

Ситуационные задачи

1. Ребенок У., 8-ми лет, 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?
2. Больной З., 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?
3. Больной А. страдает фурункулезом. Около недели назад на нижнем веке правого глаза появился ячмень, по поводу которого он принимал тепловые процедуры. Ячмень не рассосался и не вскрылся. В настоящее время определяется отек нижнего века, кожа в этой области напряжена, гиперемирована, горячая на ощупь. Глазная щель сужена. Гнойное отделяемое из конъюнктивального мешка. Ссохшиеся корочки у медиальной спайки век. Пальпация наружной трети нижнего века резко болезненная, определяется флюктуация. Конъюнктив глазного яблока умеренно инъецирована по конъюнктивальному типу. Острота зрения обоих глаз не изменена. Поставьте диагноз. Какие лечебные мероприятия необходимы?
4. Больной Щ., 19-ти лет, предъявляет жалобы на покраснение и утолщение век, зуд. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,8 со сферическим стеклом + 1,75 дптр. = 1,0 (Больной очков не носит). Края век гиперемированы, утолщены. Пенистое отделяемое в углах глаза. Пальпация краев век совершенно безболезненная. Отмечается частое мигание век. Конъюнктив глазного яблока, и особенно век

несколько гиперемирована. Через нее просвечивают утолщенные мейбомиевы железы. Какой диагноз пациенту можно поставить? Лечебные мероприятия?

5. Ребенок Ц., 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?
6. Заболевание началось у больного У., 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 дптр. = 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 глазного яблока гладкая, умеренно инъектированная. Проведите дифференциальную диагностику заболевания. Какие лечебные мероприятия нужно рекомендовать?
7. Больной П., 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?
8. У больной М., 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?
9. После перенесенного гипертонического криза у больной И., 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?

10. Больной Ж., 26-ти лет, ходит, высоко запрокинув голову. Верхние веки обоих глаз припущены. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глаза здоровы. Диагноз? Лечебные мероприятия?
11. Больной Е., 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 главному яблоку. Ресницы трут по роговой оболочке. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,6 (не корр.). Правое главное 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?
12. Больной Д., 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 гипертрофированна 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?
13. Больная Б., 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 дптр. = 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?

14. Заболевание у ребенка Б., 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. Конъюнктива 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?
15. У ребенка К., 8-ми лет, несколько дней назад появилось покраснение, чувство засоренности обоих глаз. При обращении к окулисту объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,8 (не корр.). Отмечаются отек век и точечные геморрагии на конъюнктиве склеры. На слизистой оболочке век и нижнего свода имеются белесовато-серые пленки, которые легко снимаются влажной ватой. После их удаления обнажается разрыхленная, но не кровоточащая ткань конъюнктивы. В поверхностных слоях перилимбальной области мелкие инфильтраты, местами эрозированные. Подлежащие отделы глаз без видимой патологии. Диагноз? Лечение?
16. В детском саду конъюнктивитом заболело сразу большое количество детей. Для большинства характерны слезотечение и светобоязнь. Отмечается сильный отек конъюнктивы в нижней переходной складке. Петехиальные кровоизлияния в конъюнктиве. Конъюнктива глазного яблока видна в глазной щели в виде двух отечных треугольников серого цвета. Мелкие поверхностные инфильтраты в роговице. Подлежащие отделы глаз и острота зрения без патологии. Отмечается недомогание, повышение температуры, головная боль. Диагноз? Возбудитель заболевания? Меры профилактики и лечения?
17. У больного Ю., 37-ми лет, конъюнктивит начался остро, сначала на одном, а затем на другом глазу. Больной отмечает общее недомогание. Веки отечные, гиперемированные, с синюшным оттенком. На конъюнктиве век и глазного яблока бело-серые пленки, плотно спаянные с конъюнктивой. Роговица интактна. Подлежащие отделы глаза не изменены. Глазное дно в норме. Какие

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

18. У ребенка Ш. через три дня после рождения появились выраженная гиперемия и отек век обоих глаз. Веки плотные. Раскрыть глазную щель почти невозможно. Из глазной щели имеется отделяемое цвета мясных помоев. Конъюнктура резко гиперемирована, разрыхлена. Глазное яблоко без видимых изменений. Возможный диагноз? Диагностические и лечебные мероприятия?
19. У новорожденного Л. 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?
20. Больная Ч., 32-х лет, жалуется на выраженный отек и гиперемию век левого глаза, гнойное отделяемое и невозможность раскрыть глаз. Больная отмечает подъем температуры в вечернее время, мышечные боли. Объективно. Правый глаз здоров, острота зрения = 1,0. Слева острота зрения снижена до 0,2 и не корригируется оптическими стеклами. Выраженный отек и гиперемия век. Веки на ощупь мягкие, тестоватые. Из глазной щели обильное гнойное отделяемое желтого цвета, сливкообразной консистенции. Конъюнктура отечна, разрыхлена. На роговой оболочке поверхностные эрозии и маленький инфильтрат. Подлежащие отделы без видимой патологии. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
21. Больной Н., 34-х лет, жалуется на сильный зуд, жжение и резь в глазах, частые болезненные моргания. Болеет уже около двух месяцев. Объективно. Острота зрения обоих глаз = 0,4 со сферой + 1,5 дптр. = 1,0. При внешнем осмотре обращает на себя внимание выраженное покраснение по углам глазной щели. Кожа здесь мацерирована, экзематозно изменена, с мокнущими трещинами. Конъюнктура век в области угла глазной щели разрыхлена и гиперемирована. Отделяемое скудное, в виде тягучей слизи. Глазные яблоки интактны. Диагноз? Лечение?
22. После возвращения из туристической поездки в страны Азии у больного Ц., 38-ми лет, появилось чувство «засоренности» в глазах, они покраснели. При обращении к врачу объективно. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Веки слегка отечны. На конъюнктиве век видны фолликулы и гипертрофированные сосочки. Конъюнктура инфильтрирована. Глаза спокойные. Передние отрезки глаз не

изменены. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Какие дополнительные исследования нужно произвести? Возможные диагнозы? Лечение?

23. У чернокожего пациента Х., 24-х лет, отмечается покраснение обоих глаз, легкая припухлость век, слизистое отделяемое из глаз. Острота зрения обоих глаз = 0,7 (не корр.). Конъюнктив 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?
24. Ребенок Ф., 8-ми лет болен ангиной. На фоне этого заболевания появилась выраженная припухлость, и гиперемия в наружной части верхнего века правого глаза. Эта область несколько болезненна при пальпации. Конъюнктив глазного яблока инъецирована и несколько отечна в верхне-наружном отделе. Глазное яблоко смещено книзу и кнутри, подвижность его несколько ограничена. Острота зрения правого глаза = 1,0. Передний отрезок не изменен. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. У ребенка лихорадочное состояние. Диагноз? Лечение?
25. Больного У., 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?
26. Больная Т., 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?
27. Почти с момента рождения ребенок С., 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 век умеренно инъецирована. Глаз почти спокойный. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в норме. Какие дополнительные исследования нужно произвести? Диагноз? Лечение?

28. Пациентка У., 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?
29. В течение нескольких дней у больной Р., 52-х лет, у медиальной спайки век левого глаза появился выраженный отек и гиперемия тканей, сопровождающиеся резкой болезненностью при дотрагивании. Отмечается повышение температуры, общее недомогание, головная боль. Объективно, Определяется выраженный отек гиперемия тканей у медиальной спайки век левого глаза. Отек распространяется на веки, щеку и спинку носа. Пальпация тканей болезненна, повышена местная температура. Глазная щель сомкнута. Увеличены подчелюстные лимфатические узлы. При раскрытии глазной щели видна небольшая гиперемия и отек в области нижней переходной складки. Острота зрения не снижена. Глаза спокойные. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
30. К окулисту обратился пациент Р., 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?

31. Больной П., 16-ти лет, жалуется на слезотечение, чувство инородного тела левого глаза. Утром ненароком «зацепил» глаз ногтем. Объективно. Легкий отек век с явлениями блефароспазма. Острота зрения левого глаза = 0,6 (не корр.). Слезотечение. Глазное яблоко слабо инъецировано по перикорнеальному типу. Поверхность роговицы кажется шероховатой. Подлежащие отделы и глазное дно без видимой патологии. Правый глаз здоров. Какие дополнительные диагностические манипуляции необходимо произвести? Диагноз? Лечение?
32. К окулисту обратилась больная С., 60-ти лет с жалобами на боли и снижение зрения правого глаза. Из анамнеза – 3 дня назад случайно попало веткой по глазу, к врачу не обращалась и не лечилась. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,1 (не корр.). Глазная щель справа резко сужена. Выраженная смешанная инъекция глазного яблока. В центре роговицы виден серовато-желтый инфильтрат диаметром 4-5 мм с рыхлой поверхностью. В передней камере беловатая полоска гноя высотой 2 мм. Рисунок радужки стусеван, 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?
33. Больному Р., 61-го года при работе на приусадебном участке в правый глаз попал кусочек земли. При обращении к окулисту несколько дней назад с конъюнктивы верхнего века удалено инородное тело. Однако чувство инородного тела продолжает беспокоить. Снизилось зрение, появились боли в глазу. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,09 (не корр.). Легкий отек и гиперемия век. Перикорнеальная инъекция глазного яблока. Роговица отечная. Парацентрально на роговице располагается язва серповидной формы с подрывным краем. В передней камере гной, заполняющий ее на 1/3. Радужка отечная, рисунок ее стусеван. Зрачок узкий, на свет не реагирует. В проходящем свете красный рефлекс. Глазного дна рассмотреть не удастся. Диагноз? Лечение?
34. Больной Р., 48-ми лет, обратился к окулисту с жалобами на покраснение правого глаза, боли в глазу и чувство инородного тела. Болеет около недели. К врачу не обращался. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,05 (не корр.). Умеренный отек и гиперемия

век. Глазное яблоко резко инъецировано по смешанному типу. Роговица в центре изъязвлена, на дне язвы маленький черный пузырек. Края язвы инфильтрированы. Роговица отечна. На дне передней камеры полоска гноя. Рисунок радужки ступеван. Зрачок узкий, слабо реагирует на свет. Подлежащие отделы глаза не видны из-за снижения прозрачности роговицы. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Лечение?

35. При обращении к врачу бросается в глаза выраженная светобоязнь у ребенка С., 5-ти лет. Он старается отвернуться от света, прикрыть глаза руками, почти постоянно жмурится. Проверить остроту зрения в таких условиях не представляется возможным. Объективно. Выраженный блефароспазм. Умеренный отек век правого глаза и слабовыраженный – слева. Перикорнеальная инъекция правого глазного яблока. На роговице на 7-ми часах сероватый полупрозрачный узелок диаметром около 3 мм, отстоит от лимба на 4 мм. К узелку тянется пучок поверхностных сосудов. Передняя камера и подлежащие отделы глаза без видимой патологии. Левый глаз здоров. Диагноз? Лечение?
36. Больной Т., 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?
37. У ребенка У., 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?
38. Больной Х., 56-ти лет, жалуется на слезотечение, светобоязнь и чувство инородного тела в правом глазу. Заболевание началось около недели назад. Начало болезни пациент ни с чем не связывает. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,8 (не корр.). Выраженная перикорнеальная инъекция глазного яблока. На

роговице инфильтрат серого цвета в виде веточки дерева, окрашивается флюоресцеином. При биомикроскопии видно, что инфильтрат состоит из мелких пузырьков, расположенных в эпителии. Подлежащие отделы глаза без видимой патологии. Левый глаз здоров. Диагноз? Лечение?

39. Больной Ч., 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 вырастают 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?
40. Больной Э., 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 1,5х2,0 см ярко красный, с фиолетовым оттенком, как бы приподнят над поверхностью склеры. Пальпация его болезненная. Остальные отделы глаза не изменены. Диагноз? Обследование? Лечение?
41. После перенесенного переохлаждения у больной А., 43-х лет, ночью появились боли в правом глазу. Глаз покраснел, немного ухудшилось зрение. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,4 (не корр.). Легкий отек и гиперемия верхнего века. Глазное яблоко инъецировано по перикорнеальному типу. Роговица прозрачная. Передняя камера средней глубины с прозрачной влагой. Рисунок радужной оболочки ступеван. Зрачок правого глаза уже, чем слева. В проходящем свете красный рефлекс. Глазное дно в норме. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Лечебные мероприятия?
42. Больная Д., 52-х лет, длительное время лечится по поводу конъюнктивита. В настоящее время ее беспокоят боли в правом глазу, его покраснение и понижение зрения этого глаза. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.). Умеренный отек и гиперемия верхнего века. Глазное яблоко резко инъецировано по смешанному типу. Роговица прозрачная, на ее

задней поверхности мелкие точки серого цвета, расположенные в виде треугольника вершиной к центру. Радужная оболочка изменена в цвете, рисунок ее сглажен. Зрачок умеренно расширен, неправильной формы. В проходящем свете не совсем ясный красный рефлекс. Глазное дно в норме. Глазное яблоко при пальпации резко болезненное. Левый глаз. Острота зрения = 0,7 (не корр.). Глаз спокойный. Передний отрезок без видимой патологии. В проходящем свете на фоне красного свечения от периферии к центру зрачка видны четные полосы. Глазное дно в норме. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?

43. Жалобы больного Ж., 38-ми лет, на сильные боли в левом глазу и левой половине головы. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 0,07 (не корр.). Веки отечные. Глазное яблоко резко инъецировано по смешанному типу. Резко извиты и расширены веточки передних цилиарных артерий (симптом «кобры»). Роговица отечная, полупрозрачная. Передняя камера мелкая, неравномерная, как будто втянута в области зрачка. Рисунок радужки ступенчат. Зрачок круглый, узкий, подтянут к хрусталику. В проходящем свете тусклый красный рефлекс. Глазного дна рассмотреть не удастся. Внутриглазное давление слева = 38 мм рт.ст. Диагноз? Лечебные мероприятия?
44. 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?
45. Больной Ц., 58-ми лет, жалуется на «дым» перед правым глазом. Больной 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?

46. Больной Б., 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?
47. Больной Ж., 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?
48. Больная М., 70-ти лет, жалуется на отсутствие 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. Конъюнктивы 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?

49. При проведении профосмотра на предприятии у пациентки И., 58-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?
50. Больная Т., 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?
51. Больной Ю., 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° = 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?

52. У ребенка Щ., 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?
53. У больной Е., 67-ми лет, утром возникли резкие боли в правом глазу и голове. Зрение правого глаза снизилось. При взгляде на источник света вокруг него появляются радужные круги. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.). Легкий отек век. Расширены и извиты артериолы и венулы на склере. Роговица несколько отечна, полупрозрачная. Передняя камера мелкая, с прозрачной влагой. Зрачок расширен, в виде вертикального овала. Глазное дно видно в тумане. Пальпаторно T_{+3} . Острота зрения левого глаза = 0,7 (не корр.). В хрусталике начальные помутнения. Глазное дно в норме. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
54. Больная Ж., 60-ти лет, обратилась с жалобами на резкое ухудшение зрения и сильные боли в левом глазу и левой половине головы, которые появились ночью, тошноту и рвоту. Несколько дней назад у нее было тяжелое эмоциональное переживание. Раньше глаза никогда не болели. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,5 sph + 2,0^D = 1,0. TOD = 19 мм рт.ст. Правый глаз в пределах возрастной нормы. Острота зрения левого глаза = 0,04 (не корр.). TOS = 47 мм рт.ст. Слева – глазная щель сужена, выраженная застойная инъекция глазного яблока. Роговица отечная. Передняя камера очень мелкая. Зрачок расширен до 5 мм, неправильной овальной формы. Рефлекс с глазного дна тускло-розовый. Диск зрительного нерва виден в тумане. Диагноз? Лечебные мероприятия?
55. Больной Н., 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?

56. Больной Ц., 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 верхне-носовом квадранте. Возможный диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
57. Больная Б., 55-ти лет, обратилась к окулисту с жалобами на периодические боли в обоих глазах, появление тумана и радужных кругов при взгляде на источник света, особенно при наклонах головы. Впервые подобные ощущения заметила 1,5 года назад, но в последние месяцы они стали более частыми. Объективно: острота зрения правого глаза = $0,3 \text{ sph} + 1,5^D = 0,5$; TOD = 35 мм рт.ст.; острота зрения левого глаза = $0,7 \text{ sph} + 1,0 = 1,0$; TOS = 34 мм рт. ст. Глаза спокойные, имеется расширение передних цилиарных сосудов. Передняя камера мелкая. Радужка субатрофична. Зрачок 4 мм, круглый, вяло реагирует на свет. Рефлекс с глазного дна розовый. Справа имеется краевая экскавация с перегибом сосудов по краю диска, слева – сдвиг сосудистого пучка в носовую сторону. Макулярная зона и периферия сетчатки без патологии. Поле зрения правого глаза сужено в верхненосовом квадранте до 25° , слева – в пределах нормы. Диагноз? Лечебные мероприятия?
58. Больной Г., 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?
59. После автомобильной аварии у больной В., 26-ти лет, отмечаются симметричные подкожные кровоизлияния век обоих глаз. Острота зрения = 0,7. Сами глазные яблоки спокойны. Небольшие субконъюнктивальные кровоизлияния. Передние отрезки глаз не изменены. Оптические среды прозрачные. На глазном дне

отмечается помутнение сетчатки в макулярной области. Возможный диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?

60. У больного К., 31-го года, после полученной травмы левое глазное яблоко запало в глубину орбиты. Имеет место ограничение его подвижности. Движения болезненные. Острота зрения обоих глаз = 1,0. Глазные яблоки без видимых изменений. Диагноз? Дополнительные исследования? Лечение?
61. Больной У., 19-ти лет, в драке получил травму левого глаза. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = светоощущению с правильной проекцией света. Выраженная подкожная и подконъюнктивальная гематома. Глазная щель сомкнута. Роговая оболочка прозрачная. Передняя камера средней глубины, на $\frac{1}{3}$ заполнена кровью. Рисунок радужки не изменен. Зрачок круглый, несколько расширен. В проходящем свете рефлекса не видно. Пальпаторно T_n . Диагноз? Дополнительные исследования? Лечебные мероприятия?
62. После полученной около месяца назад тупой травмы левого глаза больной Я., 56-ти лет, отмечает периодическое ухудшение зрения этого глаза. При изменении положения головы зрение то ухудшается, то улучшается. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза, если больной смотрит, наклонив голову вперед, = 0,6; если голова находится в прямом положении, больной видит полосу перед глазом и острота зрения его = 0,02 со сферой +9,0 дптр. = 0,8. Глаз спокойный. Роговица прозрачная. Передняя камера глубокая, с прозрачной влагой. При движении глаза определяется 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?
63. Больная Б., 68-ми лет, получила травму во время падения, ударившись левой половиной головы и надбровной дугой о перила лестницы. Обратила внимание на снижение зрения левого глаза. Через несколько часов появились боли в глазу и головные боли. Зрение снизилось еще больше. При обращении к окулисту объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз здоров. TOD = 20 мм рт.ст. Острота зрения левого глаза = 0,03 (не корр.). Подкожная гематома области надбровной дуги и верхнего века. Левое глазное яблоко инъецировано по смешанному типу. Роговица отечная, утолщена, но сохраняет прозрачность. Передняя камера глубокая, как будто заполнена масляной каплей. Рисунок и цвет

радужки не изменены. Зрачок круглый, умеренно расширен. Розовый рефлекс с глазного дна. Глазного дна в деталях рассмотреть не удастся из-за отека роговицы. TOS = 46 мм рт.ст. Диагноз? Лечебные мероприятия?

64. Больной Р., 24-х лет, обратился к окулисту через два дня после драки. Со слов пациента во время свалки упал и получил удар по левому глазу ногой. К врачу не обращался из-за ухудшения общего состояния (головные боли, рвота). В настоящее время объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Выраженная подкожная гематома век, ссадины на коже. Глазная щель чуть приоткрыта. Подконъюнктивальные кровоизлияния. Передний отрезок глазного яблока не изменен. Оптические среды прозрачные, глазное дно в норме. Острота зрения левого глаза = светоощущению с неуверенной проекцией. Выраженная подкожная гематома и отек век. Ссадины на коже. При пальпации век определяется крепитация. Глазная щель практически сомкнута. При разведении век видна обширная субконъюнктивальная гематома, через которую в верхне-наружном квадранте просвечивает темное пятно со светлым круглым образованием посередине. Роговица прозрачная. Передняя камера до половины заполнена кровью. Зрачок подтянут к пятну. В проходящем свете рефлекса нет. Гипотония. Диагноз? Лечебные мероприятия?
65. На прием к окулисту обратился шофер Ш., 32-х лет, с жалобами на боли в левом глазу, светобоязнь, покраснение глаза. С его слов, 2 часа тому назад разбилось ветровое стекло машины, и в глаз попал осколок. Объективно. Острота зрения правого глаза = 1,0. Глаз без патологии. Острота зрения левого глаза = 0,7 (не корр.). Слева имеется умеренное сужение глазной щели, светобоязнь, слезотечение, умеренная инъекция глазного яблока. В роговице на 3-х часах, ближе к лимбу видна небольшая линейная рана, длиной 3-4 мм, не достигающая до глубоких слоев. Передняя камера средней глубины, зрачок круглый, расположен в центре. Рефлекс с глазного дна розовый, глазное дно без патологии. Внутриглазное давление пальпаторно T_n . Диагноз? Лечение?
66. Больная Л., 32-х лет, во время шитья уколола правый глаз швейной иглой. Сразу почувствовала резкую боль, возникло слезотечение и снизилось зрение. При обращении к врачу объективно. Острота зрения = 0,8 (не корр.). Правое глазное яблоко слабо инъецировано по перикорнеальному типу. Роговица прозрачная. На 6-ти часах, в 3 мм от лимба имеется точечный инфильтрат. Передняя камера мелкая, с прозрачной влагой. Рисунок и цвет радужки не изменены. Зрачок круглый, средней величины. В проходящем свете красный

рефлекс. Глазное дно в норме. TOD = 13 мм рт. ст. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагноз? Лечение?

67. Врач скорой помощи вызван к ребенку Э., 6-ти лет. Мальчик получил травму правого глаза при выстреле из рогатки. При осмотре объективно. Выраженный блефароспазм. Из правой глазной щели выступает кровь. Проверить зрение не удастся. При раскрытии глазной щели у лимба виден темного цвета комочек. Роговица прозрачная. На дне передней камеры кровь. Передняя камера глубокая. Диагноз? Первая помощь?
68. В стационар доставлен ребенок Э., 6-ти лет, получивший травму правого глаза при стрельбе из рогатки. Объективно. Блефароспазм. После инстилляций анестетиков произведен осмотр. Острота зрения правого глаза = светоощущению с правильной проекцией. Смешанная инъекция глазного яблока. Роговица гладкая, прозрачная блестящая. На склере у лимба скальпированная рана конъюнктивы шириной до 2 см. В ране склеры видна выпавшая сосудистая оболочка. Передняя камера глубокая, на $\frac{1}{3}$ заполнена кровью. Зрачок овальный, подтянут к ране. В проходящем свете рефлекса не видно. Острота зрения левого глаза = 1,0. Глаз здоров. Диагностические мероприятия? Диагноз? Лечение?
69. Больной Л., 53-х лет, получил химический ожог обоих глаз известью при выполнении малярных работ дома. Глаза промыл проточной водой. Приехал к окулисту через 2 часа после травмы. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,2 (не корр.), левого глаза = 0,1. Блефароспазм, отек и гиперемия век. При вывороте верхних век на тарзальной их части видны крупинки извести. Конъюнктивит нижних сводов несколько ишемичен, эрозирован. 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?
70. Сварщик А., 38-ми лет, обратился за помощью к окулисту с жалобами на чувство инородного тела, боли в глазах, слезотечение, светобоязнь. Накануне проводил сварку труб без защитных очков. Объективно. Острота зрения правого глаза = 0,7 (не корр.). Острота зрения левого глаза = 0,6 (не корр.). Конъюнктивит глаз инъектирован по смешанному типу. На поверхности роговиц мелкие пузырьвидные вздутия эпителия. Подлежащие отделы глаз не изменены. Диагноз? Первая помощь? Лечение?

71. Больной Ш., 47-ми лет, обратился к врачу с жалобами на сильную головную боль, высокую температуру, озноб. Все вышеперечисленные жалобы появились два дня назад. Лечился дома, принимая антигриппин. Обращает на себя внимание резкий отек и гиперемия век правого глаза. Конъюнктура глазного яблока отечна, ущемлена в глазной щели. Подвижность глазного яблока отсутствует. Отмечается увеличение региональных лимфатических узлов. Диагноз? Действия врача-терапевта? Дополнительные исследования офтальмолога? Лечебные мероприятия?
72. После наблюдения за электросваркой вечером больной К., 47 лет, вечером почувствовал чувство инородного тела в обоих глазах, появились слезотечение и светобоязнь. Постепенно нарастала боль, и появился блефароспазм. При осмотре офтальмологом обнаружен отек и гиперемия век обоих глаз, отек конъюнктивы, смешанная инъекция глазных яблок. Конъюнктура с внутренней стороны напоздаст на роговицу в виде языка. Зрачок узкий. Подлежащие отделы в деталях рассмотреть не удастся. Предположительный диагноз? Лечение?
73. Больная П. 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?
74. Больной А. 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?
75. Больная Т., 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.

1. Необходимо проведение адаптометрии. У ребенка возможно гемералопия, на фоне которой имеет место простой блефарит. Гемералопия, скорее всего, имеет функциональный характер. Назначить витамины группы А.
2. У больного аллергический отек Квинке. Назначить десенсибилизирующие препараты.
3. У больного абсцесс нижнего века. Показано вскрытие абсцесса и его дренирование, проведение антибактериальной терапии.
4. На фоне гиперметропии у пациента развился простой блефарит. Необходима коррекция аномалии рефракции. Показана обработка краев век спиртом, Массаж век. Инстиллянии в конъюнктивальный мешок сульфацил-натрия или сульфата цинка. За веки и на веки гидрокортизоновая мазь.
5. У больного чешуйчатый блефарит. Нужно проводить лечение гельминтоза. Показана обработка краев век спиртом, Массаж век. Инстиллянии в конъюнктивальный мешок сульфацил-натрия или сульфата цинка. За веки и на веки гидрокортизоновая мазь.
6. У больного миопия слабой степени, язвенный блефарит, сопровождающийся трихиазом и мадарозом. Тщательно удалить все корочки после их размягчения рыбьим жиром, вазелиновым маслом. Первые 2-3 дня места изъязвлений тушировать спиртом или 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого. Быстро снимают явления воспаления аппликации на края век ватных полосок, смоченных растворами одного из антибиотиков, если на них нет аллергии. Тампоны накладывают на 10-15 мин до 4 раз в день. На ночь края век смазывают 10-20% сульфациловой, 0,3% флоксаловой или 0,5% гидрокортизоновой мазью. Неправильно растущие ресницы эпилировать.
7. 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, УФЧ-терапия.

8. У больной халазион. В начальной стадии в область халазиона вводят кортикостероиды пролонгированного действия, например кеналог, смазывают кожу века 0,1% мазью дексаметазана (максидекс). При неэффективности радикальным является хирургическое удаление.
9. У больной лагофталм 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 инстилляций препаратов квинакс, катахром и т.д. Необходимо наблюдение и лечение терапевта по поводу гипертонической болезни.
10. Запрокинутая голова носит название позы «звездочета». У больного частичный двусторонний врожденный птоз. Лечение хирургическое.
11. 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.
12. 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 инстилляций препаратов квинакс, катахром и т.д.
13. У больной гиперметропия слабой степени, блефарохалазис обоих глаз. Назначают коррекцию гиперметропии, оперативное лечение блефарохалазиса.
14. Острый бактериальный конъюнктивит. Больному необходимо инстиллировать в глаза 30% раствор сульфацил-натрия три-четыре раза в день. Закладывание в конъюнктивальный мешок 1% тетрациклиновой мази.

15. Пневмококковый конъюнктивит. Больному необходимо инстиллировать в глаза 30% раствор сульфацил-натрия три-четыре раза в день. Закладывание в конъюнктивальный мешок 1% тетрациклиновой мази.
16. 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.
17. У больного дифтерия конъюнктивы. Для уточнения диагноза необходимо провести бактериологические исследования. Больного немедленно изолируют в инфекционное отделение, где весь комплекс общего лечения проводится врачом-инфекционистом. Офтальмологические назначения состоят в промывании конъюнктивальной полости антисептическими растворами (3% раствор борной кислоты, раствор калия перманганата 1:5000, 1:5000 фурацилина), частые инстилляции 20% раствора сульфацила натрия или пенициллина. На ночь за веки закладывают 1 % эритромициновую мазь или 0,3% флоксаловую мазь. При поражении роговицы применяют препараты, улучшающие ее регенерацию.
18. У ребенка гонобленнорея. Диагноз должен быть подтвержден лабораторными бактериологическими исследованиями отделяемого из конъюнктивальной полости. назначают частые закапывания растворов пенициллина (20.000 ЕД/мл): в первые 2 часа – через каждые 15 минут, далее – через каждый час. В последние годы применяют инстилляции окацина, флоксала – 6-8 раз в сутки. На ночь за веки закладывают 1 % эритромициновую мазь. Общее лечение состоит в назначении сульфаниламидных препаратов и антибиотиков в дозах соответственно возрасту.
19. Можно думать о гонобленнорее новорожденных. Диагноз должен быть подтвержден лабораторными бактериологическими исследованиями отделяемого из конъюнктивальной полости. назначают частые закапывания растворов пенициллина (20.000 ЕД/мл): в первые 2 часа – через каждые 15 минут, далее – через каждый час. В последние годы применяют инстилляции окацина, флоксала – 6-8 раз в сутки. На ночь за веки закладывают 1 % эритромициновую мазь. Общее лечение состоит в назначении сульфаниламидных препаратов и антибиотиков в дозах соответственно возрасту.

20. Гонобленнорея. Диагноз должен быть подтвержден лабораторными бактериологическими исследованиями отделяемого из конъюнктивальной полости. назначают частые закапывания растворов пенициллина (20.000 ЕД/мл): в первые 2 часа – через каждые 15 минут, далее – через каждый час. В последние годы применяют инстилляцию окацина, флоксала – 6-8 раз в сутки. На ночь за веки закладывают 1 % эритромициновую мазь. Общее лечение состоит в назначении сульфаниламидных препаратов и антибиотиков в дозах соответственно возрасту.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. Необходимо поставить канальцевую и носовую пробы. При отрицательных обеих пробах нужно предполагать сужение слезных точек или канальцев. При отрицательной носовой пробе – непроходимость носослезного канала.

26. Хронический дакриоцистит. Проводят канальцевую и носовую пробу. Промывание слезоотводящих путей. Выполняют их контрастную рентгенографию. При отсутствии проходимости жидкости в нос показана операция – дакриоцисториностомия.
27. 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.
28. У больной непроходимость слезноносового канала. Проводят рентгенографическое исследование черепа и контрастную рентгенографию слезоотводящих путей. Консультируют больного с оториноларингологом. Как лечебное мероприятие показана операция – дакриоцисториностомия.
29. 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 дакриоцисториностию.
30. Больному назначают рефрактометрию и офтальмометрию. Диагноз – кератоконус. При начальных стадиях выполняют кросслинкинг. При выраженных изменениях – керраринг или кератопластику.
31. Больному выполняют окрашивание роговицы 2% раствором флюоресцеина. Дефект роговицы окрашивается в зеленый цвет, что говорит о наличии эрозии. Назначают антибактериальные препараты, кератопротекторы, антибиотиковые мази.
32. Гнойный кератит, гипопион правого глаза. Гиперметропия слабой степени левого глаза. Назначают инстилляции антибактериальных глазных капель 6-8 раз в день, при тяжелых процессах – каждый час. Кроме капель антибиотики местно назначаются в виде мазей, лекарственных пленок, подконъюнктивальных инъекций. Применяются сульфаниламидные препараты (20% раствор сульфацил-натрия). Рекомендуется использовать одновременно 2-3 препарата, чередуя их между собой. Инстилляции мидриатиков назначаются для

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

33. Диагноз – ползучая язва роговицы. Немедленная госпитализация больного. Назначают инстилляции антибактериальных глазных капель 6-8 раз в день, при тяжелых процессах – каждый час. Кроме капель антибиотики местно назначаются в виде мазей, лекарственных пленок, подконъюнктивальных инъекций. Применяются сульфаниламидные препараты (20% раствор сульфацил-натрия). Рекомендуется использовать одновременно 2-3 препарата, чередуя их между собой. Инстилляции мидриатиков назначаются для профилактики или лечения иридоциклита. Инстилляции нестероидных противовоспалительных средств проводятся 3-4 раза в день. Общая терапия включает внутримышечное введение антибиотиков, и внутривенное введение антибактериальных препаратов. Внутримышечно вводится диклофенак, внутрь или внутримышечно назначаются антигистаминные препараты. В репаративной стадии назначаются кератопластические средства.
34. У больного на фоне язвы роговицы имеется десцеметоцеле. Необходима госпитализация. Наложение контактной линзы как бандажа, Прикрытие роговицы конъюнктивой или кератопластика.
35. 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.
36. 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 инстилляции 3% раствора тубазида, 5% раствора салюзиды, подконъюнктивальные инъекции 5% раствора салюзиды. Дополнительно местно применяют кортикостероиды, мидриатики.

37. 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.
38. Древоподобный герпетический кератит. Для лечения используют противовирусные средства: 5-йод-2-дезоксинуридин (ИДУ), 3% мазь ацикловира (зовиракс, вирулекс). Назначают частые инстилляций 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.
39. У больного миопия слабой степени правого глаза, васкуляризованное пятно роговицы левого глаза. Для лечения выполняют кератопластику.
40. 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. Рекомендуются назначать антибиотики, салицилаты, кортикостероиды, антигистаминные средства, тепловые процедуры, магнитотерапию, магнитофорез с противовоспалительной смесью, облучение гелий-неоновым лазером.
41. У больной ирит правого глаза. Назначают средства, расширяющие зрачок, противовоспалительные и противоаллергические средства – кортикостероиды (инстилляций 0,1% раствора дексаметазона не менее 6 раз в день, парабульбарные или подконъюнктивальные инъекции 0,4% раствора дексаметазона). Применяют нестероидные противовоспалительные средства, парабульбарные и внутримышечные инъекции антибиотиков широкого спектра действия, антигистаминные препараты. Для уменьшения воспалительных явлений назначают тепловые процедуры.
42. 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.

43. 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.
44. Больного нужно обследовать в условиях расширенного зрачка. Если дополнительных данных не получено, то у него начинающаяся возрастная катаракта обоих глаз. Назначают инстилляции препаратов, улучшающих метаболические процессы в хрусталике.
45. Начинающаяся возрастная катаракта, миопия правого глаза. Больного нужно обследовать в условиях расширенного зрачка. Назначают инстилляции препаратов, улучшающих метаболические процессы в хрусталике.
46. Начинающаяся 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.
47. Незрелая возрастная катаракта правого глаза, гиперметропия слабой степени, начинающаяся возрастная катаракта левого глаза. Лечение оперативное – экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы на правом глазу.

48. Зрелая возрастная катаракта правого глаза, незрелая возрастная катаракта левого глаза. Лечение оперативное – экстракция катаракты с имплантацией интраокулярной линзы на правом глазу.
49. Артифакция правого глаза. В лечении не нуждается.
50. 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.
51. Спаянный рубец роговицы, афакия правого глаза. Лечение – оперативное: пластика радужки с имплантацией интраокулярной линзы на правом глазу.
52. Врожденная глаукома левого глаза. Проводят измерение внутриглазного давления, офтальмоскопию и гониоскопию. Лечение – оперативное.
53. Острый приступ закрытоугольной глаукомы правого глаза, начинающаяся возрастная катаракта левого глаза. В течение 1-го часа производят инстилляцию пилокарпина каждые 15 минут, затем через каждые 30 минут (2-4 раза) и в последующем – через каждый час до купирования приступа. Одновременно в пораженный глаз закапывают какой-либо β -адреноблокатор. Внутрь больной принимает ацетазоламид и глицерол. Назначается гирудотерапия и отвлекающие мероприятия – горячие ножные ванны. При отсутствии эффекта в течение 1-2 часов под контролем артериального давления применяют седативные, антигистаминные, обезболивающие препараты в виде литической смеси. Если через 24 часа приступ не удалось купировать, показана лазерная или хирургическая иридэктомия.
54. Острый приступ закрытоугольной глаукомы левого глаза. В течение 1-го часа производят инстилляцию пилокарпина каждые 15 минут, затем через каждые 30 минут (2-4 раза) и в последующем – через каждый час до купирования приступа. Одновременно в пораженный глаз закапывают какой-либо β -адреноблокатор. Внутрь больной принимает ацетазоламид и глицерол. Назначается гирудотерапия и отвлекающие мероприятия – горячие ножные ванны. При отсутствии эффекта в течение 1-2 часов под контролем артериального давления применяют седативные, антигистаминные, обезболивающие препараты в виде литической смеси. Если через 24 часа приступ не удалось купировать, показана лазерная или хирургическая иридэктомия.

55. У больного первичная открытоугольная начальная глаукома с нормальным внутриглазным давлением. Учитывая компенсацию офтальмотонуса, больной должен использовать те гипотензивные препараты, которые он получает.
56. Возможный диагноз: первичная открытоугольная развитая глаукома левого глаза. Проводят тонометрические и тонографические исследования. При отсутствии компенсации офтальмотонуса назначают гипотензивные препараты с контролем внутриглазного давления. При отсутствии нормализации уровня ВГД – оперативное лечение.
57. 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.
58. 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.
59. Возможный диагноз: берлиновское помутнение сетчатки обоих глаз. Перелом основания черепа? Производят рентгенографию черепа в двух проекциях, направляют больного к невропатологу и нейрохирургу.
60. Перелом стенок левой орбиты. Выполняют рентгенографию черепа в двух проекциях. При смещении отломков – пластические операции на стенках орбиты.
61. 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.
62. Подвывих хрусталика левого глаза. Проводят биомикроскопию с расширенным зрачком, ультразвуковое исследование левого глазного яблока. Лечение – экстракция хрусталика с имплантацией интраокулярной линзы.

63. 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.
64. 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, гипфема 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.
65. Непроницающая резаная рана роговицы левого глаза. Назначают антибактериальные препараты в виде капель и мазей, кератопротекторы.
66. Проникающее ранение роговицы правого глаза. Проводят рентгенографию правой орбиты, ультразвуковое исследование правого глаза. Вводят противостолбнячную сыворотку. Назначают антибактериальные препараты в виде капель и мазей.
67. Проникающее корнеосклеральное ранение правого глаза с выпадением оболочек, гипфема правого глаза. Врач скорой помощи инстиллирует в глаз дезинфицирующие капли, проводит обезболивание, накладывает биную повязку и доставляет больного в стационар.
68. Проникающее склеральное ранение правого глаза с выпадением оболочек, гипфема, 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.
69. Щелочной химический ожог II степени обоих глаз. Первая помощь – удаляют частички извести, промывают конъюнктивальный мешок

водой, дезинфицирующими растворами или слабым кислотным раствором. В глаз закапывают какие-либо дезинфицирующие растворы и закладывают мази. Под конъюнктиву и своды вводят гемодез ежедневно в течение 6-7 дней. Показано также подконъюнктивальное введение «коктейля», в состав которого входят аутосыворотка, антибиотики, сосудорасширяющие препараты и антикоагулянты. Хороший эффект при тяжелых ожогах наблюдается в результате применения сыворотки ожоговых реконвалесцентов путем подконъюнктивальных и внутривенных инъекций.

70. Электроофтальмия. Лечение заключается в инстилляциях раствора дикаина, 2% раствора новокаина и стерильного вазелинового масла, а также 30% раствора сульфацил-натрия. Полезны холодные примочки.
71. 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.
72. 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.
73. Острый эпидемический конъюнктивит. Применяют закапывания в глаз антимикробных препаратов каждые 2-4 часа в течение нескольких дней. По мере стихания воспаления частоту инстилляций снижают до 3-5 раз в сутки.
74. 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.

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