новорожденных.



8. Каков патогенез развития фликтенулезного конъюнктивита?
Заболевание развивается вследствие заноса в сенсibilизированные ткани глаза аллергена – туберкулина из очага специфического воспаления в легких или из других органов, пораженных туберкулезом.
9. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
10. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 4

1. Назовите заболевание, клиника которого описана ниже: поражаются всегда оба глаза. Причем второй заболевает через несколько часов или через 1-2 дня после первого. Резкая гиперемия и отек склеральной конъюнктивы, в которой появляются петехиальные геморрагии. В пределах открытой глазной щели утолщенная и отечная конъюнктивальная склера выглядит в виде двух треугольных возвышений, обращенных основанием к лимбу. Сильный отек наблюдается в области нижней переходной складки, часто отекают веки. Могут быть

общее недомогание, повышение температуры, головная боль, насморк. В процесс может вовлекаться роговица, где образуются поверхностные инфильтраты. Продолжительность болезни составляет 5-6 дней; при корнеальных изменениях она может протекать значительно дольше. Прогноз благоприятный. По мере угасания конъюнктивита инфильтраты на роговице быстро и бесследно рассасываются. *Острый эпидемический конъюнктивит (конъюнктивит Коха-Уикса).*

2. В чем заключается основная причина возникновения дакриоцистита новорожденных? *Атрезия нижнего конца носослезного протока. Во внутриутробном периоде развития в этом месте имеется нежная мембрана, которая открывается лишь к моменту рождения ребенка. Если мембрана не редуцируется, то содержимое слезного мешка, не имея выхода в нижний носовой ход, застаивается, инфицируется, и возникает дакриоцистит.*

3. Какую лечебную процедуру выполняют ребенку, и с какой целью она проводится? *Массаж слезного мешка проводится для лечения дакриоцистита новорожденных.*



4. Какую опасность для глаза представляет хронический дакриоцистит? *Хронический дакриоцистит представляет серьезную опасность для глаза, так как нередко является причиной возникновения гнойной язвы роговицы, развивающейся при незначительном повреждении эпителия, например, при случайном попадании в глаз соринки.*

5. Напишите рядом с рисунком, какое предположительно заболевание век на изображено?



Халазион.

6. Клиника какого заболевания описана ниже: Веки резко отечны, гиперемированы (иногда с цианотичным оттенком), раскрыть их не удается даже при большом усилии. Конъюнктивы отечны и может ущемляться между веками. Глаз резко выпячен вперед, часто отклонен в сторону, его подвижность ограничена или полностью отсутствует. Зрение значительно снижается (порой до светоощущения, а иногда и до слепоты). *Флегмона орбиты.*
7. Напишите примерный алгоритм лечения острого эпидемического конъюнктивита (конъюнктивит Коха-Уикса). *Лечение 1-1,5 месяца. Заболевшие должны быть изолированы. Для удаления отделяемого назначают орошение глаза растворами антисептиков (1:5000 – калия перманганата, фурацилин). Применяют закапывания в глаз антимикробных препаратов каждые 2-4 часа в течение нескольких дней. По мере стихания воспаления частоту инстилляций снижают до 3-5 раз в сутки. Препаратами первого выбора являются 20% раствор сульфацила натрия; 0,3% раствор или мазь тобрамицина, флоксала.*
8. Опишите пробу с закапыванием раствора адреналина. *Закапывание в конъюнктивальный мешок 1-2 капель 0,1% раствора адреналина через 1-2 минуты приводит к резкому сужению сосудов и значительному уменьшению гиперемии конъюнктивы при поверхностной инъекции. При перикорнеальной инъекции сосуды, расположенные в эписклере, не суживаются и интенсивность покраснения глаз после закапывания адреналина не меняется.*
9. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
10. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 5

1. Клиническая картина какого конъюнктивита описана ниже? – Сильный, плотный, синюшно-багровый отек век. Веки

вывернуть невозможно, удастся только слегка развести их. При этом из глазной щели выделяется мутная с хлопьями жидкость. На краях век видны серые налеты-пленки, которые распространяются на конъюнктиву век и глазного яблока. Пленки плотно спаяны с подлежащей тканью, удаление их затруднено и сопровождается кровоточивостью. *Дифтерийный конъюнктивит.*

2. Объясните, почему операцию дакриоцисториностомии не проводят в раннем детском возрасте? *Хирургическое лечение хронического дакриоцистита у детей целесообразно проводить не ранее 3-5-летнего возраста, поскольку формирование лицевого скелета связано с возможностью облитерации соустья.*
3. Откуда берется пенистое отделяемое по углам глаза при блефарите? *При частом мигании секрет мейбомиевых желез, смешанный со слезой, образует пенистое отделяемое.*
4. С какой целью производят операцию, изображенную на рисунке? *При ксерозе для увлажнения глаза в нижний свод конъюнктивальной полости пересаживают проток околоушной слюнной железы.*



5. Объясните, почему аденовирусный конъюнктивит еще носит название фарингоконъюнктивальной лихорадки? *Путь передачи инфекции – воздушно-капельный. Заболевание начинается остро с повышения температуры тела и выраженного назофарингита. Температурная кривая часто имеет «двугорбый» вид, и на второй волне повышения температуры начинается конъюнктивит.*
6. Назовите возможные осложнения гонобленнореи. *Гнойная язва роговицы, бельмо, перфорация роговицы, гнойный эндофтальмит и панофтальмит, атрофия глазного яблока.*

7. Какую аномалию со стороны слезного мешка можно увидеть на рисунке? *Выпячивание слезного мешка при дакриоцистите.*



8. Какому заболеванию глазницы соответствует приведенный рентгеновский снимок? *Субпериостальный абсцесс глазницы.*



9. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
10. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 6

1. Поставьте диагноз по клинической картине, изображенной на рисунке и описанию заболевания. При явлениях повышения температуры, общего недомогания развивается яркая краснота кожи, горячая и плотная на ощупь, резко отделяющаяся от здоровых участков века. Веки



сильно опухают, появляется гиперемия конъюнктивы, а иногда и ее хемоз. На поверхности покрасневшей кожи могут образоваться пузыри с мутноватым содержимым. Одновременно припухают регионарные лимфатические железы. *Рожистое воспаление век.*

2. Опишите пробу с закапыванием раствора адреналина. *Закапывание в конъюнктивальный мешок 1-2 капель 0,1% раствора адреналина через 1-2 минуты приводит к резкому сужению сосудов и значительному уменьшению гиперемии конъюнктивы при поверхностной инъекции. При перикорнеальной инъекции сосуды, расположенные в эписклере, не суживаются и интенсивность покраснения глаз после закапывания адреналина не меняется.*
3. Впишите в таблицу основные особенности, которыми характеризуются различные формы герпетического конъюнктивита:

Катаральная форма	<i>Нерезко выраженный острый или подострый конъюнктивит со слизистым или слизисто-гнойным отделяемым.</i>
Фолликулярная форма	<i>Реакция аденоидной ткани, нередко с интенсивным высыпанием фолликулов.</i>
Везикулярно-язвенная форма	<i>Протекает с образованием эрозий или язв, прикрытых нежными пленками. Нередко сопровождается образованием на конъюнктиве склеры и лимбе узелков.</i>

4. Опишите противоэпидемические мероприятия, необходимые в лечебном учреждении, для профилактики эпидемического кератоконъюнктивита. *Помещения дезинфицируют влажной уборкой с 1% раствором хлорамина. Инстилляцию капель, закладывание мази должны проводиться одноразовыми стерильными пипетками и стеклянными палочками. Медперсоналу перед и после осмотра больного необходимо тщательно мыть руки с мылом с последующей обработкой их кожными антисептиками. Разведение век для осмотра глаз больного следует производить только с помощью стерильных палочек с ватными тампонами или марлевых шариков. Выполнение контактных процедур (массаж век, тонометрия, гониоскопия и др.) запрещается. Для предупреждения заноса инфекции в стационар необходим тщательный осмотр глаз*

каждого больного при его госпитализации. При вспышке инфекции стационар закрывают на карантин.

5. Какой(ие) из перечисленных ниже симптомов безусловно говорят о наличии у пациента дакриоцистита (ненужное зачеркните)?

~~Слезотечение при холодном ветре~~

~~Слезостояние~~

~~Появление гноя из слезных точек при надавливании на место проекции слезного мешка~~

~~Отрицательная канальцевая проба~~

~~Появление гнойных выделений из носа при промывании слезных путей~~

~~Отрицательная носовая проба~~

~~Наличие припухлости в верхнее наружном углу орбиты~~

6. Какие общие симптомы могут сопровождать флегмону слезного мешка? *Флегмона слезного мешка сопровождается повышением температуры тела, головной болью, общим недомоганием.*
7. Какой патологии глазницы соответствует описанная ниже клиническая картина: Общее состояние больного тяжелое: высокая температура, признаки интоксикации. Появляется экзофтальм, хемоз, глаз неподвижен. Веки отечны, напряжены настолько, что порою их невозможно раздвинуть, кожа их резко гиперемирована. Подкожные вены лба расширены, резко извиты. В течение нескольких часов может развиваться полная слепота в результате острого неврита зрительного нерва. В развитии слепоты играет роль и резко нарастающий экзофтальм. В результате отека тканей, кровенаполнения сосудов происходит быстрое натяжение зрительного нерва (исчезает его S-образный изгиб), конически вытягивается задний полюс глазного яблока, при этом давление в артериях падает, в венах растет, что приводит к появлению резкой ишемии на глазном дне. Экзофтальм может быть столь значительным, что глазная щель не смыкается и напряженные отечные веки не в состоянии защитить роговицу. *Субпериостальный абсцесс глазницы.*
8. Осуществите диагностику возможного заболевания по описанной ниже клинической картине: Заболевание

начинается сначала на одном, а через 2-3 дня появляется и на другом глазу. Больных беспокоит чувство засоренности («песка»), жжения или зуда в глазу, его покраснение, слезотечение, слизисто-гнойное, а затем обильное гнойное отделение. Утром после сна больной с трудом открывает глаза, так как веки склеиваются засохшим на ресницах отделяемым. При осмотре конъюнктивa век резко гиперемирована, набухшая и разрыхленная, мейбомиевые железы не просматриваются. Глазное яблоко также гиперемировано, конъюнктивa склеры становится утолщенной. *Острый стафилококковый конъюнктивит.*

9. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
10. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 7

1. Запишите в таблицу основные способы профилактики конъюнктивитов.

Гонобленнорея	Дифтерийный конъюнктивит
<i>Сразу после рождения ребенку протирают веки ватным тампоном, смоченным 2% раствором борной кислоты, в глаз закапывают однократно 1% раствор азотнокислого серебра (способ Матвеева-Креде) или 20% раствор сульфацила натрия трехкратно с интервалом в 10 минут, или закладывают за веки однократно 1% эритромициновую или 1% тетрациклиновую мазь.</i>	<i>Проведение противодифтерийных прививок.</i>

2. Напишите данные анамнеза, которые могут помочь в диагностике конъюнктивита. *Начало и предполагаемые причины заболевания, определить субъективные симптомы заболевания и время их появления, сезонность, контакты, профессиональные вредности, заболевания смежных с глазом областей (ринит, стоматит, фарингит и др.), а также склонность к аллергии.*
3. Напишите примерный алгоритм лечения гонобленнореи. *Лечение гонококкового конъюнктивита надо начинать немедленно и интенсивно, не дожидаясь лабораторного подтверждения диагноза. Сразу же назначают частые закапывания растворов пенициллина (20.000 ЕД/мл): в первые 2 часа – через каждые 15 минут, далее – через каждый час. В последние годы применяют инстилляции окацина, флоксала – 6-8 раз в сутки. На ночь за веки закладывают 1 % эритромициновую мазь. Общее лечение состоит в назначении сульфаниламидных препаратов и антибиотиков в дозах соответственно возрасту.*
4. Какой патогенетический процесс лежит в основе возникновения флегмоны слезного мешка? *Флегмона слезного мешка чаще всего возникает как обострение хронического дакриоцистита и представляет собой бурно развивающееся флегмонозное воспаление слезного мешка и окружающих его тканей. В основе процесса лежит проникновение гнойной инфекции в слезный мешок, а из него через истонченную и воспаленную слизистую оболочку в окружающую клетчатку.*
5. Какое заболевание, изображенное на рисунке, может сопровождать дакриoadенит? *Эпидемический паротит.*



6. В чем заключается основная причина возникновения дакриоцистита новорожденных? *Атрезия нижнего конца носослезного протока. Во внутриутробном периоде развития в этом месте имеется нежная мембрана, которая открывается лишь к моменту рождения ребенка. Если мембрана не редуцируется, то содержимое слезного мешка, не имея выхода в нижний носовой ход, застаивается, инфицируется, и возникает дакриоцистит.*
7. Назовите основные пути проникновения бактериальной инфекции в орбиту: *Тонкие стенки, три из которых граничат с околоносовыми пазухами, врожденные или приобретенные щели в них, многочисленные отверстия для сосудов и нервов, через которые орбита сообщается с околоносовыми пазухами, отсутствие клапанов в большом количестве венозных анастомозов.*
8. Какой вид лечения блефарита изображен на рисунке? *Аппликации ватных полосок на края век.*
- 
9. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
10. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 8

1. Клинической картине какого конъюнктивита у новорожденного соответствует следующее описание: Конъюнктивит связан с заражением глаз через инфицированные родовые пути. Конъюнктивит начинается остро на 5-10-й день после рождения с появления обильного слизисто-гнойного отделяемого, иногда с примесью крови. Выраженный отек век, конъюнктивы резко гиперемирована, на слизистой нижнего века могут образовываться легко

снимающиеся пленки. Через неделю воспалительные явления уменьшаются, однако при дальнейшем течении на конъюнктиве век появляются фолликулы. У новорожденных чаще поражаются оба глаза, но конъюнктивит может быть и односторонним. Иногда он может сопровождаться предушной аденопатией, отитом и назофарингитом? *Хламидийный конъюнктивит новорожденных.*

2. Какие жалобы обычно предъявляют больные конъюнктивитом? *Больные конъюнктивитами жалуются на светобоязнь, слезотечение, отделяемое из глаз (серозное, слизистое или гнойное), чувство инородного тела под веками, покраснение глаз, склеивание ресниц по утрам.*
3. Чем можно объяснить то, что в настоящее время дифтерийный конъюнктивит встречается редко? *Массовым проведением прививок.*
4. Какому виду конъюнктивита характерна описанная ниже клиническая картина? – Заболевание начинается остро, сначала на одном, а через 1-5 дней – на втором глазу. Больные жалуются на покраснение глаза, резь, ощущение засоренности, слезотечение. При осмотре отмечается небольшой отек век, гиперемия и инфильтрация конъюнктивы век, переходных складок, особенно в области нижнего свода. Гиперемия и отек распространяются и на конъюнктиву склеры. На конъюнктиве нижнего века выявляются множественные мелкие, прозрачные фолликулы. Отделяемое незначительное, негнойное. Почти у всех больных имеет место увеличение и болезненность региональных околоушных лимфатических узлов. У некоторых больных глазным проявлениям предшествуют легкое недомогание, поражение респираторного тракта. Примерно через неделю от начала заболевания, после некоторого кажущегося улучшения, развивается вторая стадия болезни с характерными проявлениями. Усиливается слезотечение, обостряется светобоязнь и ощущение «песка» в глазу. Некоторые больные отмечают снижение зрения. При исследовании роговицы обнаруживаются характерные множественные, точечные, беспорядочно рассеянные «монетовидные», неокрашивающиеся, субэпителиальные помутнения, снижение чувствительности. *Эпидемический кератоконъюнктивит.*

5. Какое латинское название носит водянка слезного мешка?
Гидропс (hydrops).

6. Какое исследование проводилось больному, судя по приведенному ниже рисунку?
Контрастная рентгенография слезоотводящих путей.



7. Какие обследования необходимо провести больному при обращении его по поводу периостита глазницы? *При первом же обращении больного необходимо обследование носа, придаточных пазух, горла, зубов.*

8. Назовите причины возникновения абсцесса век. *Местные гнойные воспаления: ячмень, фурункул, язвенный блефарит, инфицированные повреждения. Воспаление может переходить с пограничных областей и возникать метастатически при септических очагах в других органах.*

9. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*

10. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 9

1. Напишите алгоритм местного лечения простого блефарита. *Необходим гигиенический уход за веками с применением блефарогеля, массаж век стеклянной палочкой в течение 2-3 недель с дезинфицирующими и антибактериальными мазями (10-20% сульфациловая, 0,3% флоксальная). Перед массажем края век обезжиривают спиртом или спиртоэфирной смесью*

с помощью туго накрученного на палочку ватного тампона. Тщательно удаляют сальные чешуйки и пробочки, блокирующие выводные протоки желез, после чего края век смазывают 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого или настойкой календулы.

2. Какую стадию трахомы можно предположить на приведенной картинке? *Трахома II.*



3. Каков патогенез развития фликтенулезного конъюнктивита? *Заболевание развивается вследствие заноса в sensibilized ткани глаза аллергена – туберкулина из очага специфического воспаления в легких или из других органов, пораженных туберкулезом.*
4. Назовите заболевание, клиника которого описана ниже: Поражаются всегда оба глаза. При этом второй заболевает через несколько часов или через 1-2 дня после первого. Резкая гиперемия и отек склеральной конъюнктивы, в которой появляются петехиальные геморрагии. В пределах открытой глазной щели утолщенная и отечная конъюнктивальная склера выглядит в виде двух треугольных возвышений, обращенных основанием к лимбу. Сильный отек наблюдается в области нижней переходной складки, часто отекают веки. Могут быть общее недомогание, повышение температуры, головная боль, насморк. В процесс может вовлекаться роговица, где образуются поверхностные инфильтраты. Продолжительность болезни составляет 5-6 дней; при корнеальных изменениях она может протекать значительно дольше. Прогноз благоприятный. По мере угасания конъюнктивита инфильтраты на роговице быстро и бесследно рассасываются. *Острый эпидемический конъюнктивит (конъюнктивит Коха-Уикса).*
5. Что такое симблефарон? Для каких заболеваний характерно его образование? *Сращение конъюнктивы века с конъюнктивой*

глазного яблока. Может наблюдаться при некоторых видах конъюнктивитов, ожогах глаза.

6. Назовите несомненный признак дакриоцистита. *Несомненный признак дакриоцистита – слизисто-гнойное отделяемое из слезных точек при надавливании на область слезного мешка.*
 7. Каковы преимущества эндоназальной дакриоцисториностомии? *У детей и взрослых целесообразна эндоназальная дакриоцисториностомия. Время такой операции сокращается, что немаловажно в связи с возрастом пациентов и использованием интубационного наркоза. Эндоназальная дакриоцисториностомия позволяет учитывать анатомические соотношения в полости носа и высококосметична, так как нет наружных послеоперационных рубцов.*
 8. При каком заболевании возможно проведение такого оперативного вмешательства? *Халазион.*
- 
9. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
 10. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 10

1. В чем причина поражения роговой оболочки при гонобленнорее? *Отечные веки сдавливают краевую петлистую сеть роговицы, нарушая ее питание. Имеющийся в конъюнктивальном мешке гной имеет тенденцию въедаться в подлежащие ткани.*

2. Какому заболеванию соответствует нижеописанная клиника?



Заболевание развивается остро с покраснения, резкой боли в глазу, ощущения инородного тела, светобоязни, появления слезотечения, слизистого отделяемого. Наступает быстрый отек век, конъюнктив при этом резко гиперемирована,

инфильтрирована, часто видны мелкие фолликулы. На 2-й день появляется самый характерный признак заболевания – геморрагии от мелких множественных петехий до обширных кровоизлияний, захватывающих почти всю конъюнктиву склеры. Снижается чувствительность роговицы, иногда в ней появляются мелкоточечные эпителиальные инфильтраты, рассасывающиеся через 7-10 дней. Всегда поражаются оба глаза. На следующий день процесс развивается на втором глазу и протекает легче. У многих больных (в 1/3 случаях) развивается аденопатия региональных лимфатических желез. *Эпидемический геморрагический конъюнктивит.*

3. Подпишите под рисунками названия осложнений и последствий трахомы.



Паннус



Заворот века



Симблефарон

4. Какие заболевания могут приводить к развитию острого дакриoadенита? *Заболевание возникает при гриппе, скарлатине, ангине, ревматизме, пневмонии, брюшном тифе, при гонорее, а чаще всего при паротите. При паротите острый дакриoadенит всегда двусторонний и наблюдается одновременно с воспалением околоушной и подчелюстной слюнных желез, т.е. одна и та же инфекция поражает*

слюнные и слезные железы. Это объясняется тем, что имеется определенное единство в гистологическом строении слезных и слюнных желез, а также общая их иннервация. Однако, воспалительный процесс в околоушной железе может закончиться еще до развития дакриoadенита или может быть слабо выражен.

5. Какую лечебную процедуру выполняют ребенку, и с какой целью она проводится? Зондирование слезно-носового канала для лечения дакриоцистита новорожденных.



6. Подпишите рядом с рисунками названия основных видов дакриоциститов.



Дакриоцистит новорожденных



Флегмона слезного мешка



Хронический дакриоцистит

7. Какие обследования необходимо провести больному при обращении его по поводу периостита глазницы? При первом же обращении больного необходимо обследование носа, придаточных пазух, горла, зубов.

8. Назовите причины возникновения абсцесса век. *Местные гнойные воспаления: ячмень, фурункул, язвенный блефарит, инфицированные повреждения. Воспаление может переходить с пограничных областей и возникать метастатически при септических очагах в других органах.*
9. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
10. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ ПО ТЕМЕ

1. Причиной воспалительных заболеваний орбиты может быть все, кроме:
А – гипертонической болезни;
Б – туберкулеза;
В – заболевания придаточных пазух носа;
Г – кариеса зубов;
Д – сифилиса.
2. Острое гнойное воспаление волосяного фолликула или сальной железы века носит название:
А – абсцесса;
Б – флегмоны;
В – ячменя;
Г – фурункула;
Д – халазиона.
3. 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.
4. Радикальным методом лечения халазиона является:
А – применение тепловых процедур;
Б – втирание в веко желтой ртутной мази;
В – массаж века;
Г – оперативное удаление;
Д – введение в толщу халазиона кортикостероидных препаратов.
5. Осложнением язвенного блефарита не является:
А – мадароз;
Б – халазион;
В – симблефарон;
Г – трихиаз;
Д – деформация хряща.

6. Острый эпидемический конъюнктивит вызывается:
А – палочкой Коха-Уикса;
Б – диплобациллой Моракса-Аксенфельда;
В – клещом демодекс;
Г – хламидиями;
Д – стафилококками.
7. Для профилактики гонобленнореи новорожденных в настоящее время применяют инстилляцию:
А – раствор левомицетина;
Б – раствор нитрата серебра;
В – эмульсию гидрокортизона;
Г – раствор гентамицина;
Д – раствор сульфацил-натрия.
8. Сращение конъюнктивы век с конъюнктивой глазного яблока называется:
А – трихиаз;
Б – ксероз;
В – энтропион;
Г – симблефарон;
Д – мадароз.
9. При лечении дакриoadенита необоснованно назначение:
А – антибиотиков;
Б – сульфаниламидов;
В – негормональных противовоспалительных препаратов;
Г – витаминотерапии;
Д – физиотерапии.

Ответы.

1 – А; 2 – В; 3 – Д; 4 – Г; 5 – Б; 6 – А; 7 – Д; 8 – Г; 9 – Г.



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

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией

КУРС ОФТАЛЬМОЛОГИИ

КОРОЕВ О.А., КОРОЕВ А.О.

**ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ
ОРДИНАТОРОВ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ ПО
ОФТАЛЬМОЛОГИИ**



ТЕМА 2: «Заболевания роговой оболочки»

ТЕМА 2: «Заболевания роговой оболочки».

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний.

1.

Роговичный синдром	Симптомы
	1. светобоязнь, 2. слезотечение, 3. блефароспазм, 4. чувство инородного тела под веком, 5. перикорнеальная инъекция

2.

Эрозия роговицы	Симптомы
	1. роговичный синдром, 2. шероховатость роговицы, 3. потеря блеска, 4. окрашивание флюоресцеином

3.

Древовидный кератит	Симптомы
	1. группы прозрачных мелких пузырьков, 2. чувствительность роговицы снижена, 3. пузырьки располагаются по ходу утолщенных нервных стволов роговицы, 4. трещины эпителия

II. Целевые задачи:

<u>Ординатор должен знать:</u> • определение корнеального синдрома; • различия поверхностных и глубоких кератитов; • обоснованное лечение при наиболее часто встречающихся кератитах.	<u>Рекомендуемая литература:</u> а) учебная литература Офтальмология: учебник. <u>В.Н. Алексеев, Ю.С. Астахов, С.Н. Басинский и др.</u> / Под ред. <u>Е.А. Егорова.</u> – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 240 с. Офтальмология: Учебник / под ред. <u>Е.И. Сидоренко.</u> – 3-е изд. – М.: ГЭОТАР-МЕД. 2013. – 640 с. <u>Рубан Э.Д.</u> Глазные болезни: новейший справочник. Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. – 622 с. б) дополнительная <u>Полтанова Т.И.</u> Семиотика и дифференциальная диагностика
--	--

	воспалительных заболеваний роговицы: учебное пособие. – НГМА, 2016. – 56 с. <u>Рапуано К.Дж., Хенг В.-Д.</u> Роговица: атлас / пер. с англ. под ред. А.А. Каспарова. – М., 2010. – 160 с.
<u>Ординатор должен уметь:</u> • диагностировать нарушение целостности роговицы и определить ее чувствительность; • диагностировать и лечить наиболее часто встречающиеся формы кератитов.	<u>Рекомендуемая литература:</u> Та же.

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

Вариант 1

1. Какое название носит изображенный на рисунке симптом? Каковы



пути его дальнейшего развития? *Десцеметоцеле. Возможно разрушение задней пограничной пластинки и выпадение в образовавшееся отверстие радужки с последующим ее сращением с краями роговичного дефекта – передними синехиями.*

2. Назовите пути местного введения антибиотиков, наиболее употребимые при лечении кератитов. *Инстилляциии, закладывание мази, субконъюнктивальные инъекции, электрофорез.*
3. Опишите пути распространения язвы роговицы. К чему может приводить распространение язвы? *Язва способна к распространению по поверхности и в глубину. В последнем случае она может достигать задней пограничной пластинки, которая под влиянием внутриглазного давления грыжевидно выпячивается вперед и выглядит в виде черного пузырька (descemetocoele) на инфильтрированном дне дефекта. В*

дальнейшем возможно разрушение задней пограничной пластинки и выпадение в образовавшееся отверстие радужки с последующим ее сращением с краями роговичного дефекта – передними синехиями.

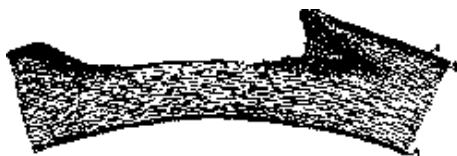
4. Какое название носит воспалительный фокус в роговой оболочке?
Инфильтрат роговицы.



5. Напишите, какие особенности герпетических кератитов вы можете указать? *Сопутствующие герпетические высыпания на коже лица и слизистой оболочке губ, отсутствие явлений конъюнктивита, понижение чувствительности роговицы, замедленная регенерация, низкая васкуляризация, торпидное течение, склонность к рецидивам, сезонность заболевания.*
6. Назовите симптомы, входящие в понятие роговичного синдрома. *Слезотечение, светобоязнь, чувство инородного тела под веком, блефароспазм, перикорнеальная инъекция.*
7. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
8. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 2

1. Какому заболеванию соответствует гистологическая картина роговицы, изображенная на рисунке?
Ползучая язва роговицы.

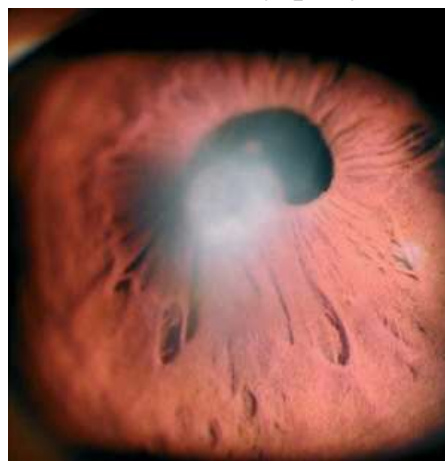
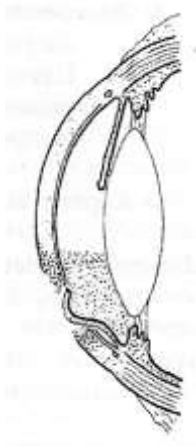


2. Для какого кератита характерна описанная ниже клиническая картина?
– Кератит начинается с отека эпителия в центральном отделе роговицы.

Отек быстро распространяется на строму, в которой формируется четко очерченный округлый очаг серовато-белого цвета с интенсивно белым пятном в центре. Распространение процесса на задние отделы стромы сопровождается образованием складок десцеметовой мембраны и утолщением заднего эпителия. Васкуляризация роговицы появляется сравнительно поздно, при этом сосуды могут быть как поверхностные, так и глубокие, но количество их незначительное. *Дисковидный герпетический кератит.*

3. Какие лечебные мероприятия необходимо проводить при наличии акантамебного кератита? *Специфическая терапия предполагает использование амебоцидных средств: пропамидина, полигексаметилен бигуанида, хлоргексидина. Проводится практически такое же лечение, как и при грибковых кератитах, дополнительно назначая некоторые антибиотики (неомицин, колбиоцин) внутримышечно. Проводят также скарификацию роговицы. Одновременно назначают: мидриатики, нестероидные противовоспалительные средства, антигистаминные, седативные и анальгезирующие препараты. При значительном распаде роговичной ткани дополняют внутривенно контрикал или гордокс. При отсутствии лечебного эффекта проводится лечебная кератопластика.*

4. Если после перфорации роговицы возникает спайка между радужной оболочкой и роговицей, какое название носит это состояние? *Передняя синехия или спаянное бельмо роговицы.*



5. Напишите, что является достоверным критерием туберкулезных метастатических кератитов? *Очаговая реакция в пораженном глазу на подкожное введение туберкулина (реакция Манту).*

6. Укажите алгоритм выделения возбудителя воспалительного процесса роговицы и определения его чувствительности к лекарственным средствам. *Очень важно выделить возбудителя процесса и определить его чувствительность к лекарственным средствам. Именно поэтому при установлении диагноза кератита желательно до начала лечения взять мазок с конъюнктивы, а при наличии язвы – также с ее поверхности, часть материала посеять на питательную среду, а часть немедленно окрасить и провести микроскопическое исследование. Чувствительность определяют по реакции роста на диски с антибиотиками.*
7. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
8. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 3

1. Какой вид вирусного кератита изображен на рисунке (Окраска флюоресцеином, снимок в бескрасном свете)? *Географический кератит.*



2. Напишите алгоритм диагностики дефекта эпителия роговой оболочки. *В конъюнктивальный мешок закапывают 1% раствор флюоресцеина. Промывают конъюнктивальный мешок. Проводят осмотр роговицы фокальным освещением или с помощью биомикроскопии. Имеющийся в роговице дефект окрашивается в зеленый цвет.*

3. Какое свойство роговицы исследуется, как оно изменяется при кератитах?

Исследуется чувствительность роговицы.

Она снижается при многих патологических состояниях. В нормальных условиях чувствительность обеспечивает рефлекторную реакцию глаза на раздражение (попадание мелких инородных тел, появление сухости и др.) в виде мигания и слезотечения, которые



предотвращают повреждение роговицы, удаляют с ее поверхности инородные тела или, наконец, заставляют пострадавшего обратиться за медицинской помощью. При снижении и тем более потере чувствительности ее сторожевая роль уменьшается, и роговица становится менее защищенной от губительного влияния ряда внешних воздействий. Кроме того, понижение чувствительности служит важным симптомом некоторых заболеваний роговицы.

4. Назовите факторы, снижающие защитные силы организма, которые могут иметь большое значение в патогенезе развития герпетического кератита и последующих его рецидивов. *Стресс, лихорадочное состояние вследствие различных воспалительных общих заболеваний, переохлаждение, психоэмоциональные и физические напряжения, лечение кортикостероидами, аллергия, чрезмерная инсоляция, эндокринные сдвиги.*
5. Каков патогенез васкуляризации роговицы? *Новообразование сосудов происходит, как правило, при воспалительных процессах, реже – при дистрофиях и дегенерациях. Васкуляризация после стихания воспаления сохраняется обычно и в рубцовой ткани.*
6. В чем заключается особенность различных краев ползучей язвы роговицы? *Один край ее подрыв, приподнят, имеет серповидную форму, резко инфильтрирован, причем инфильтрация в виде интенсивного помутнения распространяется в нормальную, еще не захваченную дефектом ткань роговицы, куда уже проник возбудитель (прогрессивная зона), противоположный край пологий (регрессивная зона), где роговица очищается от гнойной инфильтрации и покрывается эпителием.*

7. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
8. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 4

1. Какое общее лечение назначают для терапии ползучей язвы роговицы? *Общая терапия включает внутримышечное введение антибиотиков (ампициллин, бруломицин, линкомицин, гентамицин, полимексин), внутривенное введение антибактериальных (бисептол, метрогил), антипротеазных (контрикал, гордокс) препаратов. Внутримышечно вводится диклофенак, внутрь или внутримышечно назначаются антигистаминные препараты.*
2. Напишите основные причины частого вовлечения роговой оболочки в патологический процесс. *Роговица, как самая наружная оболочка, подвержена больше, чем какая-либо другая воздействию физических, механических, а нередко и химических факторов внешнего мира. Кроме того, в силу своего онтогенетического родства с конъюнктивой, склерой, сосудистой оболочкой роговица легко вовлекается в патологический процесс при их поражении.*
3. Опишите примерную терапию грибкового кератита. *Местная терапия: инстиллянии 4% раствора низорала, 1% раствора метиленовой сини, 3% раствора йодистого калия, 5% раствора аскорбиновой кислоты, 2% раствора борной кислоты, колбиоцина до 6-8 раз в день, при тяжелых степенях гнойного процесса – каждый час, одновременно применяя 2-3 препарата, чередуя их; скарификация патологического участка роговицы, инстилляния 5% раствора аскорбиновой кислоты или 2% раствора борной кислоты, затем туширование роговицы 1% раствором метиленовой сини; закладывание в нижний свод на ночь 0,4% мази амфотерицина-В; инстиллянии мидриатиков или, при необходимости, миотиков, нестероидных противовоспалительных средств. Общая терапия. Внутрь 200 мг кетоканазола, флюконазола (дифлюкана), низорала 1 раз в сутки в течение 5-7 дней; введение*

диклофенака 3,0 мл внутримышечно до 5 инъекций; внутривенные инъекции 5% раствора аскорбиновой кислоты по 5 мл. Введение антигистаминных препаратов внутрь или внутримышечно. При отсутствии эффекта от лечения проводится лечебная пересадка роговицы.

4. Заполните таблицу классификации кератитов.

А. Экзогенные кератиты	Б. Эндогенные кератиты	В. Кератиты невыясненной этиологии
1. Травматические, обусловленные механической, физической или химической травмой. 2. Гнойные – бактериального, грибкового и паразитарного происхождения. 3. Кератиты, вызванные заболеванием конъюнктивы, век, мейбомиевых желез.	1. Инфекционные: герпетические, туберкулезные, сифилитические. 2. Неинфекционные, возникающие на фоне системных заболеваний соединительной ткани. 3. Нейропаралитические	1. Розацеа-кератит. 2. Разъедающая язва роговицы Мурена.

5. Для какого вида кератита характерны имеющиеся три формы: глубокий диффузный кератит; глубокий инфильтрат роговицы; склерозирующий кератит? *Гематогенные туберкулезные кератиты.*
6. Опишите клинику и назначьте лечение больному с древовидным герпетическим кератитом. *Высыпание мелких пузырьков в эпителиальном слое. Пузырьки вскрываются, оставляя после себя эрозированную поверхность. Слияние эрозированных участков эпителия формирует разветвленные фигуры в виде веточки дерева, звезды, снежинки. Лечение комплексное, с использованием противовирусных препаратов, специфической и неспецифической*

иммунотерапии, средств, стимулирующих регенерацию и трофику роговицы, физического воздействия на воспалительный очаг в роговице и хирургического вмешательства.

7. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
8. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 5

1. Чем объясняется то, что заболеваниям роговицы принадлежит одно из основных мест в патологии глазного яблока? *Объясняется это тем, что роговица, как самая наружная оболочка, подвержена больше, чем какая-либо другая воздействию физических, механических, а нередко и химических факторов внешнего мира.*
2. Напишите, каким внешним факторам воздействия может подвергаться роговая оболочка? *Роговица подвержена воздействию физических, механических, а нередко и химических факторов.*
3. При каких заболеваниях чаще всего возникают краевые кератиты? *Часто возникают как осложнение острого и хронического конъюнктивита, блефарита, мейбомита.*
4. Какой вид инъекции глазного яблока, характеризующий кератит, изображен на рисунке? *Смешанная инъекция.*



5. Какому виду герпетического кератита соответствует описанная ниже клиническая картина? Мелкоточечная диффузная инфильтрация эпителия роговицы или немногочисленные монетовидные инфильтраты в эпителии роговицы или в ее передних слоях до 1-2 мм в диаметре. *Точечный кератит.*
6. Что представляет собой «фасетка» роговицы? *Углубление на поверхности роговицы, выстланное эпителием.*
7. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
8. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 6

1. Укажите, какие качества характеризуют инфильтрат роговой оболочки? *Воспалительный фокус имеет серый или желтый цвет, нечеткие границы и окружен менее выраженным помутнением. Инфильтрат может быть различной величины, разной формы и располагаться на разной глубине. Роговица в области инфильтрата теряет блеск. Процесс сопровождается перикорнеальной инъекцией. Имеется раздражение нервных окончаний, влекущее за собой типичную реакцию со стороны глаза (светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, чувство инородного тела под верхним веком), которую, в сочетании с перикорнеальной инъекцией, принято характеризовать как роговичный синдром.*
2. О какой этиологии процесса говорит наличие фликтенулезного кератита? *Заболевание встречается на фоне неактивного первичного туберкулеза легких и периферических лимфатических узлов.*
3. Для какого заболевания роговицы характерна симптоматика, приведенная ниже? – Инфекция развивается медленно, в месте внедрения и размножения образуется ограниченный инфильтрат серовато-белого цвета, вначале без тенденции к углублению. На его поверхности видны «узелки» или «крошки», придающие иногда ей творожистый вид. Отек и инфильтрация роговицы имеет вид кругов.

Первый круг зазубрен, пропитан гноем, второй полупрозрачный и узкий, третий в виде узкого валика с резким переходом в здоровую ткань. Наблюдается необычный, пирамидальной формы, гипопион. Инфильтрат может распадаться и превращаться в язву желтовато-серого цвета с нечеткими краями и с очажками сателлитных гранулярных инфильтратов и микроабсцессов. *Грибковый кератит.*

4. Назовите осложнения, которыми могут сопровождаться воспалительные заболевания роговой оболочки. *Помутнение роговицы, перфорация, иридоциклит, катаракта, вторичная глаукома, эндофтальмит, панофтальмит.*
5. Какие действия необходимы при отрицательном результате медикаментозной терапии, дальнейшем прогрессировании гнойного кератита, появлении угрозы перфорации роговицы или в случае наличия перфорации? *При отрицательном результате медикаментозной терапии, дальнейшем прогрессировании гнойного кератита, появлении угрозы перфорации роговицы или в случае наличия перфорации при поступлении больного в стационар проводится лечебная пересадка роговицы (сквозная или послойная).*
6. Опишите примерную терапию гнойного бактериального кератита. *Назначаются антибиотики широкого спектра действия с учетом их способности проникать в полость глаза. Инстилляцией антибактериальных глазных капель проводятся 6-8 раз в день, при тяжелых процессах – каждый час. Кроме капель антибиотики местно назначаются в виде мазей, лекарственных пленок, подконъюнктивальных инъекций. Применяются также сульфаниламидные препараты, антисептики. Рекомендуется использовать одновременно 2-3 препарата, чередуя их между собой. Инстилляцией мидриатиков назначаются для профилактики или лечения иридоциклита. Инстилляцией нестероидных противовоспалительных средств проводятся 3-4 раза в день. При наличии обильного гнойного отделяемого в конъюнктивальной полости проводится ее промывание 0,02% раствором фурацилина или другого антисептика. При необходимости гнойно-измененную поверхность роговицы скарифицируют и тушируют. Проводят лазеркоагуляцию. Под конъюнктиву или парабульбарно вводятся антибиотики. Общая терапия включает внутримышечное введение антибиотиков, внутривенное введение антибактериальных, антипротеазных*

препаратов. Внутримышечно вводится диклофенак, внутрь или внутримышечно назначаются антигистаминные препараты.

7. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
8. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 7

1. Напишите алгоритм диагностики дефекта эпителия роговой оболочки. *В конъюнктивальный мешок закапывают 1% раствор флюоресцеина. Промывают конъюнктивальный мешок. Проводят осмотр роговицы фокальным освещением или с помощью биомикроскопии. Имеющийся в роговице дефект окрашивается в зеленый цвет.*
2. Какие действия необходимы при отрицательном результате медикаментозной терапии, дальнейшем прогрессировании гнойного кератита, появлении угрозы перфорации роговицы или в случае наличия перфорации? *Проводится лечебная пересадка роговицы.*
3. Опишите клиническую картину грибковых кератитов. *В месте внедрения и размножения грибов образуется ограниченный инфильтрат серовато-белого цвета, вначале без тенденции к углублению. На его поверхности видны «узелки» или «крошки» (фрагменты клеток, спор и мицелия грибка), придающие иногда ей творожистый вид. Отек и инфильтрация роговицы имеет вид кругов. Первый круг зазубрен, пропитан гноем, второй полупрозрачный и узкий, третий в виде узкого валика с резким переходом в здоровую ткань. При грибковом кератите наблюдается необычный, пирамидальной формы, гипопион. Грибковый инфильтрат может распадаться и превращаться в язву желтовато-серого цвета с нечеткими краями и с очажками сателлитных гранулярных инфильтратов и микроабсцессов.*
4. Опишите клинические проявления нейропаралитического кератита? *Чувствительность роговицы полностью отсутствует, поэтому*

заболевание протекает без явлений светобоязни, слезотечения, но с резко выраженным болевым синдромом. Раздражение глаза незначительно, не соответствует тяжести роговичных проявлений. Процесс начинается с помутнения и отека поверхностных слоев, затем слущивается эпителий. Эрозия захватывает почти всю роговицу. Позднее в центре начинает развиваться инфильтрация с изъязвлением стромы. При наличии инфекции процесс приобретает гнойный характер. Язва нередко может закончиться перфорацией роговицы. Течение затяжное, длительное, заканчивается рубцеванием роговицы.

5. Дополните классификацию герпетических кератитов А.А. Каспарова

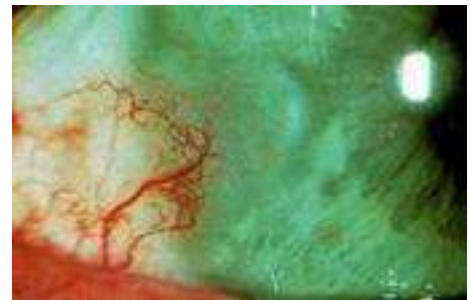
I. Поверхностные:

- I.** *точечный;*
- II.** *везикулезный;*
- III.** *древовидный;*
- IV.** *географический (амебовидный, ландкартообразный);*
- V.** *краевой;*
- VI.** *рецидивирующая эрозия.*

II. Глубокие:

- 1) стромальный или метагерпетический кератоиридоциклит с изъязвлением (герпетическая язва);
- 2) стромальный (кератоиридоциклит) без изъязвления:
 - дисковидный;
 - очаговый (передний, задний);
 - буллезный (увеакератит);
 - интерстициальный диффузный кератоиридоциклит.

6. Откуда возникают сосуды, врастающие в роговицу при поверхностном типе васкуляризации, и чем они характеризуются? *Из конъюнктивы.*



7. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*

8. Составьте 5 тестовых задач по теме. Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.

Вариант 8

1. Опишите этиологию и клиническую картину фликтенулезного кератоконъюнктивита. Заболевание наблюдается как правило, на фоне неактивного первичного туберкулеза легких и периферических лимфатических узлов. На роговице появляются сероватые полупрозрачные очаги округлой формы, по внешнему виду напоминающие пузырек (фликтену). Число, величина и локализация очагов могут быть различными. Мелкие фликтены (милиарные), величиной менее просыаного зерна, бывают, как правило, множественными. Единичные (солитарные) фликтены могут достигать 3-4 мм в диаметре. Фликтены всегда располагаются в поверхностных слоях роговицы, но могут захватывать и глубокие слои. В роговицу внедряются поверхностные сосуды, которые тянутся к очагу. Появление фликтен в роговице сопровождается резкой светобоязнью и блефароспазмом. Блефароспазм, обильное слезотечение ведут к мацерации кожи век и их отеку. Отекают также нос и губы. Могут появиться трещины в углах рта.

2. Для какого заболевания характерна клиническая картина, изображенная на рисунке? Опоясывающий лишай.



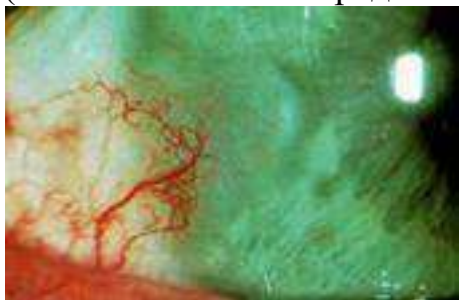
3. Объясните, почему воспалительный процесс роговицы достаточно часто осложняется иридоциклитом? Роговица получает питание от краевой петливой сети, расположенной по лимбу. Эта сеть

образована из ветвей конъюнктивальных, цилиарных и эписклеральных сосудов, поэтому воспалительные процессы в роговице часто осложняются иридоциклитом.

4. Откуда начинается разрастание эпителия, покрывающего дно язвы роговицы при ее заживлении? *С краев на язву начинает нарастать эпителий, постепенно покрывая дефект.*
5. Опишите примерную терапию грибкового кератита. *Местная терапия: инсталляции 4% раствора низорала (готовится ex Назовите пути местного введения антибиотиков, наиболее употребимые при лечении кератитов. Инстилляцией, закладывание мази, субконъюнктивальные инъекции, электрофорез.*
6. *tempore), 1% раствора метиленовой сини, 3% раствора йодистого калия, 5% раствора аскорбиновой кислоты, 2% раствора борной кислоты, колбиоцина до 6-8 раз в день, при тяжелых степенях гнойного процесса – каждый час, одновременно применяя 2-3 препарата, чередуя их; скарификация патологического участка роговицы, инстиляция 5% раствора аскорбиновой кислоты или 2% раствора борной кислоты, затем туширование роговицы 1% раствором метиленовой сини; закладывание в нижний свод на ночь 0,4% мази амфотерицина-В; инстилляцией мидриатиков или, при необходимости, миотиков, нестероидных противовоспалительных средств. Общая терапия. Внутрь 200 мг кетоканазола, флюконазола (дифлюкана), низорала 1 раз в сутки в течение 5-7 дней; введение диклофенака 3,0 мл внутримышечно до 5 инъекций; внутривенные инъекции 5% раствора аскорбиновой кислоты по 5 мл. Введение антигистаминных препаратов внутрь или внутримышечно. При отсутствии эффекта от лечения проводится лечебная пересадка роговицы.*
7. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются студентами самостоятельно.*
8. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются студентами самостоятельно.*

Вариант 9

1. Для какого заболевания роговицы характерна симптоматика, приведенная ниже? – Инфекция развивается медленно, в месте внедрения и размножения образуется ограниченный инфильтрат серовато-белого цвета, вначале без тенденции к углублению. На его поверхности видны «узелки» или «крошки», придающие иногда ей творожистый вид. Отек и инфильтрация роговицы имеет вид кругов. Первый круг зазубрен, пропитан гноем, второй полупрозрачный и узкий, третий в виде узкого валика с резким переходом в здоровую ткань. Наблюдается необычный, пирамидальной формы, гипопион. Инфильтрат может распадаться и превращаться в язву желтовато-серого цвета с нечеткими краями и с очажками сателлитных гранулярных инфильтратов и микроабсцессов. *Грибковые поражения роговицы.*
2. Какие типы васкуляризации роговицы изображены на рисунках? (напишите названия рядом с рисунками).



Поверхностная васкуляризация



Глубокая васкуляризация



Смешанная васкуляризация

3. Укажите особенности клиники герпетических кератитов. К особенностям клиники кератитов этой группы относятся сопутствующие герпетические высыпания на коже лица и слизистой оболочке губ, отсутствие явлений конъюнктивита, понижение чувствительности роговицы, замедленная регенерация, низкая васкуляризация, торпидное течение, склонность к рецидивам, сезонность заболевания.
4. Напишите алгоритм лечения акантамебного кератита. Специфическая терапия предполагает использование амебоцидных средств: пропамидина, полигексаметилен бигуанида, хлоргексидина. Проводится практически такое же лечение, как и при грибковых кератитах, дополнительно назначая некоторые антибиотики (неомицин, колбиоцин) внутримышечно. Проводят также скарификацию роговицы. Одновременно назначают: мидриатики, нестероидные противовоспалительные средства, антигистаминные, седативные и анальгезирующие препараты. При значительном распаде роговичной ткани дополняют внутривенно контрикал или гордокс. При отсутствии лечебного эффекта проводится лечебная кератопластика.
5. Опишите три периода в течении сифилитического паренхиматозного кератита. Стадии инфильтрации, васкуляризации и рассасывания. В первом периоде в строме роговицы у лимба появляется диффузная инфильтрация серовато-белого цвета, состоящая из отдельных точек, черточек, штрихов. Поверхность над инфильтратом шероховатая вследствие распространения отека на эпителий. Постепенно инфильтрация становится более насыщенной, распространяется по всей роговице, происходит ее утолщение в полтора раза. Этот период занимает 3-4 недели, на 5-й неделе в роговицу начинают врастать глубокие сосуды. Лимб становится отечным, как бы надвигается на роговицу. Вся роговица напоминает матовое стекло с шероховатой поверхностью. В этот период у 90% больных обнаруживаются признаки иридоциклита. Период васкуляризации длится 6-8 недель. Постепенно наступает период рассасывания, или регрессивный период, который продолжается 1-2 года. Раздражение глаза уменьшается. Рассасывание инфильтрации начинается от лимба и постепенно продвигается к центру в той же последовательности, в какой шло ее распространение. Толщина роговицы приходит к норме, складки десцеметовой мембраны

расправляются, исчезают преципитаты. В тяжелых случаях полного просветления роговицы не наступает. Сосуды постепенно запусевают.

6. Назовите факторы, снижающие защитные силы организма, которые могут иметь большое значение в патогенезе развития герпетического кератита и последующих его рецидивов. *Стресс, лихорадочное состояние вследствие различных воспалительных общих заболеваний, переохлаждение, психоэмоциональные и физические напряжения, лечение кортикостероидами, аллергия, чрезмерная инсоляция, эндокринные сдвиги.*
7. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются студентами самостоятельно.*
8. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются студентами самостоятельно.*

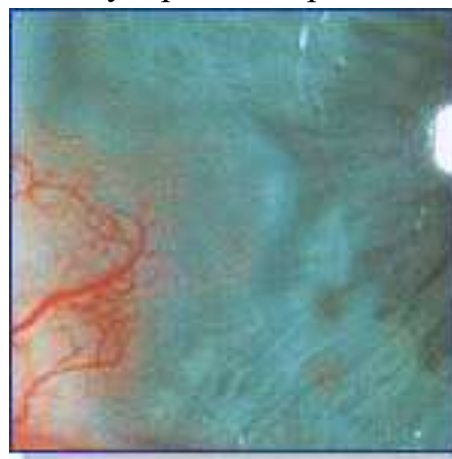
Вариант 10

1. Напишите, какие клеточные элементы может содержать инфильтрат роговицы? *Разрушенные клетки роговицы, клетки, проникшие из краевой петливой сети.*
2. Что представляет собой «фасетка» роговицы? *Выстланное эпителием углубление роговицы.*
3. Напишите названия препаратов, применяемых для лечения вирусных кератитов. *5-йод-2-дезоксинуридин (ИДУ), 3% мазь ацикловира (зовиракс, вирулекс), офтальмоферон, полудан, пирогенал, ацикловир, тималин, Т-активин, левомизол, противокоревой иммуноглобулин, наклоф, диклоф, индоколлин и др.*
4. Укажите особенности клиники герпетических кератитов. *К особенностям клиники кератитов этой группы относятся сопутствующие герпетические высыпания на коже лица и слизистой оболочке губ, отсутствие явлений конъюнктивита, понижение чувствительности роговицы, замедленная регенерация, низкая*

васкуляризация, торпидное течение, склонность к рецидивам, сезонность заболевания.

5. Напишите, что является достоверным критерием туберкулезных метастатических кератитов? *Достоверным критерием туберкулезных метастатических кератитов служит очаговая реакция в пораженном глазу на подкожное введение туберкулина (реакция Манту). Очаговая реакция может выражаться в высыпании фликтен, усилении перикорнеальной инъекции и васкуляризации, нарастании экссудации.*
6. Подпишите рядом с рисунком, какой тип васкуляризации роговицы изображен на снимке?

Поверхностная васкуляризация.



7. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются студентами самостоятельно.*
8. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются студентами самостоятельно.*

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. Желто-серые помутнения, локализующиеся в глубоких слоях роговицы наиболее характерны для:
А – фликтенулезного кератита;
Б – склерозирующего туберкулезного кератита;
В – глубокого очагового туберкулезного кератита;
Г – глубокого диффузного туберкулезного кератита;
Д – экзематозного кератита.
5. Причиной возникновения дисковидного кератита является:
А – туберкулезная инфекция;
Б – герпесвирусная инфекция;
В – сифилитическая инфекция;
Г – грибковая инфекция;
Д – стрептококковая инфекция.
6. Фликтенулезный кератит является следствием:

А – туберкулезной инфекции;
Б – сифилиса;
В – бактериальной инфекции;
Г – герпесвирусной инфекции;
Д – грибкового поражения.

Ответы.

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



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

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией

КУРС ОФТАЛЬМОЛОГИИ

КОРОЕВ О.А., КОРОЕВ А.О.

**ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ
ОРДИНАТОРОВ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ ПО
ОФТАЛЬМОЛОГИИ**



ТЕМА 3: «Заболевания переднего отрезка сосудистой оболочки глаза»

ТЕМА 3: «Заболевания переднего отрезка сосудистой оболочки глаза»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний.

1.

Клинический признак	Причины возникновения
Смешанная инъекция	<i>Инъекция характерна для заболеваний роговицы, радужки и ресничного тела, т.е. тех отделов глазного яблока, которые снабжаются кровью веточек передних ресничных сосудов.</i>

2.

Клинический признак	Причины возникновения
Наличие преципитатов	<i>Преципитаты состоят из лимфоцитов плазматических клеток, макрофагов, пигментных частиц и прочих элементов, свидетельствующих о повышении проницаемости сосудов цилиарного тела.</i>

3.

Клинический признак	Причины возникновения
Стушеванность рисунка радужной оболочки	<i>Ткань радужки набухает за счет выраженного отека, ажурный рисунок стушевывается, так как на поверхности радужки и ее крипах откладывается экссудат.</i>

4.

Клинический признак	Причины возникновения
Миоз	<i>Отек и кровенаполнение сосудов радужки приводят к сужению зрачка. Рефлекторные реакции, возникающие при воспалении, усиливают миоз.</i>

5.

Клинический признак	Причины возникновения
Изменение цвета радужной оболочки	<i>Это происходит за счет отека и резкого кровенаполнения сосудов, появления экссудата с наличием элементов крови. Эритроциты разрушаются, гемоглобин претерпевает стадии распада и превращения в гемосидерин, имеющий зеленоватую окраску. Все это меняет цветовую тональность радужки.</i>

II. Целевые задачи:

<u>Ординатор должен знать:</u> • клинику иридоциклитов у детей и взрослых; • особенности течения вирусных, бактериальных увеитов; • принципы лечения увеитов различной этиологии;	<u>Рекомендуемая литература:</u> <i>а) учебная литература</i> Офтальмология: учебник. <u>В.Н. Алексеев, Ю.С. Астахов, С.Н. Басинский и др. / Под ред. Е.А. Егорова.</u> – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 240 с.
---	--

• происхождение осложнений и предположительный исход заболеваний сосудистой оболочки.	Офтальмология: Учебник / под ред. <u>Е.И. Сидоренко</u>. – 3-е изд. – М.: ГЭОТАР-МЕД. 2013. – 640 с. <u>Рубан Э.Д.</u> Глазные болезни: новейший справочник. Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. – 622 с. б) <i>дополнительная</i> <u>Сенченко Н.Я., Щуко А.Г., Малышев В.В.</u> Увеиты: руководство – М., 2010. – 144 с.
<u>Ординатор должен уметь:</u> • диагностировать и лечить иридоциклиты у детей и взрослых.	<u>Рекомендуемая литература:</u> Та же.

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

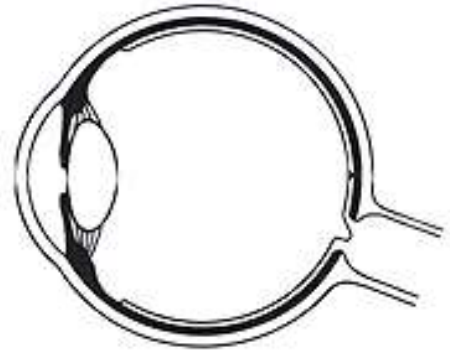
Вариант 1

1. В чем состоит разница между первичным и вторичным увеитами? *Под первичными понимают увеиты, возникающие на почве общих заболеваний организма, а под вторичными – увеиты, развивающиеся при глазных заболеваниях (кератиты, склериты, ретиниты и др.).*
2. Опишите, связь с какими общими заболеваниями организма может иметь увеит. *Из этиологических факторов уделяют внимание туберкулезу, токсоплазмозу, онхоцеркозу, бруцеллезу, ревматизму, аллергическим и аутоиммунным процессам, различным аутоинтоксикациям, фокальной инфекции, в меньшей степени – сифилису и др.*
3. Напишите, какой вид инъекции глазного яблока изображен на рисунке?



Какие виды инъекции характерны для иридоциклита? *Смешанная инъекция. Для иридоциклита характерны перикорнеальная и смешанная инъекции.*

4. 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? *Сращение зрачка ведет к нарушению связи между задней и передней камерами. Внутриглазная жидкость, скапливаясь в задней камере глаза, выпячивает радужку кпереди. Такое состояние получило название бомбированной радужки. При этом передняя камера в месте выпячивания радужки кпереди бывает мелкой, а в центре, где зрачковая часть радужки припаяна к хрусталику, остается глубокой. Вследствие нарушения оттока внутриглазной жидкости, может развиваться вторичная глаукома. Необходимо расширение зрачка. При отсутствии эффекта – иридэктомия.*



5. Какую экстренную помощь должен оказать врач больному с острым иридоциклитом? *Назначение средств, расширяющих зрачок, – первое и важнейшее лечебное мероприятие при передних увеитах, независимо от их этиологии. Это же касается и сильных противовоспалительных и противоаллергических средств – кортикостероидов.*

6. Какое явление, изображенное на рисунке, может сопровождать передний увеит? Как в таком случае можно назвать форму иридоциклита? *Гифема сопровождается геморрагической формой иридоциклита.*



7. Что представляют собой задние синехии? Почему их развитие при мидриазе менее вероятно? *Спайки радужки с передней капсулой хрусталика – задние синехии. Они особенно хорошо различимы при расширении зрачка мидриатическими средствами. При мидриазе контакт радужки с передней капсулой хрусталика менее плотный.*

8. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
9. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 2

1. Напишите, чем объясняется высокая частота возникновения воспалительных заболеваний сосудистой оболочки? *Объясняется это, прежде всего, наличием большого количества сосудов в различных его отделах. Сосуды разветвляются на капилляры, которые многократно анастомозируют друг с другом и образуют густую сеть. Вследствие этого резко снижается скорость кровотока. Падение скорости и напряженности кровотока создают условия для оседания и фиксации в нем различных бактериальных и токсических агентов.*
2. В чем Вы видите основные причины возникновения гипотонии при увеите? Какие последствия этот процесс может иметь? *Причиной внутриглазной гипотензии считают глубокие дистрофические процессы в ресничном теле – угнетение функции ресничного эпителия и, как следствие этого, уменьшение продукции внутриглазной жидкости. Гипотония приводит к субатрофии, а затем – к атрофии глазного яблока.*
3. Перечислите возможные осложнения увеитов. *Осложненная катаракта, вторичная глаукома, внутриглазная гипотензия, субатрофия и атрофия глазного яблока, отслойка сетчатки, лентовидная дегенерация роговицы.*
4. В каких случаях при воспалении сосудистой оболочки имеет место усиление болей в глазу? *При вовлечении в воспалительный процесс цилиарного тела резко усиливаются боли.*
5. Что такое плоскостное спаяние радужки? *В тяжелых случаях иридоциклита из-за обильной экссудации происходит спаяние радужки с передней капсулой хрусталика не только зрачковым краем, но почти всей задней поверхностью (плоскостное спаяние радужки). При этом*

также могут быть отмечены признаки вторичной глаукомы, но в отличие от бомбированной радужки передняя камера глаза на всем протяжении достаточно глубокая.

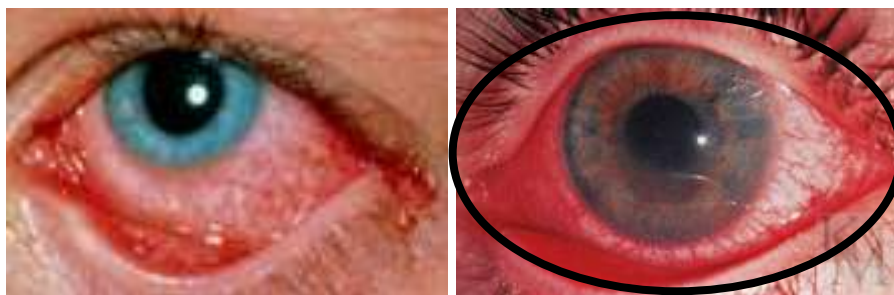
6. Приведены фотографии глаз больных иридоциклитом и острым приступом закрытоугольной глаукомы. Фотографию больного иридоциклитом обведите.



7. Объясните, чем объясняется замедление кровотока в сосудистом тракте глаза? *Объясняется это, прежде всего, наличием большого количества сосудов в различных его отделах. Сосуды разветвляются на капилляры, которые многократно анастомозируют друг с другом и образуют густую сеть.*
8. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
9. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

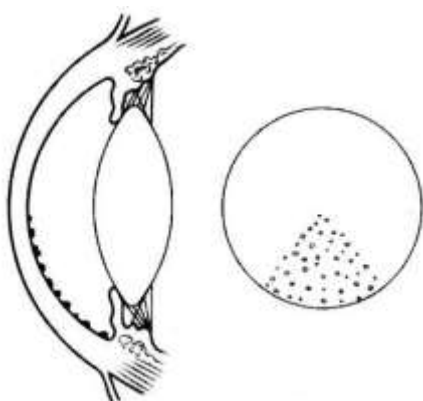
Вариант 3

1. Опишите, каким образом можно определить цилиарную болезненность? *Больного просят посмотреть вниз и через веко пальпируют область ресничного тела.*
2. Приведены фотографии глаз больных иридоциклитом и острым конъюнктивитом. Фотографию больного иридоциклитом обведите.



3. Назовите возможные места отложения преципитатов при переднем увеите. *Задняя поверхность роговицы, передняя и задняя поверхность хрусталика, передняя мембрана стекловидного тела.*

4. Какой симптом схематически изображен на рисунке? *Преципитаты на задней поверхности роговицы.*

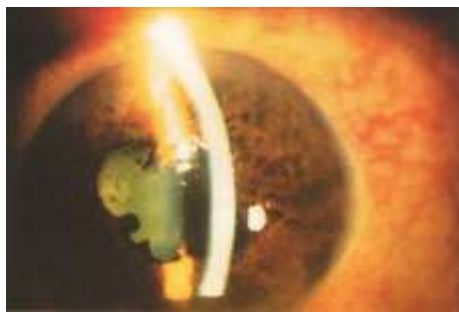


5. Какой вид инъекции глазного яблока изображен на рисунке? *Смешанная инъекция.*



6. Напишите, с какой целью при передних увеитах назначают мидриатики? В чем Вы видите их лечебное действие? *Мидриатики создают покой радужке, уменьшают гиперемию, экссудацию, препятствуют образованию задних синехий и возможному заращению зрачка.*

7. Клиническая картина какого заболевания изображена на рисунке?

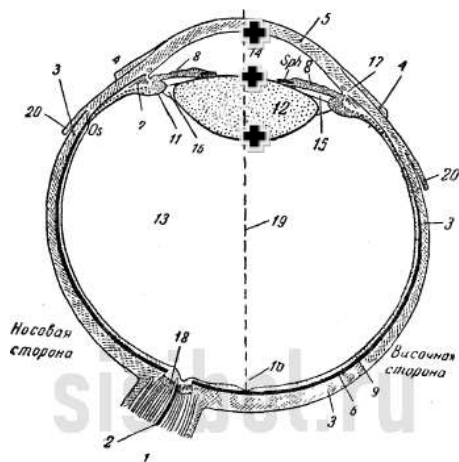


Иридоциклит.

8. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются студентами самостоятельно.*
9. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются студентами самостоятельно.*

Вариант 4

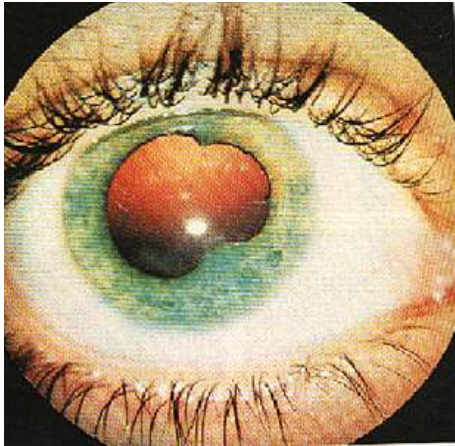
1. Отметьте крестиками на схеме возможные места отложения преципитатов при иридоциклите.



2. Опишите, какие изменения, имеющие место при иридоциклите, вы можете видеть на рисунке? *Стушеванность радужки, гипопион.*



3. Как называются изменения, встречающиеся при иридоциклите, изображенные на рисунке? *Задние синехии.*



4. Какие процессы ведут к исчезновению имевшихся в глазу преципитатов? *Процессы резорбции и фагоцитоза.*
5. Если у больного иридоциклитом имеются задние синехии, какие средства для их ликвидации Вы можете предложить? *Мидриатики препятствуют образованию задних синехий. При имеющихся задних синехиях эффективным оказывается введение ферментов и смеси мидриатиков путем электрофореза.*
6. Какие проявления иридоциклита изображены на рисунках? Подпишите их названия рядом с изображениями.

Гипопион



Гифема



7. Объясните, почему сочетанное назначение инстилляций атропина и адреналина вызывает более выраженный эффект? *Вследствие выраженного полнокровия радужки при иридоциклитах нередко не удается достичь максимального расширения зрачка, поэтому 1 % раствор атропина сульфата назначают в сочетании с 0,1% раствором адреналина, который вызывает сужение сосудов и возбуждение дилатора зрачка.*
8. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
9. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 5

1. Какова причина изменения цвета радужки при иридоциклите? *Это происходит за счет отека и резкого кровенаполнения сосудов, появления экссудата с наличием элементов крови. Эритроциты разрушаются, гемоглобин претерпевает стадии распада и превращения в гемосидерин, имеющий зеленоватую окраску. Все это меняет цветовую тональность радужки.*
2. Какое изменение внутриглазного давления происходит чаще при иридоциклитах? *Внутриглазное давление нормальное, но чаще понижено из-за нарушения влагообразующей функции ресничного тела.*
3. Напишите причины, которые, помимо сращения зрачка, могут приводить к возникновению вторичной глаукомы при увеитах. *Увеличение продукции внутриглазной жидкости, затруднение оттока в углу передней камеры вследствие отека корнеосклеральной трабекулы, экссудации и отложения избыточного пигмента, а позднее – образование гониосинехий и др.*
4. В чем состоит разница между первичным и вторичным увеитами? *Под первичными понимают увеиты, возникающие на почве общих*

заболеваний организма, а под вторичными – увеиты, развивающиеся при глазных заболеваниях (кератиты, склериты, ретиниты и др.).

5. Какие изменения глазного яблока больного иридоциклитом можно видеть на рисунке? *Преципитаты на задней поверхности роговицы.*



6. Назовите возможные виды местного введения мидриатиков при иридоциклитах. *Инстилляциии, мази, субконъюнктивальные инъекции, электрофорез.*
7. Вследствие каких причин может наступить слепота при сращении зрачка? *Вторичная глаукома.*
8. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются студентами самостоятельно.*
9. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются студентами самостоятельно.*

Вариант 6

1. В связи с чем наблюдается стушеванность рисунка радужки, возникающая при иридоциклите? *Ткань радужки набухает за счет выраженного отека, ажурный рисунок стушевывается, так как на поверхности радужки и ее крипах откладывается экссудат.*
2. Какова дальнейшая судьба преципитатов, образовавшихся на задней поверхности роговицы при иридоциклите? *Преципитаты постепенно исчезают вследствие процессов резорбции и фагоцитоза. Иногда они сохраняются длительное время (месяцы и даже годы), имея форму клиновидных плоских телец с четкими границами.*

3. Постарайтесь объяснить сущность лечебного действия мидриатиков при иридоциклите. *Сращение зрачка с передней капсулой хрусталика легче происходит при узком зрачке – диаметр зрачка меньше, плотнее контакт с хрусталиком. При расширении зрачка из радужки механически выдавливается патологический экссудат.*
4. Назовите причины, способствующие возникновению миоза при иридоциклите. *Отек и кровенаполнение сосудов радужки приводят к сужению зрачка. Рефлекторные реакции, возникающие при воспалении, усиливают миоз.*
5. Напишите, какая, по-вашему, разница между сращением и заращением зрачка при иридоциклите? *Радужка может оказаться спаянной с хрусталиком по всему зрачковому краю – сращение зрачка. При дальнейшем отложении экссудата, богатого фибрином, может наступить заращение зрачка, то есть формирование фибриновой пленки в его плоскости.*
6. Какое осложнение иридоциклита изображено на рисунке? *Заращение зрачка.*



7. Напишите, какой вид инъекции глазного яблока изображен на рисунке? *Какие виды инъекции характерны для иридоциклита? Смешанная инъекция.*



8. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*

9. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 7

1. Подпишите под рисунками: виды экссудации в переднюю камеру, встречающиеся при иридоциклитах:



Гипопион



Гифема

2. Какое осложнение иридоциклита изображено на схематическом рисунке и к чему оно приводит? *Сращение зрачка, бомбированная радужка ведут к возникновению вторичной глаукомы.*



3. Какое осложнение увеита изображено на рисунке? В чем Вы видите основные причины его возникновения? *Осложненная катаракта.*



4. Какое изменение внутриглазного давления происходит чаще при иридоциклитах? *Внутриглазное давление снижается. Причиной считают глубокие дистрофические процессы в ресничном теле – угнетение функции ресничного эпителия и, как следствие этого, уменьшение продукции внутриглазной жидкости.*

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

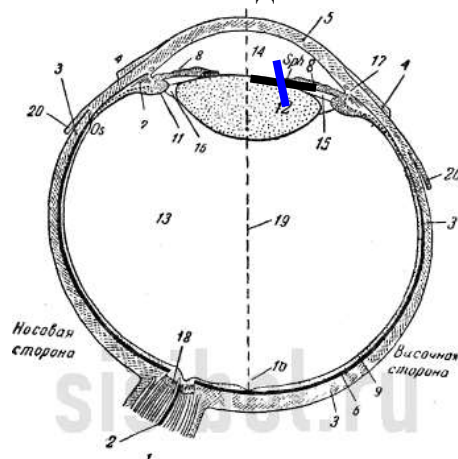


Гипопион



Гифема

6. На рисунке отметьте крестиком расположение задних синехий.



7. Приведены фотографии глаз больных иридоциклитом и острым приступом закрытоугольной глаукомы. Фотографию больного иридоциклитом обведите.



8. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.

9. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 8

1. Напишите, чем объясняется высокая частота возникновения воспалительных заболеваний сосудистой оболочки? *Объясняется это наличием большого количества сосудов в различных ее отделах. Сосуды разветвляются на капилляры, которые многократно анастомозируют друг с другом и образуют густую сеть. Вследствие этого резко снижается скорость кровотока. Падение скорости и напряженности кровотока создают условия для оседания и фиксации в нем различных бактериальных и токсических агентов.*
2. Объясните, чем объясняется замедление кровотока в сосудистом тракте глаза? *Большое количество сосудов в различных его отделах. Сосуды разветвляются на капилляры, которые многократно анастомозируют друг с другом и образуют густую сеть.*
3. Приведены фотографии глаз больных иридоциклитом и острым конъюнктивитом. Фотографию больного иридоциклитом обведите.



4. Напишите, с какой целью при передних увеитах назначают мидриатики? В чем Вы видите их лечебное действие? *Сращение зрачка с передней капсулой хрусталика легче происходит при узком зрачке – диаметр зрачка меньше, плотнее контакт с хрусталиком. При расширении зрачка из радужки механически выдавливается патологический экссудат.*
5. Какова причина изменения цвета радужки при иридоциклите? *Это происходит за счет отека и резкого кровенаполнения сосудов,*

появления экссудата с наличием элементов крови. Эритроциты разрушаются, гемоглобин претерпевает стадии распада и превращения в гемосидерин, имеющий зеленоватую окраску. Все это меняет цветовую тональность радужки.

6. Вследствие каких причин может наступить слепота при сращении зрачка? *Вследствие нарушения оттока внутриглазной жидкости, может развиваться вторичная глаукома.*
7. Какую экстренную помощь должен оказать врач больному с острым иридоциклитом? *Назначение средств, расширяющих зрачок (мидриатики), – первейшее и важнейшее лечебное мероприятие при передних увеитах, независимо от их этиологии. Это же касается и сильных противовоспалительных и противоаллергических средств – кортикостероидов.*
8. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
9. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 9

1. Какое осложнение иридоциклита изображено на рисунке? *Заращение зрачка.*



2. Объясните, почему сочетанное назначение инстилляций атропина и адреналина вызывает более выраженный эффект? *1% раствор атропина сульфата вызывает ослабление действия сфинктера зрачка. Его назначают в сочетании с 0,1% раствором адреналина, который*

вызывает сужение сосудов и возбуждение дилатора зрачка. Таким образом мидриаз усиливается.

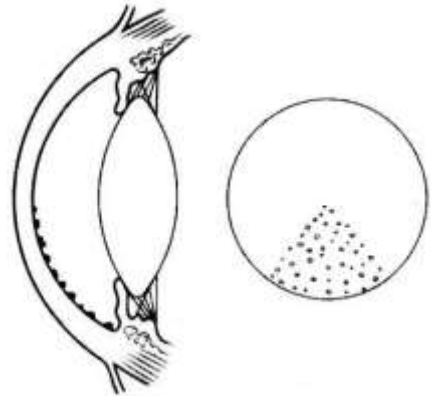
3. В связи с чем наблюдается ступенчатость рисунка радужки, возникающая при иридоциклите? *Ткань радужки набухает за счет выраженного отека, ажурный рисунок ступенчается, так как на поверхности радужки и ее криптах откладывается экссудат.*

4. Какое осложнение увеита изображено на рисунке? В чем Вы видите основные причины его возникновения?



Помутнение хрусталика – осложненная катаракта. Главными патогенетическими факторами, способствующими развитию осложненной катаракты при увеитах, являются: нарушение питания хрусталика, действие токсинов, изменения в эпителии хрусталика.

5. Какой симптом схематически изображен на рисунке? *Преципитаты.*



6. Какое осложнение иридоциклита изображено на схематическом рисунке и к чему оно приводит? *Бомбированная радужка.*



7. Напишите, какая, по-вашему, разница между сращением и заращением зрачка при иридоциклите? *При сращении зрачка радужка может*

быть спаяна с хрусталиком по всему зрачковому краю. При дальнейшем отложении экссудата, богатого фибрином, может наступить заращение зрачка, то есть выпотевание в его плоскость фибрина.

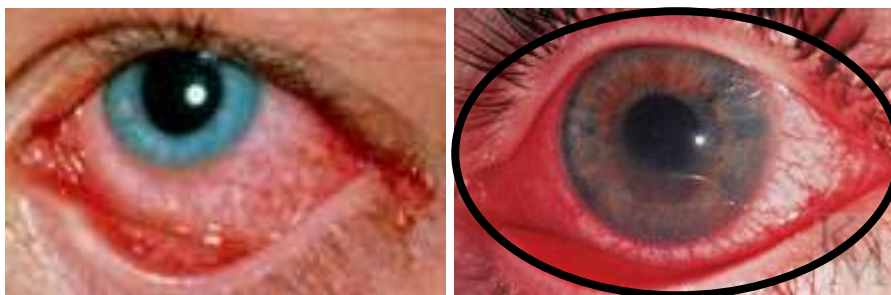
8. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
9. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 10

1. Опишите, каким образом можно определить цилиарную болезненность? *Пациента просят посмотреть вниз. Указательные пальцы обеих рук накладывают на веко в месте проекции ресничного тела и пальпируют его.*
2. Какие изменения глазного яблока больного иридоциклитом можно видеть на рисунке? *Преципитаты.*



3. Назовите основные причины возникновения метастатической офтальмии. *Причиной развития метастатической офтальмии является занос в капилляры хориоидеи или сетчатки микроорганизмов из какого-либо инфицированного очага в организме (вирусная инфекция, пневмония, воспалительные заболевания уха, горла, носа и т.д.).*
4. Приведены фотографии глаз больных иридоциклитом и острым конъюнктивитом. Фотографию больного иридоциклитом обведите.



5. Объясните, почему сочетанное назначение инстилляций атропина и адреналина вызывает более выраженный эффект? *1 % раствор атропина сульфата вызывает ослабление действия сфинктера зрачка. Его назначают в сочетании с 0,1% раствором адреналина, который вызывает сужение сосудов и возбуждение дилатора зрачка. Таким образом мидриаз усиливается.*
6. Вследствие каких причин может наступить слепота при сращении зрачка? *Вторичная глаукома*
7. Подпишите под рисунками: виды экссудации в переднюю камеру, встречающиеся при иридоциклитах:



Гипопион



Гифема

8. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
9. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ ПО ТЕМЕ

1. Скопление гноя в передней камере глаза носит название:
А – эктропион;
Б – энтропион;
В – гифема;
Г – халазион;
Д – гипопион.
2. Для клиники иридоциклита нехарактерно:
А – наличие преципитатов;
Б – сужение зрачка;
В – изменение цвета радужки;
Г – экскавация диска зрительного нерва;
Д – наличие гипопиона.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. В качестве первой помощи при остром иридоциклите используют инстилляцию:

А – дикаина;
Б – пилокарпина;
В – атропина;
Г – сульфацил-натрия;
Д – дексаметазона.

7. Преципитатами называется:

А – отложение клеточных элементов, склеенных фибрином;
Б – возникновение спаек между роговицей и радужкой;
В – образование спаек между радужкой и передней поверхностью хрусталика;
Г – расширение сосудов радужной оболочки;
Д – наличие гранулем на радужке.

8. При иридоциклите наблюдается:

А – конъюнктивальная инъекция глазного яблока;
Б – перикорнеальная инъекция глазного яблока;
В – смешанная инъекция глазного яблока;
Г – возможно А и В;
Д – возможно Б и В.

9. Стушеванность рисунка радужки при переднем увеите в первую очередь объясняется:

А – усиленным кровенаполнением сосудов;
Б – перемещением пигмента;
В – отеком ткани радужки;
Г – сдавлением ткани радужки вследствие сужения зрачка;
Д – ничем из перечисленного.

10. Воспалительный процесс сосудистой оболочки называется:

А – конъюнктивит;
Б – кератит;
В – увеит;
Г – склерит;
Д – ретинит.

Ответы.

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



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

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией

КУРС ОФТАЛЬМОЛОГИИ

КОРОЕВ О.А., КОРОЕВ А.О.

**ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ
ОРДИНАТОРОВ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ ПО
ОФТАЛЬМОЛОГИИ**



ТЕМА 4: «Острые заболевания зрительного нерва»

ТЕМА 4: «Острые заболевания зрительного нерва»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний.

1.

Оптический неврит	Симптомы
	1. гиперемия диска зрительного нерва, тушеванность его границ; 2. расширение артерий и извитость вен; 3. ткань диска набухшая и проминирует, сосудистая воронка заполнена экссудатом; 4. значительное снижение зрения; 5. сужение поля зрения; 6. нарушение цветоощущения.

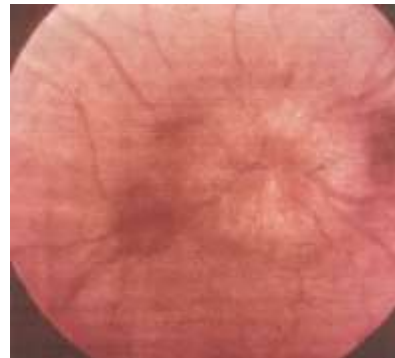
II. Целевые задачи:

<u>Ординатор должен знать:</u> • диагностику и лечение острых заболеваний зрительного нерва.	<u>Рекомендуемая литература:</u> <i>а) учебная литература</i> Офтальмология: учебник. <u>В.Н. Алексеев, Ю.С. Астахов, С.Н. Басинский и др.</u> / Под ред. <u>Е.А. Егорова</u>. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 240 с. Офтальмология: Учебник / под ред. <u>Е.И. Сидоренко</u>. – 3-е изд. – М.: ГЭОТАР-МЕД. 2013. – 640 с. <u>Рубан Э.Д.</u> Глазные болезни: новейший справочник. Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. – 622 с. <i>б) дополнительная</i> <u>Жабоедов Г.Д., Скрипник Р.Л.</u> Поражение зрительного нерва. – Киев, 2006. – 472 с. <u>Никифоров А.С., Гусева М.Р.</u> Нейроофтальмология. – М., 2008. – 624 с.
<u>Ординатор должен уметь:</u> • осуществлять диагностику и проводить лечение острых заболеваний зрительного нерва.	<u>Рекомендуемая литература:</u> Та же.

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

Вариант 1

1. Клиника какого заболевания изображена на рисунке? *Неврит зрительного нерва.*



2. Как изменяются зрительные функции при оптическом неврите? *Это заболевание вызывает внезапное и резкое снижение зрения: в зависимости от вовлечения в процесс папилломакулярного пучка острота зрения может снизиться до сотых долей или светоощущения, нарушается цветоощущение, появляются скотомы, сужается поле зрения.*
3. С какими изменениями зрительного нерва следует дифференцировать неврит? *Его приходится дифференцировать с псевдоневритом, ишемическими состояниями диска зрительного нерва, застойным диском.*
4. Опишите локализацию процесса при оптикохиазмальном арахноидите. *Процесс возникает при поражении зрительного нерва в интракраниальной его части. Это – диффузный воспалительный процесс паутинной и сосудистой оболочек мозга и краевых зон мозгового вещества с наибольшими изменениями в базальных цистернах мозга и оболочках зрительного нерва и хиазмы.*
5. Составьте три междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
6. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 2

1. Напишите, какие изменения поля зрения характерны для оптических невритов? *Сужение поля зрения, а при поражении папилломакулярного пучка – центральные скотомы.*
2. Какие болевые ощущения бывают у больных с невритом зрительного нерва? *При невритах никаких болевых ощущений нет, т.к. зрительный нерв не содержит чувствительных волокон.*
3. Опишите лечение, необходимое больному невритом зрительного нерва на первом этапе. *На первом этапе проводят общую противовоспалительную и гипосенсибилизирующую (антибиотики, кортикостероиды ретробульбарно и внутрь, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные препараты, витамины С, В₁, В₆, В₁₂), дезинтоксикационную (40% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой внутривенно), дегидратационную (лазикс, кальция хлорид внутривенно, ацетазоламид, глицерин внутрь) терапию. Применяют также препараты, снижающие проницаемость сосудистой стенки (дицинон), ферменты-ингибиторы протеолиза (гордокс, контрикал), антиоксиданты. Препараты местного действия предпочтительно вводить пара- и ретробульбарно, у детей – через силиконовые катетеры, обеспечивающие длительную ирригацию ретробульбарного или тенонова пространства глазницы.*
4. Напишите клинические проявления оптикохиазмального арахноидита. *Клиническим проявлением является двустороннее снижение остроты зрения, развитие центральной скотомы в поле зрения, может быть с дефектами на периферии, с гемиянопическими дефектами и двухсторонним, нисходящим невритом и побледнением дисков зрительных нервов.*
5. Составьте три междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
6. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 3

1. Какому заболеванию соответствует описанная ниже клиническая картина? «Гиперемия диска зрительного нерва, стушеванность его границ, умеренное расширение артерий и извитость вен. Диск пропитан экссудатом, ткань его набухшая и несколько проминирует, сосудистая воронка заполнена экссудатом. На диске и в перипапиллярной зоне плазморрагии и кровоизлияния». *Неврит зрительного нерва.*
2. Опишите офтальмоскопическую картину неврита зрительного нерва. *Офтальмоскопическая картина неврита характеризуется гиперемией диска зрительного нерва, стушеванностью его границ, умеренным расширением артерий и извитостью вен. Отек появляется в первую очередь в сосудистой воронке диска, нередко он столь значителен, что распространяется на окружающую сетчатку и вызывает выстояние (проминенцию) диска в стекловидное тело, как правило, не столь значительное, как при застойном диске. Сосуды на диске зрительного нерва и вокруг него расширены, их извитость повышена, могут быть кровоизлияния и очаги экссудата, как на диске зрительного нерва, так и на окружающей его сетчатке. Иногда наблюдается помутнение в заднем отделе стекловидного тела. На высоте воспалительного процесса гиперемия и стушеванность границ могут настолько усиливаться, что зрительный нерв сливается с фоном глазного дна.*
3. Напишите, какую терапию применяют в восстановительном периоде после неарита зрительного нерва? *Для восстановления зрительных функций в период реабилитации применяют нейротрофические препараты, средства, улучшающие микроциркуляцию и тканевой обмен в зрительном нерве. Показаны кислородно- и карбогенотерапия, витамины, физиотерапия, различные виды магнитной, лазерной стимуляции зрительного нерва, прямая и чрескожная электростимуляция его волокон.*
4. Каковы наиболее частые этиологические факторы развития оптикохиазмального арахноидита? *По данным литературы инфекционно-аллергические факторы составляют 56-76%. Часто грипп и гриппоподобные заболевания 34,5%, воспаление верхнечелюстных пазух в 30% случаев. Нередко имеет значение несколько причин одновременно. Этиологическое значение имеют*

другие инфекции – ревматизм, бруцеллез, туберкулез, ангины, отиты, различные интоксикации. Имеет большое значение черепно-мозговая травма, часто повторная.

5. Составьте три междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
6. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 4

1. Назовите возможные исходы оптических невритов. *Легкие формы под влиянием лечения быстро разрешаются: диск приобретает нормальный вид, зрительные функции восстанавливаются. При тяжелом течении процесс заканчивается вторичной (частичной или полной) атрофией зрительного нерва, что сопровождается стойким резким снижением остроты зрения и сужением поля зрения.*
2. Назовите причины, при которых может развиваться ретробульбарный неврит. *Причиной ретробульбарного неврита могут быть: рассеянный склероз, базальный лептоменингит, оптикоэнцефаломиелит, общие интоксикации (в том числе алкогольная и табачная), а также вирусные заболевания, болезни придаточных пазух носа, повреждения и т.д.*
3. Какова локализация воспалительного процесса при ретробульбарном неврите? *При ретробульбарном неврите воспалительный процесс локализуется на протяжении зрительного нерва за глазным яблоком до хиазмы.*
4. Опишите причины и суть хирургического лечения при оптикохиазмальных арахноидитах. *При оптикохиазмальных арахноидитах в случаях стойкого прогрессирующего падения зрения и сужения поля зрения показана своевременная операция. Цель хирургического вмешательства направлена на освобождение хиазмы и зрительных нервов от сдавления их арахноидальными спайками и замкнутыми кистоподобными образованиями.*

5. Составьте три междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
6. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 5

1. Назовите симптомы, характерные для острого ретробульбарного неврита. *Характерно бурное начало, нередко с болями в глубине глазницы и при движении глазного яблока, быстрое падение остроты зрения.*
2. Гнойные процессы в ухе нередко вызывают все нижеперечисленные процессы, кроме (ненужное зачеркните)
 - абсцессы и флегмоны глазницы;
 - ~~конъюнктивиты~~;
 - ~~кератиты~~;
 - хориоидиты;
 - гнойные увеиты;
 - панофтальмиты;
 - ~~катаракты~~;
 - ~~глаукому~~;
 - невриты зрительных нервов;
 - застойные диски зрительного нерва;
 - отогенный тромбоз орбитальных вен;
 - тромбоз кавернозного синуса.
3. Опишите субъективные симптомы при ретробульбарном неврите. *При возникновении ретробульбарного неврита внезапно происходит резкое снижение остроты зрения, появляется центральная скотома, которую больные ощущают как «пятно перед глазом», возможна болезненность при движении глаза.*
4. Напишите проявления ишемической оптической нейропатии. *Заболевание проявляется внезапной потерей зрения или резким его снижением, преимущественно у пожилых людей, страдающих*

гипертонической болезнью или атеросклерозом, но может возникнуть и у молодых больных при различных системных поражениях, связанных с общими гемодинамическими расстройствами, локальными сосудистыми изменениями, нарушением микроциркуляции (атеросклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, нарушения жирового обмена, заболевания соединительной ткани, болезни крови, множественные друзы диска зрительного нерва и др.). Как правило, поражается один глаз, но возможен и двусторонний процесс.

5. Составьте три междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
6. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 6

1. Назовите изменения зрительного нерва, характерные для начальной формы ретробульбарного неврита. *В начальном периоде заболевания офтальмоскопические симптомы со стороны диска зрительного нерва отсутствуют.*
2. Каковы основные причины возникновения оптического неврита? *Причинами оптического неврита могут быть воспалительные заболевания головного мозга и его оболочек, глазного яблока и глазницы, уха, горла и носа, острые и хронические инфекции, общие заболевания токсико-аллергического генеза.*
3. Опишите проявления острого ретробульбарного неврита. *Характерно бурное начало, нередко с болями в глубине глазницы и при движении глазного яблока, быстрое падение остроты зрения. В поле зрения определяются центральные и парацентральные скотомы. Боли в орбите зависят от того, что воспалительный процесс захватывает обильно снабженное чувствительными окончаниями сухожильное кольцо, от которого начинаются почти все мышцы глазного яблока.*

4. С чем связана и какова офтальмоскопическая картина передней ишемической оптикопатии? *Передняя ишемическая оптическая нейропатия связана с нарушением кровообращения в системе задних коротких цилиарных артерий и, возникающей, в связи с этим ишемии в ретинальном, хориоидальном (преламинарном) и склеральном (ламинарном) слоях диска зрительного нерва. Зона поражения отчетливо видна при офтальмоскопии: диск зрительного нерва отечен, увеличен, выступает (проминирует) в стекловидное тело, границы его размыты. Выражен отек сетчатки вокруг диска, в макуле формируется «фигура звезды». Отек бледный, ишемический, вены в зоне отека из-за сдавления узкие, а на периферии расширенные, полнокровные. Могут быть видны кровоизлияния и очаги экссудации. В отличие от неврита, диск при сосудистой патологии бледный, артерии резко сужены, неравномерного калибра.*
5. Составьте три междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
6. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 7

1. Назовите причину возникновения ишемической оптической нейропатии. *Ишемия диска является следствием нарушения кровообращения в системе артерий, питающих нерв.*
2. Какие заболевания необходимо дифференцировать с невритом зрительного нерва? *Его приходится дифференцировать с псевдоневритом, ишемическими состояниями диска зрительного нерва, застойным диском.*
3. Каков прогноз при остром ретробульбарном неврите? *Прогноз при остром ретробульбарном неврите, как правило, благоприятный.*
4. Опишите изменения поля зрения, характерные для передней ишемической нейропатии. *Чаще возникают нетипичные верхние или*

нижние гемиянопсии, хотя возможны и разнообразной формы центральные скотомы.

5. Составьте три междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
6. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 8

1. Назовите воспалительные процессы глаза, которые могут встречаться при гнойном отите. *Флегмона орбиты, панофтальмит, хориоидит, увеит, неврит зрительного нерва, отогенный тромбоз вен орбиты и кавернозного синуса, застойный диск зрительного нерва.*
2. Опишите разницу в восходящем и нисходящем характерах неврита зрительного нерва. *При воспалительных заболеваниях мозга и его оболочек неврит имеет нисходящий, а при заболеваниях глазного яблока – восходящий характер.*
3. Назовите причины ретробульбарного неврита. *Причиной ретробульбарного неврита могут быть: рассеянный склероз, базальный лептоменингит, оптикоэнцефаломиелит, обшие интоксикации (в том числе алкогольная и табачная), а также вирусные заболевания, болезни придаточных пазух носа, повреждения и т. д. В целом, при рассеянном склерозе ретробульбарный неврит встречается почти в двух третях случаях этого тяжелого неврологического заболевания.*
4. С чем связано возникновение задней ишемической нейропатии? *Задняя ишемическая оптическая нейропатия может быть вызвана как нарушением кровообращения в заднем участке зрительного нерва, так и стенозами внутренней и общей сонной артерий разной выраженности.*
5. Составьте три междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*

6. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 9

1. Из каких данных исследования складывается диагностика заболеваний зрительного нерва? *Диагностика заболевания зрительного нерва складывается из данных исследования центрального и периферического зрения, полей зрения на определенные цвета, офтальмоскопии, флюоресцентной ангиографии и электроэнцефалографических исследований.*
2. Назовите соматические заболевания, чаще всего приводящие к возникновению ишемической оптической нейропатии. *Ишемическая оптическая нейропатия возникает преимущественно у пожилых людей, страдающих гипертонической болезнью или атеросклерозом.*
3. К какой патологии глаз могут приводить заболевания полости носа? *Болезни полости носа приводят к конъюнктивитам, блефаритам, хроническим дакриоциститам.*
4. Опишите клиническую картину задней ишемической нейропатии. *Заболевание проявляется остро снижением остроты зрения и появлением дефектов в поле зрения. Офтальмоскопические изменения в начале заболевания отсутствуют, а через 6-8 недель появляется побледнение диска зрительного нерва в секторе, совпадающем с участками выпадения поля зрения, и развивается нисходящая атрофия зрительного нерва.*
5. Составьте три междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
6. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 10

1. Опишите изменения диска зрительного нерва, характерные для ишемической оптической нейропатии. *Диск зрительного нерва отечен, увеличен, проминирует в стекловидное тело, границы его размыты. Около диска могут быть геморрагии. Диск бледный, артерии резко сужены, неравномерного калибра.*
2. Для какого заболевания характерна нижеописанная клиническая картина? С каким заболеванием надо проводить дифференциальный диагноз? – Заболевание проявляется внезапной потерей зрения или резким его снижением, преимущественно у пожилых людей, страдающих гипертонической болезнью или атеросклерозом. Диск зрительного нерва отечен, увеличен, проминирует в стекловидное тело, границы его размыты. Около диска могут быть геморрагии. Диск бледный, артерии резко сужены, неравномерного калибра. Характерны изменения в поле зрения. Чаще возникают нетипичные верхние или нижние гемианопсии, хотя возможны и разнообразной формы центральные скотомы. *Ишемическая оптическая нейропатия.*
3. Опишите клиническую картину ретробульбарного неврита, развивающегося при отравлении метиловым спиртом. *Однократное употребление даже малых доз метилового спирта может привести к общему отравлению организма (головная боль, тошнота, коматозное состояние). Метиловый (древесный) спирт обладает избирательным свойством поражать зрительный нерв. Быстро развивается двустороннее падение зрения с классическими симптомами ретробульбарного неврита. Процесс, как правило, заканчивается атрофией зрительного нерва.*
4. Что представляет собой васкулит диска зрительного нерва? *Заболевание развивается у лиц молодого возраста, как правило, остро или подостро на фоне вирусных заболеваний, фокальной инфекции. Нарушения зрительных функций проявляются затуманиванием зрения, мельканием перед глазом, нерезким понижением остроты зрения. На глазном дне отмечаются гиперемия, отек и проминенция диска зрительного нерва, повышенная извитость, расширение и полнокровие вен сетчатки с очагами экссудации и кровоизлияниями по их ходу.*

5. Составьте три междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
6. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ ПО ТЕМЕ

1. Какие виды ишемической оптикопатии различают?
А – передняя;
Б – задняя;
В – интраокулярная;
Г – верно А и Б;
Д – верно все перечисленное.
2. О какой патологии зрительного нерва говорят «больной ничего не видит, и доктор ничего не видит»?
А – атрофии зрительного нерва;
Б – папиллите;
В – ретробульбарном неврите;
Г – застойном диске зрительного нерва;
Д – колобоме зрительного нерва.
3. Основным способом исследования зрительного нерва является:
А – флюоресцентная ангиография;
Б – офтальмоскопия;
В – биомикроскопия;
Г – исследование в проходящем свете;
Д – элекетинография.

Ответы

1 – Г; 2 – В; 3 – Б.



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

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией

КУРС ОФТАЛЬМОЛОГИИ

КОРОЕВ О.А., КОРОЕВ А.О.

**ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ
ОРДИНАТОРОВ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ ПО
ОФТАЛЬМОЛОГИИ**



ТЕМА 5: «Острый приступ глаукомы»

ТЕМА 5: «Острый приступ глаукомы».

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний.

1.

Острый приступ глаукомы	Симптомы
	1. боль в глазу, надбровной дуге и во всей половине головы; 2. отек стромы и эпителия роговицы; 3. мелкая передняя камера; 4. расширенный зрачок; 5. высокое внутриглазное давление.

II. Целевые задачи:

<u>Ординатор должен знать:</u> • объяснение термина глаукомы; • основные признаки глаукомы; • причину ошибок в диагностике при остром приступе глаукомы, какие общесоматические симптомы приводят к грубым ошибкам в диагностике (отравление, «острый живот», кардиологическая патология); • первую помощь больному с острым приступом глаукомы.	<u>Рекомендуемая литература:</u> <i>а) учебная литература</i> Офтальмология: учебник. <u>В.Н. Алексеев, Ю.С. Астахов, С.Н. Басинский и др.</u> / Под ред. <u>Е.А. Егорова</u>. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 240 с. Офтальмология: Учебник / под ред. <u>Е.И. Сидоренко</u>. – 3-е изд. – М.: ГЭОТАР-МЕД. 2013. – 640 с. <u>Рубан Э.Д.</u> Глазные болезни: новейший справочник. Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. – 622 с. <i>б) дополнительная</i> <u>Нестеров А.П.</u> Глаукома. – изд.2-е. – М. Медицинское информационное агентство, 2014. – 360 с. Николаенко В.П., Пирогов Ю.И.,
<u>Студент должен уметь:</u> • исследовать внутриглазное давление; • диагностировать и лечить острый приступ закрытоугольной глаукомы.	<u>Рекомендуемая литература:</u> Та же.

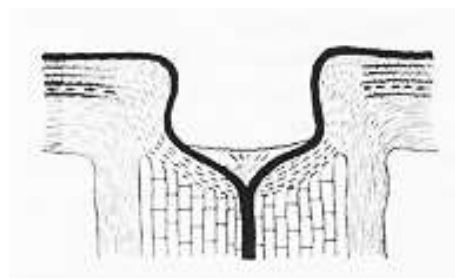
III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

Вариант 1

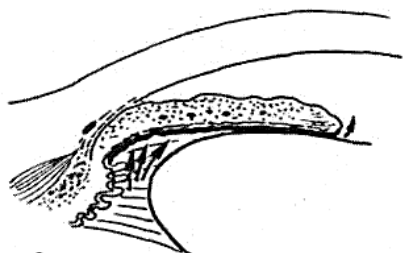
1. Дайте определение понятия «внутриглазное давление». *Внутриглазное давление – это давление, которое оказывает жидкое содержимое глазного яблока на его упругую наружную оболочку.*
2. Назовите основные отличия подострого от острого приступа закрытоугольной глаукомы. *Подострый приступ протекает в более легкой форме, если УПК закрывается не на всем протяжении или недостаточно плотно. Больные жалуются на затуманивание зрения и появление радужных кругов. Болевой синдром выражен слабо. При осмотре отмечается расширение эписклеральных сосудов, легкий отек роговицы и умеренное расширение зрачка. После подострого приступа не происходит деформации зрачка, сегментарной атрофии радужки, образования задних синехий и гониосинехий.*
3. Назовите основные причины возникновения острого приступа глаукомы. *Острый приступ глаукомы возникает под влиянием эмоциональных факторов, при длительном пребывании (но без сна) в темноте, при медикаментозном расширении зрачка или без каких-либо видимых причин.*
4. С каким заболеванием необходимо дифференцировать острый приступ глаукомы? *Острый приступ глаукомы нужно дифференцировать с острым иридоциклитом.*
5. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
6. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 2

1. Рядом с рисунком напишите название патологического изменения диска зрительного нерва, характерное для глаукомы. *Эккавация диска зрительного нерва.*



2. Какие изменения происходят в углу передней камеры при первичной закрытоугольной глаукоме? *Блокада угла передней камеры корнем радужки.*



3. Заполните недостающие графы в нижеприведенной таблице.
Дифференциальный диагноз острого приступа глаукомы

Клинические проявления	Острый приступ глаукомы	Острый иридоциклит
Боли	Преобладают иррадиирующие боли	<i>Преобладают боли в самом глазу</i>
Жалобы	<i>Радужные круги при взгляде на источник света</i>	Радужных кругов нет
Продромальные явления	Часто продромальные приступы	<i>Глаз заболевает внезапно</i>
Инъекция	<i>Застойная</i>	Перикорнеальная
Роговица	Мутная, отечная	<i>Прозрачная, преципитаты</i>
Чувствительность роговицы	<i>Понижена</i>	Не изменена
Передняя камера	Мелкая	<i>Средней глубины</i>
Зрачок	<i>Широкий</i>	Сужен
Внутриглазное давление	Повышено	<i>Нормальное, понижено, лишь иногда повышено</i>

4. Назовите причину, в связи с которой, больным с закрытоугольной глаукомой не рекомендуется введение сосудорасширяющих препаратов. *Больным закрытоугольной глаукомой опасны сосудорасширяющие средства, так как увеличение наполнения сосудистого тракта даже на одну каплю крови повышает внутриглазное давление до 38 мм рт. ст.*

5. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
6. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 3

1. Какие лекарственные препараты необходимо инстиллировать в глаз для купирования острого приступа глаукомы? *В течение 1-го часа производят инстилляции пилокарпина каждые 15 минут, затем через каждые 30 минут (2-4 раза) и в последующем – через каждый час до купирования приступа. Одновременно в пораженный глаз закапывают какой-либо β -адреноблокатор.*
2. Какие действия нужно предпринять при отсутствии эффекта от консервативной терапии острого приступа глаукомы? *Если через 24 часа приступ не удалось купировать, показана лазерная или хирургическая иридэктомия.*
3. Назовите жалобы больного, характерные для острого приступа глаукомы. *Больной жалуется на боли в глазу и надбровной дуге, затуманивание зрения и появление радужных кругов при взгляде на источник света. При резко выраженном приступе могут появиться тошнота и рвота, а боли иррадиируют в отдаленные органы (сердце, область живота), что иногда служит причиной грубых диагностических ошибок.*
4. Опишите отличие в состоянии угла передней камеры при остром и подостром приступах глаукомы. *Подострый приступ протекает в более легкой форме, если угол передней камеры закрывается не на всем протяжении или недостаточно плотно.*
5. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*

6. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

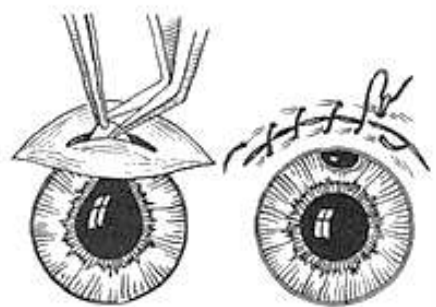
Вариант 4

1. Какие изменения в углу передней камеры происходят вследствие периодических функциональных блоков. *В результате периодически возникающих функциональных блоков происходит образование спаек (гониосинехий) и сращения корня радужки с передней стенкой угла передней камеры. Происходит его облитерация.*

2. Опишите клинические проявления глаукоматозной атрофии зрительного нерва. *Клинически глаукоматозная атрофия проявляется побледнением диска и образованием углубления – экскавации, которая сначала занимает центральный и височный отделы диска, а затем охватывает весь диск. До края диска экскавация доходит только при глаукоме. Таким образом, краевая экскавация диска зрительного нерва служит признаком его глаукоматозной атрофии.*



3. Назовите препараты, показанные для перорального применения при остром приступе глаукомы. *Внутрь больной принимает ацетазоламид и глицерол.*
4. Схема какого оперативного вмешательства при остром приступе глаукомы изображена на рисунке? *Иридэктомия.*



5. Составьте три междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
6. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 5

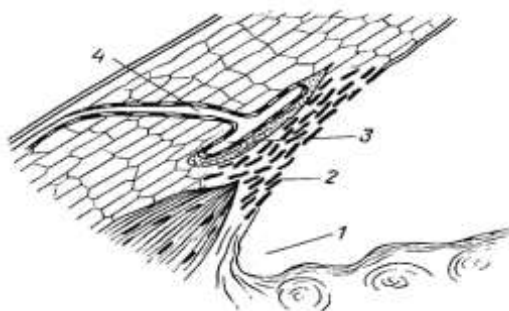
1. Какая часть угла передней камеры изображена на рисунке? *Дренажная система глаза.*



2. Назовите факторы, которые могут привести к возникновению острого приступа закрытоугольной глаукомы. *Острый приступ глаукомы возникает под влиянием эмоциональных факторов, при длительном пребывании (но без сна) в темноте, при медикаментозном расширении зрачка или без каких-либо видимых причин.*
3. Назовите вид инъекции глазного яблока, характерный для острого приступа глаукомы. *Застойная инъекция глазного яблока.*
4. Опишите возможные последствия повторяющихся острых приступов глаукомы. *Повторные приступы приводят к развитию хронической закрытоугольной глаукомы с постоянно повышенным внутриглазным давлением.*
5. Составьте три междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
6. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 6

1. Подпишите под рисунком названия анатомических образований, изображенных на рисунке.



- 1- бухта передней камеры;
- 2- трабекула;
- 3- венозный синус;
- 4- коллекторный каналец.

2. Опишите возможные жалобы больного с острым приступом закрытоугольной глаукомы. *Больной жалуется на боли в глазу и надбровной дуге, затуманивание зрения и появление радужных кругов при взгляде на источник света. При резко выраженном приступе могут появиться тошнота и рвота, а боли иррадируют в отдаленные органы (сердце, область живота), что иногда служит причиной грубых диагностических ошибок.*
3. Назовите общие процедуры, возможные для лечения острого приступа глаукомы. *Назначается гирудотерапия и отвлекающие мероприятия – горячие ножные ванны.*
4. Какие изменения роговой оболочки могут возникать при остром приступе глаукомы? *Отек роговицы.*
5. Составьте три междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
6. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 7

1. Опишите путь внутриглазной жидкости через дренажную систему. *Через многочисленные отверстия и щели трабекулы водянистая влага просачивается в склеральный синус (шлеммов канал), а затем оттекает по 20-30 коллекторным канальцам (водяным венам) в эписклеральные вены.*
2. Дайте характеристику клинической картины острого приступа закрытоугольной глаукомы. *При осмотре глаза отмечают застойную инъекцию, отек роговицы, мелкую переднюю камеру, расширенный зрачок и закрытый угол передней камеры при гониоскопии. Внутриглазное давление повышается до 40-60 мм рт. ст.*

3. Назовите симптом, проявляющийся при глаукоме и в чем он проявляется. *В глазах с повышенным внутриглазным давлением передние цилиарные артерии у места входа их в эмиссарий расширяются, приобретая характерный вид («симптом кобры»).*



4. Результат какого лазерного вмешательства изображен на рисунке? *Лазерная иридэктомия.*



5. Составьте три междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*

6. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 8

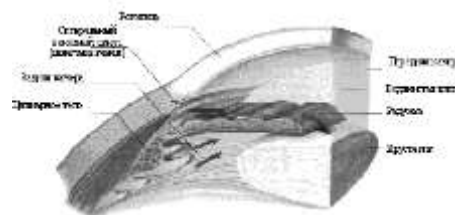
1. Назовите изменения глаза, связанные со странгуляцией сосудов при



острым приступе закрытоугольной глаукомы. *В результате странгуляции части сосудов развиваются явления очагового или секторального некроза стромы радужки с последующим асептическим воспалением, образованием задних синехий по краю зрачка, гониосинехий, деформацией и смещением зрачка.*

2. Где, и каким путем вырабатывается внутриглазная жидкость?

Внутриглазную жидкость вырабатывает цилиарное тело. Водянистая влага примерно на 75% формируется путем активной секреции и на 25% – путем пассивной ультрафильтрации.



3. Назовите состояние передней камеры при остром приступе глаукомы. *Мелкая передняя камера.*

4. Какова причина возникновения хронической закрытоугольной глаукомы при повторяющихся приступах? *Увеличивающееся количество гониосинехий и повреждение трабекулярного аппарата.*

5. Составьте три междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*

6. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 9

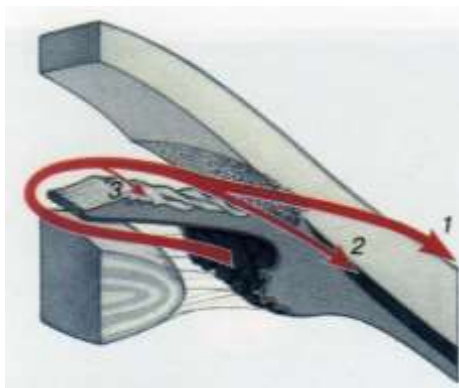
1. Что является причиной спонтанного обратного развития острого приступа закрытоугольной глаукомы? *Спонтанное обратное развитие приступа, наблюдаемое в некоторых случаях, связано с подавлением секреции ВВ и ослаблением зрачкового блока вследствие атрофии радужки в зрачковой зоне и деформации зрачка.*
2. Назовите основные средства, оказывающие осмотическое действие, используемые для гипотензивной терапии. *Из средства, оказывающих осмотическое действие в клинической практике используют глицерол и маннитол.*
3. Какая патология глаза изображена на картинке? *Острый приступ закрытоугольной глаукомы.*



4. Опишите действия врача при отсутствии эффекта от срочной терапии острого приступа глаукомы. *При отсутствии эффекта в течение 1-2 часов под контролем артериального давления применяют седативные, антигистаминные, обезболивающие препараты в виде литической смеси.*
5. Составьте три междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
6. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 10

1. Дайте определение термину «глаукома». Термин «глаукома» объединяет большую группу заболеваний глаза, имеющих следующие особенности: внутриглазное давление постоянно или периодически превышает толерантный уровень; развивается характерное поражение головки зрительного нерва и ганглионарных клеток сетчатки); возникают характерные для глаукомы нарушения зрительных функций.
2. Назовите три основных метода лечения глаукомы. В настоящее время используют три основных метода гипотензивного лечения: медикаментозный, лазерный и хирургический.
3. Опишите алгоритм первой помощи при лечении острого приступа закрытоугольной глаукомы. В течение 1-го часа производят инстилляцию пилокарпина каждые 15 минут, затем через каждые 30 минут (2-4 раза) и в последующем – через каждый час до купирования приступа. Одновременно в пораженный глаз закапывают какой-либо β -адреноблокатор. Внутрь больной принимает ацетазоламид и глицерол. Назначается гирудотерапия и отвлекающие мероприятия – горячие ножные ванны. При отсутствии эффекта в течение 1-2 часов под контролем артериального давления применяют седативные, антигистаминные, обезболивающие препараты в виде литической смеси. Если через 24 часа приступ не удалось купировать, показана лазерная или хирургическая иридэктомия.
4. Назовите основные пути оттока внутриглазной жидкости. Отток через дренажную систему. Увеосклеральный отток.



5. Составьте три междисциплинарные ситуационные задачи по теме. Ситуационные задачи составляются ординаторами самостоятельно.

6. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Тестовые задания составляются ординаторами самостоятельно.*

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ ПО ТЕМЕ

1. Истинное внутриглазное давление имеет нормальный уровень равный:
А – 5-12 мм рт. ст.;
Б – 9-22 мм рт. ст.;
В – 12-26 мм рт. ст.;
Г – 16-26 мм рт. ст.;
Д – 27-32 мм рт. ст.
2. Секрция внутриглазной жидкости осуществляется:
А – эндотелием роговицы;
Б – радужной оболочкой;
В – ворсинками ресничного тела;
Г – хориоидеей;
Д – эпителием хрусталика.
3. Какой из препаратов не применяется для консервативной терапии глаукомы?
А – пилокарпин
Б – латанопрост;
В – тимолол;
Г – атропин;
Д – проксодолол.
4. 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.
5. Внутриглазное давление при остром приступе глаукомы:
А – повышено;
Б – резко повышено;
В – не изменяется;
Г – незначительно повышено;
Д – резко понижено.
6. Угол передней камеры при закрытоугольной глаукоме блокируется:

А – пигментными глыбками;
Б – корнем радужной оболочки;
В – хрусталиком;
Г – новообразованными сосудами;
Д – стекловидным телом.

Ответы.

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



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

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией

КУРС ОФТАЛЬМОЛОГИИ

КОРОЕВ О.А., КОРОЕВ А.О.

**ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ
ОРДИНАТОРОВ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ ПО
ОФТАЛЬМОЛОГИИ**



ТЕМА 6: «Повреждения придаточного аппарата глаза и глазного яблока»

ТЕМА 6: «Повреждения придаточного аппарата глаза и глазного яблока».

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний.

1.

Перелом внутренней стенки орбиты со смещением отломков и выходом воздуха в ретробульбарную клетчатку	Симптомы
	1. смещение глазного яблока; 2. возможно ограничение его подвижности; 3. боли в орбите, голове 4. отек век с подкожной эмфиземой; 5. ретробульбарная гематома.

2.

Проникающее ранение роговицы	Симптомы
	1. сквозная рана в роговой оболочке; 2. мелкая передняя камера; 3. выпадение радужной оболочки; 4. деформация зрачка.

3.

Ожог роговицы III степени	Симптомы
	1. значительные участки помутнения; 2. шероховатость; 3. потеря чувствительности; 4. вид матового стекла.

4.

Сидероз	Симптомы
	1. ржавый оттенок радужки; 2. в передних слоях хрусталика пятна ржавого цвета; 3. токсическая ретинопатия.

II. Целевые задачи:

<u>Ординатор должен знать:</u> • симптомы контузий мягких тканей глазницы; • классификацию травм глазного яблока; • симптомы переломов глазницы; • клинику халькоза и сидероза глаза; • диагностику инородных тел глаза;	<u>Рекомендуемая литература:</u> а) учебная литература Офтальмология: учебник. В.Н. Алексеев, Ю.С. Астахов, С.Н. Басинский и др. / Под ред. Е.А. Егорова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 240 с.
---	---

• 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.	Офтальмология: Учебник / под ред. <u>Е.И. Сидоренко</u>. – 3-е изд. – М.: ГЭОТАР-МЕД. 2013. – 640 с. <u>Рубан Э.Д.</u> Глазные болезни: новейший справочник. Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. – 622 с. б) <i>дополнительная</i> Травмы глаза. / Под общ. ред. <u>Р.А. Гундоровой, В.В. Нероева, В.В. Кашникова</u>. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 560 с. <u>Черныш Э.В., Бойко Э.В.</u> Ожоги глаз. Состояние проблемы и новые подходы. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 184 с.
<u>Ординатор должен уметь:</u> • диагностировать тупую травму глаза и его придатков; • диагностировать проникающее ранение глаза; • диагностировать ожог глаза; • оказать первую помощь при травмах глаза; • осуществлять профилактику глазного травматизма.	<u>Рекомендуемая литература:</u> Та же.

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

Вариант 1.

1. Какую часть глазной патологии составляют повреждения органа зрения? *Травмы органа зрения составляют около 20% всей глазной патологии.*
2. Опишите клинические данные, характеризующие травматические повреждения зрительного нерва. *При повреждении костей глазницы нередко страдает зрительный нерв. Возможны его ущемления в канале, разрыв на разных уровнях, отрыв от глазного яблока. Нарушение целостности зрительного нерва сопровождается полной*

потерей зрения. Клиническая картина зависит от места разрыва. Если разрыв нерва возник в заднем отделе глазницы, то на глазном дне сначала нет патологических изменений, а через 2-3 недели появляется атрофия диска. Разрыв передней части зрительного нерва (не дальше 10-12 мм, где проходит центральная артерия сетчатки) характеризуется картиной, сходной с проявлением острой сосудистой непроходимости центральной артерии сетчатки.

3. Сформулируйте определение проникающего ранения глаза. Проникающим ранением глаза называется ранение, нарушающее целостность (рассечение) фиброзной капсулы глаза.
4. Опишите, какие виды металлозов глаза существуют, и дайте им характеристику. Металлоз бывает двух видов: сидероз и халькоз. Это окисление соответственно железа и меди внутри глаза.
5. Назовите осложнение проникающего ранения глаза, изображенное на рисунке. Травматическая катаракта.



6. В чем заключается принцип эвисцерации глазного яблока? Эвисцерация заключается в иссечении роговицы с последующим выскабливанием гнойно воспаленных внутренних оболочек специальной ложечкой.
7. Напишите принципы лечения гемофтальма. В свежих случаях больному назначают полный покой, кровоостанавливающую терапию (викасол, дицинон, аскорутин). Через несколько дней приступают к рассасывающей терапии – внутривенному вливанию гипертонических растворов натрия хлорида и йодида, применению ферментов – лидазы, трипсина, фибринолизина. Показаны ультразвуковая и лазерная терапия, которая наиболее эффективна при частичном гемофтальме: кровь в стекловидном теле может почти полностью

рассосаться. При наличии полного гемофтальма производится тотальная витрэктомия.

8. Подпишите под рисунками характер травматической эктопии хрусталика.



*вывих хрусталика в
стекловидное тело*



подвывих хрусталика

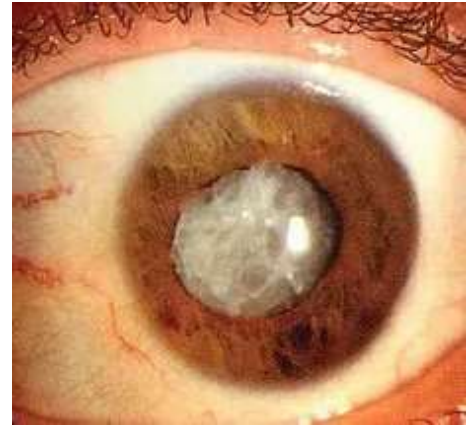
9. Опишите принципы оказания первой помощи при ожоге глаза. Оказание первой помощи сводится к обильному промыванию водой конъюнктивальной полости в течение 5-30 минут, в зависимости от тяжести поражения. При ожогах известью, прежде чем приступить к промыванию, необходимо тщательно удалить кусочки извести из сводов конъюнктивы. В глаз закапывают какие-либо дезинфицирующие растворы (0,3% раствор офлоксацина, 20% раствор сульфацил-натрия) и закладывают мази (0,3% флоксаловая, 1% эритромициновая). При ожогах II-IV степеней следует закапывать мидриатики и вводить столбнячный анатоксин и противостолбнячную сыворотку по Безредке.
10. Опишите, вследствие каких воздействий на глаз формируются термические ожоги? Термические ожоги развиваются при попадании в глаз раскаленного металла, кипящей жидкости, реже – пламени.
11. Опишите особенности хирургической обработки колотых ран глазницы. Производят тщательную ревизию раневого канала и первичную хирургическую обработку. Мягкие ткани рассекают на протяжении 2-2,5 см. Раневой канал исследуют осторожно, максимально щадя подниматель верхнего века, наружные мышцы глаза, сосуды, нервы. После исключения проникновения раневого канала в полость черепа или околоносовые пазухи и исключения инородного тела в глазницу на рану накладывают швы.

12. Опишите первую помощь при воздействии на глаз отравляющих веществ кожно-нарывного действия. *Прежде всего, необходимо промыть конъюнктивальный мешок изотоническим раствором хлорида натрия или 2% раствором соды, после чего 3-4 раза в день закладывают за веки витаминизированные мази. При попадании в глаза капельно-жидкого иприта необходимо немедленно промыть их 0,5% водным раствором хлорамина. Дальнейшее лечение зависит от имеющихся симптомов.*
13. Назовите наиболее эффективный способ лечения эндофтальмитов. *Наиболее эффективным методом лечения эндофтальмитов является витрэктомия – удаление стекловидного тела, заполненного гноем и микробными телами. В процессе операции осуществляют непрерывное орошение полости глазного яблока раствором антибактериального препарата.*
14. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
15. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Задачи составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 2

1. Назовите основные виды травм органа зрения. *Травмы органа зрения можно разделить на производственные (промышленные, сельскохозяйственные, строительные), спортивные, бытовые, криминальные, детские.*

2. Опишите изменения глаза при травматической катаракте. *Набухшие хрусталиковые волокна выпадают в переднюю камеру в виде серых рыхлых комочков. Выпавшие в большом количестве хрусталиковые массы блокируют пути оттока внутриглазной жидкости, что приводит к развитию вторичной глаукомы с сильнейшими болями в глазу. В этих случаях показана неотложная операция – экстракция катаракты с одновременной или последующей интраокулярной коррекцией афакии.*



3. Опишите синдром верхней глазничной щели. *Этот симптомокомплекс в выраженном виде включает в себя: умеренный, обусловленный сдавлением вены экзофтальм (большим он бывает при наличии новообразования, значительных размеров инородного тела или кровоизлияния), частичный или полный птоз верхнего века, полную неподвижность глазного яблока, мидриаз, паралич аккомодации, резкое снижение чувствительности роговицы и кожи век в области разветвления первой ветви тройничного нерва.*
4. Назовите виды проникающих ранений глаза в зависимости от анатомической локализации. *Роговичная, роговично-лимбальная, лимбальная, лимбо-склеральная, склеральная, роговично-склеральная.*
5. Дайте определение симпатического воспаления. *Возникновение фибринозно-пластического иридоциклита на другом, нетравмированном глазу.*
6. При возникновении симпатического воспаления процесс на травмированном глазу носит название симпатизирующего.
7. Подпишите под рисунками характер травматической эктопии хрусталика.



подвывих хрусталика

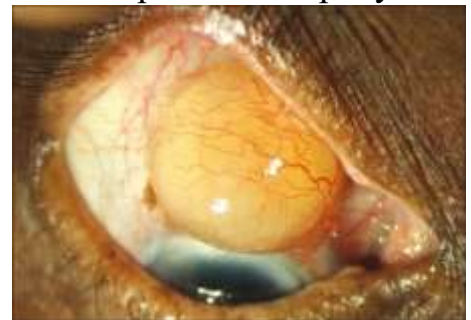
*вывих хрусталика в
переднюю камеру*

8. Опишите принципы лечения свежих ожогов глаза. *В стационаре в случаях свежих ожогов лечение больного должно быть направлено на создание благоприятных условий для регенерации поврежденных тканей, а также на профилактику инфекций. Полезно обильное промывание глаз раствором фурацилина 1:5000. Под конъюнктиву и своды вводят гемодез в количестве 3-5 мл ежедневно в течение 6-7 дней. Показано также подконъюнктивальное введение «коктейля», в состав которого входят аутосыворотка, антибиотики, сосудорасширяющие препараты и антикоагулянты. Хороший эффект при тяжелых ожогах наблюдается в результате применении сыворотки ожоговых реконвалесцентов путем подконъюнктивальных и внутривенных инъекций. Для борьбы с инфекцией, а также для улучшения трофики и регенерации тканей глаза необходимы частые (каждый час) закапывания 0,3% раствора флоксала, 20% раствора сульфацил-натрия, корнерегеля, 5% раствора глюкозы, 0,01% раствора рибофлавина, закладывания мази с антибиотиком, подконъюнктивальные инъекции антибиотиков, назначение гипосенсибилизирующих препаратов внутрь. При особо тяжелых свежих ожогах (III-IV степеней) необходима экстренная послойная лечебная кератопластика консервированной донорской роговицей. Для этой цели можно применять высушенную в силикагеле и регидратированную перед операцией роговицу. Некротизированную конъюнктиву замещают лоскутом слизистой оболочки с губы больного или аутоконъюнктивой.*

9. Какая операция, изображенная на рисунке, проводится больному с гемофтальмом? *Витрэктомия.*



10. Какие виды некроза тканей возникают при химических ожогах? *Наиболее тяжелые ожоги глаза возникают под действием щелочей, поскольку при этом развивается колликативный некроз, и щелочь проникает в глубь тканей глаза. Ожоги кислотами приводят к коагуляционным некрозам.*
11. Какое воздействие на глаз оказывают отравляющие вещества раздражающего действия? *Отравляющие вещества раздражающего действия вызывают неудержимое чиханье. Наблюдаются слезотечение, раздражение конъюнктивы, иногда помутнение роговицы.*
12. Какое повреждение глаза при тупой травме изображено на рисунке? *Разрыв склеры, вывих хрусталика под конъюнктиву.*



13. Опишите клинические проявления симпатического воспаления на здоровом глазу. *В здоровом глазу сначала отмечаются легкая болезненность, светобоязнь, слабо выраженная (заметная только в процессе обследования) перикорнеальная инъекция сосудов. Позднее появляются преципитаты на задней поверхности роговицы, нарушается четкость рисунка радужки, сужается зрачок, образуются задние синехии, происходят сращение и заращение зрачка.*

Глазная гипертензия сменяется гипотензией, а затем субатрофией глазного яблока.

14. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
15. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Задачи составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 3

1. Что такое гемофтальм, какова его клиника, необходимое лечение и возможные осложнения. *Гемофтальм – кровоизлияние в стекловидное тело. У больных с частичным гемофтальмом во время исследования глаза в проходящем свете на фоне розового рефлекса глазного дна наблюдаются темные хлопьевидные плавающие помутнения (сгустки крови). При полном гемофтальме кровь пропитывает все стекловидное тело и при исследовании в проходящем свете рефлекс с глазного дна получить не удастся, зрение падает до светоощущения. Назначают полный покой, кровоостанавливающую терапию. Через несколько дней приступают к рассасывающей терапии. При наличии полного гемофтальма производится тотальная витрэктомия.*
2. Опишите виды повреждений, встречающихся при промышленных травмах глаз. *Промышленные травмы – это, как правило, повреждение глаз осколками металла, стружкой. В связи с широким внедрением техники в сельское хозяйство сельскохозяйственные травмы приобрели многие черты промышленных, однако встречаются и сугубо специфические травмы (удар рогом коровы, клювом петуха, захлестывание кнутом и т. д.).*



3. Напишите, чем объясняется быстрое возникновение отеков и кровоизлияний век при травме? *Это объясняется, с одной стороны, обильной васкуляризацией век, с другой – особенностью строения подкожной клетчатки: она рыхлая, не содержит жира, поэтому излившаяся кровь быстро распространяется под кожей обоих век.*



4. Назовите абсолютные признаки проникающего ранения глазного яблока. *Сквозная рана роговицы, выпадение внутренних оболочек, отверстие в радужке, наличие инородного тела внутри глаза.*



5. Напишите принципы лечения симпатического воспаления. *Назначают кортикостероиды внутрь, в каплях и субконъюнктивально, инъекции антибиотиков внутримышечно и под конъюнктиву, сульфаниламиды внутрь, гипосенсибилизирующие средства, цитостатики и иммунокорректирующие препараты. Местно – инсталляции мидриатиков (атропин, адреналин). В редких случаях в стадии исходов производят оперативное лечение последствий симпатического воспаления. Как правило, приходится прибегать к антиглаукоматозной операции, удалению осложненной катаракты, витрэктомии.*

6. Какое гнойное осложнение проникающего ранения глаза изображено на рисунке? Каковы особенности лечения данного осложнения? *Гнойный иридоциклит, гипопион. Необходимо усилить антибиотикотерапию, которую проводят со дня ранения. Назначают большие дозы антибиотиков широкого спектра действия внутримышечно или внутривенно, сульфаниламидные препараты. Антибиотики вводят*



также под конъюнктиву или методом электрофореза. Если явления гнойного иридоциклита в ближайшие дни заметно не уменьшаются, показан парацентез роговицы с промыванием передней камеры дезинфицирующими растворами.

7. Подпишите под рисунками характер травматической эктопии хрусталика.



*вывих хрусталика в
стекловидное тело*



*вывих хрусталика в
переднюю камеру*

8. Опишите офтальмоскопические изменения при повреждении решетчатой пластинки зрительного нерва. *Она тонка и при ударе отходит кзади, из-за чего часто возникают отеки диска зрительного нерва и кровоизлияния в сетчатку.*
9. Что такое электроофтальмия, и когда она возникает? *Ультрафиолетовое облучение вызывает в основном так называемую электроофтальмию, что бывает при электросварке. Если при этом глаза не были защищены, ультрафиолетовые лучи, образующиеся в процессе электросварки, попадают на передний отдел глаза и вызывают воспалительные явления, которые развиваются после скрытого периода, продолжающегося в течение 4-6 часов, поэтому нередко больные обращаются за помощью к окулисту в ночное время.*

10. Назовите степень ожога глаза, изображенного на рисунке. *Ожог глаза I степени.*



11. Опишите тактику хирурга при проникающем ранении глаза с выпадением радужной оболочки. *При проникающей ране роговицы с выпадением радужки раньше ее обязательно отсекали. В настоящее время благодаря мощным антибиотикам опасность инфицирования при вправлении радужки значительно уменьшилась. Радужку вправляют с помощью хирургического шпателя через рану или дополнительный разрез у лимба. Если вправление ригидной радужки затруднено, то производят небольшую иридотомию.*
12. Опишите первую помощь при воздействии на глаз отравляющих веществ раздражающего действия. *Промывание глаз изотоническим раствором хлорида натрия или 2% раствором соды.*
13. Каковы показания к удалению глаза в отдаленном периоде после травмы? *Показаниями к удалению глаза в позднем периоде после ранения являются некупирующийся вялотекущий посттравматический иридоциклит на слепом глазу, рецидивирующие кровоизлияния и гемофтальм, внутриглазная инфекция, вторичная абсолютная глаукома, субатрофия и атрофия глазного яблока при отсутствии зрительных функций.*
14. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
15. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Задачи составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 4

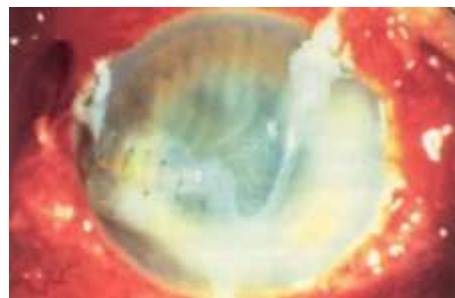
1. Чем наносятся бытовые травмы глаз? *Бытовые травмы по характеру разнообразны: случайный прокол глаза иглой, шилом, ножницами, ножом, стеклом и т. д.*
2. Назовите сомнительные (относительные) признаки проникающего ранения глазного яблока. *В свежих случаях ранения почти всегда отмечается гипотония, которая может появляться и после контузии, но чаще она служит важным диагностическим признаком, указывающим на нарушение целостности капсулы глаза при проникающих ранениях. Передняя камера вследствие истечения ее влаги может стать мелкой или полностью отсутствовать. Возможно изменение формы зрачка. Если проникающее ранение располагается в склере, то передняя камера становится глубокой в результате истечения стекловидного тела и смещения кзади радужки и хрусталика.*
3. Объясните, почему особенно опасны повреждения внутренней трети века. *Особенно опасны повреждения внутренней трети века, так как при этом повреждаются слезные канальцы.*



4. Опишите локализацию внутриглазного инородного тела, изображенного на рисунке (ответ напишите рядом с рисунком). *Инородное тело в хрусталике.*



5. Какое гнойное осложнение проникающего ранения глаза изображено на рисунке? *Эндофтальмит.*



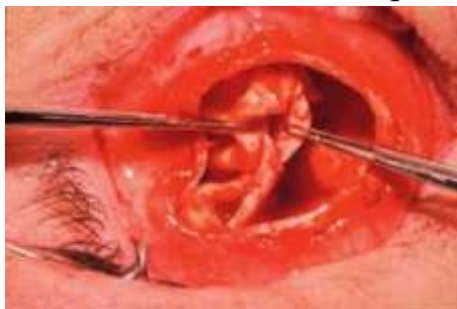
6. Назовите симптомы, указывающие на подвывих хрусталика. *На подвывих хрусталика указывают: дрожание радужки и самого хрусталика во время движения глазного яблока, неравномерная глубина передней камеры, расширение иридохрусталиковой щели, грыжа стекловидного тела в передней камере. Если зрачок достаточно широк, можно видеть экватор хрусталика. При исследовании в проходящем свете он рефлексирует в виде дугообразной полосы.*

7. Назовите травматическую патологию век, изображенную на рисунке. *Подкожная гематома века.*



8. Опишите возможные изменения сетчатки, возникающие при контузии глазного яблока. *Изменения в сетчатке могут наступить даже при легкой контузии. Об этом могут свидетельствовать небольшое побледнение сетчатки и появление патологических рефлексов при проведении офтальмоскопии, особенно в бескрасном свете. При тяжелых контузиях сетчатка в заднем отделе, особенно в макулярной области, приобретает молочно-белый оттенок, могут возникнуть кровоизлияния. На фоне побледневшей сетчатки в заднем отделе выделяется красный центр макулы. Через стенку расширенных капилляров в ткань сетчатки проникает жидкость и развивается ее отек.*

9. Какие изменения глаза характерны для ожога I степени? *При наиболее легких ожогах – I степени – наблюдаются гиперемия конъюнктивы, а на роговице – поверхностные эрозии и легкий отек эпителия.*
10. Опишите клинические проявления электроофтальмии. *Симптомами электроофтальмии являются светобоязнь, слезотечение, гиперемия конъюнктивы. Роговица при этом прозрачная, блестящая, но иногда наблюдаются мелкие пузыревидные вздутия эпителия.*
11. Назовите особенности промышленного травматизма для различных специальностей. *Для каждой специальности существуют собственные травматические факторы, обуславливающие повреждения глаз. У металлистов, токарей, кузнецов повреждения вызываются отлетающими частицами металла, концами инструментов, горячим металлом. У строителей нередко ожоги известью. В химической промышленности бывают ожоги кислотами, щелочами. В электрической промышленности приходится иметь дело с влиянием сильного света. Следует отметить, что повреждения глаз наиболее часто встречаются у рабочих металлургической промышленности. Чаще всего повреждается роговица, главным образом у металлистов, токарей, каменщиков.*
12. Определите показания к лечению тупой травмы глазницы. *Показанием к хирургическому лечению является обширное кровоизлияние в орбиту, проявляющееся значительным экзофтальмом, смещением глазного яблока, резким ограничением подвижности его в одну сторону и не подвергающееся обратному развитию на 3-4-й день после получения травмы.*
13. Напишите название операции, этап которой изображен на рисунке. *Эвисцерация глазного яблока.*



14. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Задачи составляются ординаторами самостоятельно.*

15. Составьте 5 тестовых задач по теме. Задачи составляются ординаторами самостоятельно.

Вариант 5

1. Объясните хорошее заживление век при различных повреждениях. *Раны век, даже при полных отрывах, заживают хорошо благодаря обильному кровоснабжению.*
2. Опишите клиническую картину эндофтальмита после проникающего ранения глаза. *Травмированный глаз раздражен. Кроме выраженной смешанной инъекции, на глазном яблоке нередко появляется хемоз конъюнктивы. При исследовании в проходящем свете вместо красного рефлекса глазного дна отмечается желтовато-зеленый или серо-зеленый, что свидетельствует о проникновении инфекции в область стекловидного тела. Формируется абсцесс стекловидного тела, зрение падает до светоощущения или до нуля.*

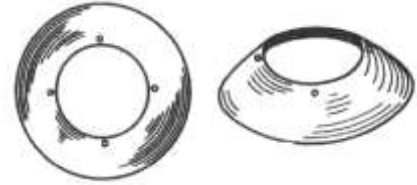
3. Назовите особенности детского глазного травматизма. *Свои особенности имеют детские травмы. Они связаны, как правило, с шалостью и опасными играми (стрельба из лука, рогатки, различного вида запалы и пр.). В школах возможны травмы во время занятий по приобретению трудовых навыков.*



4. Какое воздействие на глаз оказывают отравляющие вещества типа лакриматоров? *Они раздражают конъюнктиву, вызывают блефароспазм и в первую очередь слезотечение. При более высокой концентрации в воздухе усиливается действие отравляющие вещества – появляются помутнения роговицы; при непосредственном воздействии отравляющие вещества на роговицу возможен даже ее*

некроз. Легкое раздражение слизистой оболочки постепенно, в течение 2-3 дней исчезает. Помутнения роговицы держатся дольше (до 1 месяца), но также проходят бесследно.

5. Назовите приспособления, изображенные на рисунке. *Протез-индикатор Балтина.*



6. Какие последствия дает железный металлический осколок, находящийся внутри хрусталика? *Неизбежно развитие сидероза и полной травматической катаракты.*

7. Что такое кольцо Фоссиуса? Когда оно встречается? *Кольцо Фоссиуса – отложение пигмента на передней капсуле хрусталика. Кольцевидное помутнение развивается вследствие плотного контакта радужки с хрусталиком в момент контузии.*

8. Через несколько дней после травмы у пациента возникла клиническая картина, изображенная на рисунке. О какой патологии, кроме подкожных кровоизлияний век, можно еще подумать? *Перелом основания черепа (симптом «очков»).*

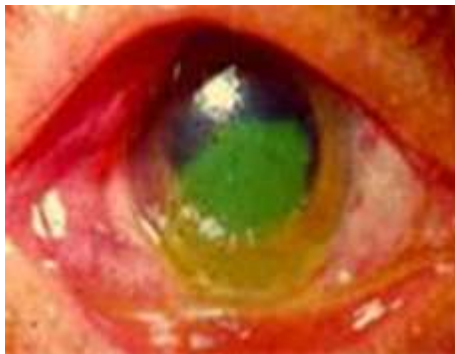


9. Какое изменение сетчатки в результате травмы изображено на рисунке? *Травматическое помутнение сетчатки (берлиновское помутнение).*



10. Каково лечение электроофтальмии? Лечение заключается в инстилляциях раствора алкаина, 2% раствора новокаина и стерильного вазелинового масла, а также 30% раствора сульфацил-натрия. Полезны холодные примочки.

11. Назовите степень ожога глаза, изображенного на рисунке. Ожог глаза II степени.



12. Опишите клинические проявления сквозного ранения глаза с наличием инородного тела в орбите. При сквозном ранении глаза с наличием инородного тела в орбите клиническая картина характеризуется полиморфизмом патологических изменений глазного яблока. Больные предъявляют жалобы на снижение зрения, болевые ощущения, смещение глазного яблока. При обследовании у них выявляют воспаление тканей орбиты, поражение зрительного нерва, синдром верхней глазничной щели, невралгию нижнеглазничного нерва, энтофтальм, обусловленный атрофией жировой клетчатки, или экзофтальм как следствие ретробульбарной гематомы.

13. Как происходит самозащита глаза при попадании в него капли раскаленного металла? Между каплей расплавленного металла и поверхностью глаза образуется газообразная прослойка вследствие испарения слезы с поверхности роговицы и конъюнктивы в момент прикосновения горячей капли металла. Эта газообразная прослойка защищает ткани глаза и может несколько уменьшить повреждающее действие металла.

14. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. Задачи составляются ординаторами самостоятельно.

15. Составьте 5 тестовых задач по теме. Задачи составляются ординаторами самостоятельно.

Вариант 6

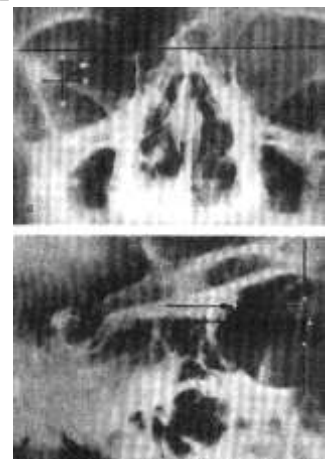
1. Каков характер боевых травм глаза? *Боевые травмы глаза в современных войнах характеризуются значительными его повреждениями с внедрением множественных осколков, особенно минных. Повреждения глаз сочетаются с травмой лица и других частей тела. Высок процент проникающих ранений глаза амагнитными осколками.*

2. Каковы особенности лечения эндофтальмита после проникающего ранения глаза. *Показано введение антибиотиков и антистафилококкового γ -глобулина под конъюнктиву, ретробульбарно, в перихориоидальное пространство. Необходимо внутривенное введение антибиотиков широкого спектра действия. Высокоэффективной является витрэктомия с введением в полость глаза антибиотиков. Если энергичное противовоспалительное лечение эффекта не дает, глаз следует энуклеировать.*

3. В связи с чем массивные субконъюнктивальные кровоизлияния требуют дополнительных исследований и ревизии раны? *Ранения конъюнктивы с кровоизлияниями могут маскировать ранения склеры, в том числе проникающие. В подобных случаях необходимы ревизия раны и рентгенологическое обследование для исключения инородного тела.*



4. Каким образом используется протез-индикатор Балтина? *После проведения эпibuльбарной анестезии 0,5% раствором дикаина протез-индикатор надевают на глаз так, чтобы свинцовые метки соответствовали лимбу у 12, 3, 6 и 9 часов. Делают два рентгеновских снимка – в прямой и боковой проекциях. На первом снимке определяют меридиан, по которому располагается инородное тело, а также расстояние его от анатомической оси глаза; на втором устанавливают расстояние инородного тела от лимба.*



5. Назовите вид металлоза, изображенного на рисунке. *Сидероз.*



6. В каких участках фиброзной капсулы глаза наиболее часто происходят разрывы склеры? *Разрывы склеры глаза при контузиях чаще наблюдаются в наиболее тонких ее местах – на расстоянии 3-4 мм от лимба, у места проникновения передних ресничных артерий в полость глаза и у диска зрительного нерва, где в глаз проходят задние ресничные артерии.*
7. Рассмотрев рисунок, постарайтесь диагностировать патологию, имеющуюся у пациента. *Кольцо Фоссиуса.*



8. Какое изменение сетчатки в результате травмы изображено на рисунке? *Отрыв сетчатки по зубчатой линии.*

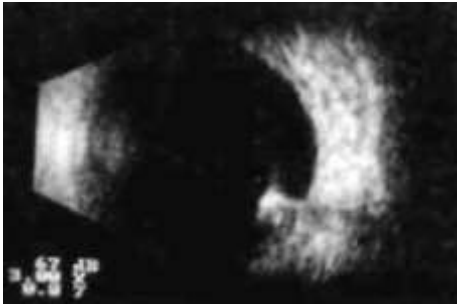


9. Какие изменения глаза характерны для ожога II степени? *Для поражения II степени характерна выраженная ишемия конъюнктивы; слизистая оболочка приобретает серый оттенок, становится тусклой. В роговице возникают значительные участки помутнения, она становится шероховатой и теряет чувствительность.*

10. В каких случаях возникает снежная офтальмия и каковы меры ее профилактики? *Снежная слепота, или снежная офтальмия, которая также развивается в результате ультрафиолетового облучения. Возникает она у полярников и горных туристов вследствие сильного отражения ультрафиолетовых лучей, проникающих через чистый воздух до самой земли. Ношение дымчатых очков предохраняет от развития снежной офтальмии.*
11. Опишите первую помощь при воздействии на глаз отравляющих веществ типа лакриматоров. *Необходимо промывать глаза водой или 2% раствором соды.*
12. Определите первостепенную задачу при хирургической обработке ранений век. *Первостепенная задача хирургической обработки – создание правильного контура края века, причем не в грубом приближении, а с большой точностью. Нужно стремиться к идеальному сопоставлению линии ресниц, а также переднего и заднего ребра века.*
13. Опишите гистопатогенез кислотного ожога роговицы. *В течение 1 ч после ожога серной, соляной и азотной кислотами достаточно высокой концентрации (10-30%) на поверхности роговицы еще сохранен эпителий, но при этом он как бы фиксирован. При действии кислоты более высокой концентрации эпителий может оказаться частично поврежденным. В строге изменение роговичных клеток строго соответствует участку ожога, нарушение клеток заднего эпителия также ограничено. Через несколько часов процесс распространяется по поверхности и в глубину, поражаются новые, сохранившиеся вначале клетки, находившиеся в состоянии некробиоза. Боуменова мембрана превращается в гомогенную массу. При воздействии кислоты высокой концентрации эти нарушения появляются через 8-24 ч после ожога и становятся необратимыми.*
14. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
15. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Задачи составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 7

1. Назовите деление травм глаза по их локализации. *Выделяют травмы глазницы, вспомогательного аппарата глаза и глазного яблока.*
2. Опишите механизм травмы, приводящий к возникновению эрозии роговицы или травматическому кератиту. *Поверхностные повреждения, или микротравмы, глазного яблока могут быть следствием удара по глазу веткой дерева, ссадины ногтем, укола злаками.*
3. В чем заключается повреждающее действие рентгеновского излучения. *Повреждающее действие рентгеновского излучения заключается также в возникновении катаракты, которая обычно развивается после довольно длительного скрытого периода (от 2 до 17 лет). Чувствительность хрусталика к рентгеновскому облучению уменьшается с возрастом, поражаемость его зависит от дозы облучения.*

4. Какой метод исследования, изображенный на рисунке, используется для диагностики внутриглазных инородных тел (ответ запишите рядом с рисунком).
 *Ультразвуковое изображение внутриглазного инородного тела.*

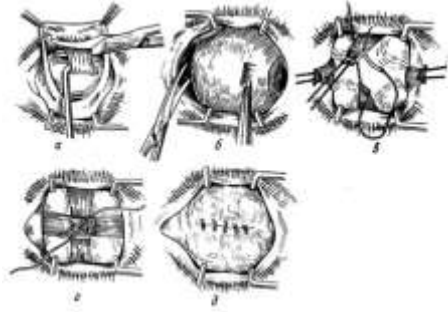
5. Назовите вид металлоза, изображенного на рисунке. *Халькоз.*



6. Какое воздействие на глаз оказывают отравляющие вещества в виде удушающих газов? *Небольшая концентрация этих газов вызывает раздражение слизистой оболочки глаз; в более тяжелых случаях развиваются острый конъюнктивит и поверхностное воспаление роговицы. Поражение глаз проходит без всяких последствий. При*

тяжелых поражениях – при явлениях отека легких и резких нарушениях сердечно-сосудистой системы наблюдаются изменения в сетчатке в виде кровоизлияний, тромбозов, эмболии сосудов, нейроретинитов, кровоизлияний в стекловидное тело.

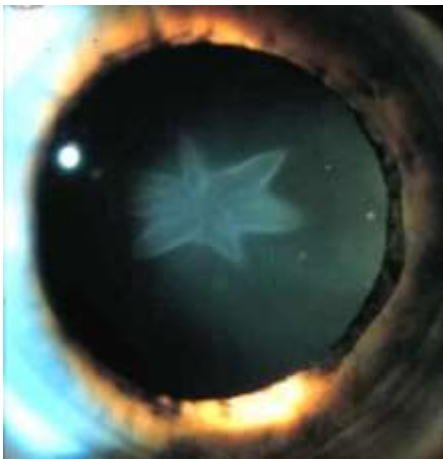
7. Схема какой операции приведена на рисунке? Энуклеация глазного яблока.



8. Какая патология радужной оболочки, изображенная на рисунке, возникла в результате тупой травмы глаза? Разрыв сфинктера зрачка, травматический мидриаз.



9. Назовите вид патологии хрусталика, встречающийся при контузии глаза. Какова его дальнейшая судьба? Помутнения в толще хрусталика при контузиях без разрыва капсулы наблюдаются редко. Иногда встречается так называемая розеточная катаракта – помутнения, чаще в заднем отделе хрусталика, в виде перьев или лепестков. Розеточные катаракты могут полностью или почти полностью рассасываться: иногда же помутнения прогрессируют, и развивается полная катаракта.



10. Охарактеризуйте динамику субконъюнктивальных кровоизлияний. *Субконъюнктивальные кровоизлияния по степени выраженности очень разнообразны. Самые небольшие из них исчезают быстро, в течение нескольких дней, и не оказывают заметного влияния на течение постконтузионного периода. Более обширные плоские кровоизлияния, занимающие половину поверхности глазного яблока или большую ее часть, рассасываются в течение 2-3 недели. После массивных субконъюнктивальных кровоизлияний в течение нескольких месяцев сохраняется серовато-желтушная окрашенность склеры.*
11. Какую часть глазной патологии составляют повреждения органа зрения? *Травмы органа зрения составляют около 20% всей глазной патологии.*
12. Какое изменение сетчатки в результате травмы изображено на рисунке? *Макулярный разрыв сетчатки.*



13. Назовите степень ожога глаза, изображенного на рисунке. *Ожог глаза III степени.*



14. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
15. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Задачи составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 8

1. Опишите клинические проявления травматического разрыва хориоидеи. *При наличии свежей травмы распознать его не всегда удастся, поскольку он оказывается прикрытым массивным кровоизлиянием, имеющим обычно округлую форму. В процессе лечения кровоизлияния постепенно рассасываются, и становится виден разрыв в виде желто-белой дугообразной полосы. По мере развития рубцовой ткани разрыв хориоидеи приобретает белый цвет. Нередко возникает сразу несколько разрывов сосудистой оболочки, имеющих различную протяженность и форму. При разрывах хориоидеи, совпадающих с зоной желтого пятна, зрение заметно снижается.*

2. Назовите основные особенности огнестрельных ранений глазницы. *Нередко ранения глазницы сочетаются с черепно-мозговыми, лицевыми повреждениями. При этом, как правило, страдают и придаточные пазухи носа. Может появиться эмфизема глазницы и век. Для подкожной эмфиземы характерна крепитация, для глазничной – экзофтальм.*



3. Напишите рядом с рисунком, какое повреждение глаза изображено на рисунке? *Инородное тело конъюнктивы.*



4. Каким способом, изображенном на рисунке, удаляется внутриглазное инородное тело (ответ напишите рядом с рисунком)? *Диасклеральное магнитное удаление.*

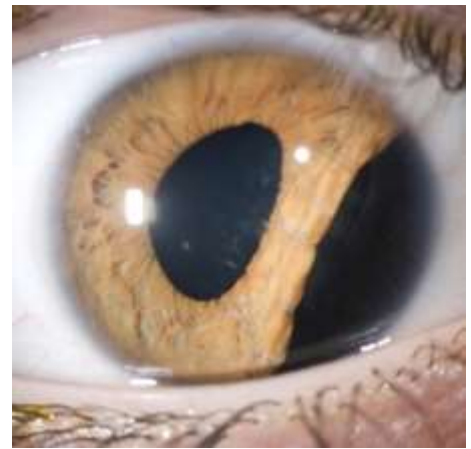


5. Клинические проявления какой патологии описаны ниже? Радужка приобретает ржавый оттенок. Пятна ржавого цвета часто появляются в передних слоях хрусталика. На глазном дне сначала развивается токсическая ретинопатия, а затем нейроретинопатия с вовлечением в патологический процесс зрительного нерва. *Сидероз глаза.*

6. Поставьте диагноз пациенту, изображенному на рисунке. *Анофтальм слева.*



7. Какая патология радужной оболочки, изображенная на рисунке, возникла в результате тупой травмы глаза? *Ириододиализ.*



8. Дайте определение понятию «гемофтальм», назовите его виды.



Гемофтальм – кровоизлияние в стекловидное тело. Он может быть частичным или полным.

9. Какие изменения глаза характерны для ожога III степени? *При ожоге III степени роговица выглядит диффузно-мутной, некротизированной и приобретает вид матового стекла.*

10. Назовите виды излучений, приводящие к развитию катаракты. *Инфракрасное облучение, рентгеновское излучение, γ -излучение, воздействие нейтронами, микроволновое и лазерное излучение.*

11. Опишите первую помощь при воздействии на глаз удушающих газов. *Первая помощь заключается в промывании глаз изотоническим раствором хлорида натрия, 2% раствором соды. При кератитах закладывают за веки ксероформную мазь. Заболевания сетчатки лечат обычным способом.*
12. Каким образом классифицируют непроникающие ранения глазного яблока? *Непроникающие ранения глазного яблока можно классифицировать по двум признакам: по локализации раны (роговица, склера, корнеосклеральная зона) и по отсутствию или наличию одного либо нескольких инородных тел.*
13. Назовите основные виды травм органа зрения. *Травмы органа зрения можно разделить на производственные (промышленные, сельскохозяйственные, строительные), спортивные, бытовые, криминальные, детские.*
14. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Задачи составляются ординаторами и самостоятельно.*
15. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Задачи составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 9

1. Какая патология глаза наблюдается при изображенном на рисунке переломе орбиты? *Энофтальм.*



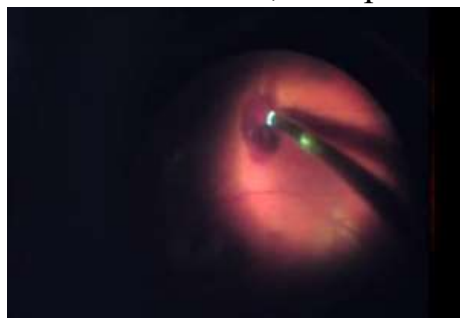
2. Клинические проявления какой патологии описаны ниже? *Желтовато-зеленые помутнения в виде цветущего подсолнуха. Помутнения*

подобного оттенка могут быть отмечены также в других тканях и средах глаза – радужке, стекловидном теле, сетчатке. *Халькоз глаза.*

3. Напишите рядом с рисунком, какое повреждение глаза изображено на рисунке? *Инородное тело роговицы.*



4. Каким способом, изображенном на рисунке, удаляется внутриглазное инородное тело (ответ напишите рядом с рисунком)? *Трансвitreальный способ удаления.*



5. Какое гнойное осложнение проникающего ранения глаза изображено на рисунке? *Панфталъмит.*



6. Откуда при травме кровь попадает в стекловидное тело? *Кровь проникает из сосудов цилиарного тела и сетчатки, поврежденных в момент травмы.*
7. Опишите изменения глаза при избыточном ультразвуковом излучении. *Передозировка при использовании ультразвуковых приборов может*

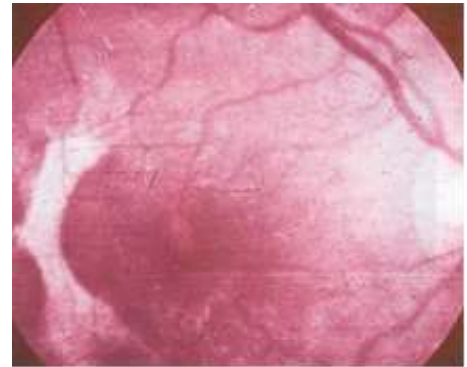
повести к отеку роговицы с последующим развитием буллезной кератопатии, разрыву радужки с возможной ее частичной атрофией.

8. Какое название носит кровоизлияние в переднюю камеру глаза?



Каковы принципы его лечения? *Гифема. Назначают гемостатическую терапию – вначале дицинон, викасол, а затем рутин или аскорутин, 10% раствор кальция хлорида внутривенно.*

9. Какие изменения офтальмоскопической картины после тупой травмы глаза изображены на рисунке? *Разрыв хориоидеи.*



10. Назовите степень ожога глаза, изображенного на рисунке. *Ожог глаза IV степени.*



11. Какое воздействие на глаз оказывают отравляющие вещества общетоксического действия? *Они настолько токсичны, что пострадавший умирает раньше, чем проявится действие отравляющих веществ на глаза. Окись углерода, которая относится к этой же группе, вызывает разнообразные расстройства зрения, зависящие от кровоизлияний и очагов размягчения по ходу зрительных путей.*

12. Какие микроорганизмы наиболее часто являются возбудителем внутриглазной раневой инфекции? *Наиболее часто (до 82,2% случаев внутриглазного инфекционного поражения) возбудителем раневой инфекции глаза является стафилококк.*
13. Опишите виды повреждений, встречающихся при промышленных травмах глаз. *Промышленные травмы – это, как правило, повреждение глаз осколками металла, стружкой. В связи с широким внедрением техники в сельское хозяйство сельскохозяйственные травмы приобрели многие черты промышленных, однако встречаются и сугубо специфические травмы (удар рогом коровы, клювом петуха, захлестывание кнутом и т. д.).*
- 
14. Составьте две междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Задачи составляются ординаторами самостоятельно.*
15. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Задачи составляются ординаторами самостоятельно.*

Вариант 10

1. Какая патология глаза наблюдается при изображенном на рисунке переломе орбиты? *Экзофтальм.*



2. Оформите назначения больному после эрозии роговицы или после удаления поверхностного инородного тела. *При наличии эрозии и после удаления инородных тел из роговицы показано применение 30% раствора сульфацил-натрия, закладывание мази с антибиотиками или*

с сульфаниламидными препаратами, для улучшения эпителизации роговицы назначают кератопластические препараты.

3. Назовите признаки проникающего ранения глаза.

Достоверные (абсолютные)	Сомнительные (относительные)
<i>Сквозная рана роговицы, выпадение внутренних оболочек, отверстие в радужке, наличие инородного тела внутри глаза.</i>	<i>Гипотония, мелкая или отсутствие передней камеры, изменение формы зрачка, глубокая передняя камера.</i>

4. Каким образом можно найти стеклянное инородное тело, находящееся в углу передней камеры? *Необходимо проведение гониоскопии.*
5. Опишите клиническую картину панофтальмита. *Боли в глазу нарастают, усиливаются отек и гиперемия век, хемоз. Появляется воспалительная реакция орбитальных тканей и как следствие – экзофтальм, ограничение подвижности глазного яблока. Роговица становится гнойно-инфильтрированной, передняя камера заполняется гноем. Заболевание сопровождается общим недомоганием, головной болью, повышением температуры.*
6. Напишите виды травматической эктопии хрусталика. *Подвывих хрусталика, вывих хрусталика в переднюю камеру, вывих хрусталика в стекловидное тело, вывих хрусталика под конъюнктиву.*
7. Опишите клинику гемофтальма. *У больных с частичным гемофтальмом во время исследования глаза в проходящем свете на фоне розового рефлекса глазного дна наблюдаются темные хлопьевидные плавающие помутнения (сгустки крови). При полном гемофтальме кровь пропитывает все стекловидное тело и при исследовании в проходящем свете рефлекс с глазного дна получить не удается, зрение падает до светоощущения.*
8. Напишите, какие ожоги глаз различают? *Различают термические, химические ожоги и лучевые повреждения.*
9. Какие изменения глаза характерны для ожога IV степени? *Ожог IV степени отличается глубоким некрозом конъюнктивы и роговицы, последняя приобретает фарфоровый оттенок.*

10. В чем заключается первичная хирургическая обработка рваных ран мягких тканей глазницы? *Первичная хирургическая обработка рваных ран мягких тканей глазницы состоит в экономном иссечении загрязненных краев раны в пределах 0,1-1 мм, иногда можно ограничиться их подравниванием. Раневой канал промывают растворами фурацилина, этакридина лактата или перекисью водорода.*
11. Какое воздействие на глаз оказывают отравляющие вещества кожно-нарывного действия? *Иприт в жидком, парообразном или туманообразном состоянии в боевых условиях воздействует в первую очередь на кожу, слизистую оболочку глаз и дыхательные пути. Действие иприта проявляется не сразу после соприкосновения с органом зрения. Скрытый период в среднем длится около 2-5 ч. Поражения глаз бывают легкими, среднетяжелыми и тяжелыми. В легких случаях после скрытого периода появляются слезотечение, светобоязнь и учащенное мигание. Наступают гиперемия и отек слизистых оболочек век, а иногда легкая краснота и отек век. При среднетяжелом поражении наблюдаются сильнейшая светобоязнь, слезотечение и спазм век. Кожа век и конъюнктивы глазного яблока резко отечны, конъюнктивита гиперемирована. Возникает кератит. В тяжелых случаях при действии капельно-жидкого иприта кожа век сильно отечна; развивается гнойный конъюнктивит. Роговица сплошь мутнеет, теряет блеск, изъязвляется, развиваются деструктивные явления с самыми тяжелыми исходами. Гнойные процессы в роговице и других тканях глаза обычно не зависят от непосредственного воздействия отравляющих веществ, а представляют собой проявление вторичной инфекции.*
12. Что такое панофтальмит, и каковы его клинические проявления?



Панофтальмит – это острое гнойное воспаление, охватывающее все среды и оболочки глаза, в том числе склеру. Оно быстро переходит на мягкие ткани орбиты, при этом всегда существует угроза распространения инфекции в мозг. Пациента беспокоят не только сильные боли в глазу и голове, но и общая слабость, повышение температуры. Значительно выражен отек век и

конъюнктивы. Отечная конъюнктура выпячивается за пределы глазной щели (хемоз), веки не смыкаются. Вследствие отека и воспалительной реакции тканей орбиты возникает экзофтальм. Роговица мутная, передняя камера заполнена гноем, другие отделы глаза не просматриваются. Он не реагирует на свет. Процесс всегда заканчивается гибелью глаза и крайне опасен для жизни пациента.

13. Чем наносятся бытовые травмы глаз? *Бытовые травмы по характеру разнообразны: случайный прокол глаза иглой, шилом, ножницами, ножом, стеклом и т. д.*
14. Составьте три междисциплинарные ситуационные задачи по теме. *Задачи составляются студентами самостоятельно.*
15. Составьте 5 тестовых задач по теме. *Задачи составляются студентами самостоятельно.*

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ ПО ТЕМЕ

1. Возникновение подкожной эмфиземы век после травмы чаще всего свидетельствует о:
А – наличии анаэробной инфекции;
Б – поражении век грибами;
В – переломе стенок орбиты;
Г – воспалившейся гематоме век;
Д – переломе основания черепа.
2. Колотые ранения мягких тканей глаза могут вызывать:
А – экзофтальм;
Б – офтальмоплегия;
В – птоз;
Г – ретробульбарную гематому;
Д – все перечисленное.
3. 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.
4. Травматический отрыв радужной оболочки у корня называется:
А – ирит;
Б – иридоциклит;
В – иридодиализ;
Г – колобома радужки;
Д – иридэктомия.
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.

7. При поражении глаз отравляющими веществами раздражающего действия необходимо:

- А – постоянно закапывать в конъюнктивальный мешок анестетики;
- Б – обильно заложить в конъюнктивальный мешок гидрокортизоновую мазь;
- В – наложить бинокулярную повязку;
- Г – промыть глаза 2% раствором соды;
- Д – инстиллировать в глаза 30% раствор сульфацил-натрия.

8. 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.

9. Хирургическому лечению подлежат следующие осложнения контузии глаза:

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

10. Воспаление всех оболочек глаза называется:

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

11. 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.

12. 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.

13. 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.

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

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

15. При ожоге глаза целесообразно наложить:

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

Ответы.

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