

ОРД-ОФТ-20



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

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

КОРОЕВ О.А., КОРОЕВ А.О.

СБОРНИК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ПО ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Владикавказ 2021

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Сборник ситуационных задач по офтальмологии предназначен для обучения специальности на факультете подготовки кадров высшей квалификации по программам интернатуры, ординатуры и дополнительного профессионального образования, студентов лечебного, педиатрического, медико-профилактического и стоматологического факультетов.

Ситуационные задачи для формирования у обучающихся компетенций, требуемых Федеральным государственным образовательным стандартом (ФГОС).

Задачи для интернов способствуют формированию компетенций УК 1-3; ПК 1-12.

Задачи для ординаторов способствуют формированию компетенций УК 1-3; ПК 1-12.

Задачи для студентов, обучающихся по специальности лечебное дело (060101) способствуют формированию компетенций ОК-1; ПК-1; ПК-3; ПК-5; ПК-7-8; ПК-10-32.

Задачи для студентов, обучающихся по специальности медико-профилактическое дело (060105) способствуют формированию компетенции ПК-21.

Задачи для студентов, обучающихся по специальности педиатрия (060103) способствуют формированию компетенций ОК-1, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-8, ПК-10-12, ПК-14-21, ПК-23-31.

Задачи для студентов, обучающихся по специальности стоматология (060201) способствуют формированию компетенций ОК-1-8; ПК-1; ПК-52.

Для удобства работы ситуационные задачи распределены по разделам. После каждого раздела приводятся ответы на задачи.

Интернам, клиническим ординаторам, студентам лечебного и медико-профилактического факультетов рекомендуется изучение задач всех разделов.

Студенты педиатрического факультета работают со всеми разделами, кроме 20.

Студенты стоматологического факультета работают с разделами: 1,2, 4-9, 12-17, 19, 22-25.

СОДЕРЖАНИЕ

Номер раздела	Наименование раздела	Страница
1.	МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ	
2.	ЗРИТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ И ИХ ИССЛЕДОВАНИЕ	
3.	РЕФРАКЦИЯ	
4.	ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК	
5.	ЗАБОЛЕВАНИЯ КОНЬЮНКТИВЫ	
6.	ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЕЗНЫХ ОРГАНОВ	
7.	ЗАБОЛЕВАНИЯ РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ	
8.	ЗАБОЛЕВАНИЯ СКЛЕРЫ	
9.	ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ	
10.	ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕТЧАТКИ	
11.	ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА	
12.	ГЛАЗ И ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЯ ОРГАНИЗМА	
13.	НОВООБРАЗОВАНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ	
14.	ЗАБОЛЕВАНИЯ ХРУСТАЛИКА	
15.	ПАТОЛОГИЯ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА	
16.	ПАТОЛОГИЯ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ	
17.	ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ	
18.	ПАТОЛОГИЯ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА	
19.	ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛАЗНИЦЫ	
20.	ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ГЛАЗ	
21.	ВОЕННАЯ ЭКСПЕРТИЗА	
22.	МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА	
23.	ОХРАНА ЗРЕНИЯ ДЕТЕЙ	
24.	ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ	
25.	ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ	

1. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

1. При осмотре методом бокового освещения в роговой оболочке видно помутнение бело-серого цвета. Определяется перикорнеальная инъекция глазного яблока, что позволяет думать о воспалительном процессе в роговой оболочке. Каким методом исследования можно уточнить локализацию и глубину поражения роговой оболочки?
2. Врач проводит исследование больного глаза методом фокального освещения. У него создается впечатление, что в радужной оболочке имеются новообразованные сосуды. Однако они очень мелкие и для диагностики нужна более крупная их визуализация. Какое обследование можно еще применить, если работа с щелевой лампой недоступна?
3. У больного имеет место небольшой экзофтальм справа. Какие методы исследования нужно использовать для диагностики процесса и определения вида экзофтальма – истинный или ложный?
4. При ориентировочной оценке ширины угла передней камеры в области склеральной части лимба исследуемого глаза с носовой стороны появилось яркое сечение в виде пятна диаметром 1,5-2 мм. Каково заключение о ширине угла передней камеры в данном случае?
5. При ориентировочной оценке ширины угла передней камеры свечение в носовой половине в склеральной части лимба исследуемого глаза не вызывается. Каково заключение о ширине угла передней камеры этого глаза?
6. Больному проведено исследование в проходящем свете. На фоне красного рефлекса с глазного дна видны темные помутнения. Какими процессами они могут быть обусловлены? Как их дифференцировать? Какие дополнительные исследования для этого необходимы?
7. Больной получил проникающее ранение левого глаза осколками стекла. Имеющиеся на роговице ранки адаптированы и не требуют хирургического вмешательства. Однако их характер позволяет предположить наличие инородного тела (стекла в углу передней камеры глаза). На рентгенограммах инородного тела не видно. Какие дополнительные исследования необходимо провести для качественной диагностики?
8. При проведении диафаноскопического исследования левого глаза у пожилой больной в нижневнутреннем квадранте определяется исчезновение красного рефлекса. О каком патологическом процессе позволяют думать данные диафаноскопии?

9. Пациент жалуется на снижение зрения правого глаза. Исследование оптического статуса дает эметропическую рефракцию. При осмотре переднего отрезка глаза патологических изменений не выявлено. Какое исследование необходимо произвести?
10. В приемное отделение стационара обратился пациент с жалобами на чувство инородного тела в левом глазу. Это ощущение появилось со времени вчерашней прогулки при сильном ветре. После возвращения домой промыл глаз, однако ощущение соринки не исчезло. При осмотре роговицы инородного тела не видно. Какие манипуляции еще нужно провести, чтобы убедиться в отсутствии инородного тела?

Ответы на ситуационные задачи.

1. *Необходимо проведение биомикроскопии глаза.*
2. *Возможно проведение комбинированного метода, добавив фокальное освещение рассматриванием объекта через дополнительную линзу в 20,0 Д или бинокулярную лупу.*
3. *Для диагностики экзофтальма необходимо проведение экзофтальмометрии. Для исключения ложного экзофтальма проводят сравнительную ультразвуковую биометрию обоих глаз. Для уточнения процесса необходимо проведение рентгенологических методов исследования, консультация эндокринолога.*
4. *Угол передней камеры открыт, широкий.*
5. *Угол передней камеры закрыт или очень узкий.*
6. *Помутнения, видимые при исследовании в проходящем свете, могут относиться к прозрачным средам глаза. Наличие их во влаге передней камеры и стекловидном теле делает их подвижными после окончания движения глаза. Хрусталиковые помутнения и помутнения роговицы перемещаются вместе с движением глаза. Решение о положении помутнений может быть вынесено после проведения биомикроскопического исследования.*
7. *Гониоскопия, ультразвуковое исследование, бесскелетная рентгенография.*
8. *Внутриглазная опухоль.*

9. *Офтальмоскопию.*

10. *Выворот век.*

2. ЗРИТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИИ И ИХ ИССЛЕДОВАНИЕ

11. При исследовании остроты зрения у пациента по таблице Сивцева правым глазом он не видит с расстояния пяти метров даже первой строчки. Каким образом продолжить ему исследование остроты зрения?
12. Во время обследования пациента выяснено, что его левый глаз не видит даже пальцев врача, поднесенных к глазу. Укажите, как дальше проводить исследование остроты зрения? Какие для этого существуют методики?
13. Пациент после экстракции катаракты видит все окружающее в голубом цвете. Каковы причины этого явления? Как оно называется?
14. После полученной тупой травмы левого глаза пациент отмечает, что все окружающее этот глаз видит в красном цвете, как бы через красный светофильтр. Какое нарушение цветовосприятия имеет место у пациента? Каковы возможные его причины? Лечебная тактика.
15. При проведении периметрического исследования у пациента выявлена правосторонняя гемианопсия. Проведите топическую диагностику патологического процесса. Какова дальнейшая тактика в лечении больного?
16. В результате проведенной периметрии выявлено, что у пациента имеется концентрическое сужение границ полей зрения обоих глаз вплоть до трубчатого. Какие заболевания могут давать такую картину поля зрения?
17. При исследовании поля зрения на цвета у пациента на периметре выявлено, что наиболее широкое поле зрения имеется на синий цвет, сужение поля зрения на красный, и особенно на зеленый цвета. О какой патологии зрительных путей может говорить такая картина?
18. Больной жалуется на наличие «занавески» перед правым глазом. Она появилась несколько дней назад. При проведении периметрии определяется выпадение верхней половины поля зрения. Какие дополнительные исследования необходимо провести? Назовите возможные патологические процессы, ведущие к такому изменению поля зрения.
19. Пациенту проводилась компьютерная кампиметрия, в результате которой выявлено расширение границ слепого пятна и появление в зоне Бьеррума относительных скотом, имеющих тенденцию к слиянию. Какое заболевание, основываясь на данных периметрии, можно заподозрить у больного?

20. При проведении кампиметрии у больного выявлена центральная относительная скотома. Какие заболевания могут давать такие изменения поля зрения?
21. В неврологическом отделении находится пациент, которому необходимо исследовать границы полей зрения, так как лечащий врач предполагает наличие у него гемианопсии. Учитывая то, что состояние больного тяжелое и он не мобилен, проведение периметрии и кампиметрии невозможно. Какими методами можно провести данное исследование?
22. Ребенок пришел на прием к врачу с матерью. Со слов родителей с наступлением сумерек у ребенка резко ухудшается зрение. Данные объективного исследования. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глаза совершенно спокойные. Двигательный аппарат не изменен. Небольшая гиперемия краев век. Передний отрезок глаз без видимых изменений. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Рефрактометрически – эмметропия. Какие дополнительные исследования нужно провести? Предполагаемый диагноз? Лечение?

Ответы на ситуационные задачи.

11. *Необходимо подводить пациента к таблице до тех пор, пока он не увидит буквы первой строчки. Возможно подносить таблицу или использовать отдельные опто типы. Вместо них можно показывать различное количество пальцев. Острота зрения рассчитывается по формуле Снеллена.*
12. *Исследуют светоощущение, направляя свет в глаз с различных сторон. Возможно проведение пробы Меддокса.*
13. *Удаленный естественный хрусталик имеет желтую окраску. Вследствие этого после операции возникает видение окружающего в голубом цвете – цианопсия.*
14. *У больного эритропсия. Она может быть следствием кровоизлияния. Необходима рассасывающая терапия.*
15. *Правосторонняя гемианопсия говорит о поражении левого зрительного тракта. Необходимы МРТ и КТ, консультация и лечение невропатолога.*
16. *Нарушение кровообращения в обеих задних мозговых артериях, далекозашедшая глаукома, пигментная абииотрофия сетчатки и др.*

17. *Заболевания зрительного нерва.*
18. *Выпадение верхней половины поля зрения может говорить о различной патологии глаза: отслойке сетчатки, частичном гемофтальме, нарушении кровообращения, опухоли и т.д. Необходимо проведение биомикроскопического исследования, тщательной офтальмоскопии, возможно ультразвукового исследования, флюоресцентной ангиографии.*
19. *Глаукома.*
20. *Патология желтого пятна сетчатки.*
21. *Контрольный способ.*
22. *Необходимо проведение адаптометрии. У ребенка возможно гемералопия, на фоне которой имеет место простой блефарит. Гемералопия, скорее всего, имеет функциональный характер. Назначить витамины группы А.*

3. РЕФРАКЦИЯ

23. На прием к окулисту пришел мужчина 28 лет с жалобами на снижение зрения обоих глаз. При визометрии острота зрения обоих глаз 0,3. Патологических изменений глаз, связанных с их заболеванием нет. Каким образом возможно определить вид имеющейся аномалии рефракции у пациента, если в Вашем распоряжении имеется только набор пробных оптических стекол?
24. У ребенка при обращении к врачу выявлено снижение остроты зрения обоих глаз. Ребенку 9 лет, учится во втором классе. При поступлении в школу проходил осмотр у окулиста. Острота зрения обоих глаз была нормальной. В настоящее время объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,1 со сферическим стеклом $-3,0$ Д = 1,0. Глаза спокойные. Передние отрезки глаз без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Предположительные диагнозы? Какие дополнительные исследования нужно провести? План лечения?
25. Больная 34 лет обратилась к врачу с жалобами на низкое зрение обоих глаз. Плохо видит давно, очками не пользовалась. В школьные годы говорили, что у нее имеется близорукость. В настоящее время объективно. Острота зрения правого глаза = 0,09 со сферическим стеклом $-2,25$. Д = 0,3. Острота зрения левого глаза = 0,1 со сферическим стеклом $-2,0$. Д = 0,3. Глаза спокойные. Передние отрезки глаз не изменены. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Какие дополнительные исследования нужно произвести? Какие способы коррекции зрения Вы можете предложить пациентке?
26. Ребенок 13-ти лет, в течение длительного времени наблюдается окулистом по месту жительства. Взят на диспансерный учет по поводу близорукости. Страдает сколиозом. При взятии на учет в 9-ти летнем возрасте степень близорукости составляла 1,5 Д. Ребенок носит очки не постоянно. В настоящее время объективно. Острота зрения правого глаза = 0,1 со сферой $-4,5$. Д = 0,8. Острота зрения левого глаза = 0,1 со сферой $-5,0$. Д = 1,0. Глаза спокойные. Передние отрезки глаз не изменены. Оптические среды прозрачные. На глазном дне с обеих сторон вокруг дисков миопические конусы. На периферии сетчатки намечаются дистрофические изменения. После циклоплегии проведена рефрактометрия – близорукость обоих глаз до 5,5 Д. Какие дополнительные исследования нужно произвести ребенку? Предположительный диагноз? Рекомендуемое лечение?
27. Больная 23-х лет, страдает прогрессирующей близорукостью с детства. 10 лет назад ей сделана склеропластика на обоих глазах, после чего близорукость стабилизировалась. В настоящее время острота зрения обоих глаз = 0,06 со сферой $-7,5$ Д = 1,0. Пациентка носить

корректирующие очки не хочет. Какие еще способы коррекции аномалии рефракции ей можно предложить?

28. Родители привели к окулисту ребенка 9-ти лет по просьбе педиатра. Ребенок жалуется на головные боли, особенно в вечернее время после занятий в школе. Жалоб на зрение не предъявляет. Острота зрения обоих глаз = 1,0; но при коррекции положительными линзами до + 1,5 Д зрение не ухудшается. Глаза здоровы. Диагноз? Дополнительные исследования?
29. Студент 18 лет пришел на прием к окулисту с жалобами на плохое зрение обоих глаз. Объективно: Зрение обоих глаз 0.4, при скиаскопии с 1 метра найдено, что стекло, нейтрализующее тень, равно – 3,0Д. Какая рефракция у студента?
30. При объективном методе исследования рефракции у пациента с помощью теневой пробы тень в области зрачка движется в противоположную сторону движения зеркального офтальмоскопа. Какая рефракция была выявлена у пациента при данном обследовании?
31. При объективном методе исследования рефракции у пациента с помощью теневой пробы тень в области зрачка не двигается. Чему соответствует рефракция в этом случае?
32. При исследовании рефракции пациента 32-х лет субъективным способом, он с тремя стеклами (–6.0Д, –6.5Д и –7.0Д) дает одинаковую остроту зрения. Чему равна рефракция, выявленная субъективным способом, в данном случае?
33. Пациентка 46 лет, предъявляет жалобы на ухудшение зрения при чтении. Вдаль видит хорошо. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глаза здоровы. Диагноз? Возможная оптическая коррекция или лечебные мероприятия?
34. Инженер 51-го года обратился к окулисту с жалобами на усталость, боли в глазах, их покраснение в вечернее время, особенно после длительной работы с чертежами. В это время отмечает невозможность работы с мелкими предметами на близком расстоянии: контуры их расплываются. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глаза спокойные. Передние отрезки не изменены. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Диагноз? Лечебные мероприятия?
35. Больная 26-ти лет консультирована окулистом в инфекционном отделении. Она предъявляет жалобы на то, что у нее сохранено зрение вдаль, а расположенные вблизи предметы больная видит неясно. Данные жалобы появились два дня назад. Плохо себя почувствовала около двух

дней назад. Около недели назад принимала в пищу домашние консервированные грибы. Объективно: отмечает слабость, головную боль, головокружение, тошноту, необильную рвоту, жидкий стул. На фоне какого инфекционного заболевания появились зрительные расстройства? Как называется данная зрительная патология?

36. Пациентка 23-х лет жалуется на низкое зрение обоих глаз. Несколько раз обращалась к окулисту, но подобрать очки не могут. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,3 со сферическим стеклом – 1,25. Д = 1,0. Острота зрения левого глаза = 0,04 со сферическим стеклом – 5,5. Д = 1,0. Глаза спокойные. Передние отрезки не изменены. Оптические среды прозрачные. Глазное дно правого глаза в норме. Слева вокруг диска миопический конус. При назначении очковой коррекции возникают боли в глазах и неприятные ощущения. Назовите причину астенопии. Как помочь пациентке?
37. В кабинет офтальмолога обратилась старушка, которая принесла с собой разбитые очки внука. Со слов женщины молодой человек прийти на прием к окулисту не может, так как находится на лечении в райбольнице. В очках он остро нуждается, так как не может читать текст. Просьба к окулисту – выписать очки аналогичные разбитым. Как помочь старушке?

Ответы на ситуационные задачи.

23. *Для определения вида рефракции необходимо перед исследуемым глазом поместить слабую собирающую линзу. При миопической рефракции пациент отметит ухудшение зрения этого глаза, а при гиперметропии – или улучшение, или зрение останется таким же.*
24. *У ребенка возможно предположить или истинную, или ложную миопию, возникшую на фоне спазма аккомодации. Необходимо проведение обследования ребенка в условиях циклоплегии объективными способами исследования рефракции – скиаскопией или рефрактометрией. При наличии миопии – оптическая коррекция, при спазме аккомодации – лечение спазма.*
25. *В связи с тем, что сферическая коррекция миопии не дала достаточного эффекта, а видимых изменений со стороны глаз не выявлено, нужно предположить наличие астигматизма. Для диагностики необходимо произвести скиаскопию или рефрактометрию, а также офтальмометрию. Провести сфероцилиндрическую очковую коррекцию. При необходимости – контактная коррекция или рефракционная хирургия.*

26. *Нужно произвести ультразвуковую биометрию глаза. У пациента предполагается прогрессирующая близорукость. Показана операция – склеропластика.*
27. *Пациентке можно предложить контактную коррекцию или рефракционную хирургию.*
28. *У ребенка можно предположить наличие скрытой дальнозоркости. Для уточнения диагноза необходимо проведение исследования рефракции объективными методами в условиях циклоплегии.*
29. *Миопия в 4,0 Д.*
30. *Миопия.*
31. *Миопия в 1,0 Д.*
32. *Миопия в 6,0 Д.*
33. *У пациентки начальные проявления пресбиопии. Необходима очковая коррекция для работы на близком расстоянии собирательными линзами +1,5 Д.*
34. *У пациента пресбиопия. Необходима очковая коррекция для работы на близком расстоянии собирательными линзами +2,0 Д.*
35. *На фоне ботулизма у больной развился паралич аккомодации.*
36. *У пациентки анизометропия, сопровождающаяся астигматизмом. Полная очковая коррекция невозможно. Можно использовать очки: для правого глаза – 1,25 Д, а для левого –3,25 Д. При недостаточности эффекта рекомендовать контактную коррекцию или рефракционную хирургию.*
37. *Необходимо исследовать вид и силу оптических линз разбитых очков на диоптриметре. При его отсутствии – провести исследование методом нейтрализации.*

4. ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК

38. Больной 14-ти лет обратился к врачу в связи с появлением отека век правого глаза. Отек появился внезапно вчера вечером. Никакими субъективными жалобами со стороны органа зрения он не сопровождался. Накануне днем больной ел шоколад. Отмечал зуд внутренних поверхностей предплечий. В настоящее время объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Веки правого глаза отечны. Отек мягкий, кожа над ним не гиперемирована, на ощупь – нормальной температуры. Глазная щель сужена. Конъюнктив не инъецирована. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. Глазное дно в норме. Левый глаз здоров. Предполагаемый диагноз? Лечение?
39. После прогулки в парке к окулисту обратилась больная 23-х лет с жалобами на выраженный отек век левого глаза. При объективном осмотре выявлено: Острота зрения обоих глаз = 1,0. Правый глаз здоров. Веки левого глаза отечны, больше верхнее. На фоне отека века видна бледноватая папула с геморрагическим точечным центром. Ваш предположительный диагноз? Лечебные мероприятия?
40. К окулисту детской поликлиники принесли на осмотр двухмесячную девочку, которая до последнего времени росла и развивалась нормально. Несколько дней тому назад она стала плохо брать грудь, движения вялые, повысилась температура до 38,3°. Родители заметили припухлость в области верхнего века правого глаза. Веко плохо поднимается, кожа его напряжена, гиперемирована, с синюшным оттенком. Осмотр показал, кроме этого, что со стороны глазного яблока внешних отклонений от нормы нет. Как будто бы нет и особой разницы в зрительной способности обоих глаз. О каком заболевании, прежде всего, стоит подумать?
41. Больной 54 лет страдает фурункулезом. Около недели назад на нижнем веке правого глаза появился ячмень, по поводу которого он принимал тепловые процедуры. Ячмень не рассосался и не вскрылся. В настоящее время определяется отек нижнего века, кожа в этой области напряжена, гиперемирована, горячая на ощупь. Глазная щель сужена. Гнойное отделяемое из конъюнктивального мешка. Ссохшиеся корочки у медиальной спайки век. Пальпация наружной трети нижнего века резко болезненная, определяется флюктуация. Конъюнктив глазного яблока умеренно инъецирована по конъюнктивальному типу. Острота зрения обоих глаз не изменена. Поставьте диагноз. Какие лечебные мероприятия необходимы?
42. Пациентка 19 лет обратилась к окулисту с жалобами на отек и покраснение верхнего века левого глаза. Накануне была у косметолога. Аллергию на лекарственные препараты и косметические средства отрицает. Объективно: Острота зрения обоих глаз = 0,4 со сферой – 1,5.

Д = 1,0. Верхнее веко левого глаза отечно, кожа напряжена, гиперемирована, горячая на ощупь. Пальпация резко болезненна. Через кожу просвечивает желтоватого цвета гной. Диагноз? Лечебные мероприятия?

43. Больной 19-ти лет, предъявляет жалобы на покраснение и утолщение век, зуд. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,8 со сферическим стеклом + 1,75. Д = 1,0 (Больной очков не носит). Края век гиперемированы, утолщены. Пенистое отделяемое в углах глаза. Пальпация краев век совершенно безболезненная. Отмечается частое мигание век. Конъюнктивит глазного яблока, и особенно век несколько гиперемирована. Через нее просвечивают утолщенные мейбомиевы железы. Какой диагноз пациенту можно поставить? Диагностические и лечебные мероприятия?
44. Студент 20 лет пришел на консультацию к окулисту. Жалобы: на покраснение краев век, зуд, ощущение засоренности в глазах, утомляемость глаз при длительной нагрузке, особенно в вечернее время при искусственном освещении. Объективно: зрение обоих глаз 0,1, со стеклом +3,0 Д = 1,0. Края век утолщены, умеренно гиперемированы. Ваш диагноз?
45. Больная 37-ми лет, обратилась к окулисту с жалобами на покраснение век, тяжесть в веках, зуд, слезотечение. Из анамнеза выяснено, что больная неоднократно принимала значительные дозы антибиотиков по поводу соматических заболеваний. Лечилась по поводу дисбактериоза. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Края век утолщены, гиперемированы, как будто бы промаслены. Больная часто моргает. В уголках глаз пенистое отделяемое. Конъюнктивит век гиперемирована. Через нее просвечивают утолщенные мейбомиевы железы. Поставьте диагноз. Наметьте необходимые диагностические мероприятия. Назначьте лечение.
46. Ребенок 6-ти лет, страдает гельминтозом, по поводу которого в настоящее время проходит курс лечения. К окулисту обратился с жалобами на выраженный зуд век. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,9. Края век гиперемированы, утолщены. Кожа век у корней ресниц покрыта мелкими отрубевидными чешуйками серого цвета. Края век при пальпации безболезненны. Частое мигание век. В углах глазной щели пенистое отделяемое. Поставьте диагноз заболевания. Какие лечебные и диагностические мероприятия нужно провести?
47. Заболевание началось у больного 36-ти лет после пребывания в Африке. Жалобы на покраснение век и глаз, неправильный рост ресниц. Объективно: острота зрения обоих глаз = 0,3 со сферическим стеклом –

- 2,5. Д = 1,0. Края век гиперемированы, утолщены. Ресницы ссохлись в пучки, местами обращены к главному яблоку, местами отмечается мадароз. На краях век гнойные корочки. При их отделении появляется кровоточащая язвенная поверхность. Конъюнктив век и главного яблока гладкая, умеренно инъецированная. Проведите дифференциальную диагностику заболевания. Какие лечебные мероприятия нужно рекомендовать?
48. Больной 30-ти лет, Жалуется на покраснение и утолщение края верхнего века левого глаза, зуд. Свое заболевание ни с чем не связывает. Объективно: острота зрения обоих глаз = 1,0. Верхнее веко отечно, кожа гиперемирована, реберный край утолщен. При пальпации определяется болезненность в определенной точке реберного края. Отделяемого из конъюнктивального мешка нет. Конъюнктив век гиперемирована. Предположительный диагноз? Лечебные мероприятия?
49. После перенесенного на работе переохлаждения у больного 40-ка лет на нижнем веке правого глаза появилось уплотнение с покраснением кожи. В течение двух дней оно увеличилось. Отек распространился и на верхнее веко. При объективном исследовании выявлено: острота зрения обоих глаз = 1,0. На пораженном веке у наружного реберного края определяется инфильтрат с гнойной головкой на вершине. Глазное яблоко интактно. Диагноз? Лечебные мероприятия?
50. У больной 24-х лет, несколько недель назад на верхнем веке левого глаза появилось опухолевидное образование размером с горошину. Кожа над опухолью подвижна. Само образование спаяно с подлежащими тканями. Со стороны конъюнктивы оно просвечивает сероватым цветом, вокруг конъюнктив утолщена и гиперемирована. Пальпация опухоли безболезненная. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Диагноз? Лечение?
51. После перенесенного гипертонического криза у больной 68-ми лет, глазная щель левого глаза не смыкается. Отмечается асимметрия лица, сглаженность носогубной складки слева. Нижнее веко не прилежит к главному яблоку, эверсия слезной точки. При попытке сомкнуть веки глазная щель остается открытой. Острота зрения обоих глаз = 0,5 (не корр.). Глаза спокойные. Частичные помутнения хрусталиков. На главному дне с обеих сторон явления гипертонической ретинопатии. Диагноз? Какие исследования нужно провести? Как предотвратить высыхание роговой оболочки?
52. Пациентка 55 лет обратилась в поликлинику на прием к окулисту. Жалобы: на слезотечение и раздражение глаз, которое усиливается утром после сна. Анамнез: удалось выяснить, что 6 месяцев назад была сделана операция на веках – блефаропластика. При осмотре на роговице

определяется точечная кератопатия. Слезные точки погружены в слезное озеро. При просьбе закрыть глаз обнаруживается неполное смыкание век. Диагноз?

53. У обратившейся к окулисту больной 45-ти лет объективный статус выглядит следующим образом: Острота зрения обоих глаз = 1,0. Верхнее веко левого глаза припущено, прикрывает роговицу практически наполовину. При этом одновременно с опущением верхнего века наблюдаются западение глазного яблока и сужение зрачка. Как можно расценить имеющееся состояние? Консультации каких специалистов Вам необходимы? Принципы лечения пациентки?
54. Больной 26-ти лет, ходит, высоко запрокинув голову. Верхние веки обоих глаз припущены. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глаза здоровы. Диагноз? Лечебные мероприятия?
55. Больной 62-х лет обратился к офтальмологу с жалобами на сужение глазной щели слева. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. При наружном осмотре определяется уменьшение ширины глазной щели слева за счет того, что верхнее веко несколько припущено. Подвижность века и рост ресниц не нарушены. Остальные придатки глаза не изменены. Глаза спокойные. Зрачок левого глаза несколько уже, чем справа. Реакция зрачков на свет сохранена. Подлежащие отделы без видимых изменений. Какова Ваша тактика в диагностике заболевания? Какую патологию можно предположить? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия.
56. К врачу обратился пациент 34 лет с жалобами на сужение глазной щели справа. Эти явления появились две недели назад. При объективном исследовании обнаружено следующее. Одновременно с опущением верхнего века наблюдаются западение глазного яблока и сужение зрачка. Какое название носит описанный симптомокомплекс? Каковы причины его возникновения? Лечебные мероприятия?
57. Больной 42-х лет, получил химический ожог глаз на производстве около трех лет назад, лечился в стационаре, но после ожога зрение обоих глаз снизилось. В настоящее время предъявляет жалобы на слезотечение, покраснение, чувство инородного тела под веком правого глаза, снижение зрения обоих глаз. Объективно. Передний ресничный край нижнего века обращен к глазному яблоку. Ресницы трут по роговой оболочке. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,6 (не корр.). Правое глазное яблоко инъецировано по перикорнеальному типу. На роговице правого глаза поверхностные эрозии и старые стромальные помутнения по всей поверхности роговицы. Роговица левого глаза парацентрально помутнена в строме. В

остальном передние отрезки не изменены. Другие оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Диагноз? Лечение?

58. Больной 76-ти лет, жалуется на слезотечение, покраснение обоих глаз, снижение зрения. Страдает хроническим конъюнктивитом, по поводу которого регулярно получает лечение. Объективные данные. Острота зрения обоих глаз = 0,3 (не корр.). Нижние веки отвисают книзу. Реберные края не прилежат к главному яблоку. Конъюнктивальная поверхность века обнажена. Конъюнктивита гипертрофирована в нижнем своде. Слезные точки вывернуты. Конъюнктивальная инъекция главного яблока. Передний отрезок глаз без видимых изменений. При исследовании в проходящем свете на фоне красного рефлекса видны черные шипы. Глазное дно в норме. Диагноз? Лечение?
59. Больная 46-ти лет, страдает почечной недостаточностью с рецидивирующими отеками век. В последнее время стала отмечать «увеличение» верхних век. При обращении к окулисту объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,6 со сферой +1,0. Д = 1,0. На верхних веках у наружных углов глазной щели имеется свисающая складка истонченной кожи. Глаза спокойные. Передние отрезки не изменены. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Диагноз? Лечение?
60. У новорожденного ребенка у внутреннего угла обоих глаз имеется кожная полулунная складка, переходящая с верхнего века на нижнее. В виде перепонки эта складка частично прикрывает внутренний угол глаза и, деформируя тем самым конфигурацию глазной щели, придает глазам монголоидный вид. Назовите патологию. Определите возможное лечение.
61. В глазной кабинет детской поликлиники принесли на консультацию новорожденного ребенка. При объективном осмотре обнаружено, что между верхним и нижним веками обоих глаз имеются достаточно толстые кожные перемычки. Ваш диагноз? Возможно ли лечение? Если да, то назовите лечебные мероприятия.

Ответы на ситуационные задачи.

38. У больного аллергический отек Квинке. Назначить десенсибилизирующие препараты.
39. Укус насекомого. Лечение обычно не требуется: через несколько часов отек самопроизвольно исчезает.
40. Прежде всего, следует думать о возможной флегмоне глазницы.

41. *У больного абсцесс нижнего века. Показано вскрытие абсцесса и его дренирование, проведение антибактериальной терапии.*
42. *У больной абсцесс верхнего века. Показано его вскрытие и дренирование. Проведение антибактериальной терапии.*
43. *На фоне гиперметропии у пациента развился простой блефарит. Необходима коррекция аномалии рефракции. Показана обработка краев век спиртом, Массаж век. Инстилляциии в конъюнктивальный мешок сульфацил-натрия или сульфата цинка. За веки и на веки гидрокортизоновая мазь.*
44. *Простой блефарит.*
45. *У больной мейбомиевый блефарит. Показан массаж век с эвакуацией содержимого мейбомиевых желез. Возможны аппликации на веки антибактериальных препаратов, инстилляциии антибиотиков, сульфаниламидов, кортикостероидов. Аналогичные мази на края век.*
46. *У больного чешуйчатый блефарит. Нужно проводить лечение гельминтоза. Показана обработка краев век спиртом, Массаж век. Инстилляциии в конъюнктивальный мешок сульфацил-натрия или сульфата цинка. За веки и на веки гидрокортизоновая мазь.*
47. *У больного миопия слабой степени, язвенный блефарит, сопровождающийся трихиазом и мадарозом. Тщательно удалить все корочки после их размягчения рыбьим жиром, вазелиновым маслом. Первые 2-3 дня места изъязвлений тушировать спиртом или 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого. Быстро снимают явления воспаления аппликации на края век ватных полосок, смоченных растворами одного из антибиотиков, если на них нет аллергии. Тампоны накладывают на 10-15 мин до 4 раз в день. На ночь края век смазывают 10-20% сульфациловой, 0,3% флоксаловой или 0,5% гидрокортизоновой мазью. Неправильно растущие ресницы эпиллировать.*
48. *Имеющиеся симптомы, скорее всего, указывают на воспаление сальной железы или волосяного фолликула ресницы – ячмень. В стадии начинающегося воспаления иногда достаточно смазать кожу в месте инфильтрации 2-3 раза 70% спиртом или 1% раствором бриллиантового зеленого на 70% спирту. В глаз закапывают 6-8 раз в день 30% раствор сульфацил-натрия, или растворы антибиотиков. Показаны сухое тепло, УВЧ-терапия.*

49. У больного ячмень верхнего века. Внутрь антибиотики салицилаты, местно – антибактериальные капли. При абсцедировании – вскрытие гнояника с дренированием.
50. У больной халазион. В начальной стадии в область халазиона вводят кортикостероиды пролонгированного действия, например кеналог, смазывают кожу века 0,1% мазью дексаметазона (максидекс). При неэффективности радикальным является хирургическое удаление.
51. У больной лагофтальм слева, начинающиеся возрастные катаракты, гипертоническая ретинопатия обоих глаз. Паралич лицевого нерва обычно лечат невропатологи. Офтальмологическая помощь заключается в предохранении глаза от избыточного высыхания и инфицирования. Для этого несколько раз в день в конъюнктивальную полость закапывают 30% раствор сульфацил-натрия, стерильное вазелиновое масло, либо мази, содержащие сульфаниламиды или антибиотики. При стойком лагофтальме показано оперативное лечение – частичное ушивание глазной щели (блефарорафия) или подтягивание атоничного нижнего века к глазу. По поводу начинающихся катаракт назначают инстилляцию препаратов квинакс, катахром и т.д. Необходимо наблюдение и лечение терапевта по поводу гипертонической болезни.
52. Лагофтальм.
53. Синдром Горнера. Консультация и лечение невропатолога. Принципы лечения – проведение восстановительного лечения паралича шейного симпатического узла.
54. Запрокинутая голова носит название позы «звездочета». У больного частичный двусторонний врожденный птоз. Лечение хирургическое.
55. Птоз, возможно, вызван параличом шейного симпатического нерва. На что может указывать асимметрия зрачков. Возможно, это проявление Синдрома Горнера. Нужно произвести экзофтальмометрию. Необходима консультация невропатолога.
56. У больного синдром Горнера. Нужно произвести экзофтальмометрию. Необходима консультация и лечение невропатолога.
57. Рубцовый заворот нижнего века, эрозия, стромальные помутнения роговицы правого глаза. Помутнение роговицы левого глаза. Лечение – пластика нижнего века правого глаза, Закладывание

антибактериальных мазей в правый конъюнктивальный мешок. В последующем возможно проведение кератопластики.

58. *Спастический выворот век, хронический конъюнктивит, начинающаяся возрастная катаракта обоих глаз. Проводят посев отделяемого из конъюнктивальных мешков на микрофлору и назначают в соответствии с полученными данными антибактериальное лечение. При отсутствии эффекта проводят хирургическое лечение. По поводу начинающихся катаракт назначают инстилляцию препаратов квинакс, катахром и т.д.*
59. *У больной гиперметропия слабой степени, блефарохалазис обоих глаз. Назначают коррекцию гиперметропии, оперативное лечение блефарохалазиса.*
60. *У ребенка эпикантус. Необходимо оперативное лечение, которое может быть проведено в отдаленные сроки.*
61. *Филиформный анкилоблефарон. Ребенок нуждается в раннем хирургическом лечении – рассечении спаек и пластике век.*

5. ЗАБОЛЕВАНИЯ КОНЪЮНКТИВЫ

62. *Заболевание у ребенка 6-ти лет началось вначале на одном, а затем на другом глазу. Жалобы на засоренность, зуд и жжение в глазу, покраснение и наличие выделений из глаза. По утрам веки склеиваются засохшим гноем. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,9 (не корр.). Веки несколько отечные. На ресницах единичные корочки*

засохшего гноя. Выраженная конъюнктивальная инъекция глазного яблока. Конъюнктура слегка отечна, утолщена. На верхнем веке гипертрофия сосочков. В конъюнктивальном своде прожилки гноя. Передние отрезки глаз не изменены. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Диагноз? Лечебные и профилактические мероприятия?

63. У ребенка 8-ми лет, несколько дней назад появилось покраснение, чувство засоренности обоих глаз. При обращении к окулисту объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,8 (не корр.). Отмечаются отек век и точечные геморрагии на конъюнктиве склеры. На слизистой оболочке век и нижнего свода имеются белесовато-серые пленки, которые легко снимаются влажной ватой. После их удаления обнажается разрыхленная, но не кровоточащая ткань конъюнктивы. В поверхностных слоях перилимбальной области мелкие инфильтраты, местами эрозированные. Подлежащие отделы глаз без видимой патологии. Диагноз? Лечение?
64. В детском саду конъюнктивитом заболело сразу большое количество детей. Для большинства характерны слезотечение и светобоязнь. Отмечается сильный отек конъюнктивы в нижней переходной складке. Петехиальные кровоизлияния в конъюнктиве. Конъюнктура глазного яблока видна в глазной щели в виде двух отечных треугольников серого цвета. Мелкие поверхностные инфильтраты в роговице. Подлежащие отделы глаз и острота зрения без патологии. Отмечается недомогание, повышение температуры, головная боль. Диагноз? Возбудитель заболевания? Меры профилактики и лечения?
65. В эндокринологическом отделении РКБ одновременно заболели 4 человека. На фоне недомогания, температуры, насморка, головной боли, появилось покраснение глаз, слезотечение, светобоязнь. Объективно: конъюнктура резко гиперемирована, отмечаются петехиальные кровоизлияния, фолликулы, точечные инфильтраты на роговице. Через день заболело еще 5 человек. Поставьте диагноз и объясните тактику лечения.
66. У больного 37-ми лет, конъюнктивит начался остро, сначала на одном, а затем на другом глазу. Больной отмечает общее недомогание. Веки отечные, гиперемированные, с синюшным оттенком. На конъюнктиве век и глазного яблока бело-серые пленки, плотно спаянные с конъюнктивой. Роговица интактная. Подлежащие отделы глаза не изменены. Глазное дно в норме. Какие дополнительные данные нужны для постановки диагноза? Возможный диагноз? Лечебные мероприятия?

67. У ребенка через три дня после рождения появились выраженная гиперемия и отек век обоих глаз. Веки плотные. Раскрыть глазную щель почти невозможно. Из глазной щели имеется отделяемое цвета мясных помоев. Конъюнктура резко гиперемирована, разрыхлена. Глазное яблоко без видимых изменений. Возможный диагноз? Диагностические и лечебные мероприятия?
68. На 4 день после рождения у ребенка появился резкий отек и гиперемия век. Глазная щель открывается с трудом, появилось сукровичное отделяемое из конъюнктивального мешка. Поставьте диагноз. Назначьте лечение. В чем заключается профилактика возникновения данного заболевания?
69. У новорожденного имеется обильное гнойное отделяемое из левого глаза. Глазная щель сужена. Веки отечны. Конъюнктура век гиперемирована, отечна. Правый глаз здоров. О каком заболевании глаза можно подумать? Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза? В каком лечении нуждается ребенок?
70. Больная 32-х лет, жалуется на выраженный отек и гиперемию век левого глаза, гнойное отделяемое и невозможность раскрыть глаз. Больная отмечает подъем температуры в вечернее время, мышечные боли. Объективно. Правый глаз здоров, острота зрения = 1,0. Слева острота зрения снижена до 0,2 и не корригируется оптическими стеклами. Выраженный отек и гиперемия век. Веки на ощупь мягкие, тестоватые. Из глазной щели обильное гнойное отделяемое желтого цвета, сливкообразной консистенции. Конъюнктура отечна, разрыхлена. На роговой оболочке поверхностные эрозии и маленький инфильтрат. Подлежащие отделы без видимой патологии. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
71. Больной 34-х лет, жалуется на сильный зуд, жжение и резь в глазах, частые болезненные моргания. Болеет уже около двух месяцев. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,4 со сферой + 1,5. Д = 1,0. При внешнем осмотре обращает на себя внимание выраженное покраснение по углам глазной щели. Кожа здесь мацерирована, экзематозно изменена, с мокнущими трещинами. Конъюнктура век в области угла глазной щели разрыхлена и гиперемирована. Отделяемое скудное, в виде тягучей слизи. Глазные яблоки интактны. Диагноз? Лечение?
72. После возвращения из туристической поездки в страны Азии у больного 38-ми лет, появилось чувство «засоренности» в глазах, они покраснели. При обращении к врачу объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Веки слегка отечны. На конъюнктиве век видны фолликулы и

гипертрофированные сосочки. Конъюнктивa инфильтрирована. Глаза спокойные. Передние отрезки глаз не изменены. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Какие дополнительные исследования нужно произвести? Возможные диагнозы? Лечение?

73. У чернокожего пациента 24-х лет, отмечается покраснение обоих глаз, легкая припухлость век, слизистое отделяемое из глаз. Острота зрения обоих глаз = 0,7 (не корр.). Конъюнктивa век и глазного яблока умеренно инъецирована, гипертрофирована. В роговицу с верхней половины лимба опускается воспалительный инфильтрат в виде пленки, пронизанной сосудами. Остальные оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Какие дополнительные исследования нужно произвести? Классифицируйте возможное заболевание? Какие виды лечения можно применить?
74. К окулисту обратился молодой человек 19 лет. Жалобы: на чувство «песка», зуд, покраснение в глазах, слизистое отделяемое из глаз. Два дня назад, проснувшись утром, почувствовал, что ему трудно открыть веки. Анамнез: удалось выяснить, что перед этим он купался в озере. Объективно: конъюнктивa глаз отечна и гиперемирована, умеренное гнойное отделяемое. Функции глаза сохранены. Передний и задний отрезки не изменены. Диагноз? Лечение? Какие возможны осложнения?
75. На прием к окулисту мать привела сына 12-ти лет. У мальчика наблюдалось повышение температуры тела и назофарингит. После этого покраснел сначала один, а потом и другой глаз. При объективном осмотре определяется небольшой отек и покраснение век, незначительное слизистое отделяемое, слезотечение. Конъюнктивa век и переходных складок инъецирована, отечна, с мелкими фолликулами, расположенными преимущественно в нижнем своде. Точечные геморрагии в конъюнктиве. На слизистой оболочке нежные, серовато-белые пленки, легко снимающихся влажным ватным тампоном. Дайте возможный наиболее подходящий диагноз. Назначьте лечение.
76. На консультацию пришел больной 42-х лет. Правый глаз заболел около недели назад. Затем воспалился и левый глаз. Жалобы на покраснение глаз, резь, ощущение засоренности, слезотечение. Объективно: острота зрения обоих глаз = 0,7 (не корр.). Небольшой отек век, гиперемия и инфильтрация конъюнктивы век, особенно в области нижнего свода. Гиперемия и отек распространяются и на конъюнктиву склеры. На конъюнктиве нижнего века выявляются множественные мелкие, прозрачные фолликулы. Отделяемое незначительное. Увеличение и болезненность региональных околоушных лимфатических узлов. На роговице множественные, точечные, субэпителиальные помутнения. Проведите диагностику заболевания. Назначьте необходимое лечение.

77. У больного 36-ти лет заболевание началось остро с покраснения, резкой боли в правом глазу, ощущения инородного тела, светобоязни, появления слезотечения, слизисто-гнойного отделяемого. Быстро появился отек век. При этом конъюнктура резко гиперемирована, инфильтрирована, видны мелкие фолликулы. Почти всю конъюнктиву склеры захватывают геморрагии от мелких множественных петехий до обширных кровоизлияний. В роговице мелкоточечные эпителиальные инфильтраты. Какое заболевание у пациента можно предположить. Назначьте адекватное лечение.
78. К окулисту обратилась женщина 40 лет. Жалобы: на зуд в глазах. Анамнез: выяснено, что зуд появился неделю назад. Перед этим она косила траву. Объективно: зрение обоих глаз 1,0. Конъюнктура век гиперемирована, отечна, слизистое отделяемое. Поставьте диагноз. Составьте план лечения.
79. Больной 53-х лет обратился к окулисту с жалобами на покраснение левого глаза, ухудшение зрения этого глаза. При осмотре установлено; острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,7 (не корр.). Конъюнктура глазного яблока инъецирована, больше с внутренней стороны. Конъюнктура век спокойная. С внутренней стороны на роговицу в виде языка напоздает конъюнктура, плотно спаянная с роговичной тканью и пронизанная сосудами. В остальных отделах роговица прозрачная. Передняя камера средней глубины, с прозрачной влагой. Радужка и зрачок без видимой патологии. В плоскости зрачка при боковом освещении на периферии видны помутнения серого цвета. В проходящем свете на фоне красного рефлекса они выглядят темными. Глазное дно без видимой патологии. Проведите диагностику заболеваний. Наметьте план лечения.
80. Комбайнер 45 лет обратился на прием к окулисту в поликлинику РКБ. Жалобы: на покраснение обоих глаз. Анамнез: покраснение держится в течение длительного времени, не проходит при закапывании капель. Объективно: зрение обоих глаз 1,0. На конъюнктиве глазных яблок во внутреннем сегменте имеется утолщение, пронизанное сосудами, которое распространяется на роговицу. Диагноз? Причины возникновения этих пленок? Лечение?
81. К окулисту на приеме обратился пациент 47-ми лет с жалобами на покраснение обоих глаз, наличие выделений. Кроме того, пациента беспокоит стоматит, назофарингит. Имеются воспалительные явления в области гениталий. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Конъюнктура век и глазного яблока резко инъецирована. Гнойное отделяемое в сводах. Единичные преципитаты на роговицах. О каком

синдромном заболевании можно думать при наличии такой клиники?
Диагностические мероприятия. Лечение.

82. Больная 30 лет обратилась с жалобами на внезапное покраснение правого глаза, появление светобоязни, ощущение «песка» в глазу, слезотечение, которые появились 3 дня тому назад, а сегодня подобные симптомы, но не такие выразительные, возникли и в левом глазу. Объективно: выраженный отек век, гиперемия конъюнктивы в области переходной складки. Мелкие точечные кровоизлияния в конъюнктиве верхнего века, незначительные слизисто-гнойные выделения. Диагноз? Лечебные мероприятия?

Ответы на ситуационные задачи.

62. *Острый бактериальный конъюнктивит. Больному необходимо инстиллировать в глаза 30% раствор сульфацил-натрия три-четыре раза в день. Закладывание в конъюнктивальный мешок 1% тетрациклиновой мази.*
63. *Пневмококковый конъюнктивит. Больному необходимо инстиллировать в глаза 30% раствор сульфацил-натрия три-четыре раза в день. Закладывание в конъюнктивальный мешок 1% тетрациклиновой мази.*
64. *Острый эпидемический конъюнктивит. Вызывается палочкой Коха-Уикса. Больного необходимо изолировать. Пациенту необходимо инстиллировать в глаза каждые 2-4 часа 30% раствор сульфацил-натрия, 0,3% раствор или мазь тобрамицина, флоксала. Находящимся с ним в контакте 30% раствор сульфацил-натрия инстиллируют 3-4 раза в день.*
65. *Эпидемический конъюнктивит. Необходимо инстиллировать в глаза каждые 2-4 часа 30% раствор сульфацил-натрия, 0,3% раствор или мазь тобрамицина, флоксала. Находящимся с ним в контакте 30% раствор сульфацил-натрия инстиллируют 3-4 раза в день.*
66. *У больного дифтерия конъюнктивы. Для уточнения диагноза необходимо провести бактериологические исследования. Больного немедленно изолируют в инфекционное отделение, где весь комплекс общего лечения проводится врачом-инфекционистом. Офтальмологические назначения состоят в промывании конъюнктивальной полости антисептическими растворами (3% раствор борной кислоты, раствор калия перманганата 1:5000, 1:5000 фурацилина), частые инстилляции 20% раствора сульфацила натрия*

или пенициллина. На ночь за веки закладывают 1 % эритромициновую мазь или 0,3% флоксаловую мазь. При поражении роговицы применяют препараты, улучшающие ее регенерацию.

67. У ребенка гонобленнорея. Диагноз должен быть подтвержден лабораторными бактериологическими исследованиями отделяемого из конъюнктивальной полости. Назначают частые закапывания растворов пенициллина (20.000 ЕД/мл): в первые 2 часа – через каждые 15 минут, далее – через каждый час. В последние годы применяют инстилляции оацина, 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.
68. У ребенка гонобленнорея. Назначают частые закапывания растворов пенициллина (20.000 ЕД/мл): в первые 2 часа – через каждые 15 минут, далее – через каждый час. В последние годы применяют инстилляции оацина, флоксала – 6-8 раз в сутки. На ночь за веки закладывают 1 % эритромициновую мазь. Общее лечение состоит в назначении сульфаниламидных препаратов и антибиотиков в дозах соответственно возрасту. Профилактика гонобленнореи новорожденных предусмотрена законодательно и является обязательной. Сразу после рождения ребенку протирают веки ватным тампоном, смоченным 2% раствором борной кислоты, в глаз закапывают однократно 1% раствор азотнокислого серебра (способ Матвеева-Креде) или 20% раствор сульфацила-натрия трехкратно с интервалом в 10 минут, или закладывают за веки однократно 1% эритромициновую или 1% тетрациклиновую мазь.
69. Можно думать о гонобленнорее новорожденных. Диагноз должен быть подтвержден лабораторными бактериологическими исследованиями отделяемого из конъюнктивальной полости. Назначают частые закапывания растворов пенициллина (20.000 ЕД/мл): в первые 2 часа – через каждые 15 минут, далее – через каждый час. В последние годы применяют инстилляции оацина, 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.
70. Гонобленнорея. Диагноз должен быть подтвержден лабораторными бактериологическими исследованиями отделяемого из конъюнктивальной полости. Назначают частые закапывания растворов пенициллина (20.000 ЕД/мл): в первые 2 часа – через каждые 15 минут, далее – через каждый час. В последние годы применяют инстилляции оацина, 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.

71. У больного ангулярный блефароконъюнктивит, гиперметропия слабой степени. Эффективным средством является 0,5-1 % раствор цинка сульфата или комбинация его с борной кислотой, которые закапывают 3-4 раза в день в течение 1-1,5 мес. Используются 0,3% раствор гентамицина, 0,1% раствор диклофенака натрия (капли «Наклоф»). На ночь за веки закладывают 1% тетрациклиновую мазь.
72. Решающее значение имеют лабораторные диагностические исследования: микроскопия соскобов конъюнктивы на выявление цитоплазматических включений, бактериоскопия методом флюоресцирующих антител, иммуноферментный анализ сыворотки крови на обнаружение хламидийного антигена. Возможны диагнозы трахомы и других хламидийных или фолликулярных конъюнктивитов. Можно применить консервативное и хирургическое лечение.
73. Необходим осмотр век с их выворотом. Решающее значение имеют лабораторные диагностические исследования: микроскопия соскобов конъюнктивы на выявление цитоплазматических включений, бактериоскопия методом флюоресцирующих антител, иммуноферментный анализ сыворотки крови на обнаружение хламидийного антигена. Скорее всего, у пациента трахома II стадии. Можно применить консервативное и хирургическое лечение.
74. Эпидемический хламидийный («бассейный» или «банный») конъюнктивит. Лечение. Инстилляциии 0,3% раствора окацина 4-6 раз в день, закладывание за веко на ночь 1 % тетрациклиновой мази.
75. У ребенка аденовирусный конъюнктивит или фарингоконъюнктивальная лихорадка. Назначают 6-8 раз в день инсталляции офтальмоферона и интерфероногенов: полудана, циклоферона, реоферона. За веко закладывают мазь из противовирусных препаратов. Через неделю применяют 0,1 % раствор дексаметазона, 1 % гидрокортизоновую мазь, нестероидные противовоспалительные средства (0,1% раствор диклофенака натрия).
76. У больной синдром «сухого глаза». Учитывая наличие общей симптоматики, возможно предположить болезнь Шегрена. Необходимо поставить пробу Ширмера. Лечение симптоматическое. Назначение увлажняющих глаз препаратов.

77. *Эпидемический геморрагический кератоконъюнктивит. Необходимы частые (через 2 часа) инстилляциии офтальмоферона в сочетании с его индукторами интерферона (полудан, парааминобензойная кислота), ангиопротекторов и кортикостероидов. Для подавления сопутствующей бактериальной инфекции назначают капли из антибиотиков (0,25% раствор левомицетина, 0,01% раствор мирамистина, препарат «Витабак» 0,05% и др.). Внутрь аскорутин по 1 таблетке 2-3 раза в день.*
78. *Поллинозный конъюнктивит. Местно применяют инстилляциии опатанола, аломида, лекролина, 0,1% раствора дексаметазона, капли диклофенак 3-4 раза в день. Общее лечение состоит в назначении гипосенсибилизирующих и антигистаминных средств. Наиболее эффективным является метод специфической гипосенсибилизации соответствующим пыльцевым аллергеном, который проводится специалистом-аллергологом.*
79. *Наползание конъюнктивы в виде языка на роговицу с внутренней стороны, носит названия птеригиума. Помутнения на периферии хрусталика являются признаком начинающейся катаракты. Птеригиум требует оперативного лечения. Учитывая достаточно высокое зрение этого глаза, можно проводить консервативное лечение препаратами, стимулирующими обменные процессы в хрусталике.*
80. *Крыловидная плева развивается обычно у людей зрелого возраста, длительно находящихся на ветру, или в атмосфере, содержащей вредные химические раздражители и частицы пыли. Показано удаление птеригиума.*
81. *Возможно глазное проявление синдрома Стивенса-Джонсона. Нужно сделать анализ крови, где возможен лейкоцитоз со сдвигом влево, эозинофилия, ускорение СОЭ. Назначают общую десенсибилизирующую терапию, кортикостероиды, симптоматическое лечение. При поражении глаз применяют кортикостероиды (дексаметазон в виде капель и мази), антибактериальные средства для профилактики и лечения вторичной антибактериальной инфекции (борная кислота, сульфацил-натрия, фуциталмик). В связи с развитием сухого кератоконъюнктивита необходимо назначать препараты искусственной слезы (лакрисин, офтагель, видисик гель). При последствиях – хирургическое вмешательство.*
82. *Острый эпидемический конъюнктивит. Применяют закапывания в глаз антимикробных препаратов каждые 2-4 часа в течение нескольких дней. По мере стихания воспаления частоту инстилляциии снижают до 3-5 раз в сутки.*

6. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЕЗНЫХ ОРГАНОВ

83. Ребенок 8-ми лет болен ангиной. На фоне этого заболевания появилась выраженная припухлость, и гиперемия в наружной части верхнего века правого глаза. Эта область несколько болезненна при пальпации. Конъюнктура глазного яблока инъецирована и несколько отечна в верхненаружном отделе. Глазное яблоко смещено книзу и кнутри, подвижность его несколько ограничена. Острота зрения правого глаза = 1,0. Передний отрезок не изменен. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. У ребенка лихорадочное состояние. Диагноз? Лечение?

84. У пациента 42 лет после травмы была удалена слезная железа. Впоследствии признаков нарушения слезопродукции не отмечено, почему?
85. К офтальмологу обратился пациент 34-х лет с жалобами на припухлость в области верхненаружных углов орбит обоих глаз. Припухлость появилась около двух недель назад. Болевыми ощущениями не сопровождалась. Больной отмечает незначительную диплопию. Кроме того, пациента беспокоит увеличение околоушных и подчелюстных лимфоузлов, по поводу чего он наблюдается у челюстно-лицевого хирурга. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Припухлость и отек тканей у верхненаружного угла орбиты, пальпация ее безболезненная. Небольшой экзофтальм со смещением глазных яблок кнутри и книзу. При вывороте век видны увеличенные и несколько гиперемизированные пальпебральные части слезных желез. Глазные яблоки без видимой патологии. Какие диагностические мероприятия нужно провести? Диагноз? Лечение?
86. К офтальмологу обратилась женщина 64-х лет, с жалобами на сухость глаз, чувство рези, жжения, «песка» в глазах, наличие тягучего слизистого отделяемого по углам глаз по утрам. Данное состояние больную беспокоит уже около года, однако обратиться к окулисту она не могла в связи с тем, что получала лечение по поводу полиартрита. Больную беспокоит сухость во рту, кашель, по поводу чего она обращалась к эндокринологу и терапевту. Объективно. Острота зрения обоих глаз 0,5 (не корр.). Определяются небольшая светобоязнь, гиперемия век с утолщением их краев. Конъюнктивы несколько разрыхлена. В конъюнктивальной полости отделяемое в виде тонких сероватых нитей, слизь. Слезный мениск отсутствует. Роговица шероховата, на ее поверхности эпителиальные «нити». Какое дополнительное исследование необходимо больной? Лечение?
87. Больного 56-ти лет, беспокоит постоянное слезотечение. Объективно определяется слезостояние. Веки занимают правильное положение, спокойные. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глаза спокойные. Передние отрезки глаз не изменены. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Какие дополнительные исследования для диагностики заболевания нужно произвести? Возможные диагнозы при разных исходах исследования?
88. К окулисту обратилась больная 48-ми лет с жалобами на покраснение, слезотечение левого глаза. Жалобы появились около недели назад. Больная самостоятельно стала закапывать в глаз капли ципролет, но улучшения состояния не наступило. Заболевание связывает с

попаданием в глаз соринки при уборке комнаты. При обращении объективно: острота зрения обоих глаз = 1,0. Слева определяется покраснение внутренней половины века, гнойное отделяемое. В области воспаления имеется припухлость, покраснение кожи. Слезный сосочек резко выпячен. При надавливании на область слезного канальца из слезной точки выдавливается гнойное отделяемое с примесью густой кашицеобразной массы. Поставьте диагноз. Лечебные мероприятия?

89. Больная 30 лет, штукатур. Обратилась в поликлинику с жалобами на слезотечение, гноетечение из правого глаза, припухлость кожи у внутреннего угла глаза. Больна 2 года. Объективно: покраснение кожи, опуховидное образование в области слезного мешка справа. При надавливании на него – гнойное отделяемое из слезных точек. Носовая проба справа отрицательная. При промывании слезных путей справа жидкость струей выходит через верхний слезный канал. На рентгенограмме видны тени от слезных канальцев, соединяющиеся с тенью увеличенного слезного мешка, резко суженного при входе в носослезный канал. Консультация ЛОР-врача: искривление носовой перегородки. Диагноз? Лечение?
90. Больная 61-го года, жалуется на упорное слезотечение справа, гнойное отделяемое из глаза. Страдает правосторонним гайморитом. Острота зрения обоих глаз = 1,0. При осмотре определяется слезостояние справа. Фасолевидное мягкое выпячивание кожи под внутренней спайкой век. При надавливании на него из слезных точек выделяется гной. Диагноз? Диагностические и лечебные мероприятия?
91. Почти с момента рождения ребенок 8-ми месяцев, страдает конъюнктивитом левого глаза. Периодически лечится с кратковременным улучшением. Гнойное отделяемое из глаза полностью практически не исчезает. Проводимое антибактериальное и противовоспалительное лечение неэффективно. Объективно. Легкий отек и гиперемия краев век. Реснички склеены в пучки ссохшимся гноем (больше у медиального угла глаза). Гнойное отделяемое из глаза. Слезостояние. Конъюнктивит умеренно инъецирован. Глаз почти спокойный. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Какие дополнительные исследования нужно произвести? Диагноз? Лечение?
92. Пациентка 45-ти лет, жалуется на постоянное слезотечение из правого глаза, особенно на улице. Слезотечение беспокоит в течение 2-х лет. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Положение век и слезных точек правильное, при надавливании на область слезного мешка – отделяемого нет. Имеется слезостояние. Цветная слезноносовая проба отрицательная. При промывании слезных путей жидкость в нос не проходит, возвращается через верхнюю слезную точку. Глаз спокойный.

Оптические среды прозрачные. Глазное дно без патологии. TOD = 21 мм рт.ст. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Слезноносовая проба положительная, при промывании жидкость свободно проходит в нос. TOS = 21 мм рт. ст. Диагноз? Лечение?

93. В течение нескольких дней у больной 52-х лет, у медиальной спайки век левого глаза появился выраженный отек и гиперемия тканей, сопровождающиеся резкой болезненностью при дотрагивании. Отмечается повышение температуры, общее недомогание, головная боль. Объективно, Определяется выраженный отек и гиперемия тканей у медиальной спайки век левого глаза. Отек распространяется на веки, щеку и спинку носа. Пальпация тканей болезненна, повышена местная температура. Глазная щель сомкнута. Увеличены подчелюстные лимфатические узлы. При раскрытии глазной щели видна небольшая гиперемия и отек в области нижней переходной складки. Острота зрения не снижена. Глаза спокойные. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
94. Больная 23-х лет жалуется на покраснение глаз, чувство инородного тела, слезотечение. Жалобы появились после работы на производстве с компьютером. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,7 (не корр.). Умеренный отек век. Смешанная инъекция конъюнктивы. У заднего ребра нижних век практически отсутствует слезный мениск. Тянущиеся густые выделения в конъюнктиве. Сосочки гипертрофированы. Поверхность роговицы шероховата. На ней в виде ниточек эпителиальные выросты. Подлежащие отделы глаз без видимых изменений. Диагноз? Лечебные мероприятия?

Ответы на ситуационные задачи.

83. *Правосторонний дакриoadенит. Назначают сухое тепло, УВЧ-терапию, внутрь – сульфаниламиды, жаропонижающие, анальгетики; внутримышечно и местно – инъекции антибиотиков. При нагноении производят разрез с последующим дренированием абсцесса и наложением повязок с гипертоническим раствором.*
84. *В нормальном состоянии для смачивания глазного яблока используется слезная жидкость, вырабатываемая конъюнктивальными добавочными слезными железами. Слезная железа вступает в действие лишь при плаче.*

85. Для диагностики заболевания необходимо произвести рентгенографию глазниц. При отсутствии указаний на неопластический процесс, можно думать о синдроме Микулича. Показана близкофокусная рентгенотерапия слезных желез.
86. Синдром Съегрена. Лечение симптоматическое. Применяются слезозамещающие препараты различной вязкости: слеза натуральная, лакрисин, офтагель, видисик, лубритал, лакривит (гемодез). Получает распространение блокада слезных канальцев силиконовыми obturаторами.
87. Необходимо поставить канальцевую и носовую пробы. При отрицательных обеих пробах нужно предполагать сужение слезных точек или канальцев. При отрицательной носовой пробе – непроходимость носослезного канала.
88. Каналикулит – воспаление слезного канальца. Консервативное лечение неэффективно. Показаны: расщепление канальца по его задней стенке, удаление содержимого, обработка полости 1% раствором бриллиантового зеленого или метиленового синего, назначение дезинфицирующих капель.
89. Хронический дакриоцистит Показана операция – дакриоцисториностомия.
90. Хронический дакриоцистит. Проводят канальцевую и носовую пробу. Промывание слезоотводящих путей. Выполняют их контрастную рентгенографию. При отсутствии проходимости жидкости в нос показана операция – дакриоцисториностомия.
91. Длительное наличие гнойного отделяемого из глаза может говорить в пользу дакриоцистита новорожденных. Ребенку необходимо поставить канальцевую и носовую пробы. При отсутствии проходимости жидкости в нос проводят массаж слезного мешка. При безуспешности манипуляции – промывание слезоотводящих путей или зондирование слезноносового канала.
92. У больной непроходимость слезноносового канала. Проводят рентгенографическое исследование черепа и контрастную рентгенографию слезоотводящих путей. Консультируют больного с оториноларингологом. Как лечебное мероприятие показана операция – дакриоцисториностомия.
93. Флегмона слезного мешка. Проводят функциональные пробы на проходимость слезоотводящих путей. В разгар воспаления назначают

общее лечение с применением антибактериальных средств. Местно рекомендуются: сухое тепло в разных видах, УВЧ-терапия, кварцевое облучение. Своевременно начатое лечение предупреждает самопроизвольное вскрытие флегмоны. При сформировавшемся флюктуирующем абсцессе производят его вскрытие с дренированием и промыванием гнойной полости антибиотиками. После стихания острых явлений выполняют дакриоцисторинотомию.

94. У больной синдром «сухого глаза». Лечение симптоматическое: назначение препаратов искусственной слезы.

7. ЗАБОЛЕВАНИЯ РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ

95. К окулисту обратился пациент 17-ти лет, с жалобами на ухудшение зрения обоих глаз, более выраженное справа. Зрение стало снижаться около четырех лет назад, заболевание ни с чем не связывает. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,06 со сферой – 7,0 дптр. и цилиндром – 2,0 дптр. ось 95° = 0,3. Глаз спокойный. Роговица чуть помутнена в центре и кажется «заостренной». Передняя камера средней глубины с прозрачной влагой. Подлежащие отделы глаза без видимой патологии. Острота зрения левого глаза = 0,1 со сферой – 2,0 дптр. и цилиндром – 2,0 дптр. = 0,7. Глаз спокойный. Визуальных изменений глазного яблока нет. Рефрактометрия правого глаза не удается из-за размытости меток. Слева определяется сложный обратный миопический астигматизм. Какие дополнительные исследования нужно произвести? Диагноз? Лечебные мероприятия?

96. На прием к офтальмологу пришел пациент 32-х лет с жалобами на низкое зрение обоих глаз. Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,09 (не корр.). При наружном осмотре пациента обращает на себя внимание некоторое укорочение глазной щели. Веки прикрывают часть зрачка. Глазные яблоки постоянно подергиваются в горизонтальном направлении. Роговые оболочки уменьшены в размерах до 8 мм. Передние камеры кажутся несколько мелковатыми. Оптические среды прозрачные. Глазное дно без видимой патологии. При УЗИ-биометрии переднезадняя ось глазных яблок 18,1 мм. Диагностируйте имеющуюся патологию. Определите лечебные мероприятия.
97. Больной 37-ми лет пришел к офтальмологу на контрольный осмотр после перенесенного более месяца назад вирусного кератита левого глаза. Жалобы на снижение зрения этого глаза. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,7 (не корр.). Глаз спокойный. На 4-х часах на роговицу напоззают из конъюнктивы, переходя через лимб ветвящиеся сосуды ярко-красного цвета. В этом же месте имеется нежное стромальное периферическое помутнение роговицы. Подлежащие отделы без видимой патологии. Какое название носят новообразованные сосуды и имеющееся помутнение? Лечебные мероприятия?
98. Больной 16-ти лет, жалуется на слезотечение, чувство инородного тела левого глаза. Утром ненароком «зацепил» глаз ногтем. Объективно. Легкий отек век с явлениями блефароспазма. Острота зрения левого глаза = 0,6 (не корр.). Слезотечение. Глазное яблоко слабо инъецировано по перикорнеальному типу. Поверхность роговицы кажется шероховатой. Подлежащие отделы и глазное дно без видимой патологии. Правый глаз здоров. Какие дополнительные диагностические манипуляции необходимо произвести? Диагноз? Лечение?
99. Больной 35 лет, обратился на консультацию к окулисту. Жалобы: светобоязнь, слезотечение, чувство инородного тела, снижение зрения на правом глазу. Развитие настоящего заболевания: три дня назад, гуляя по лесу, получил травму правого глаза веткой. Объективно: острота зрения правого глаза 0.1, не корректируется, светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. Смешанная инъекция глазного яблока. На роговице инфильтрат желтого цвета. Зона инфильтрата окрашивается 1% раствором флюоресцеина. Ваш предполагаемый диагноз? Лечение?
100. К окулисту обратилась больная 60-ти лет с жалобами на боли и снижение зрения правого глаза. Из анамнеза – 3 дня назад случайно попало веткой по глазу, к врачу не обращалась и не лечилась.

Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.). Глазная щель справа резко сужена. Выраженная смешанная инъеция глазного яблока. В центре роговицы виден серовато-желтый инфильтрат диаметром 4-5 мм с рыхлой поверхностью. В передней камере беловатая полоска гноя высотой 2 мм. Рисунок радужки ступеван, зрачок узкий. Рефлекса с глазного дна не видно. Внутриглазное давление пальпаторно T_n . Острота зрения левого глаза = 0,5 sph. + 1,0^D = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Лечение?

101. На прием к офтальмологу пришел больной 52-х лет. Он предъявляет жалобы на низкое зрение правого глаза. Из анамнеза выяснено, что три года назад он перенес язвенный кератит, по поводу которого лечился в офтальмологическом стационаре. Лечение было длительным. В настоящее время объективно: Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.). Глаз спокойный. На роговице парацентрально на 7-ми часах имеется достаточно грубое помутнение роговицы, к которому подтянут зрачковый край радужной оболочки. За счет этого зрачок деформирован. При инстиляции мидриатиков имеющаяся спайка не разрывается, зрачок расширяется неравномерно. Радужка без признаков воспаления. Возле спайки атрофична. В плоскости зрачка хрусталик с наличием незначительных корковых помутнений. В проходящем свете красный рефлекс, на фоне которого видны помутнения хрусталика в виде спиц черного цвета. Глазное дно без особенностей. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Поставьте диагноз. Какие лечебные мероприятия необходимы?
102. Больная 62-х лет лечится у офтальмолога по поводу язвенного кератита левого глаза. В настоящее время объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,4 (не корр.). Глаз практически спокойный. Парацентрально на роговице на месте бывшей язвы имеется углубление, не окрашивающееся флюоресцеином. К нему у лимба тянутся параллельные сосуды кирпичного цвета, возникающие как бы из-под лимба. Как называются такое состояние роговицы и имеющийся тип васкуляризации роговицы?
103. Больному 61-го года при работе на приусадебном участке в правый глаз попал кусочек земли. При обращении к окулисту несколько дней назад с конъюнктивы верхнего века удалено инородное тело. Однако чувство инородного тела продолжает беспокоить. Снизилось зрение, появились боли в глазу. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,09 (не корр.). Легкий отек и гиперемия век. Перикорнеальная инъеция глазного яблока. Роговица отечная. Парацентрально на роговице располагается язва серповидной формы с подрытым краем. В передней камере гной, заполняющий ее на 1/3. Радужка отечная, рисунок ее ступеван. Зрачок

узкий, на свет не реагирует. В проходящем свете красный рефлекс. Глазного дна рассмотреть не удастся. Диагноз? Лечение?

104. Больной 38 лет обратился к окулисту. Жалобы: чувство инородного тела в левом глазу, снижение зрения, светобоязнь, слезотечение. Развитие настоящего заболевания: неделю назад что-то попало в левый глаз. Самостоятельно пытался удалить инородное тело. Капли не закапывал. К врачу обратился не сразу. Объективно: острота зрения правого глаза 0,01, не корригируется. Светобоязнь, слезотечение. Резко выраженная смешанная инъеция. В центре роговицы изъязвление с гнойно-инфильтрированным дном и подрытым краем, обращенным к её центру. На дне передней камеры определяется уровень гноя. Диагноз? Какое исследование дополнительно следует сделать? Откуда образовался гной в передней камере? Какова тактика лечения в этом случае?
105. Больной Р., 48-ми лет, обратился к окулисту с жалобами на покраснение правого глаза, боли в глазу и чувство инородного тела. Болеет около недели. К врачу не обращался. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,05 (не корр.). Умеренный отек и гиперемия век. Глазное яблоко резко инъецировано по смешанному типу. Роговица в центре изъязвлена, на дне язвы маленький черный пузырек. Края язвы инфильтрированы. Роговица отечна. На дне передней камеры полоска гноя. Рисунок радужки ступешеван. Зрачок узкий, слабо реагирует на свет. Подлежащие отделы глаза не видны из-за снижения прозрачности роговицы. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Лечение?
106. Больная 56-ти лет лечится в стационаре по поводу язвы роговицы правого глаза. При утреннем осмотре лечащим врачом больная пожаловалась, что ночью у нее наблюдалось выраженное слезотечение и боли в правом глазу. При осмотре определяется выраженная смешанная инъеция правого глаза. Язва расположенная парацентрально на 17-ти часах по-прежнему имеет края, покрытые гнойным отделяемым. В центре язвы видна выпавшая в отверстие роговицы часть радужной оболочки. Складчатость десцеметовой оболочки. Передняя камера очень мелкая. Имевшийся накануне гипопион не виден. Зрачок деформирован, подтянут к отверстию роговицы. В проходящем свете красный рефлекс. Что произошло с больной? Какие в дальнейшем лечебные мероприятия необходимы?
107. При обращении к врачу бросается в глаза выраженная светобоязнь у ребенка 5-ти лет. Он старается отвернуться от света, прикрыть глаза руками, почти постоянно жмурится. Проверить остроту зрения в таких условиях не представляется возможным. Объективно. Выраженный блефароспазм. Умеренный отек век правого глаза и слабовыраженный –

слева. Перикорнеальная инъекция правого глазного яблока. На роговице на 7-ми часах сероватый полупрозрачный узелок диаметром около 3 мм, отстоит от лимба на 4 мм. К узелку тянется пучок поверхностных сосудов. Передняя камера и подлежащие отделы глаза без видимой патологии. Левый глаз здоров. Диагноз? Лечение?

108. Родители привели на консультацию к детскому офтальмологу девочку 10-ти лет. Жалобы на светобоязнь, слезотечение. Перечисленные симптомы возникают не в первый раз. Объективно: Острота зрения левого глаза 0,6, не корригируется. Веки отечны, резко выраженный блефароспазм, перикорнеальная инъекция. На роговице вблизи лимба округлой формы поверхностный инфильтрат сероватого цвета. Ребенок пастозный, кожные покровы бледной окраски. Предположительный диагноз? На основании каких данных может быть поставлен окончательный диагноз?
109. Больная 57-ми лет лечится у окулиста длительное время по поводу блефарита. Два дня назад на левом глазу по краю роговицы появились точечные инфильтраты. Возник роговичный синдром – светобоязнь, слезотечение, перикорнеальная инъекция, больше выраженная соответственно участкам роговичной инфильтрации. Инфильтраты имеют склонность к слиянию и изъязвлению. Поставьте диагноз. Рекомендуйте лечение
110. Больной 38-ми лет, жалуется на слезотечение, светобоязнь правого глаза. В анамнезе переохлаждение, частые простудные заболевания, бронхит. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,03 (не корр.). Глазное яблоко инъецировано по смешанному типу. Роговица почти диффузно мутна. На фоне общего помутнения в глубоких слоях выделяются крупные желтовато-серые очаги. Смешанная васкуляризация роговицы. Подлежащие отделы глаза практически не видны. Левый глаз здоров. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
111. У ребенка 11-ти лет, слабовыраженная светобоязнь, умеренное слезотечение. Острота зрения обоих глаз = 0,6 (не корр.). Слабая перикорнеальная инъекция обоих глаз. В строме роговицы у лимба симметрично на обоих глазах соответственно на 5-ти и 7-ми часах диффузная инфильтрация серовато-белого цвета. Инфильтрат состоит из отдельных точек, черточек, штрихов. Глубокая васкуляризация роговиц. Подлежащие отделы глаз без видимых изменений. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Лечение? Прогноз?

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

глаза 0,02, не корригируется. Блефароспазм, светобоязнь, слезотечение. Резко выраженная смешанная инъеция глазного яблока. В глубоких слоях центральной части роговицы – серого цвета, имеющий форму диска инфильтрат. Радужка изменена в цвете. Диагноз? Лечение?

117. Больной 47-ми лет, перенес вирусный кератит левого глаза 4 года назад. Лечился длительно, наблюдались рецидивы заболевания. В настоящее время объективно. Острота зрения правого глаза = 0,5 со сферическим стеклом – 1,75 дптр. = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,08 (не корр.). Глазное яблоко не инъецировано. От лимба к центру в роговицу врастают сосуды ярко-красного цвета, которые ветвятся и анастомозируют между собой. В центре роговицы имеется ограниченное помутнение серо-белого цвета, неправильной формы. Периферические отделы роговицы прозрачные. Подлежащие отделы глаза не изменены. Диагноз? Лечение?
118. К окулисту районной больницы обратился пациент 28-ми лет с жалобами на чувство засоренности, светобоязнь, покраснение и снижение зрения правого глаза. Болен 4 дня. Правый глаз заболел впервые. Травмы правого глаза не отмечает, но примерно 10 дней назад перенес острое респираторное заболевание. Объективно: острота зрения правого глаза = 0,5 (не корр.); острота зрения левого глаза = 1,0. Правый глаз – смешанная инъеция глазного яблока, в оптической зоне роговицы – поверхностный инфильтрат в виде «веточки». Глубже лежащие отделы глаза без патологии. Левый глаз без патологических изменений. Сформулируйте диагноз, обоснуйте его. Какие дополнительные методы исследования необходимо применить для подтверждения диагноза? Тактика врача.
119. Больная 54-х лет длительное время лечится без особого эффекта по поводу кератита правого глаза. В настоящее время объективно. Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.). Правое глазное яблоко умеренно инъецировано по смешанному типу. На роговице ограниченный инфильтрат серовато-белого цвета. На его поверхности видны «узелки» придающие ему творожистый вид. Отек и инфильтрация роговицы имеет вид кругов. Первый круг зазубрен, пропитан гноем, второй полупрозрачный и узкий, третий в виде узкого валика с резким переходом в здоровую ткань. В передней камере пирамидальной формы, гипопион. Подлежащие отделы глаза без видимой патологии. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. О каком виде кератита следует думать в этом случае? Назначьте необходимое лечение.
120. При объективном осмотре левого глаза у больного 44-х лет выявлено: чувствительность роговицы полностью отсутствует, заболевание протекает без явлений светобоязни, слезотечения, но с резко

выраженным болевым синдромом. Раздражение глаза незначительно, не соответствует тяжести роговичных проявлений. Отек поверхностных слоев и слущивание эпителия. Эрозия захватывает почти всю роговицу. В центре инфильтрация с изъязвлением стромы. Предположительный диагноз? Лечение?

121. Больная 29-ти лет многие годы страдает угрями лица. Лечится у дерматолога. В настоящее время у лимба левого глаза появились слегка приподнятые над уровнем роговицы, резко ограниченные серовато-белые инфильтраты с поверхностными сосудами. Они медленно распространяются под эпителием, сосуды располагаются у лимба в виде корзиночки, окружая инфильтрат. Какое поражение роговицы можно предполагать у больной? Лечение?
122. К офтальмологу обратился пациент 46-ти лет с жалобами на снижение зрения правого глаза. При объективном исследовании выявлено следующее. Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.). Отмечаются боли невралгического характера. Гиперестезия кожи век и лба. Чувствительность роговицы практически отсутствует. Ухудшение зрения больной отмечает в течение полутора месяцев. Столько же времени бывают невралгические боли. К офтальмологу не обращался. На роговице периферическая язва в форме полулуния. Язва имеет подрывтый край и четкую границу со здоровой тканью, поверхность ее обильно васкуляризирована. Подлежащие отделы без видимых изменений. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Лечебные мероприятия?
123. Во время прохождения профосмотра у больного 25-ти лет было обнаружено низкое зрение на левом глазу. Развитие настоящего заболевания: десять лет назад на уроке химии получил ожог глаза кислотой. Лечился в глазном отделении. При выписке зрение на этом глазу было ниже, чем на правом. Объективно: Острота зрения левого глаза 0,02. Глаз спокоен. В центре роговицы определяется белесовато-серого цвета помутнение округлой формы, диаметром 9мм, поверхность помутнения гладкая, блестящая. Диагноз. Тактика лечения?
124. Из дальнего села привезли женщину, 84 лет, которая жалуется на боль в левом глазу. При осмотре отмечаются явления раздражения обоих глаз: светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, однако, гиперемия выражена лишь на левом глазу. Краснота располагается вокруг лимба, по направлению к сводам она явно слабеет. Чувствительность роговицы сохранена. На фоне диффузного помутнения всей поверхности роговой оболочки в ее оптическом центре заметно интенсивное желтоватое пятно. Чтобы лучше рассмотреть помутнение роговицы и определить

сохранность ее покрова, какой раствор следует закапать в конъюнктивальный мешок?

Ответы на ситуационные задачи.

95. Больному назначают рефрактометрию и офтальмометрию. Диагноз – кератоконус. При начальных стадиях выполняют кросслинкинг. При выраженных изменениях – кератопластику.
96. Блефарофимоз. Горизонтальный качательный нистагм, Микрокорнеа. Микрофтальм. Патология лечению не подлежит.
97. Поверхностная васкуляризация роговицы. Периферическое пятно роговицы. Учитывая высокую остроту зрения этого глаза проведение лечения нецелесообразно.
98. Больному выполняют окрашивание роговицы 2% раствором флюоресцеина. Дефект роговицы окрашивается в зеленый цвет, что говорит о наличии эрозии. Назначают антибактериальные препараты, кератопротекторы, антибиотиковые мази.
99. Травматический кератит. Назначают инстилляцию антибактериальных глазных капель 6-8 раз в день, при тяжелых процессах – каждый час. Кроме капель антибиотики местно назначаются в виде мазей, лекарственных пленок, подконъюнктивальных инъекций. Применяются сульфаниламидные препараты (20% раствор сульфацил-натрия). Рекомендуется использовать одновременно 2-3 препарата, чередуя их между собой. Инстилляцию мидриатиков назначают для профилактики или лечения иридоциклита. Инстилляцию нестероидных противовоспалительных средств проводятся 3-4 раза в день. Общая терапия включает внутримышечное введение антибиотиков, и внутривенное введение антибактериальных препаратов. Внутримышечно вводится диклофенак, внутрь или внутримышечно назначаются антигистаминные препараты. В репаративной стадии назначаются кератопластические средства.
100. Гнойный кератит, гипопион правого глаза. Гиперметропия слабой степени левого глаза. Назначают инстилляцию антибактериальных глазных капель 6-8 раз в день, при тяжелых процессах – каждый час. Кроме капель антибиотики местно назначаются в виде мазей, лекарственных пленок, подконъюнктивальных инъекций. Применяются сульфаниламидные препараты (20% раствор сульфацил-натрия). Рекомендуется использовать одновременно 2-3 препарата, чередуя их

между собой. Инстилляци мидриатиков назначаются для профилактики или лечения иридоциклита. Инстилляци нестероидных противовоспалительных средств проводятся 3-4 раза в день. Общая терапия включает внутримышечное введение антибиотиков, и внутривенное введение антибактериальных препаратов. Внутримышечно вводится диклофенак, внутрь или внутримышечно назначаются антигистаминные препараты. В репаративной стадии назначаются кератопластические средства.

101. Спаянное бельмо роговицы, начинающаяся возрастная катаракта правого глаза. Возможно оперативное лечение – кератопластика с пластикой радужки. При необходимости – экстракция катаракты.
102. Фасетка, глубокая васкуляризация роговицы.
103. Диагноз – ползучая язва роговицы. Немедленная госпитализация больного. Назначают инстилляци антибактериальных глазных капель 6-8 раз в день, при тяжелых процессах – каждый час. Кроме капель антибиотики местно назначаются в виде мазей, лекарственных пленок, подконъюнктивальных инъекций. Применяются сульфаниламидные препараты (20% раствор сульфацил-натрия). Рекомендуется использовать одновременно 2-3 препарата, чередуя их между собой. Инстилляци мидриатиков назначаются для профилактики или лечения иридоциклита. Инстилляци нестероидных противовоспалительных средств проводятся 3-4 раза в день. Общая терапия включает внутримышечное введение антибиотиков, и внутривенное введение антибактериальных препаратов. Внутримышечно вводится диклофенак, внутрь или внутримышечно назначаются антигистаминные препараты. В репаративной стадии назначаются кератопластические средства.
104. Диагноз – ползучая язва роговицы. Необходим соскоб с прогрессивного края язвы и исследование флоры на чувствительность к антибиотикам. Гной в передней камере является продуктом патологически измененного цилиарного тела. Назначают инстилляци антибактериальных глазных капель 6-8 раз в день, при тяжелых процессах – каждый час. Кроме капель антибиотики местно назначаются в виде мазей, лекарственных пленок, подконъюнктивальных инъекций. Применяются сульфаниламидные препараты (20% раствор сульфацил-натрия). Рекомендуется использовать одновременно 2-3 препарата, чередуя их между собой. Инстилляци мидриатиков назначаются для профилактики или лечения иридоциклита. Инстилляци нестероидных противовоспалительных средств проводятся 3-4 раза в день. Общая терапия включает внутримышечное введение антибиотиков, и внутривенное введение

антибактериальных препаратов. Внутримышечно вводится диклофенак, внутрь или внутримышечно назначаются антигистаминные препараты. В репаративной стадии назначаются кератопластические средства.

105. У больного на фоне язвы роговицы имеется десцеметоцеле. Необходима госпитализация. Наложение контактной линзы как бандаж, Прикрытие роговицы конъюнктивой или кератопластика.
106. У больной произошла перфорация язвы роговой оболочки с опорожнением передней камеры глаза. Необходимо оперативное лечение – кератопластика или прикрытие перфорационного отверстия конъюнктивой.
107. Ребенок страдает фликтенулезным кератитом. Необходимо проведение туберкулиновых проб, рентгенологического исследования, анализа крови. Лечение фликтенулезных кератитов должно быть комплексным, включающим общее и местное воздействия. Общее лечение проводится в контакте с фтизиатром. Местно применяют кортикостероиды в каплях и подконъюнктивально, мидриатики, магнитофорез с противовоспалительной смесью, облучение гелий-неоновым лазером.
108. Фликтенулезный кератит. Необходимо проведение туберкулиновых проб, рентгенологического исследования, анализа крови.
109. Краевой кератит, вызванный заболеваниями век. Прежде всего, интенсивное лечение блефарита. Для лечения кератита в глаз антибактериальные капли и мази, кератопластические препараты.
110. Предположительный диагноз – гематогенный глубокий туберкулезный кератит. Достоверным критерием туберкулезных метастатических кератитов служит очаговая реакция в пораженном глазу на подкожное введение туберкулина (реакция Манту). Лечение туберкулезного метастатического кератита проводится совместно с фтизиатром. Проводят инстилляциии 3% раствора тубазида, 5% раствора салюзиды, подконъюнктивальные инъекции 5% раствора салюзиды. Дополнительно местно применяют кортикостероиды, мидриатики.
111. Предположительный диагноз – сифилитический паренхиматозный кератит. Положительные серологические реакции, семейный анамнез позволяют рано установить правильный диагноз. Лечение должно быть направлено на устранение основной причины, что оказывает благоприятное влияние на исход общего заболевания и местного

процесса. Общее лечение проводится совместно с дерматовенерологом. Местно применяются кортикостероиды, мидриатики, магнитотерапия, облучение гелий-неоновым лазером. Инфильтрация роговицы имеет тенденцию к рассасыванию.

112. Древоидный герпетический кератит. Для лечения используют противовирусные средства: 5-йод-2-дезоксинуридина (ИДУ), 3% мазь ацикловира (зовиракс, вирулекс). Назначают частые инстиллязии офтальмоферона. Растворы закапывают в конъюнктивальный мешок через каждые 1-2 часа, мази закладывают в нижний конъюнктивальный свод до 5 раз в день с интервалом 4 часа. Целесообразно сочетать применение указанных препаратов с иммунотерапией.
113. Древоидный герпетический кератит. Для лечения используют противовирусные средства: 5-йод-2-дезоксинуридина (ИДУ), 3% мазь ацикловира (зовиракс, вирулекс). Назначают частые инстиллязии офтальмоферона. Растворы закапывают в конъюнктивальный мешок через каждые 1-2 часа, мази закладывают в нижний конъюнктивальный свод до 5 раз в день с интервалом 4 часа. Целесообразно сочетать применение указанных препаратов с иммунотерапией.
114. Древоидный герпетический кератит. Для лечения используют противовирусные средства: 5-йод-2-дезоксинуридина (ИДУ), 3% мазь ацикловира (зовиракс, вирулекс). Назначают частые инстиллязии офтальмоферона. Растворы закапывают в конъюнктивальный мешок через каждые 1-2 часа, мази закладывают в нижний конъюнктивальный свод до 5 раз в день с интервалом 4 часа. Целесообразно сочетать применение указанных препаратов с иммунотерапией.
115. Дискоидный вирусный кератит. Назначают частые инстиллязии офтальмоферона. Применяют интерферогены – полудан, пирогенал. При глубоких формах кератита применяется ацикловир в таблетках по 200 мг 3-5 раз в день в течение 5-10 дней или введение внутривенно 10 мл раствора, содержащего 250 мг препарата, в течение одного часа каждые 8 часов на протяжении 5 дней. Целесообразно сочетать применение указанных препаратов с иммунотерапией (тималин, Т-активин, левомизол, противокоревой иммуноглобулин). При герпетических кератитах кортикостероиды должны применяться с большой осторожностью. Используются нестероидные противовоспалительные средства (наклоф, диклоф, индоколлир). Назначаются препараты для стимуляции процесса регенерации роговицы. Полезны электрофорез или магнитофорез с

противовоспалительной смесью, облучение гелий-неоновым лазером. Для предупреждения вторичной инфекции необходимы инстилляциии 20% раствора сульфацил-натрия, закладывание за веки мази с антибиотиками. Явления иридоциклита, обязательные при глубоких формах герпетических кератитов, требуют инстилляциии мидриатиков.

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

интервалом 4 часа. Применяют интерферогены – полудан, пирогенал. При глубоких формах кератита применяется ацикловир в таблетках по 200 мг 3-5 раз в день в течение 5-10 дней или введение внутривенно 10 мл раствора, содержащего 250 мг препарата, в течение одного часа каждые 8 часов на протяжении 5 дней. Целесообразно сочетать применение указанных препаратов с иммунотерапией (тималин, Т-активин, левомизол, противокоревой иммуноглобулин). При герпетических кератитах кортикостероиды должны применяться с большой осторожностью. Используются нестероидные противовоспалительные средства (наклоф, диклоф, индоколлир). Назначаются препараты для стимуляции процесса регенерации роговицы. Полезны электрофорез или магнитофорез с противовоспалительной смесью, облучение гелий-неоновым лазером. Для предупреждения вторичной инфекции необходимы инстилляци 20% раствора сульфацил-натрия, закладывание за веки мази с антибиотиками.

119. Грибковый кератит. Местная терапия: инстилляци 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, инстилляци 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; инстилляци 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 инъекци 5% раствора аскорбиновой кислоты по 5 мл. Введение антигистаминных препаратов внутрь или внутримышечно. При отсутствии эффекта от лечения проводится лечебная пересадка роговицы.
120. Нейропаралитический кератит. Назначают кератопластические препараты, при болях – анальгетические средства, новокаиновую блокаду. Для профилактики инфекции применяют 30% раствор сульфацил-натрия, 1% тетрациклиновую мазь. Нередко приходится прибегать к биопокрытию роговицы с одновременным сшиванием век.
121. Розацеа-кератит. Лечение проводится совместно с дерматологом. Местно назначают антибактериальные, кератопластические и нестероидные противовоспалительные препараты. При значительном деструктивном процессе в роговице проводят биопокрытие ее

амниотической оболочкой с фиксацией донорской роговицей или мягкой контактной линзой. При угрозе возникновения перфорации роговицы выполняют послойную кератопластику.

- 122. Разъедающая язва роговицы Мурена. Рекомендуется послойная кератопластика с лечебной целью.*
- 123. Центральное пятно роговицы левого глаза. Показано проведение кератопластики.*
- 124. Раствор флюоресцеина.*

8. ЗАБОЛЕВАНИЯ СКЛЕРЫ

- 125. У больной, страдающей открытой формой туберкулеза легких и находящейся на лечении в противотуберкулезном диспансере два дня назад на левом глазу появилась ограниченная припухлость между лимбом и экватором, сопровождающаяся болезненностью и гиперемией конъюнктивы. Слезотечение и светобоязнь слабо выражены. Воспалительный фокус имеет ярко-красный цвет с фиолетовым оттенком, относительно локализован, но без четких границ, слегка*

возвышается над поверхностью неизменной склеры. Конъюнктив над ним подвижна. Пальпация этого участка болезненна. Возможный диагноз? Местное и общее лечение?

126. Больной 40-ка лет, жалуется на покраснение правого глаза. Около недели без эффекта лечится от конъюнктивита. В настоящее время объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Легкий отек век правого глаза. При боковом освещении определяется покраснение и утолщение конъюнктивы, смешанная инъекция глазного яблока. Покраснение носит локальный характер. Очаг воспаления размером 1,5x2,0 см ярко красный, с фиолетовым оттенком, как бы приподнят над поверхностью склеры. Пальпация его болезненная. Остальные отделы глаза не изменены. Диагноз? Обследование? Лечение?
127. Шестилетняя девочка жалуется на боль в левом глазу, слезотечение, светобоязнь, блефароспазм. При осмотре этого глаза отмечается ограниченный участок гиперемии конъюнктивы. Он возвышается над остальной поверхностью глазного яблока. При сдвигании конъюнктивы становится видно, что под гиперемизированной слизистой оболочкой склера имеет диффузный синевато-красный оттенок. Если дотрагиваться кончиком стеклянной палочки через веко до глазного яблока, то выясняется, что участок припухлости резко болезненный. Острота зрения у девочки остается нормальной. Какой диагноз Вы бы поставили? Назначьте обследование и лечение.
128. Больной 53-х лет обратился к окулисту с жалобами на сильные боли в правом глазу, покраснение глаза, снижение зрения. Жалобы появились два дня назад. Заболевания ни с чем не связывает. Острота зрения правого глаза = 0,1(не корр.), острота зрения левого глаза = 1,0. Левый глаз здоров. Справа определяется отек и гиперемия век. Отек конъюнктивы. Смешанная инъекция глазного яблока. На склере с внутренней стороны, отступя от лимба 5 мм ограниченная припухлость темно-красного цвета с желтоватым оттенком, резкая болезненность при дотрагивании до нее через веко. Роговица отечна, прозрачность ее снижена, на задней поверхности множественные преципитаты. На дне передней камеры полоска гноя. Зрачок узкий. В проходящем свете красный рефлекс. Глазного дна в деталях рассмотреть не удастся. Диагноз? Лечебные мероприятия?
129. К окулисту обратилась больная 36-ти лет с жалобами на снижение зрения левого глаза и появление выпячивания на глазу. Неоднократно лечилась по поводу склерита этого глаза. Страдает ревматизмом, пороком сердца. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,3 (не корр.). Глаз практически спокойный. В области лимба сверху бугристые выпячивания черно-

аспидного цвета из-за просвечивания пигмента сосудистого тракта. Роговица и подлежащие отделы без видимых изменений. Какая патология наблюдается у пациентки? С чем может быть связано снижение зрения? Дополнительные исследования? Лечебная тактика?

130. У больного 45-ти лет несколько дней назад появилось покраснение правого глаза, сопровождающееся болезненностью при дотрагивании через веко до глаза, это сопровождается затуманиванием зрения. Левый глаз также несколько гиперемирован, однако, болезненности нет. В течение нескольких дней с начала заболевания закапывал в глаза альбуцид, но видимого эффекта от этого не было. При объективном исследовании острота зрения правого глаза = 0,5(не корр.), острота зрения левого глаза = 1,0. Справа на склере в наружной половине определяются два разлитых очага красно-фиолетового цвета, возвышающихся над уровнем склеры. На задней поверхности роговицы единичные преципитаты. Радужка изменена в цвете, зрачок несколько сужен, вяло реагирует на свет. В проходящем свете красный рефлекс. Глазное дно без видимой патологии. Слева в наружной половине склеры очаг воспаления размером 0,5x1,0 см красный, с легким фиолетовым оттенком, приподнят над поверхностью склеры. Пальпация его безболезненная. Остальные отделы глаза не изменены. Диагноз? Обследование? Лечение?
131. Больная 55 лет поступила в стационар по поводу покраснения левого глаза, незначительные боли в этом глазу. Такое покраснение уже наблюдалось два месяца назад, но прошло после проведенного лечения. Из анамнеза выяснено, что пациентка уже в течение нескольких лет страдает деформирующим полиартритом на фоне ревматизма. Лечение ревматизма проводит нерегулярно. Объективно: Правый глаз. Острота зрения 1,0. Видимой патологии нет. Слева острота зрения = 0,6 (не корр.). Смешанная инъекция глазного яблока. Роговица прозрачная, несколько отечная. На 12-ти часах под веком на склере имеется желтовато-серый некротический очаг с начальными явлениями распада. Подлежащие отделы глаза без видимой патологии. Диагноз? Принципы лечения?
132. К окулисту привели на осмотр ребенка 4-х лет. Родителей беспокоит изменение цвета белочной оболочки обоих глаз, более выраженное справа. У ребенка отмечается глухота, заболевания суставного аппарата, частыми переломами и вывихи в суставах. Врожденный порок сердца. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Склеры обоих глаз имеют голубой цвет. Эмбриотоксон. Подлежащие отделы глаза без видимой патологии. Диагноз? Возможные лечебные мероприятия?

133. На осмотр к офтальмологу привели ребенка 7-ми лет. Родители обратили внимание на появившиеся на глазу темные пятна. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. На склере обоих глаз темные пятна различной интенсивности и размеров. Глаза совершенно спокойные. Других патологических изменений глаз не выявлено. Диагноз? Тактика врача?
134. К офтальмологу обратились родители ребенка 3-х лет с жалобами на наличие образования на правом глазу. Оно отмечалось практически с рождения, но последнее время увеличивается. Объективно. Глаз спокойный. У лимба на 8-ми часах образование величиной с небольшую горошину, имеющее широкое основание, неподвижно фиксировано, заполнено прозрачным водянистым содержимым. Примерно одинаково распространяется на роговицу и склеру. Диагноз? Лечение?

Ответы на ситуационные задачи.

125. *Эписклерит левого глаза. Назначать антибиотики, салицилаты, кортикостероиды, антигистаминные средства. Продолжить противотуберкулезное лечение.*
126. *Диагноз – склерит правого глаза. Воспалительные заболевания склеры нередко возникают на фоне системных заболеваний, аллергических проявлений, вирусных поражений, таких хронических инфекций, как туберкулез и сифилис. Лечение зависит от этиологии процесса. Необходимо учитывать роль иммунных факторов. Рекомендуется назначать антибиотики, салицилаты, кортикостероиды, антигистаминные средства, тепловые процедуры, магнитотерапию, магнитофорез с противовоспалительной смесью, облучение гелий-неоновым лазером.*
127. *Склерит. Необходимо исследовать соматический статус ребенка на наличие заболеваний. Воспалительные заболевания склеры нередко возникают на фоне системных заболеваний, аллергических проявлений, вирусных поражений, таких хронических инфекций, как туберкулез и сифилис. Лечение зависит от этиологии процесса. Необходимо учитывать роль иммунных факторов. Рекомендуется назначать антибиотики, салицилаты, кортикостероиды, антигистаминные средства, тепловые процедуры, магнитотерапию, магнитофорез с противовоспалительной смесью, облучение гелий-неоновым лазером.*
128. *Абсцесс склеры, гнойный иридоциклит правого глаза. Назначать антибиотики, салицилаты, кортикостероиды, антигистаминные*

средства, мидриатики. По показаниям производят вскрытие абсцесса склеры.

129. *Стафилома склеры. При обширных стафиломах проводится хирургическое лечение – антиглаукомная операция, склеропластика с применением различных донорских материалов.*
130. *Склерит, иридоциклит правого глаза. Эписклерит левого глаза. Воспалительные заболевания склеры нередко возникают на фоне системных заболеваний, аллергических проявлений, вирусных поражений, таких хронических инфекций, как туберкулез и сифилис. Лечение зависит от этиологии процесса. Необходимо учитывать роль иммунных факторов. Рекомендуются назначать антибиотики, салицилаты, кортикостероиды, антигистаминные средства, тепловые процедуры, магнитотерапию, магнитофорез с противовоспалительной смесью, облучение гелий-неоновым лазером. Учитывая наличие иридоциклита правого глаза, необходимо назначение мидриатиков.*
131. *Склеромаляция на фоне ревматизма. Необходима терапия основного заболевания. Местно противовоспалительная терапия. Лечение почти безуспешное. При появлении фистулы или распада склеры показана склеропластика.*
132. *Синдром голубых склер. Это врожденное семейно-наследственное заболевание связано с аномалией развития мезенхимы.*
133. *Меланоз склеры. Пациенты при этой врожденной аномалии должны систематически наблюдаться у офтальмолога в связи с возможностью озлокачествления процесса.*
134. *Врожденная киста склеры правого глаза. Лечение кисты – хирургическое.*

9. ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ

135. *После перенесенного переохлаждения у больной 43-х лет, ночью появились боли в правом глазу. Глаз покраснел, немного ухудшилось зрение. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,4 (не корр.). Легкий отек и гиперемия верхнего века. Глазное яблоко инъецировано по перикорнеальному типу. Роговица прозрачная. Передняя камера средней глубины с прозрачной влагой. Рисунок радужной оболочки*

стусеван. Зрачок правого глаза уже, чем слева. В проходящем свете красный рефлекс. Глазное дно в норме. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Лечебные мероприятия?

136. Больная 52-х лет длительное время лечится по поводу конъюнктивита. В настоящее время ее беспокоят боли в правом глазу, его покраснение и понижение зрения этого глаза. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.). Умеренный отек и гиперемия верхнего века. Глазное яблоко резко инъецировано по смешанному типу. Роговица прозрачная, на ее задней поверхности мелкие точки серого цвета, расположенные в виде треугольника вершиной к центру. Радужная оболочка изменена в цвете, рисунок ее сглажен. Зрачок умеренно расширен, неправильной формы. В проходящем свете не совсем ясный красный рефлекс. Глазное дно в норме. Глазное яблоко при пальпации резко болезненное. Левый глаз. Острота зрения = 0,7 (не корр.). Глаз спокойный. Передний отрезок без видимой патологии. В проходящем свете на фоне красного свечения от периферии к центру зрачка видны четные полосы. Глазное дно в норме. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
137. На прием к окулисту обратился больной 42 лет. Жалобы на покраснение левого глаза, сильные боли, усиливающиеся по ночам. В анамнезе выяснено, что у отца была глаукома. Объективно: острота зрения левого глаза 0.7, не корригируется, перикорнеальная инъекция сосудов глаза. На роговице мелкие преципитаты, передняя камера средней глубины, влага мутновата, зрачок сужен. ВГД пальпаторно нормальное. Пальпация глаза болезненна. Поставьте диагноз? С каким заболеванием необходимо провести дифференциальную диагностику?
138. Жалобы больного 38-ми лет на сильные боли в левом глазу и левой половине головы. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,07 (не корр.). Веки отечные. Глазное яблоко резко инъецировано по смешанному типу. Резко извиты и расширены веточки передних цилиарных артерий (симптом «кобры»). Роговица отечная, полупрозрачная. Передняя камера мелкая, неравномерная, как будто втянута в области зрачка. Рисунок радужки стусеван. Зрачок круглый, узкий, подтянут к хрусталику. В проходящем свете тусклый красный рефлекс. Глазного дна рассмотреть не удастся. Внутриглазное давление слева = 38 мм рт. ст. Диагноз? Лечебные мероприятия?
139. Родители ребенка 6 лет заметили у него покраснение правого глаза. Обратились к детскому окулисту. При осмотре: острота зрения правого глаза – счет пальцев на 30 см; левого глаза – 1,0. Правый глаз слегка гиперемирован. На роговице в пределах глазной щели идет серая полоса

помутнения. На эндотелии роговицы отмечаются преципитаты. Рисунок радужки ступенчат, цвет изменен. Зрачок неправильной формы. Хрусталик мутный. Глазное дно не видно. При исследовании крови отмечается лейкоцитоз, СОЭ 20 мм/ч. СРБ +. Диагноз? Составьте план лечения.

140. Больной 45 лет был доставлен в приемное отделение больницы скорой помощью с жалобами на сильные боли в левой половине головы. На консультацию был вызван окулист для осмотра глазного дна. При осмотре: острота зрения левого глаза 0,05, не корректируется. Роговица отечная, на эндотелии определяются преципитаты. Зрачок слегка сужен ВГД 50 мм рт. ст. Угол передней камеры открыт. Хрусталик и стекловидное тело прозрачные. Глазное дно без патологии. Правый глаз в норме. Диагноз? Тактика лечения?
141. Девушка 16 лет была направлена на консультацию к офтальмологу. Жалобы: на плавающие «мушки» и легкий туман перед левым глазом. Объективно: правый глаз – изменений нет. Левый глаз спокойный, роговица прозрачная. Зрачок в центре, неправильной формы. Цвет радужки слегка отличается от правого глаза. В стекловидном теле – выраженная деструкция. Глазное дно в норме. Сопутствующие заболевания: частые ангины. Диагноз? Тактика лечения?
142. В приемное отделение глазного стационара обратилась женщина 42-х лет с жалобами на небольшое покраснение, ухудшение зрения, светобоязнь правого глаза. Эти явления появились 3-4 дня назад, проявления их увеличивается. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,5 (не корр.). Легкий блефароспазм, слабовыраженная перикорнеальная инъеция. На задней поверхности роговицы мелкие преципитаты. При гониоскопии определяются единичные гониосинехии. В области базиса стекловидного тела при циклоскопии обнаруживается локальное скопление желтого экссудата. Левый глаз здоров. Диагноз? Лечение?
143. При сборе справок для поступления в детский сад, у ребенка 4 лет обнаружено низкое зрение обоих глаз. У матери это 3 беременность (две предыдущие закончились самопроизвольными выкидышами). У матери плохое зрение на правом глазу из-за имеющегося на глазном дне хориоретинального очага. Объективно при осмотре глаз ребенка на глазном дне в макулярной зоне обнаружены атрофические очажки с включением пигмента. Какие анализы необходимо провести для установления причины этих очагов? Показано ли хирургическое лечение ребенку?

144. В глазной кабинет поликлиники обратился пациент 45-ти лет с жалобами на снижение зрения левого глаза. Заболевание началось около месяца назад. Начало его ни с чем не связывает. Сначала у больного появилось впечатление, что все предметы, на которые он смотрит этим глазом, меньше, чем их изображение в правом глазу. Вскоре к этому прибавилось искривление предметов, а затем стало снижаться зрение. В настоящее время объективно. Правый глаз. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,08 (не корр.). Глаз спокойный. Оптические среды прозрачные. Глазное дно. Диск зрительного нерва бледно-розовый, с четкими границами. В области желтого пятна определяется воспалительный очаг округлой формы, с нечеткими границами, желтовато-серого цвета. Размер очага – около одного диаметра диска зрительного нерва. Как называются явления уменьшения и искривления изображений? Диагноз? Лечение?

Ответы на ситуационные задачи.

135. У больной ирит правого глаза. Назначают средства, расширяющие зрачок, противовоспалительные и противоаллергические средства – кортикостероиды (инстилляции 0,1% раствора дексаметазона не менее 6 раз в день, парабульбарные или подконъюнктивальные инъекции 0,4% раствора дексаметазона). Применяют нестероидные противовоспалительные средства, парабульбарные и внутримышечные инъекции антибиотиков широкого спектра действия, антигистаминные препараты. Для уменьшения воспалительных явлений назначают тепловые процедуры.
136. У больной иридоциклит правого глаза, начинающаяся возрастная катаракта левого глаза. Зрачок правого глаза расширен, возможно, медикаментозно, так как больная длительно лечится по поводу конъюнктивита. Учитывая возможность повышения внутриглазного давления в случае глаукомоциклитического криза, измеряют давление правого глаза. Назначают средства, расширяющие зрачок, противовоспалительные и противоаллергические средства – кортикостероиды (инстилляции 0,1% раствора дексаметазона не менее 6 раз в день, парабульбарные или подконъюнктивальные инъекции 0,4% раствора дексаметазона). Применяют нестероидные противовоспалительные средства, парабульбарные и внутримышечные инъекции антибиотиков широкого спектра действия, антигистаминные препараты. Для уменьшения воспалительных явлений назначают тепловые процедуры.
137. У больного иридоциклит. Необходимо проводить дифференциальный диагноз с острым приступом закрытоугольной глаукомы.

138. У больного иридоциклит, сращение зрачка, бомбированная радужка, вторичная глаукома левого глаза. Необходимо назначение инстилляций 1% раствора атропина и 0,1% раствора адреналина на фоне диуретиков. В случае отсутствия расширения зрачка и сохранения бомбажа радужки производят иридэктомию. Назначают противовоспалительные и противоаллергические средства – кортикостероиды (инстилляции 0,1% раствора дексаметазона не менее 6 раз в день, парабульбарные или подконъюнктивальные инъекции 0,4% раствора дексаметазона). Применяют нестероидные противовоспалительные средства, парабульбарные и внутримышечные инъекции антибиотиков широкого спектра действия, антигистаминные препараты. Для уменьшения воспалительных явлений назначают тепловые процедуры.
139. Болезнь Стилла. Лечение глаз осуществляют на фоне общей терапии болезни. Показаны инстилляции мидриатиков, форсированные закапывания димексида, витаминов В, С, РР, Е с глюкозой, дибазола, амидопирина, новокаина и др. В стадии ремиссии для улучшения трофики и рассасывания помутнений в роговице, хрусталике и стекловидном теле осуществляют инстилляции дионина, лидазы, протеазы, папаина (лекозим). Назначают кортикостероиды, кислород и др. При торпидном процессе препараты вводят парабульбарно – под конъюнктиву, в эписклеральное (теноново) пространство, а также супрахориоидально (дексазон). Показано хирургическое лечение: частичная несквозная кератэктомия, экстракция катаракты. Исходы операций не всегда благоприятные. Показано противорецидивное лечение в стационарных условиях, которое проводят ежегодно.
140. Увеит левого глаза. Назначают средства, расширяющие зрачок. Противовоспалительные и противоаллергические средства – кортикостероиды. Применяют нестероидные противовоспалительные средства, антибиотики широкого спектра действия, антигистаминные препараты. Кроме этого, показана отвлекающая терапия. Для уменьшения воспалительных явлений назначают тепловые процедуры. О мере стихания воспалительных явлений при увеитах усиливают рассасывающую терапию.
141. Увеит левого глаза. Назначают средства, расширяющие зрачок. Противовоспалительные и противоаллергические средства – кортикостероиды. Применяют нестероидные противовоспалительные средства, антибиотики широкого спектра действия, антигистаминные препараты. Кроме этого, показана отвлекающая терапия. Для уменьшения воспалительных явлений назначают

тепловые процедуры. По мере стихания воспалительных явлений при увеитах усиливают рассасывающую терапию.

- 142. Периферический увеит. Назначают средства, расширяющих зрачок, кортикостероиды в виде инстилляций, парабульбарных или подконъюнктивальных инъекций, а при тяжелых процессах – кортикостероиды внутрь и внутривенно. Применяют нестероидные противовоспалительные средства, парабульбарные и внутримышечные инъекции антибиотиков широкого спектра действия, антигистаминные препараты. Все указанные местные мероприятия необходимо проводить на фоне общей терапии с учетом этиологии процесса.*
- 143. Увеит токсоплазмозной этиологии. Для диагностики применяют ряд иммунологических лабораторных и лабораторно-клинических методов. Наиболее употребительными и распространенными в настоящее время являются реакции связывания комплемента (РСК) с токсоплазмозным антигеном, реакция флюоресцирующих антител (РФА), реакция пассивной гемагглютинации (РПГА), реакция микропреципитации в агаре, реакция бласттрансформации (РБТ) лимфоцитов периферической крови под действием токсоплазмина, выявление специфических антител класса IgM и IgG. Хирургическое лечение не показано.*
- 144. Микросия. Метаморфосия. Назначают средства, расширяющие зрачок. Применяют нестероидные противовоспалительные средства, парабульбарные и внутримышечные инъекции антибиотиков широкого спектра действия, антигистаминные препараты. Кортикостероиды. Диуретики. Все указанные местные мероприятия необходимо проводить на фоне общей терапии с учетом этиологии процесса. Особое значение общая терапия имеет в лечении периферических и задних увеитов.*

10. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕТЧАТКИ

- 145. К окулисту обратился больной 41-го года с жалобами на резкое снижение зрения правого глаза, искажения формы и размеров предметов. Данные жалобы появились 2 дня назад, к врачу не обращался. Объективно. Острота зрения = 0,08 (не корр.). TOD=23 мм рт. ст. Правый глаз спокоен. Роговица прозрачная и сферичная.*

Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка в цвете и рисунке не изменена. Зрачок правильной формы, хорошо реагирует на свет. Хрусталик прозрачный. Глазное дно: диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие, экскавация физиологическая, артерии слегка расширены. В макулярной зоне виден округлый очаг желтовато-серого цвета, размером 0,5 мм с нечеткими границами и с красноватым ободком вокруг. Сетчатка вокруг очага слегка отечна. Острота зрения левого глаза = 1,0. TOS = 21 мм рт. ст. Глаз здоров. Диагноз? Лечение?

146. Больной 30 лет обратился в поликлинику к окулисту. Жалобы на вспышки и мерцания перед правым глазом. Развитие настоящего заболевания: Месяц назад больной лежал в стационаре по поводу вирусной пневмонии. После выписки заметил, что правый глаз хуже видит, а при чтении газет буквы стали искаженными. Появились вспышки перед этим глазом. Объективно: острота зрения правого глаза 0,5, не корригирует; острота зрения левого глаза 1,0. Правый глаз спокойный, роговица не изменена. Хрусталик прозрачный. На глазном дне в макулярной зоне определяется очаг с нечеткими границами, размером до $\frac{1}{2}$ диаметра диска, желтовато-серого цвета. Диагноз? Возможные осложнения?
147. Больной 32-х лет предъявляет жалобы на ухудшение зрения правого глаза, вспышки перед глазом, искривление рассматриваемых предметов. Ухудшение зрения наступило около двух недель назад. Заболевание ни с чем не связывается, не сопровождается болями. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.). Придаточный аппарат глаза не изменен. Глаз спокойный. Передний отрезок глаза без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. На глазном дне парамакулярно имеется желтовато-серый очаг округлой формы, размерами до одного диаметра диска зрительного нерва. Границы очага нечеткие. Сетчатка в центральных отделах отечная. Макулярный и фовеальный световые рефлекс отсутствуют. Левый глаз. Острота зрения = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
148. Мужчина 46-ти лет обратился в поликлинику с жалобами на внезапную потерю зрения левого глаза. Утром зрение было нормальным. Во время умывания заметил, что левый глаз вдруг стал видеть плохо. Снижение зрения болями не сопровождалось. За 5-10 минут глаз ослеп совершенно. Пациент страдает гипертонической болезнью. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз спокойный. Передний отрезок глаза без видимых изменений. Оптические среды прозрачные. На глазном дне картина гипертонического ангиосклероза. Острота зрения левого глаза = 0. Левое глазное яблоко не инъецировано. Передний отрезок глаза без видимых изменений. Оптические среды прозрачные.

На глазном дне определяется помутневшая бледная сетчатка. На ее фоне в области желтого пятна выделяется ярко-красная центральная ямка. Артерии резко сужены. В мелких артериях прерывистые столбики крови. Вены практически не изменены. Диск зрительного нерва бледноват, с серым оттенком. Диагноз? Первая помощь? Лечебные мероприятия?

149. Мужчина 60 лет жалуется на внезапную потерю зрения на правый глаз, которое он обнаружил утром сразу после пробуждения. Страдает гипертонией, атеросклерозом. При осмотре окулистом обнаружено снижение зрения на правом глазу до 0,01 коррекции нет, на левом глазу зрение равно 1,0. Внутриглазное давление обоих глаз 22 мм рт. ст. Передний отрезок правого глаза в норме. На глазном дне диск зрительного нерва розовый, границы четкие, артерии резко сужены, макулярная зона бледная, в центре отмечается округлой формы красного цвета пятно. На глазном дне левого глаза отмечается сужение артерий, неравномерность их калибра. В макулярной зоне штопорообразная извитость сосудов, симптом Салюса II. Вены почти не изменены. Диагноз? В чем должна заключаться первая врачебная помощь таким больным?
150. После перенесенного гипертонического криза у больной 77-ми лет снизилось зрение правого глаза. Снижение зрения произошло быстро, безболезненно. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,04 (не корр.). Придаточный аппарат глаза в норме. Глазное яблоко не инъецировано. Передний отрезок глаза без видимой патологии. На фоне красного рефлекса с глазного дна видны черные спицеобразные полосы, направленные вершиной к центру зрачка. На глазном дне виден отечный, красный, контуры его ступенчаты, плохо просматриваются из-за многочисленных кровоизлияний, напоминающих языки пламени. Вены темные, расширенные, извитые, местами теряются в отечной ткани сетчатки. Артерии узкие. Многочисленные штрихообразные и крупные кровоизлияния по всему глазному дну. Левый глаз. Острота зрения = 0,6 со сферическим стеклом -3,0 дптр. = 0,8. Придаточный аппарат глаза в норме. Глазное яблоко не инъецировано. Передний отрезок без видимых изменений. В проходящем свете на фоне красного рефлекса видны черные штрихи, аналогичные таковым справа. На глазном дне картина гипертонического ангиосклероза сетчатки. Диагноз? Лечебные мероприятия?
151. Женщина, 50 лет. Неделю назад заметила туман перед левым глазом. Глаз не болит. К врачам не обращалась, чувствует себя здоровой. Объективно: зрение правого глаза 1,0; левого 0,08 не корректируется. Внутриглазное давление справа = 21 мм рт. ст., слева – 27 мм рт. ст. При осмотре левый глаз спокойный, роговица не изменена, хрусталик

прозрачный. На глазном дне: границы диска слегка ступеваны, артерии сужены, вены расширены, извиты. По ходу нижней височной вены множественные кровоизлияния различной формы и величины. Диагноз? Лечение?

152. У больного 27-ми лет на фоне изменений сосудов глазного дна обоих глаз (перифлебит), имеет место извитость и расширение вен, неравномерность их калибра. Местами вены прерываются мелкими или более крупными ретинальными кровоизлияниями и плазморрагиями. Микроаневризмы сосудов. Отмечаются рецидивирующие кровоизлияния в стекловидное тело. О каком заболевании можно подумать при наличии таких клинических проявлений? Принципы лечения? Прогноз?
153. К офтальмологу обратился пациент 21-го года с жалобами на снижение зрения обоих глаз. Снижение зрения отмечает с детского возраста, однако к врачу не обращался, считая, что у него прогрессирует близорукость, по поводу которой он не хотел носить очков. Особенно заметно ухудшение зрения в сумерки. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,1 не корр. Поля зрения концентрически сужены до 20-30°. На глазном дне по ходу ретинальных сосудов, начиная с периферии, пигментные отложения темно-коричневого цвета, напоминающие костные тельца различной величины и формы. Диагностируйте заболевание пациента. Дайте рекомендации для лечения.
154. Молодая девушка жалуется на ухудшение зрения в сумерках. При осмотре острота зрения обоих глаз 0,6 с коррекцией sph. – 1,0D=1,0. Передний отрезок обоих глаз не изменен. Хрусталики прозрачные. Глазное дно: диски зрительного нерва бледноваты, с четкими границами. Артерии узкие, вены в норме. На периферии сетчатки масса пигментных отложений типа «костных телец». Макула не изменена. Поля зрения на обоих глазах концентрически сужены до 40°. ВГД = 18-20 мм рт. ст. Диагноз? Лечение?
155. Пациент 65 лет жалуется на искривление предметов перед правым глазом в течение последнего месяца. Страдает гипертонической болезнью. Острота зрения правого глаза 0,3 не корригируется. Передний отрезок не изменен, ДЗН в норме, артерии сужены, вены умеренно расширены. В макулярной зоне желтовато-белесоватые очажки, рефлекса нет. В поле зрения относительная центральная скотома. Левый глаз: зрение =1,0, артерии равномерно сужены, вены умеренно полнокровны. С макулы рефлекса нет. Диагноз? Какие исследования необходимо провести? Лечение?

156. При обращении к окулисту больная 68-ми лет жалуется на снижение зрения обоих глаз, более выраженное слева. Снижение зрения ни с чем не связывает. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,4 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,2 (не корр.). Глаза спокойные. Передние отрезки глаз без видимых изменений В проходящем свете на фоне красного рефлекса с глазного дна по периферии зрачка видны черные спицеобразные помутнения, направленные вершиной к центру зрачка. На глазном дне диск зрительного нерва бледно-розовый, с четкими границами. В макулярной области мелкоочаговая диспигментация, на ее фоне желтовато-розовые очажки, вокруг которых видна неравномерная ячеистая пигментация. Какие дополнительные исследования могут помочь Вам в диагностике? Предполагаемый диагноз? Лечение?
157. У больного 27-ми лет, страдающего миопией, после поднятия тяжести возникло резкое понижение зрения левого глаза. Больной жалуется на наличие темной «занавески» сверху. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,04 со сферой – 7,5 дптр. = 1,0. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. На глазном дне вокруг диска зрительного нерва виден круговой миопический конус. Периферическая витреохориоретинодистрофия. Острота зрения левого глаза = 0,01 (не корр.). Глаз совершенно спокойный. Передний отрезок без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. В проходящем свете на фоне красного рефлекса в нижних отделах глаза видна вуалеподобная пленка серого цвета, которая при движении глазного яблока колышется. При офтальмоскопии. Снизу видно пузыревидное полупрозрачное образование, на которое взбираются сосуды. Дополнительные исследования? Диагноз? Принципы лечения?
158. Пациентка 40 лет обратилась с жалобами на появление занавеси перед правым глазом. Занавесь появилась неделю назад на фоне полного здоровья. Объективно: зрение правого глаза 0,6 не корригируется. На глазном дне этого глаза определяется пузырь сетчатки, занимающий всю нижнюю половину глазного яблока. На пузыре видны темные очажки. Диск и макулярная зона не изменены. Стекловидное тело прозрачное. ВГД – 27 мм рт. ст. Диагноз? Лечение?
159. К офтальмологу обратились родители ребенка 10-ти лет с жалобами на то, что их сын явно хуже видит правым глазом. При объективном осмотре выявлено. Острота зрения правого глаза = 0,02 (не корр.). Правый глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. Оптические среды прозрачные. На глазном дне диск зрительного нерва бледно-розовый, с четкими границами. В макулярной области кистообразный очаг желтого цвета, правильной округлой формы, с четкими границами, размером около одного диаметра диска зрительного

нерва. Этот очаг по внешнему виду напоминает желток сырого яйца. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз?

160. Больная 70-ти лет обратилась к окулисту с жалобами на снижение зрения обоих глаз, которое возникло несколько месяцев назад и прогрессировало постепенно и безболезненно. Снижение зрения ни с чем не связывает. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.), левого – 0,08 (не корр.). Глаза спокойные. Передние отрезки без видимой патологии. При биомикроскопии под задней капсулой хрусталиков нежные помутнения. В стекловидном теле нитевидные деструктивные изменения. На глазном дне диски зрительных нервов бледно-розовые, с четкими границами. В макулярных областях с обеих сторон определяется отек сетчатки. Сетчатка утолщена сероватого оттенка. Отложения экссудата смазывают ход мелких парамакулярных сосудов, штриховидные и точечные геморрагии. Какие дополнительные исследования необходимы? Диагноз? Рекомендованное лечение?
161. При осмотре пациентки 16-ти лет на глазном дне левого глаза, имеющего остроту зрения 0,5 (не корр.), в макулярной области определяется крапчатый отек овальной формы, имеющий буроватую окраску. Отмечается рефлектирование сетчатки за пределами зоны дистрофического поражения. Определите возможный диагноз. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию? Принципы лечения.
162. На прием к окулисту привели ребенка 4-х лет. Родители обратили внимание на то, что ребенок плохо видит правым глазом. Острота зрения этого глаза = 0,05 (не корр.). Передний отрезок без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. Глазное дно: на периферии сетчатки видны вишневого цвета образования типа сосудистых клубочков или узлов. Клубочки замурованы в ветвящихся анастомозах между артериолами и венами сетчатки. Геморрагии и очаги экссудата белого цвета. О каком заболевании у ребенка можно думать? Какие дополнительные исследования необходимы? Принципы лечения. Прогноз.
163. При проведении профосмотра у больного 26-ти лет выявлено: Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глаза спокойные. Передние отрезки без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. На глазном дне с обеих сторон около диска зрительного нерва белые блестящие полосы разрастания ткани в виде языков пламени. Поставьте диагноз. Какое лечение нужно проводить?
164. Студентка 19 лет неделю назад заметила появление занавеси, снаружи, на левом глазу. Страдает близорукостью в 5,0D. Из анамнеза удалось

выяснить, что месяц назад помогала убирать картофель родителям. Объективно: Острота зрения правого глаза = 0,2 sph. – 5,0D=1,0; Острота зрения левого глаза = 0,08 не корригируется. Правый глаз: передний отрезок не изменен. Хрусталики прозрачные. Диск зрительного нерва розовый, границы четкие, миопический конус. В макулярной зоне изменений нет. Левый глаз: передний отрезок не изменен. Хрусталик прозрачный, В стекловидном теле плавающие помутнения. Диск зрительного нерва розовый, границы четкие. Миопический конус. На 17 часах виден пузырь сетчатки переходящий в складчатость. ВГД обоих глаз 20 мм рт. ст. Диагноз? Какие дополнительные обследования необходимо произвести? Лечение?

165. Больная 74-х лет предъявляет жалобы на ухудшение зрения левого глаза, искривление предметов при рассматривании их этим глазом. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,6 со сферой + 1,5 Д = 0,9. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. В проходящем свете на фоне красного рефлекса единичные черные полосы в виде «шипов». Глазное дно в пределах возрастной нормы. Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.). Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. В проходящем свете на фоне красного рефлекса единичные черные полосы в виде «шипов». Глазное дно: диск зрительного нерва бледно-розовый, с четкими границами. Ход и калибр сосудов не изменены. В макулярной области определяется отек сетчатки с небольшой крапчатостью по периферии. Дополнительные исследования? Возможный диагноз? Лечебные мероприятия?

Ответы на ситуационные задачи.

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

ингибиторы простагландинов, кортикостероиды в виде ретробульбарных инъекций.

148. *Острая непроходимость центральной артерии сетчатки левого глаза. Назначают таблетку 0,5 мг или 2-3 капли 1% раствора нитроглицерина на сахаре и вдыхание амилнитрита или карбогена; 0,5 мл 0,1% раствора атропина, 0,3-0,5 мл 15% раствора ксантинола никотината ретробульбарно; никотиновую кислоту 0,1 г внутрь и в инъекциях, 10 мл 2,4% раствора эуфиллина в виде внутривенных вливаний; внутривенное или внутримышечное введение 5-10 тыс. ЕД гепарина, тромболитина, фибринолизина, который можно применять также подконъюнктивально и ретробульбарно. Внутриглазное давление снижают инстилляцией бета-блокаторов, назначением глицерола, диакарба. С этой же целью производят массаж глазного яблока, парацентез роговицы.*
149. *Острая непроходимость центральной артерии сетчатки правого глаза. Назначают таблетку 0,5 мг или 2-3 капли 1% раствора нитроглицерина на сахаре и вдыхание амилнитрита или карбогена; 0,5 мл 0,1% раствора атропина, 0,3-0,5 мл 15% раствора ксантинола никотината ретробульбарно; никотиновую кислоту 0,1 г внутрь и в инъекциях, 10 мл 2,4% раствора эуфиллина в виде внутривенных вливаний; внутривенное или внутримышечное введение 5-10 тыс. ЕД гепарина, тромболитина, фибринолизина, который можно применять также подконъюнктивально и ретробульбарно. Внутриглазное давление снижают инстилляцией бета-блокаторов, назначением глицерола, диакарба. С этой же целью производят массаж глазного яблока, парацентез роговицы.*
150. *Тромбоз центральной вены сетчатки правого глаза. Миопия слабой степени, гипертонический ангиосклероз сетчатки левого глаза. Начинаяющаяся возрастная катаракта обоих глаз. В лечении тромбоза центральной вены сетчатки применяются антикоагулянты, ферменты, ангиопротекторы, спазмолитики, кортикостероиды, препараты, улучшающие микроциркуляцию.*
151. *Тромбоз нижневисочной ветви центральной вены сетчатки левого глаза. В лечении тромбоза центральной вены сетчатки применяются антикоагулянты, ферменты, ангиопротекторы, спазмолитики, кортикостероиды, препараты, улучшающие микроциркуляцию.*
152. *Перифлебит Илза. Для установления этиологии данного заболевания следует проводить всесторонние исследования. При всех обстоятельствах, независимо от этиологии процесса, необходимо назначать симптоматическое лечение в виде витаминотерапии,*

тканевых препаратов, кортикостероидов, ультразвуковое лечение; рекомендуется также диатермокоагуляция и криопексия. Получил распространение метод лазеркоагуляции пораженных сосудов для предупреждения кровотечений, а также облучение зон кровоизлияний с целью их рассасывания.

153. Пигментная дистрофия сетчатки. Рекомендовано ношение очков со светофильтрами во избежание повреждающего действия света. Из множества предложенных методов лечения наиболее патогенетически оправданы те из них, которые направлены на расширение сосудов, улучшение трофики сетчатки, хориоидеи и зрительно нерва (пентоксифиллин, винпоцетин). Целесообразно назначение антиоксидантов (эмоксипин, гистохром). Полезны витамины: С, В₂, Е, РР; антоцианозиды, микроэлементы: цинк, селен. Из хирургических процедур применяют реваскуляризацию в виде частичной пересадки полосок глазодвигательных мышц в перихориоидальную область в целях улучшения кровообращения в сосудистой оболочке.
154. Пигментная дистрофия сетчатки. Рекомендовано ношение очков со светофильтрами во избежание повреждающего действия света. Из множества предложенных методов лечения наиболее патогенетически оправданы те из них, которые направлены на расширение сосудов, улучшение трофики сетчатки, хориоидеи и зрительно нерва (пентоксифиллин, винпоцетин). Целесообразно назначение антиоксидантов (эмоксипин, гистохром). Полезны витамины: С, В₂, Е, РР; антоцианозиды, микроэлементы: цинк, селен. Из хирургических процедур применяют реваскуляризацию в виде частичной пересадки полосок глазодвигательных мышц в перихориоидальную область в целях улучшения кровообращения в сосудистой оболочке.
155. Сухая форма возрастной макулярной дистрофии. Для уточнения диагноза проводят исследование поля зрения, исследование с помощью сетки Амслера, оптическую когерентную томографию сетчатки. Лечение возрастной дегенерации малоэффективно. Обычно применяют антиоксиданты (эмоксипин, гистохром), витамины А, В₁, В₂, В₆, каротиноиды, микроэлементы (селен, цинк), антикоагулянты, кортикостероиды, ангиопротекторы, липотропные средства, пептидные биорегуляторы (ретиналамин). Перспективным является также использование методов лазеркоагуляции и лазерной стимуляции при лечении так называемых сухих форм макулодистрофии.
156. Начинаяющаяся возрастная катаракта. Сухая форма возрастной макулярной дистрофии. Для уточнения диагноза проводят исследование поля зрения, исследование с помощью сетки Амслера, оптическую когерентную томографию сетчатки. Лечение возрастной

дегенерации малоэффективно. Обычно применяют антиоксиданты (эмоксипин, гистохром), витамины А, В₁, В₂, В₆, каротиноиды, микроэлементы (селен, цинк), антикоагулянты, кортикостероиды, ангиопротекторы, липотропные средства, пептидные биорегуляторы (ретиналамин). Перспективным является также использование методов лазеркоагуляции и лазерной стимуляции при лечении так называемых сухих форм макулодистрофии.

157. У больного отслойка сетчатки левого глаза на фоне осложненной миопии высокой степени обоих глаз. Выполняют хирургическое лечение.
158. У больной отслойка сетчатки левого глаза. Показано хирургическое лечение.
159. Желточная дистрофия Беста. Лечение заключается в назначении ангиопротекторов, антиоксидантов и ингибитора простагландинов, которых много в содержимом кисты в макулярной области.
160. Начинаяющаяся возрастная катаракта. Деструкция стекловидного тела. Влажная форма возрастной макулярной дистрофии. Для уточнения диагноза проводят исследование поля зрения, исследование с помощью сетки Амслера, оптическую когерентную томографию сетчатки. Лечение возрастной дегенерации малоэффективно. В последние годы для лечения применяют интравитреальные инъекции авастина и луцентиса.
161. Дистрофия Штаргардта. Лечение заключается в назначении нейротрофических препаратов с преимущественным применением ирригационной системы в ретробульбарное пространство для максимальной и длительной местной терапии сетчатки и зрительного нерва. Назначают средства, улучшающие микроциркуляцию в сетчатке, зрительном нерве и сосудистой оболочке: трентал, кавинтон, галидор. Целесообразно применение ЭНКАД (комплекс рибонуклеотидов), 4% раствора тауфона, церебролизина и антиоксидантов. В последнее время используют методы реваскуляризации в виде частичной пересадки полосок глазодвигательных мышц в перихориоидальное пространство в целях улучшения кровообращения в сосудистой оболочке.
162. Болезнь Гиппеля-Линдау. На ранних стадиях лечение заключается в разрушении ангиоматозного узла и питающих сосудов при помощи лазерной коагуляции, диатермокоагуляции, фотокоагуляции, криопексии. При вторичной глаукоме, экссудативной отслойке сетчатки производят операцию. В комплекс симптоматической терапии включают кортикостероиды и ангиопротекторы.

163. *Миелоновые волокна сетчатки. Лечения не требуется.*
164. *Отслойка сетчатки левого глаза. Необходимо проведение эхоофтальмографии. Лечение хирургическое.*
165. *Для диагностики заболевания выполняют исследование центрального поля зрения, флюоресцентную ангиографию и оптическую когерентную томографию глаза. Диагноз – центральная инволюционная дистрофия сетчатки левого глаза. Начинаяющаяся возрастная катаракта обоих глаз. Возможно лазерное лечение.*

11. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

166. Больной 31-го года предъявляет жалобы на низкое зрение правого глаза. Зрение снизилось постепенно, безболезненно. Заболевание ни с чем не связывает. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,3 (не корр.). Придаточный аппарат глаза в норме. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. На глазном дне диск зрительного нерва гиперемирован, границы его ступены. Артерии и вены расширены, последние извиты. На диске плазморрагии

и кровоизлияния. Левый глаз. Острота зрения = 1,0. глаз здоров. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?

167. Монтажник 40-ка лет обратился к окулисту с жалобами на резкое снижение зрения правого глаза, которое заметил 2 дня назад. Неделю назад перенес острый правосторонний гайморит. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.). Правый глаз спокоен, оптические среды прозрачные. Глазное дно: диск зрительного нерва гиперемирован, границы его ступенчаты, отечен, несколько проминирует в стекловидное тело, артерии расширены, вены извитые, сосудистая воронка заполнена экссудатом. Макулярная область и периферия сетчатки без патологии. TOD = 22 мм рт. ст. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. TOS = 23 мм рт. ст. Дополнительные исследования? Диагноз? Лечение?
168. На прием к окулисту обратился молодой человек, 28 лет. Жалобы на снижение зрения правого глаза. Из анамнеза удалось выяснить, что месяц назад перенес тяжелый грипп. Объективно: зрение правого глаза 0,2 не корректируется, левого глаза 0,7 с коррекцией $-1,0D=1,0$. Передний отрезок обоих глаз не изменен. Глазное дно справа: диск зрительного нерва гиперемирован, границы нечеткие, по ходу сосудов единичные кровоизлияния. Поле зрения на белый цвет сужено, на цвета определить не удалось. Глазное дно левого глаза в норме. Диагноз? Лечение?
169. На третий день после простудного заболевания больной 26 лет, обратил внимание на снижение зрения обоих глаз. Объективно: Острота зрения правого глаза = 0,7 (не корректируется); острота зрения левого глаза = 0,2 (не корректируется). Передний отрезок обоих глаз не изменен. ДЗН гиперемированы, границы ступенчаты. Поля зрения сужены на 20° по всем меридианам на белый цвет. Диагноз? Лечение?
170. Больная 28-ми лет жалуется на резкое снижение зрения правого глаза, небольшие боли при движении глазного яблока. Жалобы появились накануне вечером. Только что перенесла грипп, лечилась дома. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,08 (не корр.). Правый глаз спокоен, при надавливании на него отмечается легкая болезненность в глубине орбиты. Оптические среды прозрачные. Глазное дно: диск зрительного нерва бледно-розовый, границы четкие, физиологическая экскавация. Ход и калибр сосудов не изменен. Макулярная область и периферия сетчатки без патологии. В поле зрения – центральная скотома. TOD = 20 мм рт. ст. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Лечебные мероприятия?

171. К офтальмологу обратился больной 56-ти лет с жалобами на внезапное ухудшение зрения обоих глаз. Заболевание ни с чем не связывает. По внешнему виду и поведению, похоже, что пациент страдает алкоголизмом. Со слов сопровождающей пациента жены накануне больной выпивал с друзьями. С утра звонила жена одного из них. У мужа тоже резко снизилось зрение. При осмотре больного объективно: острота зрения обоих глаз = 0,02 (не корр.). Глаза совершенно спокойные. На роговицы обоих глаз с внутренней стороны в виде языка наползает конъюнктив. В остальном передние отрезки без видимых изменений. Оптические среды прозрачные. На глазном дне с обеих сторон диски зрительных нервов с сероватым оттенком, с четкими границами. Ход и калибр сосудов не изменены. Очаговой патологии нет. Какие дополнительные исследования необходимо произвести? Возможный диагноз? Терапия?
172. Больной 21 года, направлен к окулисту невропатологом для осмотра глазного дна. Жалобы больного: головные боли, которые появились три месяца назад. Артериальное давление 110 и 70 мм рт. ст., острота зрения обоих глаз 1,0. Правый глаз: передний отрезок и глазное дно в норме. Левый глаз: передний отрезок не изменен. На глазном дне отмечается увеличение диска зрительного нерва, его проминенция, границы нечеткие, цвет диска не изменен. Сосуды с диска сползают. Вены расширены, извиты, вдоль отдельных из них полосчатые кровоизлияния. Макулярная зона без изменений. Диагноз? Какие обследования необходимо провести для его подтверждения? Лечение?
173. Больной 61-го года, жалуется на периодическое затуманивание зрения левого глаза, головные боли. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 1,0. Придаточный аппарат глаза не изменен. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. При осмотре в проходящем свете на фоне красного рефлекса в плоскости зрачка видны штрихи треугольной формы, вершиной направленные к центру. На глазном дне диск зрительного нерва увеличен в размерах, грибовидно выбухает в стекловидное тело. Сосуды как бы взбираются на него. Цвет диска розовато-серый, границы нечеткие. Выражен перипапиллярный отек с единичными кровоизлияниями. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
174. Больная 34-х лет консультирована в неврологическом отделении. Жалобы на временную полную потерю зрения на несколько секунд. Больную беспокоит головная боль. Острота зрения не страдает. Глаза спокойные, передние отрезки без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. На глазном дне с обеих сторон диски зрительных нервов несколько увеличены в размерах (больше справа) и грибовидно

выбухают в стекловидное тело. Сосуды сетчатки как бы взбираются на него, делая изгибы. Цвет дисков розовато-сероватый. Границы их не совсем четкие. Перипапиллярный отек более выражен справа, в нем теряются отдельные сосуды. Вены расширены, извиты. Немногочисленные кровоизлияния в сетчатку в перипапиллярной зоне правого глаза. Какие дополнительные исследования Вас интересуют? Предполагаемый диагноз? Лечебные мероприятия?

175. Больная 64-х лет обратилась к окулисту в связи с внезапным снижением зрения левого глаза, произошедшим накануне. Снижение зрения ни с чем не связывает. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 со сферой – 1,5 Д = 0,8. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. В проходящем свете красный рефлекс. При исследовании глаза в состоянии мидриаза по периферии в проходящем свете видны черные шипы, направленные вершиной к центру. Глазное дно без видимых изменений. Острота зрения левого глаза = 0,01 (не корр.). Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. В проходящем свете красный рефлекс. При исследовании глаза в состоянии мидриаза по периферии в проходящем свете видны черные шипы, направленные вершиной к центру. На глазном дне диск зрительного нерва отечен, увеличен, проминирует в стекловидное тело, границы его размыты. Около диска небольшие геморрагии. Артерии резко сужены, неравномерного калибра. При исследовании поля зрения определяются верхние гемианопсии. Предполагаемый диагноз? Лечебные мероприятия?
176. Больной 17 лет направлен на консультацию к окулисту. Жалобы на плохое зрение правого глаза. Объективно: острота зрения правого глаза 0,3 не корректируется; острота зрения левого глаза 1,0. Передний отрезок обоих глаз не изменен. Поле зрения правого глаза сужено, на левом глазу – в норме. Глазное дно правого глаза: диск зрительного нерва монотонно бледный, границы четкие, сосуды не изменены, в макулярной зоне патологии нет. Глазное дно левого глаза в норме. Рефракция эметропическая. Диагноз? Лечение?

Ответы на ситуационные задачи.

166. *Предположительный диагноз – неврит зрительного нерва справа. Исследуют поля зрения и цветоощущение. Причинами оптического неврита могут быть воспалительные заболевания головного мозга и его оболочек, глазного яблока и глазницы, уха, горла и носа, острые и хронические инфекции, общие заболевания токсико-аллергического генеза – необходимо обследование. Проводят общую противовоспалительную и гипосенсибилизирующую (антибиотики,*

кортикостероиды ретробульбарно и внутрь, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные препараты, витамины С, В₁, В₆, В₁₂), дезинтоксикационную (40% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой внутривенно), дегидратационную (лазикс, кальция хлорид внутривенно, ацетазоламид, глицерин внутрь) терапию.

167. Неврит зрительного нерва справа. Исследуют поля зрения и цветоощущение. Причинами оптического неврита могут быть воспалительные заболевания головного мозга и его оболочек, глазного яблока и глазницы, уха, горла и носа, острые и хронические инфекции, общие заболевания токсико-аллергического генеза – необходимо обследование. Проводят общую противовоспалительную и гипосенсибилизирующую (антибиотики, кортикостероиды ретробульбарно и внутрь, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные препараты, витамины С, В₁, В₆, В₁₂), дезинтоксикационную (40% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой внутривенно), дегидратационную (лазикс, кальция хлорид внутривенно, ацетазоламид, глицерин внутрь) терапию.
168. Неврит зрительного нерва справа. Проводят общую противовоспалительную и гипосенсибилизирующую (антибиотики, кортикостероиды ретробульбарно и внутрь, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные препараты, витамины С, В₁, В₆, В₁₂), дезинтоксикационную (40% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой внутривенно), дегидратационную (лазикс, кальция хлорид внутривенно, ацетазоламид, глицерин внутрь) терапию.
169. Неврит зрительных нервов. Проводят общую противовоспалительную и гипосенсибилизирующую (антибиотики, кортикостероиды ретробульбарно и внутрь, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные препараты, витамины С, В₁, В₆, В₁₂), дезинтоксикационную (40% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой внутривенно), дегидратационную (лазикс, кальция хлорид внутривенно, ацетазоламид, глицерин внутрь) терапию.
170. Ретробульбарный неврит. Исследуют поля зрения и цветоощущение. Причинами оптического неврита могут быть воспалительные заболевания головного мозга и его оболочек, глазного яблока и глазницы, уха, горла и носа, острые и хронические инфекции, общие заболевания токсико-аллергического генеза – необходимо обследование. Проводят общую противовоспалительную и гипосенсибилизирующую (антибиотики, кортикостероиды ретробульбарно и внутрь, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные препараты, витамины С, В₁, В₆, В₁₂), дезинтоксикационную (40% раствор глюкозы

с аскорбиновой кислотой внутривенно), дегидратационную (лазикс, кальция хлорид внутривенно, ацетазоламид, глицерин внутрь) терапию.

171. *Необходимо проведение исследования поля зрения, МРТ. Возможно предположить у больного ретробульбарный неврит, развившийся при отравлении метиловым спиртом. На первом этапе проводят общую противовоспалительную и гипосенсибилизирующую (антибиотики, кортикостероиды ретробульбарно и внутрь, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные препараты, витамины С, В₁, В₆, В₁₂), дезинтоксикационную (40% раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой внутривенно), дегидратационную (лазикс, кальция хлорид внутривенно, ацетазоламид, глицерин внутрь) терапию.*
172. *Застойный диск зрительного нерва. Необходимо проведение периметрии, флюоресцентной ангиографии, консультации невропатолога и нейрохирурга, исследуют давление и состав спинномозговой жидкости. Получают данные КТ, МРТ, рентгенологические данные. Лечение направлено на основное заболевание.*
173. *Предположительный диагноз застойные диски зрительных нервов?, начинающаяся возрастная катаракта обоих глаз. Проводят флюоресцентную ангиографию, консультацию невропатолога и нейрохирурга, исследуют давление и состав спинномозговой жидкости, Получают данные КТ, МРТ, рентгенологические данные. Лечение направлено на основное заболевание.*
174. *Необходимо проведение периметрии, флюоресцентной ангиографии, консультации невропатолога и нейрохирурга, исследуют давление и состав спинномозговой жидкости. Получают данные КТ, МРТ, рентгенологические данные. Лечение направлено на основное заболевание.*
175. *Начинающаяся возрастная катаракта обоих глаз. Застойный диск зрительного нерва слева у больных с опухолями головного мозга. При одностороннем застое всегда следует исключить и местные причины – орбитальную патологию, гипотонию глазного яблока и др. Для диагностики мозгового объемного процесса имеют значение также неврологические симптомы, давление и состав спинномозговой жидкости, результаты КТ, МРТ, рентгенологические данные. В ряде случаев застойный диск может сочетаться с характерными изменениями полей зрения в виде гемиянопсий. Это наблюдается при расположении опухолевого процесса в области хиазмы и зрительных трактов. Длительное существование застойного диска зрительного*

нерва приводит к снижению зрительных функций вследствие сдавления нервных волокон.

- 176. Частичная атрофия зрительного нерва. Применяют сосудорасширяющие средства, ангиопротекторы, препараты, улучшающие микроциркуляцию, осмоотерапию, витаминотерапию, электростимуляцию.*

12. ГЛАЗ И ОБЩАЯ ПАТОЛОГИЯ ОРГАНИЗМА

177. При консультации больного 64-х лет, в терапевтическом отделении на глазном дне обоих глаз определяется следующая картина. Вены сетчатки расширены, извиты. Артерии несколько сужены, неравномерного калибра. Положительные симптомы Гвиста и Салюса – I. Легкая гиперемия диска зрительного нерва. Единичные точечные кровоизлияния в сетчатку. Диагноз? Какой или каким стадиям гипертонической болезни соответствуют данные изменения?

178. У пациента 68-ми лет страдающего гипертонической болезнью, на глазном дне обоих глаз определяется расширение и извитость вен. Артерии сужены, стенки их утолщены, отдельные стволы облитерированы (симптом серебряной проволоки). Штопорообразная извитость вен в макулярной области. В месте пересечения вен артериями вена перед перекрестом изгибается и резко истончается (Салюс II). Диагноз? Какой стадии гипертонической болезни соответствуют данные изменения?
179. На прием к окулисту пришел пациент 70 лет, от терапевта, для исследования глазного дна. Объективно острота зрения обоих глаз 0,6 со сферой +2,0 = 1,0. В хрусталике обоих глаз в корковых слоях нежные помутнения. Глазное дно обоих глаз: Диски зрительного нерва обычной окраски, границы четкие. Артерии узкие, местами неравномерного калибра. Симптом Салюса-Гуна II. Отмечается симптом «медной проволоки». С макулы рефлекс нет. Симптом Гвиста. Вены слегка полнокровны. Для какого заболевания характерны перечисленные симптомы? Что они обозначают? Диагноз? Лечение?
180. При осмотре глазного дна обоих глаз у больного 72-х лет, жалующегося на понижение зрения, видны извитые и расширенные вены. Артерии узкие, местами облитерированные. В местах пересечения артерией вены, последняя становится невидимой. Очаговые помутнения сетчатки. Множественные кровоизлияния по ходу сосудов. В области желтого пятна желто-белые очаги и плазморрагии, образующие форму звезды. Дисковидный макулярный отек сетчатки. Диагноз? Какой стадии гипертонической болезни соответствуют такие изменения? Лечебные мероприятия?
181. Больной 43-х лет консультирован окулистом по поводу гипертонической болезни. Выдержка из записи консультанта: на глазном дне с обеих сторон диски зрительных нервов серо-розового цвета, отечные. Сосуды резко сужены, без склеротических изменений. Салюс II-III. Многочисленные хлопьевидные белые пятна на сетчатке. Сетчатка сероватая. У заднего полюса множественные кровоизлияния различной формы и размеров. В области желтого пятна фигура звезды. Предполагаемый диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
182. Больная 54-х лет, жалуется на понижение зрения обоих глаз. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,7 (не корр.). Придаточный аппарат в норме. Глаза спокойные. Передние отрезки без видимых изменений. В проходящем свете на фоне красного рефлекса с глазного дна по периферии зрачка видны черные спицеобразные помутнения,

направленные вершиной к центру зрачка. На глазном дне диск зрительного нерва бледно-розовый, с четкими границами. На концевых венулах видны микроаневризмы. Неравномерность калибра вен. По ходу сосудов мелкоочечные геморрагии и восковидные экссудаты. Макулярный и фовеальный рефлекс отсутствуют. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?

183. На исследование глазного дна пришел пациент 50 лет, от эндокринолога. Страдает сахарным диабетом 10 лет. Объективно: зрение правого глаза 0,04 не корригируется, роговица отечная. В передней камере кровь, глазное дно видно плохо. ВГД 30 мм рт. ст. Острота зрения левого глаза 0,6 не корригируется, роговица прозрачная. Передняя камера средней глубины, хрусталик прозрачный. На глазном дне: диск зрительного нерва не изменен. В макулярной зоне микроаневризмы, геморрагии. В парамакулярной зоне ватообразные экссудаты. ВГД = 24 мм рт. ст. Диагноз? Лечение?
184. Больная 31-го года, направлена на консультацию к окулисту из отделения физиотерапевтической больницы, где проходит очередной курс лечения по поводу рецидивирующего гонита слева. При офтальмоскопическом исследовании на глазном дне с обеих сторон вокруг сосудов на некотором протяжении обнаруживаются сероватые компактные муфты. По ходу пораженных сосудов имеются сероватые пролиферативные очажки. Единичные небольшие ретинальные кровоизлияния. Диагноз? Терапия?
185. Больная 29-ти лет консультирована офтальмологом в терапевтическом отделении. Жалоб на зрение не предъявляет. При офтальмоскопии выявлено: Контуры дисков зрительных нервов сливаются с окружающей сетчаткой, вены практически неотличимы от артерий. На периферии видны желтовато-белые округлые образования, несколько проминирующие над уровнем сетчатки, окруженные кольцом кровоизлияний. Вокруг сосудов белые муфты. Диагноз? Лечение?
186. Больной 56-ти лет консультирован окулистом в онкологическом диспансере. При офтальмоскопии выявлены следующие изменения глазного дна. Глазное дно имеет бледный фон. Вокруг отечного диска зрительного нерва и в центральной зоне сетчатки множественные кровоизлияния. Единичные мелкие белые очаги на периферии. Артерии и вены очень бледные, почти одинакового цвета. Диагноз? Лечение?

Ответы на ситуационные задачи.

177. *Гипертоническая ангиопатия сетчатки. Изменения глазного дна обычно соответствуют Ib-IIa стадиям гипертонической болезни.*
178. *У больного гипертонический ангиосклероз сетчатки. Изменения глазного дна обычно соответствуют II стадии гипертонической болезни.*
179. *У больного гипертонический ангиосклероз сетчатки. Симптом артерио-венозного вдавления Салюса-Гунна свидетельствует о наличии необратимых изменений, вызванных органическим поражением артериальных стенок. Симптом Гвиста – штопорообразная извитость мелких вен в макулярной области соответствует стадии неустойчивого повышения артериального давления. Лечение гипертонической болезни.*
180. *У больного гипертоническая ретинопатия. Изменения глазного дна обычно соответствуют III стадии гипертонической болезни.*
181. *Предполагаемый диагноз – почечная ретинопатия. Необходимо исследование функций мочевыделительной системы. Лечение у нефролога.*
182. *Предположительный диагноз: диабетическая ретинопатия?, начинающаяся возрастная катаракта обоих глаз. Исследуют уровень сахара крови. Консультация и лечение эндокринолога. Применяют ангиопротекторы и антиоксиданты. После флюоресцентной ангиографии производят лазеркоагуляцию сетчатки.*
183. *Гифема, частичный гемофтальм, вторичная глаукома правого глаза. Препролиферативная диабетическая ретинопатия левого глаза. В правый глаз инстилляции гипотензивных препаратов. Кровоостанавливающая терапия, диуретики. Слева после улучшения состояния правого глаза – лазеркоагуляция сетчатки.*
184. *Ревматический ретиноваскулит. Консультация и лечение ревматолога.*
185. *Изменения глазного дна характерны для хронической миелоидной лейкемии. Лечение гематолога.*
186. *Офтальмоскопическая картина характерна для прогрессирующей вторичной анемии на почве интоксикации (возможно, раковая кахексия). Лечение у онколога и гематолога.*

13. НОВООБРАЗОВАНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

187. Женщина 32-х лет обратилась к окулисту с жалобами на новообразование на нижнем веке правого глаза. Образование появилось около четырех месяцев назад, постепенно увеличивается. Объективно. На нижнем веке правого глаза имеется сосочковое разрастание цилиндрической формы. Цвет серовато-желтый с грязным налетом. Имеет тонкую ножку. Похоже на кожное образование. Диагноз? Лечение?

188. В детскую поликлинику к окулисту обратились родители двухмесячной девочки с жалобами на наличие пятна красного цвета на нижнем веке левого глаза. Пятно было заметно с рождения, но в последнее время оно увеличилось. Объективно. На нижнем веке левого глаза определяется опухоль в виде узлов ярко красного цвета, размером 2x1 см. Пальпация ее безболезненна. Новообразование мягкое на ощупь. Диагноз? Тактика в лечении?
189. В поликлинику к окулисту обратилась женщина 47-ми лет с жалобами на наличие новообразования на нижнем веке левого глаза. Проблемы с веком появились около полугода назад, после пребывания на море. Вначале появилось покраснение кожи, которое с трудом уменьшалось при смазывании кортикостероидными мазями. Однако вскоре в месте покраснения появилось шелушащееся на поверхности уплотнение. Примерно через месяц в центре развилось углубление с язвенной поверхностью, площадь которой неуклонно увеличивается. Объективно. На коже нижнего века левого глаза изъязвившееся уплотнение размерами около одного сантиметра. Плотное спаянное с подлежащими тканями. Язвочка достаточно легко кровоточит. Имеются явления конъюнктивита. Правый глаз здоров. Диагноз? Лечение?
190. На прием к офтальмологу пришел мужчина 56-ти лет с жалобами на наличие новообразования на правом глазном яблоке. Новообразование появилось около месяца назад, постепенно увеличивалось. Пациент страдает гипертонической болезнью, остеохондрозом. Работает на нефтехимическом заводе. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Справа на конъюнктиве в верхненаружном квадранте у лимба слегка выступающая над поверхностью бляшка с четкими границами. Опухоль на 2 мм распространяется на роговицу. Цвет опухоли сероватый, спаяна с подлежащими тканями. Левый глаз здоров. Диагноз? Лечение?
191. Студентка медицинской академии 23-х лет обратилась к преподавателю по офтальмологии за консультацией. У нее на правом глазу имеется пятнышко коричневого цвета, которое уже длительное время не увеличивается и не воспаляется. При объективном осмотре выявлено. Острота зрения обоих глаз = 0,6 со сферой – 1,0 Д = 1,0. Глаза спокойные. На конъюнктиве правого глазного яблока у лимба имеется пятно светло-коричневого цвета, почти треугольной формы, слабо васкуляризованное. Поверхность его гладкая. Границы четкие. Диагноз? Лечение?
192. На консультативном приеме женщина 46-ти лет, с жалобами на наличие новообразования в глазнице слева, смещение левого глазного яблока, двоение, снижение зрения этого глаза, слезотечение, незначительные боли в этом глазу. Опухоль появилась несколько месяцев назад,

постепенно увеличивалась. При объективном обследовании определяется. Острота зрения правого глаза = 1,0. TOD = 20 мм рт. ст. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,1 (не корр.). TOS = 20 мм рт. ст. Верхнее веко неравномерно опущено. Верхняя переходная складка мельче, чем справа. Экзофтальм со смещением глаза книзу и кнутри. Пальпируемая опухоль бугристая, практически не смещается по отношению к подлежащим тканям. Движения глаза ограничены в сторону локализации опухоли, репозиция резко затруднена. Предположительный диагноз? Необходимые исследования? Лечение? Прогноз для жизни и зрения?

193. В поликлинику к окулисту обратилась женщина 57-ми лет с жалобами на снижение зрения правого глаза. Зрение стало снижаться около полутора лет назад, но в течение последних 3-х месяцев – достаточно быстро. Из перенесенных ранее заболеваний отмечает остеохондроз, калькулезный холецистит. Других заболеваний не указывает. Всю свою жизнь проработала в сборочном цеху механического завода. При осмотре выявлено объективно. Острота правого глаза = 0,09 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,9 (не корр.). Правый глаз слабо инъецирован за счет расширенных склеральных сосудов на 10-11 часах. Роговица прозрачная, блестящая. Передняя камера несколько неравномерна: мельче в вышеуказанных меридианах. Через медикаментозно расширенный зрачок здесь хорошо виден четко отграниченный, темного цвета, округлой формы узел опухоли. Хрусталик частично помутнен, несколько смещен в сторону, противоположную опухоли. Складки радужки, концентрично опухоли, ложный иридодиализ. Зрачок неправильной формы, на свет вяло реагирует. Глазное дно без видимой патологии. Левый глаз здоров. TOU = 22 мм рт. ст. Диагноз? Лечение?
194. Инженер 50-ти лет, обратился на прием к окулисту с жалобами на снижение зрения левого глаза. Данные жалобы появились около 2 месяцев назад. Заболевание ни с чем не связывает. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. TOD = 24 мм рт. ст. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,1 (не корр.). TOS = 24 мм рт. ст. Глаз спокоен. Передний отрезок без патологии. При офтальмоскопии с узким зрачком, в нижневнутреннем квадранте глаза обнаруживается наличие темного образования. После расширения зрачка, в той же зоне обнаружено большое бурое проминирующее образование с четкими границами и очагами кровоизлияния на его поверхности. Отек сетчатки в области желтого пятна. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
195. У ребенка 4-х лет, в течение нескольких месяцев резко снизилось зрение левого глаза. Родители обратили внимание на широкий «светящийся»

зрачок этого глаза. Боли ребенка не беспокоят. При осмотре объективно. Острота зрения правого глаза = 1.0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = $1/\infty$ р. 1. inc. Придаточный аппарат глаза не изменен. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. Зрачок круглый, расширен, на свет практически не реагирует. Оптические среды прозрачные. Офтальмоскопически на глазном дне видно проминирующее желтовато-золотистое бугристое образование. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?

196. К офтальмологу обратился пациент 55-ти лет, с жалобами на боли в правом глазу, небольшое выпячивание этого глаза. Выпячивание появилось около 2-х месяцев назад, было совершенно безболезненным и незначительным, однако постепенно увеличивалось. С неделю назад появились боли. Больной страдает синдромом приобретенного иммунодефицита. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,4 (не корр.). Экзофтальм, репозиция глаза невозможна. Красный хемоз. На глазном дне – застойный диск зрительного нерва. Левый глаз здоров. Экзофтальмометрия: правый глаз 27 мм, левый – 18 мм. Дополнительные исследования и консультации? Возможный диагноз? Лечение? Прогноз?

Ответы на ситуационные задачи.

187. *Папиллома нижнего века правого глаза. Лечение – хирургическое.*
188. *Капиллярная гемангиома нижнего века левого глаза. Первые 6 месяцев жизни ребенка опухоль растет быстро, затем наступает период стабилизации. К 7 годам у 75% детей возможна полная регрессия гемангиомы. Если этого не происходит, возможно проведение криодеструкции новообразования, при узловой форме эффективна погружная диатермокоагуляция игольчатым электродом.*
189. *Чешуйчато-клеточный рак нижнего века левого глаза. Лечение хирургическое. Возможна брахитерапия, короткодистанционная рентгенотерапия или криодеструкция.*
190. *Эпителиома Боуэна. Лечение хирургическое.*
191. *Стационарный невус конъюнктивы. Наличие триады признаков: изменение пигментации (усиление или ослабление ее), васкуляризации невуса и нечеткость границ позволяет дифференцировать истинную прогрессию опухоли от ее увеличения за счет реактивной гиперплазии*

эпителия. Лечение показано при появлении признаков роста и заключается в иссечении невуса.

192. *Предположительный диагноз рак слезной железы. Необходимые исследования: рентгенографии орбиты, компьютерная томография, ультразвуковое исследование, тонкоигольная аспирационная биопсия. Лечение хирургическое. Прогноз для жизни и зрения плохой, так как опухоль не только склонна к рецидивированию с прорастанием в полость черепа, но и метастазированию в легкие, позвоночник или в региональные лимфоузлы.*
193. *Меланома цилиарного тела, осложненная катаракта правого глаза. Лечение при локализованных меланомах цилиарного тела может ограничиться локальным удалением (частичная ламеллярная склероувектомия). Возможно лучевое лечение. При больших опухолях (занимающих более 1/3 окружности цилиарного тела), показана только энуклеация.*
194. *У больного пигментированное новообразование хориоидеи левого глаза, возможно меланома. Дополнительные методы исследования (ультразвуковое сканирование, флюоресцентная ангиография, компьютерная томография, тонкоигольная аспирационная биопсия) помогают в уточнении диагноза. До решения вопроса о характере лечения больной с увеальной меланомой должен быть тщательно обследован у онколога с целью исключения метастазов. Для лечения применяют органосохранные методы лечения. К таким методам относятся лазеркоагуляция, гипертермия, криодеструкция, лучевые методы лечения. При экваториально расположенных опухолях возможно локальное удаление. В тяжелых случаях – энуклеация.*
195. *Предположительный диагноз – ретинобластома левого глаза. Выполняют офтальмоскопию с максимально расширенным зрачком. Ультразвуковое сканирование дополняет диагностику ретинобластомы, позволяет определить ее размеры, подтвердить или исключить наличие кальцификатов. Компьютерная томография орбит и головного мозга показана детям старше 1 года жизни. Лечение – криодеструкция, лазеркоагуляция и лучевая терапия. В тяжелых случаях – энуклеация.*
196. *Ультразвуковое сканирование, компьютерная томография и тонкоигольная аспирационная биопсия с цитологическим исследованием. Злокачественная лимфома(неходжкинская). Необходимо обследование у онколога и гематолога для исключения системного поражения. Наружное облучение орбиты – практически безальтернативный высокоэффективный метод лечения.*

Полихимиотерапию подключают при системном поражении. Прогноз при первичной злокачественной лимфоме для жизни и зрения благоприятный (83% больных переживают 5-летний период). Прогноз для жизни резко ухудшается при диссеминированных формах.

14. ЗАБОЛЕВАНИЯ ХРУСТАЛИКА

197. Офтальмолог детской поликлиники при осмотре ребенка 4-х лет обратил внимание на следующее. Проверка остроты зрения обоих глаз без оптической коррекции дала результат 0,8. Глаза ребенка совершенно спокойные. Передние отрезки без видимой патологии. При исследовании в проходящем свете на фоне красного рефлекса с обеих

сторон в центре видны черные точки, неподвижные, если ребенок не двигает глазами и перемещающиеся вместе с движением глаза. Глазное дно в норме. После расширения зрачков и осмотра щелевой лампой выявлены локальные помутнения хрусталика в центре у задней капсулы. Диагноз? Лечебные мероприятия?

198. На прием к детскому окулисту родители привели мальчика 2 лет. Жалобы на резкие боли в левом глазу. Со стороны общего состояния отмечается астения, незначительное удлинение пальцев и утолщение концевых фаланг. Острота зрения правого глаза = 0,04 со сферическим стеклом – 15,0 Д = 0,1; Объективно: Глаз спокойный, гипоплазия радужки, иридодегенез. Хрусталик смещен кверху. Глазное дно в норме. Острота зрения левого глаза = $1/\infty$ p.l. incerta. Выражены явления раздражения, застойная инъекция сосудов глазного яблока. Роговица мутная из-за отека эпителия. Передняя камера мелкая. Гипоплазия радужки, иридодегенез. В области зрачка вставлен маленький хрусталик. Глазное дно в норме. ВГД слева 45 мм рт. ст. Диагноз?
199. Больной Ж., 56-ти лет, жалуется на ухудшение зрения обоих глаз, более выраженное справа. Заметил это около недели назад, после перенесенного гриппа. Раньше на снижение зрения не обращал внимания. Объективно. Глаза спокойные. Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,7 (не корр.). Передние отрезки без видимых изменений. В проходящем свете на фоне красного рефлекса с глазного дна видны черные шипы, направленные вершиной к центру. Глазное дно в норме. Дополнительные исследования? Возможный диагноз? Лечение?
200. Больной 58-ми лет, жалуется на «дым» перед правым глазом. Он видит этим глазом сразу несколько (вместо одного) предметов, особенно светящихся. Острота зрения правого глаза = 0,4 со сферическим стеклом – 2,0 дптр. = 0,8. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. При осмотре в проходящем свете на фоне красного рефлекса в плоскости зрачка видны штрихи треугольной формы, вершиной направленные к центру. Глазное дно в норме. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Возможный диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
201. Больной 69-ти лет, жалуется на понижение зрения обоих глаз, более выраженное слева. Зрение снижалось постепенно и безболезненно, заболевание ни с чем не связывает. Объективно. Глаза спокойные. Острота зрения правого глаза = 0,8 (не корр.). Передний отрезок без видимой патологии. В проходящем свете на фоне красного рефлекса с глазного дна видны черные шипы, направленные вершиной к центру. Глазное дно в пределах нормы. Острота зрения левого глаза = 0,09 (не

корр.). Глаз спокойный. Роговица гладкая, блестящая, прозрачная. Передняя камера мельче, чем на правом глазу. Рисунок и цвет радужки не изменены. Зрачок круглый, средней величины. При осмотре фокальным освещением в плоскости зрачка виден неравномерно помутневший хрусталик серо-белого цвета. На хрусталике полулунная тень от радужки. Глазного дна в деталях не видно. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?

202. Больной 70 лет обратился к врачу-офтальмологу с жалобами на низкое зрение левого глаза, которое обнаружил случайно, закрыв правый глаз, в связи с попаданием в него соринку. При обследовании получены данные: острота правого глаза с коррекцией 0,6, левого глаза 0,03. Объективно: при боковом освещении зрачки 2,5 мм, область зрачков обоих глаз имеет сероватый оттенок, особенно левого. В проходящем свете справа на фоне красного рефлекса видны темные пятна в виде (спиц) в области 3-5 часов, глазное дно без патологии, слева рефлекс с глазного дна виден на крайней периферии при взгляде кверху, глазное дно не офтальмоскопируется. Поле зрения обоих глаз нормальное, цветоощущение сохранено. ВГД = 23 мм рт. ст. Сформулируйте диагноз для каждого глаза отдельно. Что вы порекомендуете больному?
203. Больной 70 лет за последнее время начал замечать постепенное безболезненное снижение зрения обоих глаз. Правым глазом не различает предметы. Заметно снизилось зрение и правого глаза. Раньше глаза не болели, травму глаз отрицает. Ничем не болел. Сахарный диабет отрицает (прошел обследование у эндокринолога). ВГД обоих глаз при неоднократном измерении 21-22 мм рт. ст. Какие исследования должен провести офтальмолог? Поставьте возможный диагноз.
204. Больной 65-ти лет, жалуется на постепенное снижение зрения обоих глаз, больше правого. Заметил год назад. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,02 (не корр.). TOD=19 мм рт. ст. Правый глаз спокойный. Роговица прозрачная, сферичная. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка в цвете и рисунке не изменена. Хрусталик с сероватым оттенком. После расширения зрачка просматривается диффузное помутнение центрального и нижнего отделов хрусталика. На остальной периферии рефлекс хорошо виден. Видимая часть глазного дна без патологии. Острота зрения левого глаза = 0,1 sph. +2,0 D= 0,7. Глаз спокоен, Передний отрезок в норме. На фоне красного рефлекса с глазного дна в хрусталике видны черные шипы, направленные острием к центру. Глазное дно в норме. Диагноз? Лечебные мероприятия?
205. Больной 65 лет обратился на консультацию к окулисту. Жалобы на снижение зрения обоих глаз, особенно левого. Зрение стало ухудшаться

4 года назад. В последние 2-3 месяца перестал читать, левым глазом плохо видит свет, предметы не различает. Связать снижение зрения с какой-либо причиной не может. ВГД при постоянном контроле на уровне 21-24 мм рт. ст., поле зрения обоих глаз в норме. Какие методы исследования следует применить для установления диагноза? Какой характер носит данное заболевание?

206. Больному 76-ти лет с диагнозом начинающаяся возрастная катаракта правого глаза (острота зрения 0,6) и зрелая возрастная катаракта левого глаза (острота зрения – светоощущение с правильной проекцией) предстоит провести операцию экстракции катаракты на левом глазу. Какой вид коррекции после операции левого глаза был бы для этого больного оптимальным?
207. Больной 23 лет случайно заметил, что правый глаз не видит. Обратился к окулисту. Из анамнеза удалось выяснить, что во время возвращения с работы с ночной смены больному нанесли удар тупым предметом по правой половине лица и головы. Он работал токарем на заводе. Объективно: острота зрения правого глаза снижена до светоощущения с правильной светопроекцией. При обследовании методом бокового освещения область зрачка правого глаза равномерно серого цвета: в проходящем свете рефлекса с глазного дна нет. Зрение левого глаза 1,0. Какой предположительный диагноз можно поставить? Может ли данный пациент работать токарем в настоящее время? Как помочь больному?
208. Больной 25-ти лет обратился к врачу офтальмологу с жалобами на постепенное снижение зрения правого глаза, которое он заметил вскоре после тупой травмы правой половины лица и головы. Больной работает шофером. Объективно: острота зрения правого глаза – светоощущение с правильной проекцией. При осмотре методом бокового освещения область зрачка правого глаза серо-белого цвета, в проходящем свете рефлекса с глазного дна нет. Левый глаз здоров, острота зрения 1,0. Какой предположительный диагноз можно поставить? Может ли данный пациент работать шофером в настоящее время? Если нет, то, как вернуть его к прошлой работе?
209. Больной 30 лет обратился к врачу-офтальмологу. Жалобы на низкое зрение правого глаза. Из анамнеза удалось установить, что год назад при падении получил сильный ушиб головы, перелом верхней голени и 2-х ребер. Острота зрения правого глаза 0,01, не корригируется, левого глаза 1,0. Объективно: правый глаз спокоен, при боковом освещении область зрачка имеет серовато-белую окраску, рефлекса с глазного дна нет. Поле зрения нормальное, цвета различает. ВГД=20 мм рт. ст. При

ультразвуковой эхографии патологических зубцов не выявлено. Левый глаз здоров. Сформулируйте диагноз. Можно ли помочь больному?

210. Больная 70-ти лет, жалуется на отсутствие предметного зрения правого глаза и снижение зрения левого глаза. Зрение снижалось постепенно в течение 2 лет. К врачу не обращалась. Объективно. Острота зрения правого глаза = правильному светоощущению. TOD = 20 мм рт. ст. Конъюнктива правого глаза спокойная, роговица прозрачная, сферичная. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка субатрофична, пигментная кайма сохранена. Зрачок круглый, реагирует на свет. Хрусталик неравномерно мутный, серого цвета с перламутровым оттенком. Рефлекс с глазного дна отсутствует. Острота зрения левого глаза = 0,04 (не корр.). TOS = 20 мм рт. ст. Роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка субатрофична, пигментная кайма сохранена. Зрачок реагирует на свет. Хрусталик мутный в центральных отделах, по периферии красный рефлекс. В этой зоне глазное дно без патологии. Диагноз? Лечебная тактика?
211. При профилактическом осмотре рабочих горячих цехов (сталеваров) обнаружено, что из 900 осмотренных у 3 было помутнение в задних слоях хрусталика, имеющее форму «чаши». Средний возраст рабочих от 25 до 40 лет. Стаж работы на данном предприятии 6-15 лет. Какова этиология заболеваний?
212. При проведении профосмотра на предприятии у пациентки 68-ми лет, выявлены следующие изменения правого глаза. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз совершенно спокойный. Роговица гладкая, прозрачная. Передняя камера глубокая, с прозрачной влагой. Рисунок и цвет радужки не изменены. Местами участки атрофии. При движении глаза радужка колеблется. На 12-ти часах отверстие в радужной оболочке. Зрачок неправильной – шестигранной формы. В плоскости зрачка округлое двояковыпуклое совершенно прозрачное инородное тело. От торца его отходят три прозрачных штырька. В проходящем свете красный рефлекс. Глазное дно в норме. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз?
213. Под наблюдением эндокринолога находится больной 47 лет, страдающий сахарным диабетом в течение 7 лет. Систематически получает инсулин. Год назад появился туман перед глазами, ухудшение зрения. Эндокринолог рекомендовал консультацию офтальмолога. При осмотре офтальмолог отметил помутнение в задних слоях хрусталика, имеющие форму «чаши». Какой диагноз следует поставить? Какую природу имеет это заболевание?

214. При осмотре пациента 86-ти лет выявлена следующая офтальмологическая картина. Острота зрения правого глаза равна светоощущению с неправильной проекцией. Правый глаз спокойный. Роговица гладкая прозрачная, блестящая, однако на периферии помутнена в виде кольца. Между кольцевидным помутнением и склерой прозрачное кольцо роговицы. Передняя камера глубокая, с прозрачной влагой. При движении глаза определяется дрожание радужки и хрусталика. Кора хрусталика просветлена. Бурое гладкое ядро опустилось книзу. Глазное дно в деталях не просматривается ВГД = 25 мм рт. ст. Острота зрения левого глаза = 0,02 (не корр.). Глаз спокойный. Роговица гладкая прозрачная, блестящая, однако на периферии помутнена в виде кольца. Между кольцевидным помутнением и склерой прозрачное кольцо роговицы. Передняя камера средней глубины с прозрачной влагой. Рисунок и цвет радужки не изменены. Зрачок круглый, медикаментозно расширен до 5 мм. В проходящем свете на фоне красного рефлекса с глазного дна видны черные шипы, направленные вершиной к центру. На глазном дне в макулярной области дистрофические очажки в виде белесоватых пятен с отложением пигмента. ВГД = 20 мм рт. ст. Дополнительные исследования? Возможный диагноз? Лечение?
215. Больной 68-ми лет жалуется на снижение зрения вдаль при относительно сохранном зрении вблизи. Он начинал свободно читать без очков. Острота зрения обоих глаз = 0,1 со сферой – 4,0 Д = 0,6. Глаза спокойные. Передние отрезки без видимых изменений. При боковом освещении хрусталики имеют светло-зеленый оттенок. В проходящем свете сохраняется розовый рефлекс, на фоне которого видны тонкозернистые помутнения. При повороте офтальмоскопа улавливается кольцевидная тень. Зеленоватый или слегка буроватый оттенок четко контурирующегося ядра особенно хорошо виден на оптическом срезе при биомикроскопии. Видимые отделы глазного дна без патологии. ТОУ= 23 мм рт. ст. Возможный диагноз? Лечение?
216. Больная 81-го года, жалуется на низкое зрение левого глаза. Зрение снижалось постепенно, безболезненно. Объективно. Глаза спокойные. Острота зрения правого глаза = 0,04 со сферой +10,0 дптр. = 0,9. Роговица прозрачная. Передняя камера глубокая, с прозрачной влагой. Рисунок и цвет радужки не изменены. Иридодегенез. Зрачок круглый. В проходящем свете красный рефлекс. На глазном дне явления гипертонического ангиосклероза сетчатки. Острота зрения левого глаза – светоощущение с правильной проекцией. Передний отрезок без видимых изменений. В плоскости зрачка мутный хрусталик серо-белого цвета. Подлежащие отделы глаза не видны. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?

217. Больной 27-ми лет, получил травму правого глаза два года назад, оперирован. В настоящее время беспокоит низкое зрение правого глаза, невозможность пользоваться двумя глазами одновременно. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,03 со сферическим стеклом + 8,0 дптр. и цилиндрическим + 1,5 дптр. ось $165^\circ = 1,0$. Глаз спокойный. На периферии роговицы, на 4-х часах рубец неправильной формы размером до 8 мм. Передняя камера неравномерная за счет передней синехии, глубокая, с прозрачной влагой. Радужка местами атрофична. Зрачок неправильной формы, подтянут к рубцу. В проходящем свете красный рефлекс. Глазное дно в пределах нормы. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Способы коррекции? Возможные лечебные мероприятия?
218. Пациентка 71-го года доставлена вечером в офтальмологический стационар с сильными болями в левом глазу. Из анамнеза выяснено, что зрение этого глаза ухудшилось днем, когда больная помогала сыну переставить платяной шкаф. На снижение зрения больная не обратила внимания, полагая, что оно восстановится самостоятельно. Однако через несколько часов глаз покраснел, появились сначала незначительные боли, а затем они переросли в нестерпимые. Вызванной машиной «скорой помощи» больная доставлена в стационар. При осмотре определено, что правый глаз здоров. Слева острота зрения равна светоощущению с неправильной проекцией. Глазное яблоко резко инъецировано по смешанному типу. Болезненно при пальпации. Роговица отечная, полупрозрачная. Вся передняя камера как будто бы заполнена масляной жидкостью и кажется глубокой. Радужка за ней просматривается не совсем четко. Зрачок круглый, слабо расширен. В проходящем свете неясный красный рефлекс. Глазного дна рассмотреть не удастся. Пальпаторно T_{+3} . Определите дальнейшие исследования, возможный диагноз, необходимое лечение.
219. Больной 22 года. Жалобы на резкие боли в левом глазу. Объективно Острота зрения правого глаза = 0,04 с корр. $-15,0 D = 0.1$; Острота зрения левого глаза = $1/\infty$ pr.1.incerta. отмечается гипоплазия радужки иридоденез. Хрусталик справа смещен кверху, слева выражены явления раздражения, застойная инъекция сосудов глазного яблока. Роговица мутная из-за отека эпителия. Передняя камера мелкая. В области зрачка вставлен мелкий хрусталик. Глазное дно обоих глаз в норме. Внутриглазное давление слева 45 мм рт. ст. Со стороны общего состояния отмечается астения, незначительное удлинение пальцев и утолщение концевых фаланг. Какой диагноз можно поставить исходя из данной клинической ситуации?

Ответы на ситуационные задачи.

197. У ребенка двусторонние задние полярные катаракты. При наличии высокой остроты зрения лечения не требуется.
198. У ребенка на фоне синдрома Марфана справа имеет место подвывих хрусталика (возможно в сочетании с микросферофакией), миопия высокой степени. Слева микросферофакия с подвывихом хрусталика, приступ вторичной глаукомы.
199. Больного нужно обследовать в условиях расширенного зрачка. Если дополнительных данных не получено, то у него начинающаяся возрастная катаракта обоих глаз. Назначают инстилляцию препаратов, улучшающих метаболические процессы в хрусталике. Если низкое зрение правого глаза представляет достаточные трудности, то возможно проведение оперативного лечения – фактоэмульсификации с имплантацией интраокулярной линзы.
200. Начинаящаяся возрастная катаракта, миопия правого глаза. Больного нужно обследовать в условиях расширенного зрачка. Назначают инстилляцию препаратов, улучшающих метаболические процессы в хрусталике.
201. Начинаящаяся возрастная катаракта правого глаза, незрелая возрастная катаракта левого глаза. Расширяют зрачок, проводят биомикроскопию и тонометрию. Лечение оперативное – экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы на левом глазу.
202. Начинаящаяся возрастная катаракта правого глаза, незрелая возрастная катаракта левого глаза. Лечение оперативное – экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы на левом глазу.
203. Больному необходимо провести визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию. Возможный диагноз – катаракта.
204. Незрелая возрастная катаракта правого глаза, гиперметропия слабой степени, начинающаяся возрастная катаракта левого глаза. Лечение оперативное – экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы на правом глазу.
205. Для диагностики заболевания необходимо произвести биомикроскопию. Скорее всего, у больного имеется помутнение хрусталика – катаракта. Катаракта является мультифакторным заболеванием. По мере прогрессирования помутнения уменьшается количество общее и особенно растворимых белков. Заметно ослабевает активность

лактатдегидрогеназы и происходит сдвиг в изоферментном спектре, что свидетельствует о замедлении скорости гликолиза, снижении оксигенации ткани, развитии метаболического ацидоза. В хрусталике образуются белковые конгломераты, уменьшается содержание глутатиона и калия. Концентрация кальция, натрия увеличивается. Нарушается стройная взаимосвязь процессов обмена.

206. *Интраокулярная коррекция афакии.*
207. *Травматическая катаракта правого глаза. Из-за катаракты пациент не имеет бинокулярного зрения. Работать токарем в таком состоянии он не может. Показана экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы.*
208. *Травматическая катаракта правого глаза. В настоящее время работать шофером больной не может. Необходима экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы.*
209. *Травматическая катаракта правого глаза. Необходима экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы.*
210. *Зрелая возрастная катаракта правого глаза, незрелая возрастная катаракта левого глаза. Лечение оперативное – экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы на правом глазу.*
211. *Профессиональная «огневая» катаракта.*
212. *Артифакция правого глаза. В лечении не нуждается.*
213. *Осложненная заднекапсулярная диабетическая катаракта. Причина – сахарный диабет.*
214. *Старческая дуга роговицы обоих глаз. Афакия, гипертонический ангиосклероз правого глаза, зрелая возрастная катаракта левого глаза. Лечение оперативное – экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы на левом глазу. В последующем – имплантация ИОЛ на правом глазу.*
215. *Незрелая ядерная катаракта обоих глаз. Лечение – экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы.*
216. *Афакия, гипертонический ангиосклероз сетчатки правого глаза. Зрелая возрастная катаракта левого глаза. Лечение оперативное – экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы на левом глазу. В последующем – имплантация ИОЛ на правом глазу.*

217. *Спаянный рубец роговицы, афакия правого глаза. Лечение – оперативное: пластика радужки с имплантацией интраокулярной линзы на правом глазу.*
218. *Необходимо проведение тонометрии. У больной вывих хрусталика в переднюю камеру, вторичная глаукома левого глаза. Нуждается в удалении хрусталика из глаза в экстренном порядке.*
219. *Подвывих хрусталика правого глаза, вывих хрусталика в переднюю камеру левого глаза. Вторичная глаукома обоих глаз. Синдром Марфана.*

15. ПАТОЛОГИЯ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА

220. При проведении профилактического осмотра в поликлинике у девушки 17-ти лет обнаружено. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глаза спокойные. Передние отрезки без видимых изменений. Хрусталики прозрачные. В стекловидном теле слева видна соединительнотканная шварта, которая тянется от диска зрительного нерва кпереди и доходит до передней пограничной мембраны. При движении глаза шварта колеблется. Глазное дно без видимой патологии. Диагноз? Лечебные мероприятия?

221. В детскую поликлинику принесли месячного ребенка. При осмотре обоих глаз определяется белесоватый рефлекс в области зрачка. Хрусталики уменьшены в размерах. Позади них располагается белая фиброзная шварта, в центре она васкуляризирована. Со швартой спаяны вытянутые в длину цилиарные отростки. Диагноз? Лечение?
222. На консультацию в глазное отделение детской больницы принесли двухмесячного ребенка. Ребенок родился недоношенным, долгое время находился в кювезе с повышенным содержанием кислорода. В настоящее время при офтальмоскопии объективно. На месте демаркационной линии, между васкуляризированной и аваскулярной сетчаткой, виден вал желтоватого цвета, проминирующий над плоскостью сетчатки. Сосуды сетчатки перед валом резко расширены, извиты, беспорядочно делятся, образуя на концах «щетки». Диагноз? Лечение?
223. В поликлинику к окулисту обратился мужчина 49-ти лет с жалобами на снижение зрения правого глаза,двигающееся «пятно» перед глазом. Вышеописанные жалобы появились около трех недель назад. Явления прогрессируют. Начало заболевания ни с чем не связывает. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,4 (не корр.). Правый глаз слабо инъецирован по смешанному типу. Передний отрезок без видимых изменений. Хрусталик с начальными периферическими помутнениями. В стекловидном теле кистовидное мерцающее образование с зеленоватым оттенком, фиксированное к стенке глаза. При биомикроскопическом исследовании на образовании отчетливо видна головка с присосками. Глазное дно без видимой патологии. Острота зрения левого глаза = 0,9 (не корр.). Глаз спокойный. Передний отрезок без видимой патологии. Хрусталик с начальными периферическими помутнениями. Глазное дно в норме. Диагноз? Лечение?
224. После перенесенного гипертонического криза у больной 49 лет, резко снизилась острота зрения правого глаза. При обращении к врачу жалобы на низкое зрение правого глаза, «летающие хлопья» перед глазом. Объективно. Правый глаз. Острота зрения = 0,3 (не корр.) Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. В проходящем свете не совсем ясный красный рефлекс. Глазного дна в деталях рассмотреть не удастся. После расширения зрачка в проходящем свете на фоне красного рефлекса видны плавающие помутнения. Рефлекс остается неясным. На глазном дне диск зрительного нерва бледно-розовый, с четкими границами, артерии сужены, вены полнокровны, Саллюс-2. Местами симптом «серебряной проволоки». Симптом Гвиста. Левый глаз. Острота зрения = 1,0. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. Оптические среды прозрачные. На глазном дне диск зрительного нерва бледно-розовый, с четкими границами, артерии

сужены, вены полнокровны, Саллюс-2. Местами симптом «серебряной проволоки». Симптом Гвиста. Диагноз? Лечение?

225. Больная 48 лет в течение 3-х лет находилась на диспансерном учете у терапевта по месту жительства по поводу сахарного диабета. Постоянно принимает диабетон. В последнее время стала замечать ухудшение зрения, появление мушек перед глазами. При обследовании больной в проходящем свете офтальмолог обнаружил на фоне красного свечения зрачка темные тени. При взгляде больного в разные стороны видимые помутнения перемещались в противоположную сторону. Исследование методом бокового или фокального освещения показало, что передний отдел глазного яблока без патологических изменений. В каком отделе глазного яблока патологическое изменение? Какой диагноз следует поставить?
226. При осмотре пациентки с близорукостью высокой степени с помощью щелевой лампы выявлены следующие изменения. Острота зрения обоих глаз = 0,07 со сферическим стеклом – 8,5 Д = 0,9. Под задней капсулой хрусталика нежные помутнения. Разжижение стекловидного тела и наличие хлопьевидных помутнений в виде шерстяной пряжи или пряди тонких волокон. Нити серовато-белого цвета, извиты, пересекаются между собой, местами имеют петлеобразное строение. Диагноз? Лечение?
227. К окулисту обратился пациент 63-х лет с жалобами на снижение зрения правого глаза в течение полутора лет. Зрение снижалось постепенно, безболезненно. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,4 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,6 со сферой + 1,0 Д = 1,0. Ранее перенесенных заболеваний не указывает. Передний отрезок глаз без видимой патологии. При осмотре щелевой лампой в стекловидном теле правого глаза видны мелкие зерна в виде взвеси серовато-коричневого цвета перемещающейся при движении глаза. Диагноз? Лечебные процедуры?
228. В поликлинике консультирован пациент 72-х лет, страдающий сахарным диабетом. Жалобы на низкое зрение обоих глаз в течение последних 8-ми лет. Сахарным диабетом страдает более 15-ти лет. Шесть лет назад была произведена лазеркоагуляция сетчатки, но после этого зрение продолжало снижаться. В настоящее время объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,1 (не корр.). Глаза спокойные. Незначительная деструкция пигментной каймы зрачка. Слабо выраженные помутнения под задней капсулой хрусталика. При движении глаза в стекловидном теле золотистые кристаллы перемещаются, мерцают наподобие золотых и серебряных блесток. На глазном дне диск зрительного нерва бледно-розовый, с четкими

границами. Вены извиты, неравномерного калибра. Микроаневризмы и твердые экссудаты. Множественные следы лазеркоагулятов. Преретинальный фиброз. Диагноз? Лечение?

229. При проведении профилактического осмотра окулистом в поликлинике у больной 68-ми лет выявлены следующие изменения. Острота зрения обоих глаз = 0,3 со сферой +2,0 Д = 1,0. Глаза спокойные. Передние отрезки без видимых изменений. Оптические среды прозрачные. При офтальмоскопии и исследовании щелевой лампы в задних отделах определяется овальное кольцо. Детали сетчатки через это отверстие кажутся более четкими, чем при осмотре через соседние участки задних слоев стекловидного тела. На глазном дне диски зрительных нервов бледно-розовые, с четкими границами. В макулярной области извитые вены. Артерии сужены. Салюс I. Диагноз? Лечение?

Ответы на ситуационные задачи.

220. *Остатки гиалоидной артерии. Лечение не требуется.*
221. *Гиперпластическое первичное стекловидное тело. Лечение хирургическое. Сначала удаляют помутневший хрусталик, а затем иссекают ретролентальную шварту. При необходимости выполняют частичную витрэктомию.*
222. *Ретинопатия недоношенных или ретролентальная фиброплазия. Лечение ретинопатии недоношенных заключается в ограничении зоны аваскулярной сетчатки, предотвращении дальнейшего развития и распространения неоваскуляризации с помощью транссклеральной криопексии, лазер- и фотокоагуляции. При витреальной тракции используют витрэктомию, при отслойках сетчатки применяют пломбирование склеры.*
223. *Цистицерк стекловидного тела. Начинаяющаяся возрастная катаракта обоих глаз. Необходимо оперативное удаление паразита.*
224. *Частичный гемофтальм справа, гипертонический ангиосклероз обоих глаз. В свежих случаях рекомендуются госпитализация и постельный режим с бинокулярной повязкой, гемостатические препараты, далее – рассасывающая терапия. Если в первые 7-10 дней кровоизлияние не рассасывается, рекомендуется витрэктомия.*
225. *Патологические изменения в стекловидном теле. Следует диагностировать частичный гемофтальм.*

226. *Миопия высокой степени. Осложненная катаракта, Нитчатая деструкция стекловидного тела. Лечение не требуется, Возможна оптическая коррекция контактными линзами или хирургическая коррекция миопии.*
227. *Зернистая деструкция стекловидного тела Необходимо проводить терапию, направленную на рассасывание помутнений стекловидного тела.*
228. *Осложненная катаракта, деструкция стекловидного тела с кристаллическими включениями, пролиферативная диабетическая ретинопатия. Рекомендуются витреальная хирургия.*
229. *Задняя отслойка стекловидного тела, гипертоническая ретинопатия обоих глаз. Показано динамическое наблюдение за состоянием глаз.*

16. ПАТОЛОГИЯ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ

230. На прием к окулисту поликлиники обратился пациент 66 лет с жалобами на слепоту левого глаза и снижение зрения правого глаза. Зрение обоих глаз снижалось постепенно и безболезненно в течение 3-х лет. Ранее больной к врачу не обращался и никогда не лечился. Слепоту левого глаза обнаружил случайно, закрыв правый глаз. Объективно: острота зрения правого глаза =0,6 (не корр.); острота зрения левого глаза = 0(ноль). Какие заболевания глаз сопровождаются постепенным и безболезненным снижением зрения в пожилом возрасте? Какие из них заканчиваются необратимой слепотой? Какие методы исследования необходимо провести для постановки правильного диагноза? Каковы возможности возвращения зрения левого глаза?

231. У ребенка 8-ми месяцев, отмечается слезотечение слева и светобоязнь. Объективно. Глазное яблоко инъецировано по перикорнеальному типу. Роговица увеличена в размерах, отечная. Лимб расширен. Передняя камера глубокая. Радужка и зрачок просматриваются с трудом. Последний чуть расширен. В проходящем свете тусклый красный рефлекс. Глазного дна рассмотреть не удастся. Правый глаз здоров. Дополнительные диагностические мероприятия? Возможный диагноз? Лечение?
232. К врачу-офтальмологу обратился пациент 58 лет с жалобами на периодически возникающее по утрам затуманивание обоих глаз. Какие исследования необходимо провести больному?
233. Во время ежегодной диспансеризации у пациента 44 лет, не предъявляющего никаких жалоб на орган зрения, ВГД при измерении тонометром Маклакова весом 10 г равно 29 мм рт. ст. в правом глазу и 23 мм. рт. ст. в левом. Какова дальнейшая тактика врача-офтальмолога?
234. При обследовании больного глаукомой во время очередного диспансерного осмотра установлено, что острота зрения правого глаза равна 0,3, левого – 1.0. Поле зрения правого глаза сужено в верхне-носовой части до 50° от точки фиксации, а левого – до 35° от точки фиксации, ВГД правого глаза 30 мм рт. ст., левого – 27 мм рт. ст. Офтальмоскопически в обоих глазах определяется экскавация диска зрительного нерва: справа – выраженная, слева – начальная. Угол передней камеры обоих глаз широкий. Поставьте развернутый клинический диагноз для каждого глаза.
235. У работницы химического предприятия случайно при профилактическом осмотре была обнаружена слепота одного глаза. Объективно: зрение правого глаза 0. Передний отрезок не изменен на глазном дне – атрофия зрительного нерва с экскавацией. Внутриглазное давление = 40 мм рт. ст., левый глаз здоров. Поставьте развернутый диагноз.
236. У больной 67-ми лет, утром возникли резкие боли в правом глазу и голове. Зрение правого глаза снизилось. При взгляде на источник света вокруг него появляются радужные круги. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.). Легкий отек век. Расширены и извиты артериолы и вены на склере. Роговица несколько отечна, полупрозрачная. Передняя камера мелкая, с прозрачной влагой. Зрачок расширен, в виде вертикального овала. Глазное дно видно в тумане. Пальпаторно T_{+3} . Острота зрения левого глаза = 0,7 (не корр.). В

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

237. После получасового пребывания в парной бани у мужчины 52 лет появились сильные ломящие боли в левой половине головы с иррадиацией в левую руку, покраснение левого глаза и ухудшение зрения. Врач заподозрил острый приступ глаукомы левого глаза. Какие дополнительные исследования надо провести для подтверждения диагноза?
238. Больная 60-ти лет, обратилась с жалобами на резкое ухудшение зрения и сильные боли в левом глазу и левой половине головы, которые появились ночью, тошноту и рвоту. Несколько дней назад у нее было тяжелое эмоциональное переживание. Раньше глаза никогда не болели. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,5 sph. + 2,0^D = 1,0. TOD = 19 мм рт. ст. Правый глаз в пределах возрастной нормы. Острота зрения левого глаза = 0,04 (не корр.). TOS = 47 мм рт. ст. Слева – глазная щель сужена, выраженная застойная инъекция глазного яблока. Роговица отечная. Передняя камера очень мелкая. Зрачок расширен до 5 мм, неправильной овальной формы. Рефлекс с глазного дна тускло-розовый. Диск зрительного нерва виден в тумане. Диагноз? Лечебные мероприятия?
239. В приемный покой КБСП доставили машиной скорой помощи больного 56 лет с жалобами на сильные ломящие боли в правом глазу и в правой половине головы, покраснение правого глаза, снижение его зрения, тошноту, рвоту, общее недомогание. АД 150 и 90, обычный уровень 140 и 80 мм рт. ст. Объективно: глазная щель справа слегка сужена, определяется застойная инъекция сосудов глазного яблока, роговица отечна, передняя камера мелкая, зрачок расширен, реакция на свет отсутствует. Глазное дно видно плохо. Глаз при пальпации плотный. Поставьте диагноз. Первая помощь.
240. Больному был поставлен диагноз закрытоугольной глаукомы. Какие меры могут быть выполнены в домашних условиях при возникновении острого приступа?
241. В глазное отделение поступила больная 60 лет с диагнозом «острый приступ глаукомы». После проведения интенсивной консервативной терапии, ВГД снизилось, глаз перестал болеть. Какова дальнейшая тактика в отношении этой больной?
242. Во время вашего ночного дежурства у санитарки, пожилой пенсионерки, внезапно случился приступ резких головных болей с иррадиацией в левый глаз, которым, по словам больной, она последнее время видела

плохо. Имела место рвота, пульс замедлен, АД 180/100 мм рт. ст., что, впрочем, не редкость для больной. При внешнем осмотре определяется умеренное сужение левой глазной щели, покраснение левого глазного яблока, расширенный зрачок слева, который почти не реагирует на свет. Больная различает этим глазом лишь свет от лампочки. Учитывая и то обстоятельство, что больная за несколько дней до этого приступа перенесла на ногах острое респираторное заболевание, попробуйте поставить предположительный диагноз.

243. Больной 58-ми лет страдает первичной открытоугольной глаукомой. Острота зрения обоих глаз = 0,3 со сферическим стеклом – 2,0 дптр. = 1,0. У него отмечается периодическое нестойкое повышение внутриглазного давления, которое нормализуется медикаментозно. Увеличены размеры слепого пятна. Имеются парацентральные скотомы в зоне Бьеррума. На глазном дне изменений нет. Какая стадия глаукомы у больного? Рекомендации для лечения?
244. На очередной диспансерный осмотр к офтальмологу пришел больной глаукомой. При обследовании отмечено, что острота зрения обоих глаз с коррекцией – 1,0, поле зрения правого глаза не изменено, в левом глазу наблюдается сужение верхненосовой границы до 30° от точки фиксации, при гониоскопии обоих глаз хорошо видны все структуры дренажной зоны угла передней камеры вплоть до широкой полосы цилиарного тела. ВГД правого глаза – 25 мм рт. ст., левого – 29 мм рт. ст. Поставьте развернутый клинический диагноз для каждого глаза.
245. Больной 67-ми лет обратился к окулисту с жалобами на понижение зрения левого глаза. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глаза спокойные. Передние отрезки без видимых изменений. Незначительная деструкция пигментной каймы зрачка левого глаза. Оптические среды прозрачные. На глазном дне слева имеется сдвиг сосудистого пучка в носовую сторону и экскавация зрительного нерва. При периметрии слева имеется сужение поля зрения в верхненосовом квадранте. Возможный диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
246. Больная 55-ти лет обратилась к окулисту с жалобами на периодические боли в обоих глазах, появление тумана и радужных кругов при взгляде на источник света, особенно при наклонах головы. Впервые подобные ощущения заметила 1,5 года назад, но в последние месяцы они стали более частыми. Объективно: острота зрения правого глаза = 0,3 sph. + 1,5^D = 0,5; TOD = 35 мм рт. ст.; острота зрения левого глаза = 0,7 sph. + 1,0 = 1,0; TOS = 34 мм рт. ст. Глаза спокойные, имеется расширение передних цилиарных сосудов. Передняя камера мелкая. Радужка субатрофична. Зрачок 4 мм, круглый, вяло реагирует на свет. Рефлекс с глазного дна розовый. Справа имеется краевая экскавация с перегибом

сосудов по краю диска, слева – сдвиг сосудистого пучка в носовую сторону. Макулярная зона и периферия сетчатки без патологии. Поле зрения правого глаза сужено в верхненосовом квадранте до 25° , слева – в пределах нормы. Диагноз? Лечебные мероприятия?

247. Больной 57-ми лет обратился к врачу с жалобами на ухудшение зрения и ориентировки в пространстве. Вышеуказанные жалобы появились около полугода назад, но не вызывали особого беспокойства. Отмечал периодическое проходящее затуманивание зрения. В настоящее время патологические явления прогрессируют. Объективно. Острота зрения обоих глаз = $0,4 \text{ sph.} - 3,5^D = 1,0$. Глаза спокойные. Роговицы прозрачные. Передние камеры средней глубины. Радужки субатрофичные. Зрачки слабо расширены. Реакция на свет замедлена. В проходящем свете красный рефлекс. На глазном дне отмечается экскавация дисков зрительных нервов, их побледнение. При периметрии определяется трубчатое поле зрения. TOU = 38 мм рт. ст. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
248. После длительной работы в наклонном положении, у женщины 60 лет появились боли в левой половине головы и в левом глазу, тошнота, рвота, левый глаз покраснел, зрение ухудшилось. Объективно: отмечается застойная инъекция левого глаза, роговица отечная, мелкая передняя камера, зрачок неравномерно расширен в виде овала, расположенного вертикально, острота центрального зрения 0,1, коррекция зрения не улучшает. ВГД слева = 56 мм рт. ст. Поставьте диагноз.
249. После семидневного обследования на глаукомы в условиях стационара пациенту 56-ти лет поставлен диагноз: правый глаз – глаукома первичная открытоугольная, начальная, с умеренно повышенным уровнем внутриглазного давления, левый глаз – здоров, пресбиопия. Внутриглазное давление правого глаза, по результатам выведение суточной кривой, на уровне 26-30 мм рт. ст. Какие назначения дать больному? Как оценить эффективность проводимого лечения? В чем будет заключаться суть диспансерного наблюдения больного с глаукомой?
250. Больной 42 лет находится на диспансерном учете у врача гастроэнтеролога с диагнозом «Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки». Два года назад пациенту поставили диагноз «Глаукома». Какие лекарственные препараты ему противопоказаны?

Ответы на ситуационные задачи.

230. Постепенным и безболезненным снижением зрения в пожилом возрасте сопровождаются, как правило, катаракта, глаукома, дистрофические изменения сетчатки. Однако при катаракте и дистрофии сетчатки зрение не снижается до нуля. Слепота при глаукоме является необратимой. Для постановки правильного диагноза необходимо провести биомикроскопию, периметрию, тонометрию и офтальмоскопию. При катаракте возможно оперативное лечение. Лечение глаукомы заключается в назначении гипотензивных препаратов и сосудистой терапии. Также терапевтически лечатся дистрофические заболевания сетчатки. Однако восстановления зрения при двух последних видах патологии невозможно.
231. Врожденная глаукома левого глаза. Проводят измерение внутриглазного давления, офтальмоскопию и гониоскопию. Лечение – оперативное.
232. Необходимо проведение обследования на глаукому. Исследование границ поля зрения со скотометрией, Динамическое наблюдение за офтальмотонусом, Тщательная офтальмоскопия.
233. Необходимо проведение обследования на глаукому. Исследование границ поля зрения со скотометрией. Динамическое наблюдение за офтальмотонусом. Тщательная офтальмоскопия.
234. Первичная открытоугольная развитая глаукома правого глаза с умеренно повышенным внутриглазным давлением. Первичная открытоугольная начальная глаукома левого глаза с умеренно повышенным внутриглазным давлением.
235. Первичная открытоугольная терминальная глаукома правого глаза с высоким внутриглазным давлением.
236. Острый приступ закрытоугольной глаукомы правого глаза, начинающаяся возрастная катаракта левого глаза. В течение 1-го часа производят инстилляции пилокарпина каждые 15 минут, затем через каждые 30 минут (2-4 раза) и в последующем – через каждый час до купирования приступа. Одновременно в пораженный глаз закапывают какой-либо β -адреноблокатор. Внутрь больной принимает ацетазоламид и глицерол. Назначается гирудотерапия и отвлекающие мероприятия – горячие ножные ванны. При отсутствии эффекта в течение 1-2 часов под контролем артериального давления применяют седативные, антигистаминные, обезболивающие препараты в виде литической смеси. Если через 24 часа приступ не удалось купировать, показана лазерная или хирургическая иридэктомия.

237. Необходимо проведение биомикроскопии, гониоскопии, офтальмотонометрии
238. Острый приступ закрытоугольной глаукомы левого глаза. В течение 1-го часа производят инстилляци пилокарпина каждые 15 минут, затем через каждые 30 минут (2-4 раза) и в последующем – через каждый час до купирования приступа. Одновременно в пораженный глаз закапывают какой-либо β -адреноблокатор. Внутрь больной принимает ацетазоламид и глицерол. Назначается гирудотерапия и отвлекающие мероприятия – горячие ножные ванны. При отсутствии эффекта в течение 1-2 часов под контролем артериального давления применяют седативные, антигистаминные, обезболивающие препараты в виде литической смеси. Если через 24 часа приступ не удалось купировать, показана лазерная или хирургическая иридэктомия.
239. Острый приступ закрытоугольной глаукомы левого глаза. В течение 1-го часа производят инстилляци пилокарпина каждые 15 минут, затем через каждые 30 минут (2-4 раза) и в последующем – через каждый час до купирования приступа. Одновременно в пораженный глаз закапывают какой-либо β -адреноблокатор. Внутрь больной принимает ацетазоламид и глицерол.
240. В течение 1-го часа производят инстилляци пилокарпина каждые 15 минут, затем через каждые 30 минут (2-4 раза) и в последующем – через каждый час до купирования приступа. Проводят отвлекающие мероприятия – горячие ножные ванны, солевое слабительное. Внутрь мочегонные средства.
241. Проведение оперативного лечения – выполнение базальной иридэктомии.
242. Острый приступ закрытоугольной глаукомы левого глаза.
243. У больного первичная открытоугольная начальная глаукома с нормальным внутриглазным давлением. Учитывая компенсацию офтальмотонуса, больной должен использовать те гипотензивные препараты, которые он получает.
244. Первичная открытоугольная начальная глаукома с нормальным внутриглазным давлением правого глаза. Первичная открытоугольная развитая глаукома с умеренно повышенным внутриглазным давлением левого глаза.
245. Возможный диагноз: первичная открытоугольная развитая глаукома левого глаза. Проводят тонометрические и тонографические

исследования. При отсутствии компенсации офталмотонуса назначают гипотензивные препараты с контролем внутриглазного давления. При отсутствии нормализации уровня ВГД – оперативное лечение.

246. *Диагноз: первичная закрытоугольная развитая глаукома правого глаза с высоким внутриглазным давлением, первичная закрытоугольная начальная глаукома левого глаза с высоким внутриглазным давлением, гиперметропия слабой степени обоих глаз. Осуществляют подбор гипотензивных препаратов. При отсутствии нормализации уровня внутриглазного давления – оперативное лечение.*
247. *Диагноз: первичная открытоугольная далекозашедшая глаукома обоих глаз с высоким внутриглазным давлением, миопия слабой степени обоих глаз. Осуществляют подбор гипотензивных препаратов. При отсутствии нормализации уровня внутриглазного давления – оперативное лечение.*
248. *Острый приступ закрытоугольной глаукомы.*
249. *Больному нужно назначить инстилляцию одного из препаратов первого ряда – латанопростов. Осуществлять амбулаторно контроль внутриглазного давления до его нормализации. При необходимости нужно назначить дополнительные гипотензивные препараты или сменить вид препарата. Диспансерное наблюдение пациента необходимо проводить один раз в три месяца, обязательно проводя периметрию, тонометрию и офтальмоскопию.*
250. *Больному противопоказаны лекарственные средства, содержащие атропин.*

17. ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

251. После автомобильной аварии у больной 26-ти лет отмечаются симметричные подкожные кровоизлияния век обоих глаз. Острота зрения = 0,7. Сами глазные яблоки спокойны. Небольшие субконъюнктивальные кровоизлияния. Передние отрезки глаз не изменены. Оптические среды прозрачные. На глазном дне отмечается помутнение сетчатки в макулярной области. Возможный диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
252. У больного 31-го года после полученной травмы левое глазное яблоко запало в глубину орбиты. Имеет место ограничение его подвижности. Движения болезненные. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глазные яблоки без видимых изменений. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
253. Больной 19-ти лет в драке получил травму левого глаза. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = светоощущению с правильной проекцией света. Выраженная

подкожная и подконъюнктивальная гематома. Глазная щель сомкнута. Роговая оболочка прозрачная. Передняя камера средней глубины, на $\frac{1}{3}$ заполнена кровью. Рисунок радужки не изменен. Зрачок круглый, несколько расширен. В проходящем свете рефлекса не видно. Пальпаторно T_n. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?

254. Рабочий лесопильного комбината 36-ти лет, получил травму во время работы. Отлетела доска и ударила по правому глазу. Объективно: зрение правого глаза резко понижено, в передней камере кровь. Зрачок широкий, деформирован, у лимба от 13 до 16 часов отрыв радужки у корня. При исследовании в проходящем свете виден рефлекс глазного дна. Диагноз и тактика.
255. После полученной около месяца назад тупой травмы левого глаза больной 56-ти лет, отмечает периодическое ухудшение зрения этого глаза. При изменении положения головы зрение то ухудшается, то улучшается. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза, если больной смотрит, наклонив голову вперед, = 0,6; если голова находится в прямом положении, больной видит полосу перед глазом и острота зрения его = 0,02 со сферой +9,0 дптр. = 0,8. Глаз спокойный. Роговица прозрачная. Передняя камера глубокая, с прозрачной влагой. При движении глаза определяется иридодегенез. Рисунок и цвет радужки не изменены. Зрачок круглый, средней величины. В плоскости зрачка в проходящем свете видна изогнутая линия. Глазное дно в норме. Предположительный диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
256. Больная 68-ми лет получила травму во время падения, ударившись левой половиной головы и надбровной дугой о перила лестницы. Обратила внимание на снижение зрения левого глаза. Через несколько часов появились боли в глазу и головные боли. Зрение снизилось еще больше. При обращении к окулисту объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. TOD = 20 мм рт. ст. Острота зрения левого глаза = 0,03 (не корр.). Подкожная гематома области надбровной дуги и верхнего века. Левое глазное яблоко инъецировано по смешанному типу. Роговица отечная, утолщена, но сохраняет прозрачность. Передняя камера глубокая, как будто заполнена масляной каплей. Рисунок и цвет радужки не изменены. Зрачок круглый, умеренно расширен. Розовый рефлекс с глазного дна. Глазного дна в деталях рассмотреть не удастся из-за отека роговицы. TOS = 46 мм рт. ст. Диагноз? Лечебные мероприятия?
257. Больной 24-х лет обратился к окулисту через два дня после драки. Со слов пациента во время свалки упал и получил удар по левому глазу

ногой. К врачу не обращался из-за ухудшения общего состояния (головные боли, рвота). В настоящее время объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Выраженная подкожная гематома век, ссадины на коже. Глазная щель чуть приоткрыта. Подконъюнктивальные кровоизлияния. Передний отрезок глазного яблока не изменен. Оптические среды прозрачные, глазное дно в норме. Острота зрения левого глаза = светоощущению с неуверенной проекцией. Выраженная подкожная гематома и отек век. Ссадины на коже. При пальпации век определяется крепитация. Глазная щель практически сомкнута. При разведении век видна обширная субконъюнктивальная гематома, через которую в верхненаружном квадранте просвечивает темное пятно со светлым круглым образованием посередине. Роговица прозрачная. Передняя камера до половины заполнена кровью. Зрачок подтянут к пятну. В проходящем свете рефлекса нет. Гипотония. Диагноз? Лечебные мероприятия?

258. К окулисту обратилась пациентка 60 лет с жалобами на боли и снижение зрения правого глаза. Из анамнеза: 3 дня назад случайно задела глаз веткой дерева, к врачу не обращалась и не лечилась. Объективно: Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.); острота зрения левого глаза = 0,5 со сферическим стеклом + 1,0 D = 1,0. Глазная щель правого глаза резко сужена, выражена смешанная инъеция глазного яблока. В центре роговицы виден серовато-желтый инфильтрат диаметром 4-5 мм с рыхлой поверхностью. В передней камере беловатая полоска гноя высотой 2 мм, рисунок радужки ступешеван, зрачок узкий. Рефлекса с глазного дна не видно. Внутриглазное давление пальпаторно в норме. Левый глаз здоров. Укажите диагноз, наметьте лечебные мероприятия.
259. На прием к окулисту обратился шофер 32-х лет с жалобами на боли в левом глазу, светобоязнь, покраснение глаза. С его слов, 2 часа тому назад разбилось ветровое стекло машины, и в глаз попал осколок. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз без патологии. Острота зрения левого глаза = 0,7 (не корр.). Слева имеется умеренное сужение глазной щели, светобоязнь, слезотечение, умеренная инъеция глазного яблока. В роговице на 3-х часах, ближе к лимбу видна небольшая линейная рана, длиной 3-4 мм, не достигающая до глубоких слоев. Передняя камера средней глубины, зрачок круглый, расположен в центре. Рефлекс с глазного дна розовый, глазное дно без патологии. Внутриглазное давление пальпаторно T_n . Диагноз? Лечение?
260. Больная 32-х лет во время шитья уколола правый глаз швейной иглой. Сразу почувствовала резкую боль, возникло слезотечение и снизилось зрение. При обращении к врачу объективно. Острота зрения = 0,8 (не корр.). Правое глазное яблоко слабо инъецировано по перикорнеальному типу. Роговица прозрачная. На 6-ти часах, в 3 мм от

лимба имеется точечный инфильтрат. Передняя камера мелкая, с прозрачной влагой. Рисунок и цвет радужки не изменены. Зрачок круглый, средней величины. В проходящем свете красный рефлекс. Глазное дно в норме. TOD = 13 мм рт. ст. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Лечение?

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

глазного дна тусклый. Деталей глазного дна не видно. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?

265. Разнорабочий 35 лет обратился в поликлинику к окулисту. Жалобы: на ухудшение зрения правого глаза. Анамнез: удалось выяснить, что год назад, во время работы что-то попало в этот глаз, но к врачам он не обращался. Объективно: зрение правого глаза 0,3, коррекции нет. Роговица прозрачная. В области хрусталика видно голубоватое помутнение в виде кольца с отходящими от него лучами. Диагноз и дополнительные исследования, подтверждающие диагноз.
266. Больной 29-ти лет, находится на лечении в глазном отделении по поводу проникающего ранения правого глаза уже более двух недель. В настоящее время предъявляет жалобы на появление болей и покраснение левого, здорового глаза. Объективно. Острота зрения правого глаза = светоощущению с правильной проекцией. Глазное яблоко умеренно инъецировано по смешанному типу. На роговице ушитая рана линейной формы длиной до 6 мм. На задней поверхности роговицы множественные преципитаты. Передняя камера мелкая. Рисунок и цвет радужки изменены, бомбаж. Круговая задняя синехия. Зрачок круглый, слабо расширен. В плоскости зрачка неравномерно помутневший хрусталик. Подлежащие отделы глаза не видны. TOD = 13 мм рт. ст. Острота зрения левого глаза = 0,8 (не корр.). Перикорнеальная инъекция глазного яблока. Роговица прозрачная, на задней ее поверхности единичные преципитаты. Подлежащие отделы глаза без видимой патологии. TOS = 18 мм рт. ст. Диагноз? Лечебные мероприятия?
267. Рабочий механического цеха 48-ми лет получил проникающее ранение роговицы правого глаза, но обратился к окулисту только через неделю после травмы. Объективно: резко выражен отек век правого глаза, отек конъюнктивы, экзофтальм, роговица гнойно инфильтрирована, в передней камере гной, рефлекс глазного дна желтовато-зеленый. Диагноз? Лечение? Какие возможны исходы?
268. Больной 53-х лет получил химический ожог обоих глаз известью при выполнении малярных работ дома. Глаза промыл проточной водой. Приехал к окулисту через 2 часа после травмы. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.), левого глаза = 0,1. Блефароспазм, отек и гиперемия век. При вывороте верхних век на тарзальной их части видны крупинки извести. Конъюнктивы нижних сводов несколько ишемична, эрозирована. Смешанная инъекция глазного яблока. Эпителий роговиц слущен практически по всей поверхности. Роговицы диффузно прокрашивается флюоресцеином. Передние камеры средней

глубины с прозрачной влагой. Подлежащие отделы без видимых изменений. Диагноз? Первая помощь? Лечебные мероприятия?

269. Сварщик 38-ми лет обратился за помощью к окулисту с жалобами на чувство инородного тела, боли в глазах, слезотечение, светобоязнь. Накануне проводил сварку труб без защитных очков. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,7 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,6 (не корр.). Конъюнктивит инъецирован по смешанному типу. На поверхности роговиц мелкие пузырьвидные вздутия эпителия. Подлежащие отделы глаз не изменены. Диагноз? Первая помощь? Лечение?
270. Рабочий завода сваривал трубы, снимал защитные очки во время работы. К вечеру появилась резкая светобоязнь, слезотечение. Обратился на прием к главному врачу. Объективно: гиперемия обоих глаз, роговица прозрачная, но при окрашивании флюоресцеином выявляются мелкие точечные эрозии. Диагноз, первая помощь, профилактика.
271. Молодой человек, 18 лет. Жалобы: на резкую светобоязнь, слезотечение, боль в глазах. Анамнез: выявлено, что до этого в течение суток катался на лыжах в яркий солнечный день в заснеженных горах. Объективно: Глазные щели прикрыты, резкая гиперемия и хемоз конъюнктивы. При окрашивании роговицы выявляются мелкие дефекты эпителия. Поставить диагноз. Как помочь молодому человеку?
272. Больной 50-ти лет обратился с жалобой на ухудшение зрения правого глаза. Из анамнеза выяснено, что, когда он работал в мастерской, глаз травмировал куском металла. Объективно: острота зрения = 0,6 (не корр.). Роговица не повреждена, глубокая передняя камера, линейная рана и кровоизлияние в конъюнктиве склеры, гипотония. Левый глаз здоров. Диагноз? Лечебные мероприятия?
273. Больной получил проникающее ранение левого глаза 3 недели назад. Зрение этого глаза было практически сразу утеряно: острота зрения = 0. В течение всего этого времени на травмированном глазу наблюдались явления вялотекущего иридоциклита. В настоящее время на втором глазу появилась светобоязнь, перикорнеальная инъециция, преципитаты. Какой диагноз можно предположить. Лечебная тактика.
274. В приемный покой больницы доставили девочку девяти лет со свежими ожогами глаз и лица пламенем вспыхнувшего бензина. Ресницы и брови обгорели, кожа лица гиперемирована, с отдельными пузырями и некротическими участками на щеках и веках. Вам нужно осмотреть

глазные яблоки, чтобы определить тяжесть поражения. К помощи какого медикамента вам придется прибегнуть в первую очередь?

Ответы на ситуационные задачи.

251. *Возможный диагноз: берлиновское помутнение сетчатки обоих глаз. Перелом основания черепа? Производят рентгенографию черепа в двух проекциях, направляют больного к невропатологу и нейрохирургу.*
252. *Перелом стенок левой орбиты. Выполняют рентгенографию черепа в двух проекциях. При смещении отломков – пластические операции на стенках орбиты.*
253. *Тупая травма, подкожная гематома век, субконъюнктивальное кровоизлияние, травматическая гифема, гемофтальм слева. Проводят рентгенографию черепа в двух проекциях, ультразвуковое исследование левого глазного яблока. В первые дни назначают кровоостанавливающие препараты, затем проводят рассасывающую терапию с применением ферментов. При отсутствии динамики – парацентез роговицы вымыванием гифемы, витрэктомия.*
254. *Тупая травма, гифема, иридодиализ правого глаза. Учитывая резкое снижение зрения глаза, необходима тщательная офтальмоскопия для исключения патологии сетчатки. Показана кровоостанавливающая и рассасывающая терапия, пластика радужной оболочки.*
255. *Подвывих хрусталика левого глаза. Проводят биомикроскопию с расширенным зрачком, ультразвуковое исследование левого глазного яблока. Лечение – экстракция хрусталика с имплантацией интраокулярной линзы.*
256. *Тупая травма, подкожная гематома области надбровной дуги и верхнего века, вывих хрусталика в переднюю камеру, вторичная глаукома левого глаза. Больной в экстренном порядке проводят удаление вывихнутого хрусталика из передней камеры с имплантацией интраокулярной линзы.*
257. *Тупая травма, подкожная гематома век, подконъюнктивальные кровоизлияния правого глаза. Тупая травма, подкожная гематома век, перелом стенок орбиты, субконъюнктивальная гематома, разрыв склеры с выпадением оболочек и вывихом хрусталика под конъюнктиву, гифема левого глаза. Проводят рентгенографию черепа в двух проекциях, ультразвуковое исследование левого глазного яблока. Производят удаление вывихнутого хрусталика с ушиванием раны*

склеры. При наличии перелома глазницы со смещением отломков – пластические операции на глазнице.

258. Травматический кератит, гипопион правого глаза. Гиперметропия слабой степени левого глаза. Показано проведение антибактериальной терапии кератита с использованием инстилляций, мазевых аппликаций, субконъюнктивального и парентерального введения антибиотиков.
259. Непроницающая резаная рана роговицы левого глаза. Назначают антибактериальные препараты в виде капель и мазей, кератопротекторы.
260. Проникающее ранение роговицы правого глаза. Проводят рентгенографию правой орбиты, ультразвуковое исследование правого глаза. Вводят противостолбнячную сыворотку. Назначают антибактериальные препараты в виде капель и мазей.
261. Проникающее корнеосклеральное ранение правого глаза с выпадением оболочек, гифема правого глаза. Врач скорой помощи инстиллирует в глаз дезинфицирующие капли, проводит обезболивание, накладывает биную повязку и доставляет больного в стационар.
262. Проникающее склеральное ранение правого глаза с выпадением оболочек, гифема, гемофтальм справа. Проводят рентгенографию глазницы в двух проекциях, ультразвуковое исследование глаза. При наличии внутриглазного инородного тела производят его рентгенлокализацию по Комбергу-Балтину. Выполняют первичную хирургическую обработку раны, заключающуюся во вправлении выпавших оболочек и наложении швов на склеру и конъюнктиву. При наличии внутриглазного инородного тела производят его удаление одним из способов. Вводят противостолбнячную сыворотку. Назначают антибактериальную, противовоспалительную и десенсибилизирующую терапию.
263. Рубец роговицы, сидероз? левого глаза. Для уточнения диагноза производят рентгенологическое и ультразвуковое исследование глаза. В случае наличия внутриглазного инородного тела производят его диасклеральное удаление. После первичной хирургической обработки раны назначают антибиотики, кортикостероиды, нестероидные противовоспалительные средства, физиотерапию, при необходимости – мидриатики, ферменты, ангиопротекторы, антигистаминные средства.
264. Халькоз левого глаза? Для уточнения диагноза производят рентгенологическое и ультразвуковое исследование глаза. В случае

наличия внутриглазного инородного тела производят его диасклеральное удаление. После первичной хирургической обработки раны назначают антибиотики, кортикостероиды, нестероидные противовоспалительные средства, физиотерапию, при необходимости – мидриатики, ферменты, ангиопротекторы, антигистаминные средства.

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

применении сыворотки ожоговых реконвалесцентов путем подконъюнктивальных и внутривенных инъекций.

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

18. ПАТОЛОГИЯ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

275. В глазной кабинет детской поликлиники обратились родители пятилетнего мальчика с жалобами на наличие у ребенка косоглазия. По мнению родителей, у ребенка косит то один, то другой глаз. При объективном обследовании выяснено, что острота зрения обоих глаз у ребенка равна 0,9. При закрытии глаз установочных движений нет. При исследовании четырехточечным тестом, пробой с промахиванием и пробой с карандашом – нарушений бинокулярного зрения не выявлено. Диагноз? Лечение?
276. На прием к окулисту в поликлинику обратился молодой человек 21-го года с жалобами на периодическое косоглазие. Он отмечает, что когда он задумывается или не обращает внимания на зрение, у него отклоняется один глаз. Как только он «приходит в себя» глаза становятся ровно и, появившееся в начале двоение, исчезает. При проведении тестов на наличие бинокулярного зрения нарушений его не выявлено. Какие тесты на исследование бинокулярного зрения можно было поставить? Диагноз? Лечение?

277. К окулисту поликлиники обратились родители ребенка 4-х лет. Они пришли с мальчиком, правое глазное яблоко которого отклонено кнутри. Родители отмечают, что при рождении ребенка положение глаз было совершенно нормальным, но, по мере его взросления, они стали наблюдать периодическое отклонение правого глазного яблока кнутри. Особенно это было заметно при раздражении ребенка. При консультации невропатолога (родители сочли это за неврологическую патологию) никаких заболеваний нервной системы не выявлено. Рекомендовано обратиться к офтальмологу. Окулист назначил пациенту циклоплегию, после чего произвел рефрактометрические исследования. Справа у ребенка гиперметропия в 5,0 Д, слева – в 3,0 Д. При назначении соответствующей коррекции косоглазие исчезло. Какой вид косоглазия у ребенка? Как можно убедиться в наличии у него бинокулярного зрения?
278. К окулисту обратились родители ребенка 6-ти лет, с жалобами на наличие у него косоглазия. Обратили внимание на заболевание около года назад. К врачу не обращались. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.). Глазное яблоко отклонено кнутри. Косоглазие постоянное. Объем движений глаза полный. Диплопии нет. Глазное яблоко без видимых патологических изменений. Острота зрения левого глаза = 0,4 sph. + 1,5^D = 0,7. Глаз здоров. Подвижность в полном объеме. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
279. У ребенка 5-ти лет сходящееся косоглазие слева. Косоглазие постоянное. Острота зрения правого глаза = 0,5 со сферой + 1,75 дптр. = 1,0 Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,1 (не корр.). Рефрактометрически определяется гиперметропия до 3,0 дптр., однако коррекция зрения оптическими линзами результата не дает. При закрытом правом глазе левое глазное яблоко, хоть и исправляет свое положение, но до центра не доходит, оставаясь несколько смещенным кнутри. Видимых патологических изменений левого глаза не выявлено. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
280. При осмотре ребенка 9-ти лет с содружественным косоглазием объективно выявлено, что острота зрения правого глаза = 0,2 со сферой + 3,0 Д = 0,4; Острота зрения левого глаза = 0,1 со сферой + 3,5 Д = 0,4. При рефрактометрии явлений астигматизм не выявлено. В чем причина низкого зрения? Какие лечебные мероприятия необходимы?
281. Во время практических занятий по офтальмологии с интернами ассистент продемонстрировал им двух детей. У обоих внешне абсолютно одинаковое сходящееся косоглазие справа. Необходимо

провести дифференциальную диагностику между содружественным и паралитическим косоглазием. Как это сделать?

282. Ребенок 7-ми лет страдает содружественным сходящимся косоглазием справа. По поводу косоглазия и амблиопии ребенку неоднократно проводились курсы ортоптического и плеоптического лечения, которые практически не дали ощутимого результата. Корригированная острота зрения обоих глаз увеличилась на 0,1. Косоглазие сохранилось. Каковы дальнейшие действия врача?
283. После автоаварии у больного 39-ти лет наблюдается сходящееся косоглазие слева. Жалобы на двоение. Больной принимает вынужденное положение головы. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Объем движений полный, глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глазное яблоко отклонено кнутри. Объем движений кнаружи резко ограничен. При закрытом правом глазе левый устанавливается почти прямо. Глаз спокоен. Передний отрезок без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Диагноз? Лечение?
284. Больная 31-го года жалуется на низкое зрение обоих глаз. Плохо видит с детства. Очками не пользовалась – не подходят. К окулисту обращалась неоднократно, но никто помочь не мог. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,2 (не корр.). Придаточный аппарат глаз в норме. Глазные яблоки спокойные. Передние отрезки без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. На глазном дне диски зрительных нервов бледноваты, несколько уменьшены в размерах. Другой патологии не видно. Толчкообразные горизонтальные качательные движения глаз. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?

Ответы на ситуационные задачи.

275. *Мнимое косоглазие. Лечение не требуется.*
276. *Исследование с помощью четырехточечного цветотеста. Опыт Соколова. Проба на промахивание. Проба с надавливанием на один глаз. Тест Баголини. Проба с чтением с карандашом. Проба с призматическим стеклом. Гетерофория. Лечение не требуется.*
277. *Сходящееся содружественное аккомодационное косоглазие справа. Для исследования бинокулярного зрения можно поставить пробы: исследование с помощью четырехточечного цветотеста, опыт Соколова, проба на промахивание, проба с надавливанием на один глаз,*

тест Баголини, проба с чтением с карандашом, проба с призматическим стеклом.

278. *Сходящееся содружественное косоглазие, амблиопия? справа. Гиперметропия левого глаза. Проводят исследование рефракции обоих глаз в условиях циклоплегии. Измеряют угол косоглазия. Назначают адекватную коррекцию. Проводят ортоптическое и плеоптическое лечение. При сохранении косоглазия – оперативное лечение.*
279. *У ребенка сходящееся содружественное косоглазие, амблиопия слева. Гиперметропия слабой степени правого глаза. Проводят исследование рефракции обоих глаз в условиях циклоплегии. Измеряют угол косоглазия. Назначают адекватную коррекцию. Проводят ортоптическое и плеоптическое лечение. При сохранении косоглазия – оперативное лечение.*
280. *У ребенка амблиопия обоих глаз. Необходимо проведение плеоптического лечения.*
281. *Основными признаками содружественного косоглазия являются: движение глаз в полном объеме; угол вторичного отклонения равен первичному; отсутствие двоения. Основными признаками паралитического косоглазия являются: отсутствие или ограничение подвижности глазного яблока в сторону пораженной мышцы; неравенство первичного и вторичного углов отклонения; наличие двоения.*
282. *Необходимо прибегнуть к хирургическому лечению, не прекращая ортоптического и плеоптического лечения.*
283. *Сходящееся паралитическое косоглазие слева. Проводят лечение у невропатолога. При отсутствии эффекта – оперативное лечение.*
284. *Диагноз: Гипоплазия дисков зрительных нервов, нистагм, амблиопия. Показано исследование рефракции, по возможности оптическая коррекция. Лечение гипоплазии нет.*

19. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛАЗНИЦЫ

285. После перенесенной простуды у больного 27-ми лет внезапно появились боли при движении глаз. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Отмечается небольшой экзофтальм, незначительное ограничение подвижности глазных яблок. При крайних отведениях глаз – диплопия. Легкий отек век и конъюнктивы. Незначительная смешанная инъекция глазных яблок. Отделяемого из конъюнктивальных мешков нет. Передние отрезки без видимых изменений. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
286. На прием к окулисту пришла женщина 35-ти лет. Жалобы на общую слабость, повышение температуры тела до 38°, головную боль; отек, покраснение и боли в области век и при движении правого глаза. Данные жалобы появились 2 суток назад на следующий день после лечения у стоматолога по поводу периодонтита. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,8 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 1,0. Веки правого глаза сомкнуты, отечны, гиперемированы, болезненны при пальпации, при их раскрытии виден выраженный хемоз конъюнктивы,

экзофтальм, подвижность правого глаза ограничена. Околоушные лимфатические узлы справа увеличены. Левый глаз здоров. При исследовании крови – лейкоцитоз, повышение СОЭ, нейтропения, сдвиг в лейкоцитарной формуле. Диагноз? Первая врачебная помощь? Какие консультации специалистов? Дополнительные методы исследования? Лечение?

287. Больной 47-ми лет обратился к врачу с жалобами на сильную головную боль, высокую температуру, озноб. Все вышеперечисленные жалобы появились два дня назад. Лечился дома, принимая антигриппин. Обращает на себя внимание резкий отек и гиперемия век правого глаза. Конъюнктива глазного яблока отечна, ущемлена в глазной щели. Подвижность глазного яблока отсутствует. Отмечается увеличение региональных лимфатических узлов. Диагноз? Действия врача-терапевта? Дополнительные исследования офтальмолога? Лечебные мероприятия?
288. Мальчик 5 лет. После перенесенного ОРВИ в течение 2 недель было необильное слизисто-гнойное отделяемое из носа, затруднение дыхания через нос, головные боли, снижение аппетита. Два дня назад во время прогулки промочил ноги; после этого усилились головные боли, отделяемое из носа приняло кровянисто-гнойный вид, появился озноб, температура повысилась до $39,6^{\circ}$, возникли и стали быстро нарастать отек и покраснение век справа. При надавливании на область слезного мешка отделяемого из слезных точек нет. Правая глазная щель сомкнута. При ее раскрытии виден выраженный хемоз конъюнктивы, экзофтальм, подвижность правого глаза ограничена, попытки движения болезненны. При исследовании крови – лейкоцитоз, повышение СОЭ. На R-грамме отмечается понижение прозрачности придаточных пазух носа. Диагноз? Первая врачебная помощь? Какие специалисты должны участвовать в исследовании больного? Какие исследования должен произвести врач-офтальмолог? В какое отделение должен быть направлен ребенок? Лечение?
289. Больная 46-ти лет обратилась на прием к офтальмологу с жалобами на выпячивание левого глаза. Заметила это явление около двух месяцев назад. Выпячивание постепенно увеличивается. При настороженности больной в отношении опухолевого процесса она обратилась к врачу. При объективном исследовании выявлено. У больной помимо глазной симптоматики отмечается тремор рук, тахикардия, снижение массы тела, нарушение сна. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глазная щель левого глаза резко расширена. Редкое мигание. Объем движений экстраокулярных мышц не нарушен, глазное дно в норме. Экзофтальм 2 мм. Репозиция глазного яблока свободная. Какие дополнительные

исследования нужно произвести? Предположительный диагноз? Лечение?

290. К окулисту больную 26-ти лет привело двустороннее пучеглазие. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Отмечается увеличение обнажения поверхности склеры (симптом Дальримпля), отставание верхнего века от верхнего края зрачка при взгляде вниз (симптом Грефе), редкое мигание (симптом Штельвага) и затруднение конвергенции (симптом Мебиуса). Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
291. Больная 27-ми лет обратилась к окулисту с жалобами на пучеглазие справа. Это явление появилось несколько месяцев назад. Другими жалобами экзофтальм не сопровождается. Больная отмечает периодическое улучшение и ухудшение состояния. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Экзофтальмометрия: OD – 23 мм, OS – 17 мм. Глазные щели обоих глаз смыкаются, но не симметричны. Глазное яблоко справа достаточно легко поддается репозиции в орбиту. Легкий отек конъюнктивы сводов. Глаз спокойный. Объем движений глазного яблока полный. Глазное яблоко без видимой патологии. Левый глаз здоров. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
292. На консультацию к окулисту был направлен больной 22 лет. Жалобы на отсутствие зрения на левый глаз, выстояние этого глаза, шум в голове. Из анамнеза удалось установить, что год назад получил травму черепа. Объективно: острота зрения правого глаза = 1,0; острота зрения левого глаза = 0. Веки слева не изменены, глаз из орбиты выстоит на 2 мм, экзофтальм прямой. При аускультации слышен дующий шум в орбите, синхронный с пульсом. При сжатии общей сонной артерии на стороне поражения шум резко уменьшается. Диагноз? Лечение?
293. В поликлинику к окулисту обратился больной 37-ми лет с жалобами на незначительные боли в правом глазу, отечность век, временами двоение. Из анамнеза выяснено, что летом во время отдыха на озере больного в верхнее веко укусило насекомое. После этого наблюдалось местное воспаление, отек, которые довольно быстро исчезли. Жалобы появились в конце ноября. В настоящее время объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Верхнее веко правого глаза отечно, гиперемировано. Незначительный экзофтальм, поддающийся репозиции. Глазное яблоко инъецировано. Под конъюнктивой временами видны белесые подвижные нити. В анализе крови выраженная эозинофилия. Пациент отмечает периодические ознобы с повышением температуры, которые относит за счет простудных заболеваний. Возможный диагноз? Лечение?

294. К офтальмологу обратилась женщина 28-ми лет с жалобами на выпячивание левого глазного яблока. Из анамнеза выяснено, что экзофтальм, сначала незначительный, но постепенно увеличивающийся, возник 3 года назад. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Правый глаз здоров. Левое глазное яблоко экзофтальмировано на 7 мм. Репозиция его затруднена. Умеренная конъюнктивальная инъекция. Само глазное яблоко без видимой патологии. После проведения ультразвуковой диагностики и компьютерной томографии выяснено, что в орбите имеется двухкамерный пузырь, находящийся за глазным яблоком. Возможный диагноз? Лечение?

Ответы на ситуационные задачи.

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

вскрытие и дренирование орбиты – на фоне антибиотикотерапии и противовоспалительного лечения

289. *Компьютерная томография и ядерно-магнитный резонанс. Тиреотоксический экзофтальм. Обследование и лечение у эндокринолога.*
290. *Тиреотоксикоз. Больную лечит и консультирует эндокринолог.*
291. *Диагноз: эндокринный экзофтальм справа. Лечение эндокринной офтальмопатии каузальное, симптоматическое и восстановительное. Каузальную терапию кортикостероидами назначают при субкомпенсации и декомпенсации процесса. Стероидную терапию можно комбинировать с наружным облучением орбит. Симптоматическое лечение заключается в назначении пациенту антибактериальных капель, искусственной слезы, солнцезащитных очков и обязательно глазную мазь на ночь. Восстановительное хирургическое лечение назначают при эндокринной миопатии с целью улучшения функций пораженных экстраокулярных мышц или при резкой ретракции верхнего века для восстановления его нормального положения.*
292. *Пульсирующий экзофтальм слева. Перевязка сонной артерии слева.*
293. *Филяриатоз орбиты. Лечение хирургическое. Извлечение червя. Возможна медикаментозная терапия с использованием противогельминтных средств. Однако массивная гибель филярий может сопровождаться аллергическими реакциями.*
294. *Возможен эхинококкоз орбиты. Лечение хирургическое – орбитотомия и извлечение кисты, желательно без нарушения капсулы.*

20. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ГЛАЗ

295. В медико-санитарную часть обратился рабочий плавильного цеха 43-х лет с жалобами на покраснение глаз и снижение зрения. Объективно имеет место покраснение и утолщение век, инъекция конъюнктивы. Острота зрения обоих глаз = 0,7 (не корр.). При биомикроскопии в заднем кортикальном слое хрусталиков определяются помутнения. Глазное дно без видимой патологии. Поставьте диагноз. С чем может быть связана патология?
296. После работы с электросваркой вечером больной 47 лет вечером почувствовал чувство инородного тела в обоих глазах, появились слезотечение и светобоязнь. Постепенно нарастала боль, и появился блефароспазм. При осмотре офтальмологом обнаружен отек и гиперемия век обоих глаз, отек конъюнктивы, смешанная инъекция глазных яблок. Конъюнктивa с внутренней стороны напoлзает на роговицу в виде языка. Зрачок узкий. Подлежащие отделы в деталях рассмотреть не удастся. Предположительный диагноз? Лечение?

297. К офтальмологу обратился наладчик лазерного оборудования 32-х лет с жалобами на снижение зрения левого глаза. Со слов больного случайно «схватил глазом» лазерный луч. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,07 (не корр.). Глаз спокойный. Передний отрезок глаза не изменен. Оптические среды прозрачные. На глазном дне определяется парамакулярное ретинальное кровоизлияние. Диагноз? Лечение?
298. К врачу кожно-венерологического диспансера обратился пациент 63-х лет, много лет проработавший в горнодобывающей промышленности с жалобами на изменения кожи век и слезотечение. Больной был направлен к офтальмологу. Последнему удалось выяснить, что работа пациента была связана с добычей урановой руды. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,7 (не корр.). Кожа век истончена и депигментирована. Край века также истончен, сглажен. Облысение краев век. Они несколько обращены в сторону глазного яблока. Глаза спокойные. Передние отрезки без видимых изменений. В хрусталиках скопление точечных помутнений в субкапсулярном слое в области заднего полюса хрусталика. Глазное дно без видимых изменений. Диагноз? Рекомендации по дальнейшему ведению больного.
299. Больная 55 лет, рентгенлаборант. Жалобы на понижение зрения вдаль и на близком расстоянии. Развитие заболевания: больна в течение 6 месяцев, в рентген кабинете работает в течение 6 лет. Объективно зрение обоих глаз 0.1 не корректируется. В области заднего полюса хрусталика обоих глаз имеется дисковидное помутнение. Под передней капсулой хрусталика отдельные вакуоли. Диагноз, лечение и причины болезни.
300. Шофер самосвала 58 лет обратился к офтальмологу с жалобами на ухудшение зрения на близком расстоянии. Врач подобрал ему очки для чтения в 3,0 Д, в которых пациент вроде бы видел хорошо. Но, однако, через некоторое время больной обратился вновь с этими же жалобами. Объективно при осмотре конъюнктивы видна ее гиперемия, извитость и ампулообразное расширение вен, микроаневризмы и геморрагии. Аналогичные явления выявлены и в сетчатке. Диски зрительных нервов без видимых изменений. Поля зрения сужены. Расширены слепые пятна. Предполагаемый диагноз?
301. Больной 44-х лет направлен на консультацию к офтальмологу по поводу отравления гранозаном при выполнении сельхоз работ. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,9 (не корр.). У больного наблюдаются дрожание век, нарушение величины, формы и реакции зрачков, диплопия. Роговица и хрусталик окрашены в серо-коричневый цвет. Тактильная чувствительность роговицы снижена. На поверхности роговицы окрашенное кольцо, расположенное концентрично по

отношению к лимбу. Металлический серо-коричневый рефлекс от передней поверхности хрусталика. Точечные помутнения передних кортикальных слоев хрусталика. Глазное дно в норме. Диагноз? Лечение? Определите трудоспособность пациента.

302. На приеме у офтальмолога пациентка 39-ти лет, долгое время работающая на заправочной станции. К врачу ее заставила обратиться периодическая потеря зрения обоих глаз. Никаких ранее перенесенных заболеваний пациентка не указывает. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,7 (не корр.). Глаза спокойные. Передние отрезки без видимой патологии. Оптические среды прозрачные. На глазном дне с обеих сторон определяется отек сетчатки, особенно в перипапиллярной зоне и в центральной части. При исследовании поля зрения выявлено расширение физиологической скотомы. Внутриглазное давление с обеих сторон 29 мм рт. ст. Диагноз? Профилактика причин заболевания? Лечение?
303. После работы в поле у сельскохозяйственного работника 32 лет, отмечается обильное слезотечение, выраженный миоз и вялая реакция зрачков на свет. Пациент жалуется на снижение зрения вдаль, боли в глазах и орбитах, головную боль. Внутриглазное давление снижено. Небольшой нистагм, диплопия. Предположительный диагноз?
304. У участкового офтальмолога наблюдается пациент, жизнь которого практически постоянно связана с употреблением алкоголя. В последний раз его на прием привели соседи, так как по их словам он ослеп, и передвигаться сам не может. Больной достаточно долгое время работал на производстве синтетических спиртов, не отказывая себе в их употреблении. Около 6-ти лет назад стал жаловаться на снижение зрения обоих глаз. Зрение сначала снизилось довольно резко, но потом относительно восстановилось. Снижение зрения было связано с употреблением метилового спирта. В настоящее время объективно. Острота зрения обоих глаз = 0. Глаза спокойные, передние отрезки не изменены. Зрачки широкие, реакция на свет отсутствует. В плоскости зрачков частично помутневшие хрусталики. На глазном дне с обеих сторон Диски зрительных нервов бледные, с нечеткими границами. Сосуды сужены. Диагноз? Лечение?

Ответы на ситуационные задачи.

295. *Блефароконъюнктивит, осложненная катаракта обоих глаз. Патология может быть связана с воздействием на глаз инфракрасного излучения.*

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

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

21. ВОЕННАЯ ЭКСПЕРТИЗА

305. У призывника имеется послеожоговый трихиаз, помутнения роговиц обоих глаз. Отмечается рубцовая деформация век в виде заворота. Призывника беспокоит слезотечение. Острота зрения обоих глаз = 0,6 (не корр.). Определите его годность к военной службе.
306. Освидетельствуется призывник с жалобами на снижение зрения правого глаза. Воспалительный процесс отмечает в третий раз. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,09 (не корр.). Правый глаз инъецирован по смешанному типу. На роговице инфильтрат в виде веточки дерева, окрашивающийся флюоресцеином. Старые помутнения роговицы. Подлежащие отделы без видимых изменений. Левый глаз здоров. Определите степень годности призывника к военной службе.
307. При освидетельствовании призывника выявлено. Неоднократно переносил воспалительные заболевания роговиц обоих глаз. В настоящее время объективно. Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,6 (не корр.). В роговицах старые

стромальные помутнения различной степени выраженности. Определите степень годности его к военной службе.

308. При обследовании призывника в стационаре выявлено. Острота зрения обоих глаз = 0,4 (не корр.). На глазном дне с обеих сторон явления тапеторетинальной абнотрофии. Определите степень годности его к военной службе.
309. При обследовании призывника установлено, что при скиаскопии правого глаза определяется миопия в 5,0 Д, а слева – 7,0 Д. Определите степень годности его к военной службе.
310. Призывник обследован в стационаре. Острота зрения правого глаза = 1,0. Рефрактометрически определяется простой близорукий астигматизм в 1,0 Д. Острота зрения левого глаза = 0,09 (не корр.). Рефрактометрически сложный близорукий астигматизм в 7,0 Д. Оптическая сила роговицы в перпендикулярных меридианах 51,25 Д и 44, 75 Д. Поставьте диагноз. Определите степень годности его к военной службе.
311. При обследовании призывника установлено, что при скиаскопии обоих глаз определяется миопия в 13,0 Д. Определите степень годности его к военной службе.
312. При обследовании призывника установлено, что при скиаскопии правого глаза определяется гиперметропия в 7,0 Д, а слева – 6,5 Д. Определите степень годности его к военной службе.
313. При обследовании призывника установлено, что при скиаскопии правого глаза определяется сложный миопический астигматизм в 3,0 Д, а слева – смешанный астигматизм в 4,5 Д. Определите степень годности его к военной службе.
314. Призывник обследован в стационаре до и после циклоплегии. Получены следующие объективные данные. До циклоплегии. Острота зрения обоих глаз = 0,09 (не корр.). Рефрактометрически справа определяется сложный миопический астигматизм в 3,0 Д с силой максимального меридиана в 6,0 Д. Слева – сложный миопический астигматизм в 3,5 Д с силой максимального меридиана в 4,5 Д. После циклоплегии острота зрения правого глаза (с диафрагмой) = 0,09 со сферой – 1,5 Д и цилиндром – 3,0 Д = 0,2. Острота зрения левого глаза (с диафрагмой) = 0,09 со сферой – 1,0 Д и цилиндром – 2,5 Д = 0,2. Рефрактометрически справа определяется сложный миопический астигматизм в 3,0 Д с силой максимального меридиана в 5,0 Д. Слева – сложный миопический

астигматизм в 3,5 Д с силой максимального меридиана в 4,0 Д. Поставьте диагноз. Определите степень годности его к военной службе.

Ответы на ситуационные задачи.

305. *Призывник к военной службе не годен. Должен быть снят с военного учета.*
306. *Призывник временно не годен к военной службе.*
307. *Призывник годен к военной службе.*
308. *Призывник к военной службе не годен. Должен быть снят с военного учета.*
309. *Призывник ограниченно годен к военной службе.*
310. *Простой близорукий астигматизм правого глаза в 1,0 Д. Сложный близорукий астигматизм левого глаза в 7,0 Д, кератоконус левого глаза. Призывник к военной службе не годен. Должен быть снят с военного учета.*
311. *Призывник к военной службе не годен. Должен быть снят с военного учета.*
312. *Призывник ограниченно годен к военной службе.*
313. *Призывник ограниченно годен к военной службе.*
314. *Сложный близорукий астигматизм правого глаза в 3,0 Д с силой максимального меридиана в 5,0 Д; сложный близорукий астигматизм левого глаза в 3,5 Д с силой максимального меридиана в 4,0 Д. Амблиопия средней степени обоих глаз. Призывник ограниченно годен к военной службе.*

22. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА

315. При освидетельствовании комиссией МСЭК у больного 46 лет, имеется осложненная миопия высокой степени (-14,0 Д), начинающаяся осложненная катаракта обоих глаз. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,01 (не корр.). Поля зрения с обеих сторон – остаточные. Глаза спокойные. В хрусталиках начальные помутнения. Деструктивные изменения в стекловидном теле. На глазном дне вокруг дисков обширные миопические конусы, переходящие в стафиломы. Атрофические изменения по всей сетчатке. Какой группе инвалидности соответствует состояние больного?
316. При освидетельствовании комиссией МСЭК у больной 36 лет на фоне сахарного диабета имеется диабетическая ретинопатия обоих глаз. Сахарным диабетом страдает 8 лет. Лечится у эндокринолога, на инсулинотерапии. Снижение зрения обоих глаз, больше левого, отмечает в течение последнего года. Проводилось лечение лазером. Объективно. Правый глаз. Острота зрения = 0,3 со сферой + 1,25 Д и цилиндром – 0,5 Д = 0,5. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. Частичные периферические помутнения в хрусталике. На глазном дне диск зрительного нерва бледно-розовый, с четкими границами. Вены расширены, неравномерного калибра. В сетчатке геморрагии, твердые эксудаты, следы лазеркоагулятов. TOD =

18 мм рт. ст. Левый глаз. Острота зрения = счет пальцев у лица. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. Частичные периферические помутнения в хрусталике. На глазном дне диск зрительного нерва бледно-розовый, с четкими границами. Вены расширены, неравномерного калибра. В сетчатке геморрагии, твердые экссудаты, следы лазеркоагулятов, выраженный преретинальный фиброз стекловидного тела. Локальная тракционная отслойка сетчатки. TOS = 18 мм рт. ст. Какой группе инвалидности соответствуют изменения, имеющиеся у пациентки? Реабилитационные мероприятия?

317. При освидетельствовании комиссией МСЭК у больного 63 лет имеется незрелая возрастная катаракта обоих глаз. Острота зрения правого глаза = 0,5 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,1 (не корр.). При осмотре с широким зрачком другой патологии не выявлено. Действия врача МСЭК?
318. При осмотре пациента 30-ти лет выявлено, что острота зрения правого глаза = 0,04 со сферой – 8,5 Д = 0,6; острота зрения левого глаза = 0,05 со сферой – 8,5 Д = 0,7. В стекловидном теле обоих глаз нитчатые деструктивные изменения. На глазном дне с обеих сторон миопические конусы. Периферическая дистрофия сетчатки. Рефрактометрически с обеих сторон определяется миопия до 10,0 Д с элементами астигматизма. Биометрия справа – 27,2, а слева 27,1 мм. Поставьте диагноз. Какие ограничения в профессиональной деятельности существуют для пациента?
319. Пациент 48-ми лет в течение 4 лет страдает глаукомой, точнее в это время была диагностирована первичная открытоугольная развитая глаукома с умеренно повышенным внутриглазным давлением. С этого времени пациент получает гипотензивную терапию. Внутриглазное давление компенсировано. На момент осмотра острота зрения обоих глаз = 0,8 (не корр.). Глаза спокойные. Передние отрезки без видимых изменений. На глазном дне экскавация диска зрительного нерва 8/10. Поле зрения обоих глаз сужено в верхне-назальном квадранте до 30°, парацентральные подковообразные скотомы. Внутриглазное давление = 19 мм рт. ст. Какие ограничения в профессиональной деятельности существуют для пациента?
320. Больная 64-х лет длительное время страдает возрастной макулярной дистрофией обоих глаз. В течение последнего года отмечает ухудшение зрения обоих глаз, что затрудняет ее жизнедеятельность. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,05 (эксц., не корр.). Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. На глазном дне в макулярной области выраженные дистрофические изменения. В поле зрения центральная скотома до 10°. Острота зрения левого глаза = 0,03

(эксц., не корр.). Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. На глазном дне в макулярной области выраженные дистрофические изменения. В поле зрения центральная скотома до 15-20°. Какой группе инвалидности соответствуют изменения, имеющиеся у пациентки?

321. На профосмотр пришел пациент 53-х лет, не предъявляющий никаких жалоб на зрение. При исследовании обнаружено, что острота зрения обоих глаз = 0,8 со сферой $-1,0$ Д = 1,0. Глаза спокойные передние отрезки глаз без видимой патологии. В плоскости зрачков хрусталики с начальными помутнениями. Глазное дно без особенностей. Поставьте диагноз. Какие ограничения в профессиональной деятельности существуют для пациента?
322. При освидетельствовании комиссией МСЭК у больного 52-х лет объективно выявлено. Острота зрения правого глаза = 0,08 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0. Правый глаз спокойный. Старые стромальные помутнения роговой оболочки, не захватывающие центр роговицы. Остальные отделы переднего отрезка глаза без видимой патологии. Глазное дно в норме. Левое глазное яблоко без видимых изменений. Прямые и содружественная реакции зрачков на свет сохранены. При чтении текста через карандаш больной установочных движений головой не делает. Какой группе инвалидности соответствует состояние больного?
323. При освидетельствовании в МСЭК больному определена группа инвалидности. Какие разделы должна содержать его индивидуальная программа реабилитации?
324. Пациент, по мнению врача-эксперта МСЭК симулирует слепоту на один глаз. Какие методы можно применить для выявления симуляции?

Ответы на ситуационные задачи.

315. *Данные больного соответствуют требованиям для I группы инвалидности.*
316. *Данные больной соответствуют требованиям для III группы инвалидности. Пролиферативная диабетическая ретинопатия, сложный гиперметропический астигматизм, тракционная отслойка сетчатки правого глаза. Развитая диабетическая ретинопатия левого глаза. Больной показана швартвитрэктомия с эндолазером на правом глазу. Наблюдение и лечение у эндокринолога.*

317. Врач МСЭК для реабилитации пациента должен рекомендовать проведение хирургического лечения катаракты.
318. Высокая осложненная близорукость является противопоказанием к тяжелому физическому труду, к работе с сотрясением тела и наклонным положением головы, к зрительной напряженной работе.
319. При нарушениях периферического зрения нельзя работать водителем любого вида транспортного средства и на большой высоте (крановщик, монтажник, пожарный, каскадер и др.). При глаукоме противопоказана работа в ночное время со значительным психическим и физическим напряжением, работа с длительным наклоном головы.
320. Данные больной соответствуют требованиям для I группы инвалидности.
321. Начинающаяся катаракта обоих глаз. При начальном помутнении хрусталика противопоказана работа в условиях разных видов излучения (инфракрасного, ультрафиолетового, гамма-лучи), а также в условиях воздействия токсических веществ, таких как тринитротолуол, нафталин.
322. Показаний для назначения группы инвалидности у пациента нет. Он симулирует слепоту левого глаза. Нуждается в проведении контрольных тестов исследования.
323. Индивидуальная программа реабилитации состоит из четырех разделов:
- медицинской реабилитации, куда входят все виды лечения;
 - профессиональной реабилитации, которая включает профориентацию, профобразование, рекомендации по трудоустройству;
 - социальной реабилитации, включающей обеспечение инвалидов по зрению психологическими средствами реабилитации (специальное устройство для чтения «говорящей книги», трость тактильная, часы-будильник с синтезатором речи, часы с рельефным обозначением и т.д.);
 - психологической реабилитации.
324. Исследование прямой и содружественной реакции зрачков на свет. При полной слепоте на один глаз прямая реакция зрачка на свет отсутствует, содружественная – сохранена. Закрыв зрячий глаз, предлагают мнимобольному смотреть прямо вперед. Он обычно фиксирует какой-нибудь предмет. Тогда перед глазом ставят призму в 10-12°, переносящую фиксируемый предмет в

сторону от макулы. При этом действительно слепой глаз останется неподвижным, а мнимослепой делает движение в сторону верхушки призмы, так как иначе он не может ясно видеть фиксируемый предмет. Закрыв зрячий глаз, водят перед слепым глазом пальцем в различных направлениях, предлагая смотреть направо, налево и т. д., куда ведут пальцем. Слепой глаз обычно поворачивается в указанных направлениях. Затем продолжают водить пальцем, но уже не говорят направление. Мнимослепой продолжает следить глазом за пальцем и тем самым выдает себя.

23. ОХРАНА ЗРЕНИЯ ДЕТЕЙ

325. В женской консультации наблюдается беременная 22-х лет, первородящая. При сборе анамнеза выяснено, что она плохо видит с детства. Во время консультации окулиста диагностирована пигментная дистрофия сетчатки. При дополнительном сборе анамнеза установлено, что данное заболевание имеется у отца и брата женщины. Какие действия должен предпринять врач консультации?
326. Во второй половине беременности женщина 31-го года перенесла краснуху. Какую врожденную патологию у ребенка может предполагать врач женской консультации?
327. Ребенок родился доношенным от срочных родов. Какие действия в отношении органа зрения должны предпринять работники родильного дома?
328. После рождения ребенок находится в детской. Какие манипуляции в отношении глаз должна предпринимать медицинская сестра перед кормлением ребенка?
329. У женщины 26-ти лет ребенок родился недоношенным, и длительное время находился в кювезе с повышенным содержанием кислорода.

Какой патологии глаз у ребенка следует опасаться? Какие действия обязан предпринять врач родильного дома?

330. Ребенок родился от срочных родов. Беременность, роды и послеродовый период не отягощены. На дом для первого патронажного посещения пришел участковый педиатр. Какие действия в отношении органа зрения он должен предпринимать?
331. При осмотре ребенка в возрасте 3-х лет офтальмологом выявлена миопия и назначена очковая коррекция. Профилактику каких патологических состояний глаз достигают, используя оптическую коррекцию зрения? В чем видятся задачи врача-педиатра?
332. Молодой врач-педиатр направлен на работу в детский сад. Какие организационные мероприятия он должен осуществлять для охраны зрения дошкольников?
333. К врачу-офтальмологу детской поликлиники обратились родители ребенка 10-ти лет, страдающего косоглазием, с просьбой выдать справку для ограничения занятий физкультурой. Существуют ли такие ограничения? Каких занятий они касаются?
334. У ученицы 9-го класса выявлена близорукость обоих глаз в 8,5 D. Родители обратились к педиатру за справкой в отношении посещения занятий физкультурой. Какие ограничения в этом плане существуют для данной пациентки?

Ответы на ситуационные задачи.

325. *Работник женской консультации должен сделать соответствующую запись в обменной карте и рекомендовать обратиться в генетическую консультацию.*
326. *Врожденную катаракту.*
327. *В первые минуты после рождения, до проведения профилактики гонобленнореи, следует проверить состояние век, роговицы, зрачка и зрачковые реакции на свет. Профилактика гонобленнореи каждому новорожденному проводится немедленно после рождения. Обработав руки спиртом и стерильными ватными шариками, акушерка снимает первородную смазку с век ребенка, слегка оттягивает нижнее веко и закапывает в глаза трехкратно раствор антибиотиков (пенициллина, тетрациклина и др.) или сульфаниламидов (сульфацил-натрий).*

328. *Обработку глаз новорожденных проводит медсестра перед каждым кормлением, используя 2% раствор борной кислоты и отдельный стерильный ватный шарик для каждого глаза. В связи с возможностью кровоизлияний в центральную зону сетчатки необходимо ежедневно проверять зрение каждого глаза поочередно по зрачковой реакции на свет или реакции кратковременного слежения за передвигающимися перед глазом предметами (карандаш, зеркало, игрушки).*
329. *Ретинопатии недоношенных. Необходимо провести ранний офтальмологический осмотр ребенка.*
330. *При первом патронажном посещении новорожденного продолжают обучать мать уходу за слизистой оболочкой глаз ребенка, проверяют состояние придаточного аппарата и глазного яблока и сопоставляют результаты с данными родильного дома. Обязательно контролируют состояние зрения: реакцию зрачка на свет, реакцию слежения, фиксацию, узнавание и предметное зрение. При первом и последующих посещениях обращают внимание на подвижность век, полноту закрытия глазной щели, плотное прилегание краев век к глазу, отсутствие слезостояния, слезотечения, подвижность глаз в разные стороны, симметричность их расположения и идентичность движений, динамику изменений видимых структур глаза – роговицы, передней камеры, зрачка.*
331. *Профилактика амблиопии и косоглазия. Педиатр должен осуществлять контроль за ношением очков детьми, разъясняя родителям необходимость этого для улучшения зрения.*
332. *Педиатры должны строго следить за освещенностью игровых мест детей, которая должна быть не менее 300 лк на единицу поверхности пола или стола. Игрушки не должны быть мелкими, необходима их хорошая, яркая расцветка. За физическим воспитанием и оздоровлением детей наблюдают с учетом рекомендаций офтальмолога, проводя санитарно-просветительскую работу с родителями по охране зрения детей, особенно входящих в группу риска.*
333. *Ограничения существуют. Ребенку противопоказаны упражнения, связанные с точным определением расстояния до спортивного снаряда (конь, барьерный бег и т.д.).*
334. *При близорукости выше 8,0 D дети могут выполнять только вольные дыхательные упражнения.*

24. ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ

335. Пациенту с заболеванием органа зрения показано местное введение лекарственных препаратов. Какие виды местного введения препаратов можно использовать?
336. Молодой предприниматель решил организовать в своей аптеке производство глазных капель. Какие требования для глазных капель предъявляются Государственной фармакопеей?
337. Студенту медицинской академии предстоит написать реферат о фармакодинамике лекарственных препаратов, применяемых в офтальмологии. Какие особенности действия глазных капель он должен указать в реферате?
338. Пациенту с заболеванием роговой оболочки назначено закладывание глазной мази. Врач объяснил назначение мази для более длительного действия лекарственного вещества на глаз. Чем это можно объяснить? В чем отличие глазных мазей от других?
339. В стационаре врач назначил больному инъекции лекарственного препарата под конъюнктиву. Пациент просит рассказать ему, как проводится эта процедура и почему нужны инъекции, а не закапывания капель, как лекарство попадает в глаз?

340. Больной проходит лечение в стационаре после проникающего ранения глаза. Ему была проведена первичная хирургическая обработка раны, но на 3-й день в передней камере появился гной. Предполагается провести парацентез роговицы с промыванием передней камеры. Какой путь введения антибиотика можно предложить больному?
341. Ребенку 7-ми лет показаны частые субтеноновые инъекции лекарственных препаратов. Какой путь введения лекарства можно использовать и какова методика его выполнения?
342. Пациенту, лечащемуся в поликлинике по поводу конъюнктивита необходимо проводить промывания конъюнктивального мешка. Какие растворы для этого можно рекомендовать?
343. Для лечения конъюнктивита больному показаны инстилляциии медикаментов, оказывающих вяжущее действие. Какие лекарственные средства можно использовать?
344. У пациента выраженный поллинозный конъюнктивит. Какие препараты можно применить для местного лечения?

Ответы на ситуационные задачи.

335. *Местное лечение включает закапывание глазных капель, закладывание глазных мазей, глазных лекарственных пленок, а также подконъюнктивальные, периокулярные, ретробульбарные инъекции препаратов, введение лекарств в переднюю камеру, стекловидное тело, субхориоидальные инъекции и др.*
336. *Глазные капли должны быть стерильными, стабильными и не содержать видимых загрязнений, иметь рН и осмотическое давление, соответствующие этим показателям слезы. Глазные капли готовят в асептических условиях с использованием буферных растворов, консервантов, пролонгирующих средств. Лекарственные средства в каплях должны хорошо растворяться в изотоническом растворе хлорида натрия либо в маслах (персиковом, оливковом) и оказывать терапевтическое действие в нетоксических и не раздражающих глаз дозах.*
337. *Сразу после закапывания глазных капель избыток жидкости выжимается веками. Остающееся в конъюнктивальном мешке количество медикаментов сразу же разбавляется слезной жидкостью, частично проникает в конъюнктиву и роговицу, но больше всего*

отводится в полость носа и всасывается там ее слизистой оболочкой. Высокотоксичные вещества даже в лечебных дозах создают при этом угрозу отравления. При введении мидриатиков это проявляется сухостью в горле, кашлем, а иногда, особенно у детей, гиперемией лица, тахикардией и даже спутанностью сознания. Миотики могут вызвать болезненные колики и понос. На закапывание адреналина люди с изменениями сердечно-сосудистой системы реагируют болями в сердце, нарушениями пульса и пр. Менее токсичные вещества, всасываясь в кровь, могут вызвать аллергические реакции.

338. *Глазные мази действуют дольше, чем капли. Образующаяся после аппликации мази в глаз водно-масляная взвесь задерживается в конъюнктивальной полости и образует пленку на поверхности роговицы, из которой действующее вещество медленно всасывается в глазное яблоко. Глазные мази отличаются от аналогичных средств, применяемых в дерматологической практике. Лекарственные вещества в глазных мазях максимально дисперсны, абсолютно исключаются даже мельчайшие твердые частицы.*
339. *Инъекциям под конъюнктиву предшествует эпibuльбарная анестезия, при которой в конъюнктивальную полость трехкратно с интервалом 1-2 минуты вводят раствор анестезирующего вещества (дикаин, лидокаин и др.). Инъекционную иглу вкалывают в средней трети промежутка от лимба до нижней переходной складки на б ч условного циферблата. Лекарственное вещество из подконъюнктивального депо проходит в глаз по лимфатическим путям через краевую сеть в лимфатические щели роговицы, из них – в переднюю камеру глаза, а непосредственно в месте инъекции – через склеру и лимб. Однако основная масса лекарственного раствора после инъекции через инъекционное отверстие просачивается в конъюнктивальный мешок, из которого через роговицу частично проникает в глаз, а частично уносится слезной жидкостью.*
340. *Введение антибиотика в переднюю камеру во время операции.*
341. *Возможно дробное или непрерывное введение растворов через ретробульбарный капилляр. Один (проксимальный) конец капилляра подводят к заднему отрезку глазного яблока, а другой (дистальный) выводят через прокол на верхнем веке и укрепляют на коже лба лейкопластырем. На дистальном конце капилляра расположена пробка-заглушка, через которую в определенное время вводят лекарственные средства.*
342. *0,2% (1:5000) водный раствор фурацилина, 1:5000 раствор калия перманганата.*

343. 2-3% раствор колларгола, 0,5-1% водный раствор резорцина, 0,25-0,5% раствор цинка сульфата, 1% раствор танина.
344. Алергофтал, аломид, сперсаллерг, кузикром, максидекс, пренацид, лекролин.

25. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ

345. У пациента 37-ми лет имеется склонность к швартообразованию после частичного гемофтальма в задних отделах стекловидного тела. Какой из видов электрофореза с ферментными препаратами можно ему предложить?
346. Больной 26-ти лет получил проникающее ранение глаза медным осколком, удаление которого было отсрочено. В связи с этим у него появились явления халькоза в хрусталике и роговице. Какие физиотерапевтические методики можно ему применить для выведения из глаза ионов меди?
347. У больной 56-ти лет после перенесенного тромбоза центральной вены сетчатки развивается атрофия зрительного нерва. Возможно ли ей проведение чрезкожной электростимуляции зрительного нерва?
348. После полученной тупой травмы левого глаза у больного 32-х лет сохраняется неполный птоз верхнего века. Какой вид физиотерапевтических процедур можно ему предложить?
349. У больного 44-х лет развивается токсическая атрофия зрительных нервов после употребления метилового спирта. Какой вид физиотерапии может оказать ему помощь?

350. У девочки 8-ми лет детским офтальмологом выявлена амблиопия. Какие виды физиотерапевтического лечения применимы в данном случае?
351. Больной 28-ми лет получил тупую травму левого глаза две недели назад. На фоне лечения у него наблюдается вялотекущий увеит. Какой из видов физиотерапевтического лечения можно применить?
352. На прием к окулисту пришел больной с начинающимся ячменем нижнего века левого глаза. Какой из видов физиопроцедур может оказать содействие для рассасывания воспалительного очага?
353. К окулисту детской поликлиники обратилась мать ребенка, получающего курсы терапии по поводу спазма аккомодации. Ребенок получает процедуры в виде лазерного спекла. В настоящее время у мальчика простудное заболевание. Родителей ребенка интересует вопрос: можно ли в данном случае продолжить занятия? Какие противопоказания к лечению лазерным спеклом существуют?
354. Ребенку 13 лет необходимо исследовать внутриглазное давление. Однако у него имеется аллергия к дикаину. Какая физиопроцедура может помочь в этом случае?

Ответы на ситуационные задачи.

345. *Эндоназальная методика применяется при патологических процессах на глазном дне и в задних слоях стекловидного тела, особенно при склонности к швартообразованию. Эндоназальный электрофорез дает возможность кратчайшим путем подвести лекарственные вещества к заднему полюсу глаза.*
346. *С помощью обратного электрофореза – электроэлиминации можно выводить из глаза различные ионы. Этот метод используется при халькозе для выведения ионов меди, которые в виде солей откладываются на задней поверхности роговицы, в стекловидном теле, сетчатке и способствуют развитию катаракты.*
347. *Нет. Противопоказания к проведению чрезкожной электростимуляции: опухоли глазницы и глазного яблока, состояния после их удаления, гнойные процессы в глазнице, тромбоз, эмболия центральных вены и артерии сетчатки, некомпенсированная глаукома.*
348. *Дарсонвализация или диадинамические токи.*
349. *Гипербарическая оксигенация.*

350. *Чрескожную электростимуляцию, электрорефлексотерапию, применение лазерных спеклов.*
351. *Низкочастотную магнитотерапию.*
352. *Ультравысокочастотная терапия.*
353. *Процедуры нужно прерывать. Противопоказания: лихорадочные состояния, простудные заболевания, острые инфекционные заболевания, случаи эпилептического статуса в анамнезе.*
354. *Локальная инфразвуковая терапия может быть применена для локального обезболивания с целью измерения внутриглазного давления.*