

**М.К. Дикамбаева,
Л.Б. Гогаева**

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ ПО ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Бишкек 2014

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

**М.К. Дикамбаева,
Л.Б. Гогаева**

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ ПО ОФТАЛЬМОЛОГИИ

**Учебное пособие
для студентов медицинских вузов**

*Посвящается 20-летию
медицинского факультета КРСУ*

Бишкек 2014

УДК 617 (075.8)

Д 45

Рецензенты:

Ч.Т. Сайдахметова, доцент кафедры офтальмологии КГМА
им. И.К. Ахунбаева, канд. мед. наук;

Ч.С. Базарбаева, доцент кафедры офтальмологии КГМА
им. И.К. Ахунбаева, канд. мед. наук;

Т.А. Изаева, доцент кафедры офтальмологии
и оториноларингологии КРСУ, д-р мед. наук

Рекомендовано к изданию Ученым советом медицинского
факультета КРСУ

Дикамбаева М.К. Гогаева Л.Б.

Д 45 **КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ ПО ОФТАЛЬМОЛОГИИ:**
учебное пособие для ст. медиц. вузов. Бишкек: Изд-во
КРСУ, 2014. 78 с.

В первой части пособия представлены клинические задачи по офтальмологии, затрагивающие наиболее частые и распространенные офтальмологические проблемы. Задачи сгруппированы по основным офтальмологическим синдромам. В процессе обучения рекомендуется решать задачи самостоятельно. Во второй части пособия приведены ответы на предлагаемые клинические задачи для контроля правильности решения.

Для студентов медицинских вузов.

© ГОУВПО КРСУ, 2014

СОДЕРЖАНИЕ

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ	4
Тема 1. Рефракция глаза	4
Тема 2. Травмы глазного яблока	12
Тема 3. Синдром «красного глаза» без снижения зрительных функций	21
Тема 4. Синдром «красного глаза» со снижением зрительных функций	28
Тема 5. Синдром «белого глаза» с медленным снижением зрительных функций	36
Тема 6. Синдром «белого глаза» с быстрым снижением зрительных функций	44
ОТВЕТЫ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ	51
Тема 1. Рефракция глаза	51
Тема 2. Травмы глазного яблока	55
Тема 3. Синдром «красного глаза» без снижения зрительных функций	60
Тема 4. Синдром «красного глаза» со снижением зрительных функций	64
Тема 5. Синдром «белого глаза» с медленным снижением зрительных функций	70
Тема 6. Синдром «белого глаза» с быстрым снижением зрительных функций	74

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Тема 1. РЕФРАКЦИЯ ГЛАЗА

Задача 1

К офтальмологу обратился подросток 16 лет с жалобами на низкое зрение левого глаза. Со слов пациента, зрение левого глаза снижено с детства, до этого к врачу не обращался, очками не пользовался.

При осмотре: Visus OD = 1,0 б/к.

Visus OS = 0,03 с корр. convex sph + 6,5 Д = 0,09.

OU – глаза спокойные, движения глаз в полном объеме, безболезненные, веки не изменены, правильный рост ресниц.

Конъюнктивы бледно-розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, OD= OS, фотореакция сохранена. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в пределах возрастной нормы.

УЗИ глаз: ПЗО OD = 21,9 мм; ПЗО OS = 23,8.

1. Поставьте диагноз.

2. Ваши рекомендации по лечению данного пациента.

Задача 2

К врачу обратился пациент 15 лет с жалобами на низкое зрение правого глаза. Со слов мамы, впервые заметили снижение зрения правого глаза около 4 лет назад, но к врачу не обращались, не лечились, очками никогда не пользовался.

При осмотре: Visus OD = 0,2 с корр. concav sph – 4,75 Д = 1,0.

Visus OS = 1,0 б/к.

OU – глаза спокойные, движения глаз в полном объеме, безболезненные, веки не изменены, правильный рост ресниц.

Конъюнктивы бледно-розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, OD= OS, фотореакция сохранена. Оптические среды прозрачные. Глазное дно OD: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, с височной стороны диска миопический конус в 1/5 PD, сосуды не изменены, очаговой патологии не выявлено.

Глазное дно OS: в пределах возрастной нормы.

1. Поставьте диагноз.
2. Ваши рекомендации по коррекции и лечению данного пациента.

Задача 3

К офтальмологу обратился подросток 13 лет с жалобами на низкое зрение обоих глаз. Со слов мамы, впервые выявили снижение зрения обоих глаз год назад при прохождении профилактического осмотра в школе, был направлен в поликлинику по месту жительства, но по семейным обстоятельствам на прием не попали.

При осмотре: Visus OD = 0,2 с корр. concav sph – 2,0 Д= concav cyl-4,0Д ax 90°=1,0.

Visus OS = 0,3 с корр. concav sph – 1,0 Д= concav cyl - 5,5Д ax 90°=1,0.

OU – глаза спокойные, движения глаз в полном объеме, безболезненные, веки не изменены, правильный рост ресниц.

Конъюнктива бледно-розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, OD = OS, фотореакция сохранена. Оптические среды прозрачные. Глазное дно: ДЗН бледно-розовые, границы четкие, с височной стороны дисков миопический конус в 1/5 PD, калибр и ход сосудов не изменены, очаговой патологии сетчатки не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Ваши рекомендации по коррекции и лечению данного пациента.

Задача 4

К офтальмологу обратился студент горного института 19 лет. Из анамнеза следовало, что год назад ему была выполнена лазерная коррекция близорукости, до операции носил контактные линзы -6,75Д на оба глаза, но коррекция была неполная. После операции в коррекции не нуждается.

При осмотре: Visus OD = 0,8 не корр.

Visus OS = 0,8 не корр.

OU – глаза спокойные, движения глаз в полном объеме, безболезненные, веки не изменены, правильный рост ресниц.

Конъюнктива бледно-розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, OD = OS, фотореакция сохранена. Оптические среды прозрачные. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, с височной стороны дисков миопический конус в 1/3 PD, сетчатка умеренно растянута, макулярный рефлекс отсутствует, артерии сужены, вены не изменены.

УЗИ глаз: ПЗО OD = 24,5 мм; ПЗО OS = 24,5 мм.

1. Поставьте диагноз.

2. Ваши рекомендации по коррекции и лечению данного пациента.

Задача 5

К врачу обратился подросток 16 лет с жалобами на низкое зрение на обоих глазах. Из анамнеза: зрение обоих глаз снижено с 8 лет, в течение последних 5 лет постоянно носит очки. Около 4 лет назад была выполнена склеропластика на обоих глазах.

При осмотре: Visus OD = 0,04 с корр. concav sph – 8,5 D=1,0.

Visus OS = 0,03 с корр. concav sph – 8,0 D=1,0.

OU – глаза спокойные, движения глаз в полном объеме, безболезненные, веки не изменены, правильный рост ресниц.

Конъюнктива бледно-розовая, гладкая, в 4-х квадрантах на конъюнктиве на расстоянии 10–12 мм от лимба видны нежные линейные рубцы, дистальнее которых просматриваются трансплантаты гомосклеры.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, OD = OS, фотореакция сохранена. Хрусталики прозрачные, в стекловидном теле определяются плавающие помутнения. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, с височной стороны дисков миопическая стафилома, в макулярной зоне рефлекс отсутствует, отмечается перераспределение пигмента, сосуды сетчатки сужены, сетчатка растянута.

УЗИ глаз: ПЗО OD = 27,9 мм; ПЗО OS = 27,9 мм.

1. Поставьте диагноз.
2. Выпишите рецепт на очки.
3. Можно ли в данном случае применить современные методы коррекции аметропии.

Задача 6

К офтальмологу обратился подросток 15 лет с жалобами на плохое зрение на обоих глазах вдаль. Из анамнеза: зрение обоих глаз снижено с 10 лет, в течение последних 5 лет постоянно носит очки, которые недавно сломал.

При осмотре: Visus OD = 0,1 с корр. concav sph – 4,0 D=1,0.

Visus OS = 0,6 с корр. concav sph – 1,0 D=1,0.

OU – глаза спокойные, движения глаз в полном объеме, безболезненные, веки не изменены, правильный рост ресниц.

Конъюнктив бледно-розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, OD = OS, фотореакция сохранена. Оптические среды прозрачные. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, с височной стороны дисков узкий миопический конус (OD>OS), очаговой патологии не выявлено, сосуды умеренно сужены.

УЗИ глаз: ПЗО OD = 24,9 мм; ПЗО OS = 24,1 мм.

1. Поставьте диагноз.
2. Выпишите пациенту очки для дали.
3. Объясните, в чем заключаются недостатки очковой коррекции аметропии для данного пациента.
4. Назовите возможные современные способы коррекции аметропии.

Задача 7

К врачу обратился пациент 17 лет с жалобами на снижение зрения обоих глаз вблизи, головную боль, двоение в глазах, бессонницу, общую слабость, сухость во рту. Вышеуказанные жалобы появились накануне. В анамнезе – в течение последнего месяца были интенсивные зрительные нагрузки (сдавал экзамены),

два дня назад участвовал в выпускном вечере в школе, на котором пил какие-то напитки.

При осмотре: Visus OD = 1,0 с диафрагмой.

Visus OS = 1,0 с диафрагмой.

OU – глаза спокойные, движения глаз в полном объеме, без болезненных, веки не изменены, правильный рост ресниц. Конвергенция глаз отсутствует.

Конъюнктив бледно-розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, OD = OS = 8 мм, прямая и содружественная реакция на свет отсутствуют. Оптические среды глаз прозрачные. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, сосуды сетчатки из центра, не изменены, очаговой патологии не выявлено.

Температура тела 37,8°C. АД = 120/80, пульс 78 уд/мин, ритмичный.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите возможные причины развития патологии.
3. Ваша тактика ведения пациента.

Задача 8

К врачу обратилась мама с дочкой 10 лет, которая жалуется на снижение зрения обоих глаз вдаль, головную боль. Со слов мамы, девочка впервые стала предъявлять вышеуказанные жалобы около 3–4 недель назад, до этого зрение обоих глаз было хорошим, что подтверждается записью в амбулаторной карте, сделанной год назад во время профилактического осмотра.

При осмотре: Visus OD = 0,1 с корр. concav sph – 2,0 Д = 1,0.

Visus OS = 0,1 с корр. concav sph – 2,0 Д = 1,0.

OU – глаза спокойные, движения глаз в полном объеме, без болезненных, веки не изменены, правильный рост ресниц.

Конъюнктив бледно-розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, OD = OS, фотореакция сохранена. Оптические среды глаз прозрачные. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, сосуды сетчатки не изменены, очаговой патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причину развития патологии.
3. Ваша тактика ведения пациентки.

Задача 9

К офтальмологу обратился пациент 70 лет с жалобами на плохое зрение обоих глаз вблизи. Со слов пациента, зрение вблизи стало ухудшаться около 20 лет назад, пользовался очками для близи, но месяц назад потерял их.

При осмотре: Visus OD = 1,0 без корр.

Visus OS = 1,0 без корр.

OU – глаза спокойные, движения глаз в полном объеме, безболезненные, веки не изменены, правильный рост ресниц.

Конъюнктивы бледно-розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, OD = OS, фотореакция сохранена. Оптические среды глаз прозрачные. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, сосуды сетчатки сужены, очаговой патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Выпишите рецепт на очки для работы на близком расстоянии.

Задача 10

К врачу обратился пациент 40 лет с жалобами на ухудшение зрения обоих глаз вблизи. Со слов пациента, в течение многих лет постоянно носит очки, но в последние 6 месяцев стал в них плохо видеть вблизи.

При осмотре:

Visus OD = 0,4 с корр. convex sph+ 2,5 Д=1,0.

Visus OS = 0,4 с корр. convex sph+ 2,5 Д=1,0.

OU – глаза спокойные, движения глаз в полном объеме, безболезненные, веки не изменены, правильный рост ресниц.

Конъюнктивы бледно-розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, OD = OS, фотореакция сохранена. Оптические среды

глаз прозрачные. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, сосуды сетчатки не изменены, очаговой патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Выпишите очки для дали и для близи.

Задача 11

К врачу обратился пациент 60 лет с жалобами на низкое зрение обоих глаз вдаль и вблизи. Из анамнеза: зрение обоих глаз снижено приблизительно с 20 лет, постоянно носит очки. Три дня назад случайно сломал очки.

При осмотре:

Visus OD = 0,1 с корр. concav sph-5,0 Д=1,0.

Visus OS = 0,1 с корр. concav sph-5,0 Д=1,0.

OU – глаза спокойные, движения глаз в полном объеме, безболезненные, веки не изменены, правильный рост ресниц.

Конъюнктивы бледно-розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, OD = OS, фотореакция сохранена. Оптические среды глаз прозрачные. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, с височной стороны узкий миопический конус, сосуды сетчатки сужены, очаговой патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Выпишите очки для дали и для близи.

Задача 12

К офтальмологу обратилась мама с сыном 15 лет с жалобой на низкое зрение правого глаза. Со слов мамы, зрение правого глаза снижено с 7 лет, постоянно носит очки. Год назад был удален левый глаз после травмы, полученной разбитым стеклом очков во время драки.

При осмотре: Visus OD = 0,4 с корр. concav sph - 3,5 Д=1,0.

Visus OS = 0 (анофтальм).

OD – глаз спокойный, движения в полном объеме, безболезненные, веки не изменены, рост ресниц правильный.

Конъюнктива бледно-розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачок в центре, округлый, фотореакция сохранена. Оптические среды глаза прозрачные. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, с височной стороны миопический конус в $\frac{1}{4}$ PD, артерии немного сужены, вены не изменены, очаговой патологии не выявлено.

OS – конъюнктивальная полость чистая, отделяемого нет, культи подвижная, положение протеза правильное, по центру.

1. Поставьте диагноз.

2. Выпишите пациенту очки.

Тема 2. ТРАВМЫ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА

Задача 1

В глазной травмпункт обратился пациент, 19 лет с жалобами на боль, слезотечение, светобоязнь, покраснение, чувство инородного тела в правом глазу. Со слов пациента, около 2-х часов назад на стройке при работе со шлифовальным кругом в правый глаз что-то попало. Самостоятельно промыл глаз проточной водой, но без видимого эффекта. До травмы жалоб со стороны органа зрения не было.

При осмотре: Visus OD = 0,5 не корр.

Visus OS = 1,0.

OD – глазная щель сужена, веки отечные, гиперемированы, обильное слезотечение. Выраженная конъюнктивальная инъекция. На роговице на 10 и 5 часах в парацентральной зоне в поверхностных слоях роговицы определяются 2 инородных тела округлой формы, светло-серого цвета, диаметром 1–1,5 мм. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Зрачок в центре, округлый, реакция на свет сохранена, OD = OS. Глублежащие среды глаза прозрачные. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, сосуды не изменены, очаговой патологии не выявлено.

OS – глаз спокойный, движения в полном объеме, безболезненные, веки не изменены, рост ресниц правильный.

Конъюнктив бледно-розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачок в центре, округлый, фотореакция сохранена. Оптические среды глаза прозрачные. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, сосуды не изменены, очаговой патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Ваша тактика.
3. Какие необходимо провести дополнительные методы исследования.

Задача 2

В глазной травмпункт скорой помощью доставлена пациентка с жалобами на снижение зрения, резкую боль, выраженную

светобоязнь, обильное слезотечение и покраснение обоих глаз. Со слов больной, около 30 минут назад дома при консервировании пыталась открыть бутылку с уксусной кислотой и разбрызгала раствор на кожу лица и оба глаза. Дома промыла лицо и глаза проточной водой и вызвала скорую помощь. До травмы жалоб со стороны органа зрения не было.

При осмотре:

OU – выраженный блефароспазм, резкий отек и гиперемия век, светобоязнь, слезотечение.

OD – конъюнктив тусклая, серого оттенка, роговица диффузно мутная («матовое» стекло).

OS – выраженная гиперемия конъюнктивы, легкий отек эпителия роговицы.

1. Поставьте диагноз.
2. Какую необходимо оказать неотложную помощь.
3. Тактика врача после оказания неотложной помощи.

Задача 3

Ночью в глазной травмпункт обратился пациент 20 лет с жалобами на резкие боли в обоих глазах, выраженную светобоязнь, невозможность открыть глаза, обильное слезотечение и покраснение обоих глаз. Вышеперечисленные жалобы появились вечером без видимых причин. Пациент работает на стройке, где весь день проводились электросварочные работы.

При осмотре:

Visus OU = 1,0.

OU – выраженный блефароспазм и гиперемия конъюнктивы, на роговице отмечаются отдельные участки слущенного эпителия. Глублежащие отделы глаз без изменений.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Задача 4

В глазной травмпункт обратился пациент 45 лет с жалобами на снижение зрения на левом глазу. Со слов больного, накануне

вечером по дороге с работы домой поскользнулся, упал и ударился левой половиной головы о бордюр. Зрение левого глаз снизилось сразу после падения. До травмы зрение обоих глаз было хорошим.

При осмотре:

Visus OD = 1,0 без корр.

Visus OS = 0,2 не коррегирует.

OD – глаз спокойный, патологии не выявлено.

OS – легкий отек и гиперемия век, в наружной половине глаза массивное субконъюнктивальное кровоизлияние. Роговица прозрачная, ПК средней глубины, в нижних отделах ПК отмечается гифема 2 мм. Зрачок деформирован, овальной формы, фотореакция ослаблена, на радужке с 12 до 3 часов участок иридодиализа. Рефлекс с глазного дна розовый.

1. Поставьте диагноз.
2. План обследования пациента.
3. Тактика ведения данного больного.

Задача 5

К врачу обратился пациент 27 лет с жалобами на выраженное покраснение, невозможность открыть, выпячивание левого глаза. Со слов больного, накануне участвовал в соревнованиях по восточным единоборствам и получил травму головы, после чего появились вышеперечисленные жалобы. При осмотре:

Visus OD = 1,0 без корр.

Visus OS = 0,9 не коррегирует.

OD – глаз спокойный, патологии не выявлено.

OS – подкожное кровоизлияние обоих век, глазная щель закрыта, самостоятельно открыть глаз пациент не может, выраженные экзофтальм. Движения глазного яблока полностью отсутствуют, в нижней половине массивное субконъюнктивальное кровоизлияние. Роговица прозрачная, ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Радужка не изменена, зрачок в центре, округлый, расширен (диаметр 8 мм), реакция на свет отсутствует. Рефлекс с глазного дна розовый.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить.
3. Тактика ведения данного больного.

Задача 6

К врачу обратился пациент 47 лет с жалобами на снижение зрения на правом глазу. Со слов больного, около 3 часов назад занимался дома мелким ремонтом автомобиля, во время которого что-то попало в правый глаз и пациент почувствовал резкий укол в этом глазу. Боль в данное время не беспокоит, но зрение правого глаза снизилось.

При осмотре:

Visus OD = 0,4 не корригирует.

Visus OS = 1,0 без корр.

OD – легкая смешанная инъекция глаза, глазная щель несколько сужена. Роговица прозрачная, гладкая, на 2 часах парacentрально точечное помутнение диаметром 1 мм. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Радужка не изменена, на 2 часах на радужке темное отверстие, сквозь которое просвечивает розовый рефлекс с глазного дна. Зрачок в центре, округлый, фотореакция сохранена. Глазное дно не изменено.

OS – глаз спокойный, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить.
3. Тактика ведения данного больного.

Задача 7

К врачу обратился пациент 18 лет с жалобами на снижение зрения и покраснение правого глаза. Со слов больного, вышеуказанные жалобы появились около 2 часов назад, когда на работе при разгрузке из кузова машины рулонов проволочной сетки травмировал правый глаз о проволоку. До травмы зрение обоих глаз было сниженным с 15 лет, периодически пользовался очками для дали.

При осмотре:

Visus OD = 0,09 не корригирует.

Visus OS = 0,6 concav sph -2,0D = 1,0.

OD – глазная щель сужена, смешанная инъекция глазного яблока. На 9 часах в 4 мм от лимба дефект конъюнктивы размером 3 x 5 мм, края раны конъюнктивы имbibированы кровью. В центре конъюнктивального дефекта на склере проминирующее темное образование 2,5 x 3 мм. Роговица прозрачная, гладкая. ПК глубже средней, влага ПК прозрачная. Зрачок овальной формы, подтянут к 9 часам. При исследовании в проходящем свете рефлекс с глазного дна тусклый, определяются массивные плавающие помутнения. Глазное дно не детализируется.

OS – глаз спокойный, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить.

3. Тактика ведения данного больного.

Задача 8

К офтальмологу обратился пациент 48 лет с жалобами на сильную боль, снижение зрения и покраснение правого глаза. Из анамнеза: 2 дня назад при выполнении строительных работ на даче (покрывал крышу металлочерепицей) что-то попало в правый глаз. Пациент самостоятельно промыл глаз проточной водой, закапал раствор сульфацила-натрия 30% из автомобильной аптечки. До травмы зрение обоих глаз было хорошим, с 40 лет пользовался очками для дали и для близи.

При осмотре:

Visus OD = 0,05 не корригирует.

Visus OS = 0,6 convex sph + 1,0D = 1,0.

OD – глазная щель сужена, выраженная смешанная инъекция глазного яблока, определяется выраженная циклитическая болезненность. На роговице в оптической зоне линейный дефект длиной 2 мм, на эндотелии роговицы снизу преципитаты. ПК мелкая, снизу в ПК гипопион высотой 1,5 мм. Радужка зеленоватого цвета

(слева радужка серого цвета). На 3 часах в зрачковой зоне радужки дефект. Зрачок узкий, неправильной формы, подтянут к 3 часам. В просвете зрачка определяется серовато-желтая пленка экссудата. Рефлекс с глазного дна тусклый, глазное дно не детализируется.

OS – глаз спокойный, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить.

3. Тактика ведения данного больного.

Задача 9

К офтальмологу обратился пациент 72 лет с жалобами на отсутствие предметного зрения, сильную боль и покраснение правого глаза. Со слов больного, несколько дней назад выполнял дома ремонтные работы, и при работе бензопилой что-то попало в правый глаз. К врачу обратился впервые. До травмы зрение обоих глаз было хорошим, пользовался очками для близости.

При осмотре:

Visus OD = 1/∞ pr. l. incertae.

Visus OS = 1,0.

OD – глазная щель резко сужена, отек обоих век, движения глаза в полном объеме. Выраженная смешанная инъекция глазного яблока, хемоз конъюнктивы. На 6 часах у лимба проникающая рана роговицы длиной 2 мм, в просвете которой видна радужка. ПК отсутствует, рисунок радужки стушеван. Зрачок неправильной формы, подтянут к 6 часам, реакция на свет отсутствует. Рефлекс с глазного дна желтый.

OS – глаз спокойный, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить.

3. План лечения данного больного.

Задача 10

В глазной травмпункт доставлен скорой помощью пациент 53 лет с жалобами на плохое общее состояние, слабость, выра-

женную головную боль, отсутствие зрения, сильную боль и покраснение левого глаза. Из анамнеза: несколько дней назад получил травму левого глаза во время полевых работ. В районной больнице была произведена первичная хирургическая обработка раны. Однако пациент на следующий день самовольно покинул отделение и прекратил лечение. До травмы с 15 лет зрение обоих глаз было снижено, пользовался очками для дали.

При осмотре:

Visus OD = 0,5 concav sph -2,0Д = 1,0.

Visus OS = 0 (ноль).

OD – глаз спокойный, патологии не выявлено.

OS – выраженный отек и гиперемия век, подкожное кровоизлияние верхнего века. Глазная щель смыкается не полностью, между краями век выступает конъюнктива. Выраженный экзофтальм, при раскрытии глазной щели векоподъемниками боль в глазу резко усиливается. Движения глазного яблока полностью отсутствуют, выраженная инъекция глаза. Роговица мутная, в оптической зоне роговицы видны 2 узловых шва, ПК полностью заполнена гноем. Глублежащие отделы глаза не детализируются.

1. Поставьте диагноз.

2. План лечения данного больного.

Задача 11

К врачу обратилась пациентка 20 лет с жалобами на покраснение, снижение зрения и боль в правом глазу. Со слов больной, вышеперечисленные жалобы беспокоят около 7 дней. Также беспокоит покраснение левого глаза. Из анамнеза: в возрасте 8 лет пациентка получила травму левого глаза осколком оконного стекла, в офтальмологическом отделении была произведена первичная хирургическая обработка раны левого глаза. Зрение левого глаза после травмы очень низкое, периодически отмечалось покраснение этого глаза. Правый глаз никогда не болел, зрение было хорошее, но в течение последних 1,5 лет пациентка стала замечать светобоязнь на правом глазу. К врачу не обращалась в течение многих лет.

При осмотре:

Visus OD = 0,1 не коррегирует.

Visus OS = счет пальцев на расстоянии 40 см от лица.

OD – смешанная инъекция глазного яблока, на эндотелии роговицы множественные преципитаты, ПК средней глубины. Рисунок радужки ступенчат, зрачок в центре, неправильной формы, на свет не реагирует, множественные задние синехии. В просвете зрачка пленка экссудата. Рефлекс с глазного дна тусклый, глазное дно не просматривается.

OS – глаз несколько уменьшен в размерах, перикорнеальная инъекция глазного яблока. На роговице с 10 до 4 часов плотный линейный рубец серого цвета с прорастанием сосудов. На эндотелии роговицы мелкие преципитаты. ПК средней глубины, неравномерная, влага ПК прозрачная. Тотальная колобома радужки с 10 до 2 часов, выраженный рубеоз радужки. В стекловидном теле множественные плавающие помутнения, из-за чего невозможно рассмотреть детали глазного дна.

1. Поставьте диагноз.

2. План лечения данного больного.

Задача 12

К дежурному врачу глазного травмпункта обратился пациент 48 лет с жалобами на резкое снижение зрения, покраснение левого глаза. Со слов больного, 2 часа назад открывал бутылку шампанского и вылетевшая из бутылки пробка ударила по левому глазу. До травмы зрение обоих глаз было одинаково хорошим.

При осмотре:

Visus OD = 1,0 без корр.

Visus OS = 0,04 не коррегирует.

ВГД OU пальпаторно в норме.

OD – глаз спокоен, патологии не выявлено.

OS – подкожное кровоизлияние обоих век, смешанная инъекция глаза. Роговица отечная, ПК немного глубже средней, снизу в ПК определяется гифема высотой 2 мм. Зрачок в центре, слегка неправильной формы, на свет реагирует вяло, при движении гла-

зом отмечается иридолиз. Рефлекс с глазного дна отсутствует, детали глазного дна не просматриваются.

1. Поставьте диагноз.

2. План лечения данного больного.

Тема 3. СИНДРОМ «КРАСНОГО ГЛАЗА» БЕЗ СНИЖЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

Задача 1

К врачу обратилась пациентка 21 года с жалобами на покраснение правого глаза, невозможность открыть глаз, боль в области верхнего века справа. Повышение общей температуры, слабость, недомогание. Вышеуказанные жалобы беспокоят 2 дня, после проведения в салоне красоты коррективки формы бровей.

При осмотре:

Общее состояние больной средней тяжести, температура тела 37,8 °С. Региональные лимфатические узлы справа увеличены в размерах, умеренная болезненность при их пальпации.

Visus OU = 1,0 без корр.

OD – верхнее веко гиперемировано, отечно, при пальпации болезненно, плотной консистенции. Выраженная конъюнктивальная инъекция. Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачок в центре, округлый, фотореакция сохранена. Рефлекс с глазного дна розовый, глазное дно без патологии.

OS – глаз спокоен, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. План лечения данного больного.

Задача 2

К врачу обратился пациент 29 лет с жалобами на покраснение век обоих глаз, чувство тяжести в глазах, жжение, зуд краев век, быструю утомляемость глаз, головную боль. Данные жалобы беспокоят около 1 месяца, к врачу не обращался. Из анамнеза: зрение обоих глаз снижено с 8–9 лет, постоянно носил очки, но 1,5 месяца назад случайно сломал очки и в данное время ими не пользуется.

При осмотре:

Visus OU = 0,4 convex sph + 4,0Д = 1,0.

OU – края век гиперемированы и утолщены, определяются телеангиоэктазии, на коже век и на ресницах большое количество

мелких сероватых чешуек. Конъюнктива рыхлая, умеренно гиперемирована. Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, фотореакция сохранена. Рефлекс с глазного дна розовый, глазное дно без патологии.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план обследования и лечения данного пациента.

Задача 3

К врачу обратился пациент 18 лет с жалобами на покраснение век обоих глаз, выпадение ресниц, сильный зуд краев век. Вышеуказанные явления беспокоят около 2 месяцев.

При осмотре:

Visus OU = 1,0 без корр.

OU – края век гиперемированы, утолщены, телеангиоэктазии по интрамаргинальному краю. На краях век множественные крупные трубевидные серые чешуйки, у основания ресниц корочки, белые муфты, многие ресницы обломаны, истончены.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план обследования и лечения данного пациента.

Задача 4

К врачу обратился пациент 20 лет с жалобами на покраснение, отек и боль нижнего века левого глаза. Данные жалобы появились накануне вечером после переохлаждения.

При осмотре:

Visus OU = 1,0 без корр.

OD – глаз спокоен, патологии не выявлено.

OS – в наружной трети нижнего века определяется ограниченный, гиперемированный, отечный участок, при пальпации резко выраженная болезненность. Движения глаза безболезненные, в полном объеме, патологии со стороны глазного яблока не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план обследования и лечения данного пациента.

Задача 5

К врачу обратилась пациентка 34 лет с жалобами на покраснение обоих глаз, обильное гнойное отделяемое из глаз, склеивание ресниц, невозможность открыть глаза по утрам.

При осмотре:

Visus OU = 1,0 без корр.

OU – веки умеренно гиперемированы, обильное гнойное отделяемое из обоих глаз, ресницы склеены между собой, на них видно засохшее отделяемое. Выраженная гиперемия и отечность конъюнктивы век и глазного яблока. Движения глаз безболезненные, в полном объеме, патологии со стороны глазных яблок не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план лечения данного пациента.

Задача 6

К врачу обратилась пациентка 18 лет с жалобами на покраснение обоих глаз, отделяемое из обоих глаз. Из анамнеза: 3 дня назад без видимых причин появилось покраснение правого глаза, закапывала сульфацил натрия 3–4 раза в день, но без видимого эффекта. Сегодня утром покраснел и левый глаз и появился шум, снижение слуха, боль в правом ухе.

При осмотре:

Visus OU = 1,0 без корр.

OU – выраженный отек век, сужение глазной щели обоих глаз. Выраженная гиперемия, отек и инфильтрация конъюнктивы век и переходных складок, умеренное слизисто-гнойное отделяемое, больше справа. В нижнем конъюнктивальном своде определяются крупные рыхлые фолликулы. Патологии со стороны глазных яблок не выявлено.

Пальпаторно справа определяется периаурикулярная аденопатия.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план обследования и лечения данного пациента.

Задача 7

К врачу обратилась мама с ребенком в возрасте 6 дней. У ребенка накануне появились отек и покраснение век обоих глаз, обильное отделяемое из глаз. Беременность и роды протекали без патологии.

При осмотре:

OU – веки отечные, плотные, синюшно-багровые, открыть веки для осмотра практически невозможно, из глазной щели выделяется кровянисто-гнойное отделяемое. Конъюнктивита резко гиперемирована, разрыхлена, легко кровоточит. Патологии со стороны глазных яблок не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите предположительный путь заражения ребенка.
3. Составьте план обследования и лечения данного пациента.

Задача 8

В начале июня к врачу обратился пациент 18 лет с жалобами на выраженный зуд, жжение глаз и век, покраснение обоих глаз, умеренную светобоязнь, слезотечение, обильное водянистое отделяемое из носа, периодические приступы чихания, резкое затруднение носового дыхания, чувство першения в горле. Вышеуказанные жалобы появились накануне после полевых работ.

При осмотре:

Visus OU = 1,0 без корр.

OU – глазная щель сужена, обильное слезотечение, светобоязнь. Конъюнктивита век и глазного яблока резко гиперемирована и отечная. Отек выражен настолько резко, что роговица обоих глаз «утопает» в окружающей ее отечной конъюнктиве. Патологии со стороны глазных яблок не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план лечения данного пациента.

Задача 9

К врачу обратился пациент 57 лет с жалобами на покраснение и болезненность верхнего века правого глаза, которые появи-

лись накануне. Со слов пациента, 3 года назад впервые заметил на верхнем веке правого глаза плотное образование эластичной консистенции, безболезненное, с четкими краями. Кожа над ним была подвижная. Образование постепенно увеличивалось и стало заметно окружающим. Пациент прогревал веко лампой с синим цветом, применял различные компрессы, после чего и появились покраснение и болезненность.

При осмотре:

Visus OU = 1,0 без корр.

OD – верхнее веко резко отечное, гиперемировано, больше в наружной половине. В наружной трети века около ресничного края пальпируется болезненный инфильтрат размером 20 x 25 мм, в центре которого определяется флюктуация. Глаз спокоен, среды прозрачные, рефлекс с глазного дна розовый, глазное дно без патологии.

OS – глаз и структуры вокруг него не изменены, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план лечения данного пациента.

Задача 10

К врачу обратилась пациентка 36 лет с жалобами на покраснение, боль и отечность в области внутреннего угла левого глаза снизу, слизисто-гнойное отделяемое, слезотечение из левого глаза, повышение общей температуры до 38 °С, слабость, недомогание. Данные жалобы появились 3–4 дня назад, интенсивность и выраженность их нарастала с каждым днем. Из анамнеза: в течение последних 4 лет отмечает постоянное слезотечение и слизисто-гнойное отделяемое из левого глаза. Периодически закапывала сульфацил натрия 30 %, но с временным эффектом.

При осмотре:

Visus OU = 1,0 без корр.

OD – глаз спокоен, патологии не выявлено.

OS – веки отечные, глазная щель сужена, слизисто-гнойное отделяемое из глазной щели. У внутреннего угла глаза снизу отек

и гиперемия кожных покровов, распространяющиеся на щеку и нос. Пальпация этой зоны резко болезненна, в центре определяется флюктуация.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику лечения и дальнейшего ведения пациента.

Задача 11

К врачу обратился пациент 70 лет с жалобами на чувство инородного тела, песка, жжения, рези, сухости в обоих глазах, светобоязнь, плохую переносимость ветра, сигаретного дыма. Данные жалобы беспокоят в течение многих лет и более выражены к вечеру.

При осмотре:

Visus OU = 0,4 convex sph +3,0D = 1,0.

OU – выраженная конъюнктивальная инъекция, складчатость конъюнктивы. В сводах конъюнктивы видны хлопьевидные включения. При окраске флюоресцеином в парацентральной зоне роговицы определяются единичные точечные дефекты эпителия. ПК средней глубины, зрачок в центре, округлый, фото-реакция сохранена. Оптические среды глаз прозрачные, глазное дно в пределах возрастной нормы.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план лечения данного пациента.

Задача 12

К врачу обратился пациент 72 лет с жалобами на покраснение нижнего века правого глаза. Со слов пациента, около 5 лет назад на коже нижнего века правого глаза появился плотный узелок небольших размеров, который постепенно увеличивался. Месяц назад поверхность узелка покраснела и пациент случайно полотенцем травмировал его до крови. С тех пор повреждение кожи не заживает.

При осмотре:

Visus OU = 1,0 без корр.

OD – в средней трети нижнего века определяется язва диаметром 9 мм с приподнятыми в виде валика краями. При пальпации язва безболезненна, покрыта сухой корочкой. После снятия корочки поверхность язвы легко кровоточит, по краям язвы видны бугристые разрастания. Глазное яблоко без патологии.

OS – глаз спокоен, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.

2. Определите план лечения данного пациента.

Тема 4. СИНДРОМ «КРАСНОГО ГЛАЗА» СО СНИЖЕНИЕМ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

Задача 1

К врачу обратился пациент 17 лет с жалобами на покраснение, светобоязнь, слезотечение, чувство жжения в обоих глазах. Со слов пациента, зрение обоих глаз снижено в течение 10 лет, последние 2 года постоянно пользуется мягкими контактными линзами плановой замены. Линзы переносил хорошо, режим ношения и ухода за линзами соблюдал не всегда. В течение последних 3 недель отмечает умеренный дискомфорт при ношении контактных линз.

При осмотре:

Visus OU = 0,1 concav sph – 4,0 = 0,6.

OU – выраженная конъюнктивальная инъекция, на конъюнктиве верхних век определяются мелкие фолликулы и крупные сосочковые разрастания. Роговица слегка отечная, при окрашивании флюоресцеином выявляются множественные точечные эрозии. Глублежащие отделы глаза без патологии.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план лечения данного пациента.

Задача 2

К врачу обратилась мама с сыном 15 лет с жалобами на покраснение правого глаза, невозможность открыть глаз, выраженную светобоязнь и слезотечение, чувство инородного тела в глазу. Со слов подростка, вышеуказанные жалобы появились накануне вечером после того, как во время катания на роликах получил удар веткой дерева по лицу.

При осмотре:

Visus OD = 0,3 не корректирует.

Visus OS = 1,0 без корр.

OD – глазная щель сужена, умеренно выраженная инъекция конъюнктивы. Инородное тело при осмотре конъюнктивы век, роговицы не обнаружено. Роговица в оптической зоне несколько

отечная, тусклая. Глублежащие отделы глазного яблока без патологии.

OS – глаз спокоен, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести.
3. Определите план лечения данного пациента.

Задача 3

К врачу обратилась пациентка 21 года с жалобами на покраснение левого глаза, снижение зрения, светобоязнь, слезотечение, чувство инородного тела в левом глазу. Данные жалобы появились 2 дня назад, в течение последних 1,5 недель лечилась по поводу гриппа.

При осмотре:

Visus OD = 1,0 без корр.

Visus OS = 1,6 не коррегирует.

OD – глаз спокоен, патологии не выявлено.

OS – перикорнеальная инъекция глазного яблока, на роговице в центре определяется инфильтрат в поверхностных слоях причудливой формы в виде веточки дерева. Глублежащие отделы глазного яблока без патологии.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
3. Определите план лечения данного пациента.

Задача 4

К врачу обратился пациент 35 лет с жалобами на покраснение правого глаза, снижение зрения, светобоязнь, слезотечение, чувство инородного тела, невозможность открыть правый глаз. В анамнезе: 2 дня назад в правый глаз попало инородное тело, которое в тот же день было удалено офтальмологом в глазном травмпункте. Капли, которые были назначены врачом, пациент не капал, надеясь, что все пройдет без лечения.

При осмотре:

Visus OD = 0,1 не корректирует.

Visus OS = 1,0 без корр.

OD – глазная щель резко сужена, веки отечные, выраженная смешанная инъекция, на роговице в оптической зоне определяется помутнение желтоватого цвета, размером 3 x 2 мм с нечеткими границами, поверхность роговицы в этой зоне тусклая. Глублежащие отделы глаза без патологии.

OS – глаз спокоен, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.

2. Определите план лечения данного пациента.

Задача 5

К врачу обратился пациент 29 лет с жалобами на снижение зрения, покраснение левого глаза. Со слов пациента, 3 дня назад во время полевых работ в левый глаз попали кусочки сухой травы, которые пациент самостоятельно удалил, промыв глаз водой. Несмотря на это зрение левого глаза снизилось.

При осмотре:

Visus OD = 1,0 без корр.

Visus OS = 0,4 не корректирует.

OD – глаз спокоен, патологии не выявлено.

OS – легкая перикорнеальная инъекция глаза, на роговице парацентральна на 3 часах расположен очаг желтоватого цвета, с четкими границами, окруженный ограниченным валиком инфильтрации, размером 3 x 3 мм. Поверхность данного очага «сухая», как будто состоит из крупинок. Глублежащие отделы глаза не изменены.

1. Поставьте диагноз.

2. Определите план лечения данного пациента.

Задача 6

К врачу обратился пациент 59 лет с жалобами на снижение зрения, покраснение, сильную боль в правом глазу, выраженную светобоязнь и слезотечение. Со слов пациента, глаз болит в течение 2

недель после того, как в глаз что-то попало. К врачу не обращался, не лечился. До этого зрение обоих глаз было одинаково хорошим.

При осмотре:

Visus OD = счет пальцев на расстоянии 20 см от лица.

Visus OS = 1,0 без корр.

OD – выраженная смешанная инъекция глаза, в оптической зоне роговицы очаг размером 6 x 6 мм, один край его инфильтрирован, подрыв в виде кармана, другой край относительно пологий. В центре очага участок прозрачной роговицы размером 1 x 1,5 мм, проминирующий в виде пузырька. В передней камере уровень гноя высотой 4 мм, радужка грязно-зеленого цвета (слева – серого цвета), зрачок узкий.

OS – глаз спокоен, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план лечения данного пациента.

Задача 7

К врачу обратился пациент 32 лет с жалобами на сильную боль, снижение зрения, покраснение правого глаза. Со слов пациента, вышеуказанные жалобы беспокоят около 2 дней после переохладения.

При осмотре:

Visus OD = 0,6 не коррегирует.

Visus OS = 1,0 без корр.

OD – глазная щель несколько сужена, выраженная смешанная инъекция глаза. Роговица прозрачная, на эндотелии роговицы снизу множественные крупные преципитаты. ПК средней глубины, влага ПК опалесцирует. Рисунок радужки стушеван, цвет грязно-зеленый (слева радужка серого цвета). Зрачок в центре, узкий, реакция на свет отсутствует.

OS – глаз спокоен, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
3. Определите план лечения данного пациента.

Задача 8

К врачу обратился пациент 54 лет с жалобами на сильную боль, снижение зрения, покраснение левого глаза; головную боль, особенно в левой половине головы, боли в левой руке. Вышеперечисленные жалобы появились после длительной физической работы на даче.

При осмотре:

Visus OD = 1,0 без корр.

Visus OS = 0,06 не коррегирует.

OD – глаз спокоен, патологии не выявлено.

OS – веки отечные, глазная щель сужена, выраженная застойная инъекция глазного яблока. Роговица отечная, ПК глубиной 2 мм, влага ПК прозрачная. Зрачок неправильной формы, диаметром около 6 мм, реакция на свет отсутствует. Из-за отека роговицы рефлекс с глазного дна тусклый, глазное дно не детализируется.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
3. Первая помощь пациенту с данной патологией.
3. Определите дальнейший план лечения данного пациента.

Задача 9

К врачу обратился пациент 50 лет с жалобами на сильную боль, снижение зрения, покраснение правого глаза; общую слабость, тошноту, боли в области сердца и желудка. Вышеперечисленные жалобы появились после эмоционального стресса во время ночной смены.

При осмотре:

Visus OD = 0,1 не коррегирует.

Visus OS = 1,0 без корр.

АД = 220/120 мм рт. ст.

1. Для каких офтальмологических заболеваний характерны такие симптомы.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза.

3. Дифференциальный диагноз.

4. Неотложная помощь и дальнейший план лечения.

Задача 10

К врачу обратился пациент 62 лет с жалобами на низкое зрение правого глаза. Со слов пациента, 2 года назад зрение правого глаза резко снизилось, глаз покраснел и сильно болел, беспокоило слезотечение, выраженная светобоязнь, ощущение инородного тела в глазу. Лечился в глазном отделении по месту жительства, глаз успокоился, но зрение правого глаза не улучшилось.

При осмотре:

Visus OD = 0,02 не корригирует.

Visus OS = 1,0 без корр.

OD – веки не изменены, глазная щель обычных размеров, конъюнктива бледно-розовая. В центре роговицы определяется помутнение белого цвета, распространяющееся на все слои, границы помутнения четкие. ПК средней глубины, рисунок радужки не изменен, зрачок в центре, округлый, фотореакция сохранена. Из-за помутнения роговицы глублежащие отделы глаза не детализируются.

OS – глаз спокоен, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.

2. Определите план лечения данного пациента.

Задача 11

К врачу обратился пациент 79 лет с жалобами на сильные боли, покраснение, резкое снижение зрения на правом глазу. Из анамнеза: вышеуказанные жалобы появились накануне без видимых причин. За 3 месяца до этого пациент был на приеме у офтальмолога, который выставил диагноз «Незрелая катаракта обоих глаз» и рекомендовал хирургическое лечение (экстракция катаракты). Пациент от операции отказался по семейным обстоятельствам.

При осмотре:

Visus OD = $1/\infty$ pr. l. certae.

Visus OS = 0,08 не корригирует.

OD – глазная щель сужена, застойная инъекция глаза, роговица отечная. ПК практически отсутствует, влага ПК прозрачная. Зрачок диаметром 7 мм, на свет не реагирует. Хрусталик серого цвета с выраженным перламутровым оттенком, рефлекс с глазного дна отсутствует.

OS – глаз спокоен, роговица прозрачная, ПК средней глубины, влага прозрачная. Зрачок в центре, округлый, реакция на свет сохранена. В хрусталике помутнения в слоях, рефлекс с глазного дна тусклый. Глазное дно не детализируется.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
3. Неотложная помощь и дальнейший план лечения.

Задача 12

К врачу обратилась пациентка 49 лет с жалобами на умеренные боли, покраснение и снижение зрения на левом глазу. Из анамнеза: вышеуказанные жалобы появились 2 дня назад без видимых причин. 3 года назад впервые появились боли в левом глазу, лечилась в стационаре в течение трех недель. При выписке зрение левого глаза восстановилось полностью.

При осмотре:

Visus OD = 1,0 без корр.

Visus OS = 0,4 не коррегирует.

OD – глаз спокоен, патологии не выявлено.

OS – глазная щель умеренно сужена, слабовыраженная смешанная инъекция глазного яблока. При пальпации умеренная циклитическая болезненность. Роговица прозрачная, гладкая, на эндотелии роговицы видны мелкие преципитаты. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Зрачок в центре, неправильной формы. При инстиллянии 0,5 % раствора мидриацила зрачок расширяется неравномерно, на 4 и 7 часах зрачковый край фиксирован к передней капсуле хрусталика. На передней капсуле хрусталика по окружности диаметром 3 мм определяются отложения пигмента. Рефлекс с глазного дна тусклый.

1. Поставьте диагноз.
2. Неотложная помощь.
3. Составьте план обследования и дальнейшего лечения данного пациента.

Тема 5. СИНДРОМ «БЕЛОГО ГЛАЗА» С МЕДЛЕННЫМ СНИЖЕНИЕМ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

Задача 1

К врачу обратился пациент 67 лет с жалобами на отсутствие предметного зрения на правом глазу, низкое зрение на левом глазу. Со слов больного, зрение обоих глаз снижалось постепенно, безболезненно, без видимых причин в течение многих лет. К врачу не обращался, не лечился. Около 2 месяцев заметил, что правый глаз не видит.

При осмотре:

Visus OD = $1/\infty$ pr. l. certae.

Visus OS = 0,2 не корригирует.

OD – глаз спокоен, конъюнктива бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая, ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Зрачок в центре, округлый, фотореакция сохранена. Рефлекс с глазного дна отсутствует. ВГД = 18 мм рт. ст.

OS – глаз спокоен, конъюнктива бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая, ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Зрачок в центре, округлый, фотореакция сохранена. При осмотре в проходящем свете на фоне ярко-красного рефлекса с глазного дна определяются помутнения в виде спиц, верхушки которых направлены к центру, а основание – к периферии. На глазном дне очаговой патологии не выявлено. ВГД = 19 мм рт. ст.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите глазные капли, которые можно рекомендовать в данном случае.
3. Определите план дальнейшего лечения данного пациента.
4. Возможно ли возвращение зрения пациенту с таким диагнозом.

Задача 2

К врачу обратилась пациентка 62 лет с жалобами на низкое зрение на правом глазу. Со слов больной, зрение правого глаза снижалось без видимых причин, постепенно, безболезненно в

течение трех лет. По рекомендации офтальмолога закапывала в правый глаз витаминные капли, но зрение продолжало снижаться. Два года назад пациентке была удалена катаракта на левом глазу.

При осмотре:

Visus OD = 0,04 не корригирует. ВГД OD = 19 мм рт. ст.

Visus OS = 1,0 без корр. ВГД OS = 20 мм рт.ст.

OD – глаз спокоен, конъюнктива бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая, ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Зрачок в центре, округлый, фотореакция сохранена. При осмотре в проходящем свете рефлекс с глазного дна неравномерный, тусклый. Глазное дно не детализируется.

OS – глаз спокоен, конъюнктива бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. Вверху у лимба с 13 до 14 часов нежный рубец длиной 2 мм. ПК глубже средней, влага ПК прозрачная. Зрачок в центре, округлый, реакция на свет сохранена. В центре зрачка определяется ИОЛ, рефлекс с глазного дна розовый, глазное дно без патологии.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите глазные капли, которые были рекомендованы пациентке для закапывания в правый глаз.
3. Назовите способ экстракции катаракты, выполненный на левом глазу пациентки.
4. Определите план дальнейшего ведения данной пациентки.

Задача 3

К врачу обратился пациент 80 лет с просьбой выписать очки для дали и для близи, т.к. свои очки потерял. В анамнезе: около 20 лет назад перенес на обоих глазах операции по поводу катаракты.

При осмотре:

Visus OU = 0,04 convex sph + 10,0Д = 1,0.

OU – глаза спокойные, конъюнктива бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая, в лимбальной зоне с 10 до 14 часов линейный рубец. ПК глубиной 5 мм, влага ПК прозрачная. Радужка атрофична, рисунок не изменен, при движении глазом от-

мечается дрожание радужки. Зрачок в центре, округлый, реакция на свет живая. Рефлекс с глазного дна розовый, глазное дно в пределах возрастной нормы.

1. Поставьте диагноз.
2. Выпишите очки для дали и для близи.
3. Назовите способ экстракции катаракты, выполненный у данного пациента.

Задача 4

К врачу обратился пациент 72 лет с жалобами на постепенное, безболезненное снижение зрения обоих глаз.

При осмотре:

Visus OD = 0,08 не корригирует.

Visus OS = 0,2 не корригирует.

OU – глаза спокойные, конъюнктива бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Рисунок радужки не изменен, зрачок в центре, округлый, реакция на свет живая.

1. Какие заболевания глаз с подобной симптоматикой, встречающиеся в пожилом возрасте, должен заподозрить врач.
2. Дифференциальная диагностика этих заболеваний.
3. Какие исследования необходимо провести для установления точного диагноза.
4. При каких заболеваниях снижение зрения обратимо, а при каких – необратимо.

Задача 5

К врачу обратился пациент 68 лет с жалобами на постепенное, безболезненное снижение зрения обоих глаз вдаль. Со слов больного, впервые заметил снижение зрения около двух месяцев назад. До этого пользовался очками для чтения (+) 3,0Д, но в последнее время свободно читает газетный шрифт без очков.

При осмотре:

Visus OD = 0,3 concav sph – 3,0Д = 0,5.

Visus OS = 0,04 concav sph – 3,0Д = 0,08.

OU – глаза спокойные, конъюнктива бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Рисунок радужки не изменен, зрачок в центре, округлый, реакция на свет живая. Рефлекс с глазного дна ослаблен, при биомикроскопии определяется ядро хрусталика бурого цвета. На глазном дне справа очаговой патологии не выявлено. Слева глазное дно не детализируется. ВГД OU = 19 мм рт. ст.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Возможно ли улучшение зрения у данного пациента после лечения.

Задача 6

К врачу обратился пациент 69 лет с жалобами на постепенное, безболезненное снижение зрения обоих глаз, больше справа. Со слов больного, зрение обоих глаз снижается постепенно, без видимых причин в течение последних 5 лет. Год назад офтальмологом было рекомендовано закапывать в глаза витаминные капли, но несмотря на регулярные инстилляций зрение обоих глаз продолжало снижаться.

При осмотре:

Visus OD = 0,02 не корригирует. ВГД OD = 35 мм рт. ст.

Visus OS = 0,4 не корригирует. ВГД OS = 29 мм рт. ст.

OU – глаза спокойные, конъюнктива бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Рисунок радужки не изменен, строма радужки атрофична. Зрачок в центре, округлый, реакция на свет сохранена, зрачковая кайма выщелочена. Рефлекс с глазного дна бледно-розовый. Глазное дно: ДЗН серые, границы четкие, краевая экскавация зрительного нерва.

При периметрии определяется сужение полей зрения справа на 50° с носовой стороны, слева на 20° с носовой стороны.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Возможно ли улучшение зрения у данного пациента после лечения.

Задача 7

К врачу обратился подросток 15 лет с жалобами на ухудшение зрения, особенно в вечернее время. Со слов пациента, данные симптомы появились около года назад без видимых причин.

При осмотре:

Visus OU = 1,0 без корр.

OU – глаза спокойные, конъюнктивы бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Рисунок радужки не изменен, зрачок в центре, округлый, реакция на свет сохранена, рефлекс с глазного дна розовый. Глазное дно: ДЗН бледный, границы четкие, на периферии сетчатки множественные пигментные отложения темно-коричневого цвета в виде «костных телец».

1. Поставьте диагноз.

2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза.

3. Назначьте лечение.

3. Можно ли ожидать улучшения состояния зрения у данного пациента после лечения.

Задача 8

К врачу обратился пациент 76 лет с жалобами на постепенное безболезненное снижение зрения обоих глаз. Со слов пациента, зрение обоих глаз снижалось в течение 8 лет без видимых причин. К врачу не обращался, не лечился.

При осмотре:

Visus OD = 0,04 не коррегирует. ВГД OD = 18 мм рт. ст.

Visus OS = 0,06 не коррегирует. ВГД OS = 18 мм рт. ст.

OU – глаза спокойные, конъюнктивы бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Рисунок радужки не изменен, строма радужки атрофична. Зрачок в центре, округлый, реакция на свет сохранена, рефлекс с глазного дна бледно-розовый. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, артерии узкие, склерозированы, вены расширены, полнокровны. В макулярной зоне обширные атрофические очаги с перераспределением пигмента.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Можно ли ожидать улучшения состояния зрения у данного пациента после лечения.

Задача 9

К врачу обратился пациент 36 лет с жалобами на низкое зрение на правом глазу. Со слов пациента, снижение зрения правого глаза обнаружил 2 недели назад случайно, закрыв левый глаз. Год назад проходил медосмотр, нарушений со стороны органа зрения выявлено не было.

При осмотре:

Visus OD = 0,2 не корригирует.

Visus OS = 1,0 без корр.

OD – глаз спокойный, конъюнктива бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Рисунок радужки не изменен, зрачок в центре, округлый, реакция на свет сохранена, рефлекс с глазного дна бледно-розовый. Глазное дно: ДЗН бледный, монотонный, границы четкие, артерии узкие, вены не изменены. Очаговой патологии не выявлено.

OS – глаз спокоен, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите возможные причины развития патологии.
3. Определите план дальнейшего обследования и лечения данного пациента.

Задача 10

К врачу на прием пришел пациент 56 лет с жалобами на низкое зрение обоих глаз. Со слов пациента, снижение зрения обоих глаз заметил около трех месяцев назад. К врачу не обращался, не лечился. В анамнезе: многократный прием внутрь в больших количествах непивцевых спиртосодержащих жидкостей.

При осмотре:

Visus OU = 0,08 не корригирует.

OU – глаза спокойные, передний отдел глаз без патологии. Рефлекс с глазного дна бледно-розовый. Глазное дно: ДЗН блед-

ные, границы четкие, артерии резко сужены, вены умеренно сужены. Очаговой патологии не выявлено.

Поля зрения на белый, красный и зеленый цвета на периметре Гольдмана не удается проверить, т.к. пациент не понимает поставленной перед ним задачи.

Контрольно поля зрения обоих глаз концентрически сужены.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план лечения данного пациента.

Задача 11

К врачу обратился пациент 19 лет с жалобами на двоение в глазах и отклонение правого глаза кнутри. Вышеперечисленные жалобы появились около 1 месяца назад после драки. К врачу не обращался, не лечился.

Приосмотре:

Visus OD = 0,4 concav sph -2,5Д = 1,0.

Visus OS = 0,7 concav sph -0,5Д = 1,0.

OD – глазное яблоко резко отклонено кнутри, значительное ограничение подвижности глаза, кнаружи движения глаза отсутствуют. Конъюнктива бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Рисунок радужки не изменен, зрачок в центре, округлый, реакция на свет сохранена, рефлекс с глазного дна бледно-розовый. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, артерии в калибре не изменены, вены расширены, полнокровны.

OS – глаз спокоен, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза.
3. Какие рекомендации вы дадите данному пациенту.

Задача 12

К врачу обратилась мама с сыном 5 лет. Со слов мамы, недавно заметили, что ребенок плохо видит вдаль обоими глазами. В течение 1,5 лет оба глаза мальчика отклоняются попеременно кнаружи, к врачу не обращались, не лечились, очки не носит.

При осмотре:

Visus OD = 0,2 concav sph – 4,0Д = 1,0.

Visus OS = 0,3 concav sph – 3,5Д = 1,0.

OU– отмечается попеременная девиация глаз кнаружи на 30°, движения глаз в полном объеме, безболезненные. В очках положение глаз правильное, по центру. Патологии переднего отрезка глаз не выявлено. Рефлекс с глазного дна бледно-розовый. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, с височной стороны диска миопический конус в ¼ PD, артерии несколько сужены, вены не изменены. Очаговой патологии на сетчатке не обнаружено.

1. Поставьте диагноз.

2. Определите план лечения данного пациента.

Тема 6. СИНДРОМ «БЕЛОГО ГЛАЗА» С БЫСТРЫМ СНИЖЕНИЕМ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

Задача 1

К врачу обратилась пациентка 34 лет с жалобами на резкое снижение зрения на правом глазу, появление «пятна» перед правым глазом. Со слов пациентки, данные жалобы появились 2 дня назад без видимой причины.

При осмотре:

Visus OD = 0,1 не корректирует.

Visus OS = 1,0 без корр.

OD – глаз спокойный, движения в полном объеме, патологии переднего отрезка глаза не выявлено. Рефлекс с глазного дна бледно-розовый. Глазное дно: ДЗН гиперемирован, сливается с фоном сетчатки, ткань диска отечная, границы ступены. Артерии и вены умеренно расширены.

OS – глаз спокоен, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие необходимы дополнительные исследования для подтверждения диагноза.
3. Перечислите возможные причины заболевания.
4. Определите план обследования и лечения данной пациентки.

Задача 2

К врачу обратилась пациентка 25 лет с жалобами на снижение зрения, боли за левым глазом при движении глазного яблока. Со слов пациентки, данные жалобы появились 2 дня назад без видимой причины. Из анамнеза: 8 месяцев назад пациентка родила сына, через 7 месяцев после родов появились неуверенность походки и слабость в правой руке. К врачу не обращалась.

При осмотре:

Visus OD = 1,0 без корр.

Visus OS = 0,04 не корректирует.

OU – глаза спокойные, патологии переднего отрезка глаза не выявлено. Рефлекс с глазного дна бледно-розовый. ВГД OU = 18 мм рт. ст.

1. Поставьте диагноз.
2. Какую картину глазного дна следует ожидать увидеть при офтальмоскопии.
3. Какие необходимы дополнительные исследования для подтверждения диагноза.
3. Перечислите возможные причины заболевания.
4. Определите план обследования и лечения данной пациентки.

Задача 3

К врачу обратился пациент 32 лет с жалобами на резкое снижение зрения, появление «завесы» перед левым глазом. Со слов пациента, данные жалобы появились накануне. За день до этого перед левым глазом появились «вспышки света», искривления предметов. Из анамнеза: со школьного возраста снижено зрение обоих глаз, постоянно носит очки.

При осмотре:

Visus OD = 0,3 concav sph – 4,0Д = 1,0.

Visus OS = 0,06 не корригирует.

OD – глаз спокойный, передний отрезок без патологии. Рефлекс с глазного дна розовый. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, с височной стороны миопический конус в $\frac{1}{4}$ PD. Артерии несколько сужены, вены не изменены. Очаговой патологии на сетчатке не выявлено.

OS – глаз спокойный, передний отрезок без патологии. При исследовании в проходящем свете при взгляде вниз и вправо определяется серый рефлекс с глазного дна. При офтальмоскопии на глазном дне виден колышащийся беловато-серый пузырь.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
3. Определите план лечения данного пациента.

Задача 4

К врачу обратился пациент 69 лет с жалобами на резкую потерю предметного зрения на правом глазу, головокружение, головную боль, онемение пальцев рук и ног. Вышеперечисленные симптомы появились внезапно час назад без видимых причин. Из анамнеза: пациент страдает ККБ, ГБ III ст., атеросклеротическим кардиосклерозом, облитерирующим эндоартериитом нижних конечностей, имеет инвалидность II группы по общему заболеванию.

При осмотре:

Visus OD = 0 (ноль).

Visus OS = 1,0 без корр.

OU – глаза спокойные, передний отрезок без патологии. Рефлекс с глазного дна розовый.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие экстренные меры необходимо предпринять.
3. Какие изменения будут выявлены на глазном дне при офтальмоскопии.

Задача 5

К врачу обратился пациент 58 лет с жалобами на снижение зрения на правом глазу. Со слов пациента, зрение правого глаза снизилось безболезненно 2 дня назад. До этого зрение обоих глаз было одинаково хорошим. Из анамнеза: пациент страдает ГБ III ст., СД II типа средней степени тяжести, атеросклерозом.

При осмотре:

Visus OD = 0,04 не корригирует.

Visus OS = 1,0 без корр.

OU – глаза спокойные, патологии переднего отрезка глаз не выявлено. Рефлекс с глазного дна розовый.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие экстренные меры необходимо предпринять.
3. Какие изменения будут выявлены при офтальмоскопии на сетчатке правого и левого глаз.
4. Определите план лечения данного пациента.

Задача 6

К врачу обратился пациент 46 лет с жалобами на головную боль и ухудшение зрения обоих глаз. Со слов пациента, зрение снизилось накануне после физического и нервного перенапряжения. До этого зрение обоих глаз было одинаково хорошим. Из анамнеза: пациент страдает ГБ II ст. в течение 10 лет.

При осмотре:

Visus OU = 1,0 без корр.

OU – глаза спокойные, патологии переднего отрезка глаз не выявлено. Рефлекс с глазного дна розовый. Глазное дно: ДЗН бледно-розовые, границы четкие, артерии узкие, местами склерозированы, извитые, вены умеренно сужены.

При исследовании полей зрения (контрольно) определяется выпадение височной половины поля зрения правого глаза и носовой половины поля зрения левого глаза.

1. Поставьте диагноз.

2. Консультация и лечение у специалистов какого профиля необходимы данному пациенту.

Задача 7

К врачу обратился пациент 49 лет с жалобами на головную боль, тошноту, желудочно-кишечные расстройства, резкое снижение зрения обоих глаз, появление темных пятен перед глазами. Со слов пациента, вышеперечисленные жалобы появились накануне после приема спиртных напитков сомнительного качества.

При осмотре:

Visus OU = 0,03 не коррегирует.

OU – глаза спокойные, конъюнктива бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Рисунок радужки не изменен, зрачки в центре, округлые, диаметр 5 мм, на свет не реагирует. Рефлекс с глазного дна розовый, на глазном дне очаговой патологии не выявлено.

При исследовании полей зрения выявлено сужение периферических границ полей зрения на белый, красный и зеленый цвета, центральные абсолютные скотомы.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Задача 8

К врачу обратился пациент 20 лет с жалобами на резкое снижение зрения, появление пятна и ярких вспышек света перед правым глазом. Со слов пациента, вышеперечисленные жалобы появились утром, накануне вечером попал под проливной дождь.

При осмотре:

Visus OD = 0,3 convex sph + 3,0Д = 0,8.

Visus OS = 1,0 без корр.

OD – глаз спокойный, передний отрезок без изменений, рефлекс с глазного дна розовый. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, калибр и ход сосудов не изменены. В макулярной зоне определяется очаг помутнения сетчатки размером до 1,5 PD, светло-серого цвета, проминирующий в стекловидное тело.

OS – глаз спокоен, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
3. Определите план лечения данного пациента.

Задача 9

К врачу обратился пациент 52 лет с жалобой на резкое снижение зрения левого глаза. Со слов пациента, данная жалоба появилась накануне, в течение последних двух лет страдает СД I типа средней тяжести течения.

При осмотре:

Visus OD = 0,02 не корригирует.

Visus OS = 0,7 не корригирует.

OD – глаз спокойный, передний отрезок без изменений. При осмотре в проходящем свете на фоне розового рефлекса с глазного дна определяются множественные темные плавающие помутнения, не позволяющие провести офтальмоскопию.

OS – глаз спокойный, передний отрезок без изменений. Рефлекс с глазного дна розовый. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый,

границы четкие, у диска и в макулярной области видны мелкие точечные кровоизлияния и очаги плазморрагий.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
3. Определите план лечения данного пациента.

Задача 10

К врачу обратился пациент 51 года с жалобами на головную боль, боль в глазах, ухудшение зрения вдаль, подергивание век обоих глаз, обильное отделяемое из носа, чувство стеснения в груди. Вышеперечисленные жалобы появились 2 дня назад после работы на даче, где удобрял посадки овощей и проводил обработку плодовых деревьев от вредителей.

При осмотре:

Visus OU = 0,4 concav sph – 3,0Д = 1,0.

OU – глаза спокойные, конъюнктивы бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Рисунок радужки не изменен, зрачки в центре, округлые, диаметр 1,5 мм, реакция на свет отсутствует. Темновая адаптация нарушена.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику ведения пациента.

Задача 11

К врачу обратился пациент 68 лет с жалобами на головную боль, боль в области сердца, тошноту, рвоту, понос, двоение в глазах, снижение зрения обоих глаз. Окружающие предметы кажутся пациенту окрашенными в желтый, синий, зеленый цвета, пульс 76 уд/мин, выраженная аритмия. Проверять остроту зрения пациент отказывается, мотивируя отказ тяжелым общим состоянием. Из анамнеза: пациент страдает хронической сердечной недостаточностью в течение 6 лет, постоянно принимает коргликон.

При осмотре:

OU – умеренно выраженный экзофтальм обоих глаз, горизонтальный мелкокоразмашистый нистагм, движения глаз умерен-

но ограничены. Конъюнктива бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Рисунок радужки не изменен, зрачки в центре, округлые, диаметр 6 мм, на свет не реагируют. Рефлекс с глазного дна розовый, очаговой патологии на глазном дне не выявлено.

При исследовании полей зрения выявлено концентрическое сужение периферических границ полей зрения, центральные абсолютные скотомы.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие неотложные меры необходимо предпринять.

Задача 12

К врачу обратился пациент 25 лет с жалобами на резкое снижение зрения обоих глаз, плавающие пятна перед глазами, общую слабость, периодическое повышение температуры тела, проливной пот по ночам, снижение массы тела в течение последнего месяца.

При осмотре:

Visus OD = 0,04 не корригирует.

Visus OS = 0,06 не корригирует.

OU – глаза спокойные, конъюнктива бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Рисунок радужки не изменен, зрачки в центре, округлые, реакция на свет сохранена. При исследовании в проходящем свете на фоне розового рефлекса с глазного дна определяются темные плавающие помутнения. Глазное дно: ДЗН деколорирован, границы четкие. По всей сетчатке, преимущественно у крупных сосудов расположены ватообразные очаги неправильной формы, проминирующие в стекловидное тело, а также множество ретинальных кровоизлияний.

ОТВЕТЫ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Тема 1. РЕФРАКЦИЯ ГЛАЗА

Задача 1

Диагноз: Гиперметропия высокой степени, амблиопия левого глаза. Анизометропия.

Рекомендации – контактная коррекция или после достижения 18 лет хирургическая (рефракционная эксимерлазерная) коррекция гиперметропии левого глаза.

Задача 2

Диагноз: Миопия средней степени правого глаза. Анизометропия.

Рекомендации – контактная коррекция или после достижения 18 лет хирургическая (рефракционная эксимерлазерная) коррекция миопии правого глаза.

Задача 3

Диагноз: Правильный сложный обратный миопический астигматизм обоих глаз.

Рекомендации – контактная коррекция или после достижения 18 лет хирургическая (рефракционная эксимерлазерная) коррекция миопического астигматизма обоих глаз.

Задача 4

Диагноз: Миопия высокой степени, состояние после эксимерлазерной коррекции зрения обоих глаз.

Рекомендации – наблюдение у офтальмолога 2 раза в год.

Задача 5

Диагноз: Осложненная миопия высокой степени, состояние после склеропластики обоих глаз.

Рецепт на очки: Rр: очки на оба глаза для постоянного ношения

OU: concav sph– 8,5Д.

Dist. pp. = 64 мм.

В данном случае возможно применить рефракционную эксимерлазерную коррекцию зрения после достижения 18 лет.

Задача 6

Диагноз: Миопия средней степени правого глаза. Миопия слабой степени левого глаза. Анизометропия.

Rp: очки для дали:

OD: concav sph– 3,0Д.

OS: concav sph– 1,0Д.

Dist. pp. = 64 мм.

Рекомендации – очковая, контактная коррекция, а после достижения 18 лет возможна и хирургическая (рефракционная эксимерлазерная) коррекция миопии обоих глаз.

Трудности очковой коррекции в том, что из-за разности рефракции обоих глаз в 3,0 Д пациенту тяжело переносить такую коррекцию.

Задача 7

Диагноз: Токсический парез аккомодации обоих глаз.

Возможно предположить отравление атропином или алкалоидами группы атропина (препараты красавки, лист дурмана, лист белены).

Необходимо провести активный расспрос пациента и дезинтоксикационные мероприятия.

Задача 8

Диагноз: Спазм аккомодации обоих глаз.

Необходимо провести атропинизацию (инстиллировать 0,1% раствор атропина 2 раза в день в оба глаза) в течение 7–10 дней. Затем контрольный осмотр на фоне атропинизации. В дальнейшем наблюдение у офтальмолога.

Задача 9

Диагноз: Пресбиопия обоих глаз.

Rp: очки на оба глаза для близи.

OU: convex sph + 3,0Д.

Dist. pp. = 64 мм.

Задача 10

Диагноз: Гиперметропия средней степени, пресбиопия обоих глаз.

Rp: очки на оба глаза для дали.

OU: convex sph + 2,5Д.

Dist. pp. = 64 мм.

Rp: очки на оба глаза для близи.

OU: convex sph + 3,5Д.

Dist. pp. = 62 мм.

Возможно выписать бифокальные очки:

Rp: очки на оба глаза OU: convex sph + 2,5 Д.
convex sph + 3,5 Д.

Dist. pp. = 64 мм.
62 мм.

Задача 11

Диагноз: Миопия средней степени, пресбиопия обоих глаз.

Rp: очки на оба глаза для дали.

OU: concav sph – 5,0Д.

Dist. pp. = 60 мм.

Rp: очки на оба глаза для близи.

OU: concav sph – 2,0Д.

Dist. pp. = 58 мм.

Возможно выписать бифокальные очки:

Rp: очки на оба глаза OU: concav sph – 5,0 Д.
concav sph – 2,0 Д.

Dist. pp. = 60 мм
58 мм

Задача 12

Диагноз: Миопия средней степени правого глаза. Анофтальм слева.

Rp: очки на оба глаза для дали.

OU: concav sph – 3,5Д.

Dist. pp. = 58 мм.

Тема 2. ТРАВМЫ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА

Задача 1

Диагноз: Посттравматические инородные тела роговицы правого глаза.

Лечение — после местной анестезии (инстилляцией раствора дикаина 0,25 % в конъюнктивальный мешок 3 раза с интервалом 3–5 минут) удаление инъекционной иглой или специальным копьем инородных тел из поверхностных слоев роговицы. Далее амбулаторно инстилляцией 30 % раствора сульфацил-натрия или 0,25 % раствора левомицетина 6 раз в день; тетрациклиновая 1 % мазь 3 раза в день, закладывать за нижнее веко. Контрольный осмотр на следующий день.

Необходимо выполнить обзорную рентгенографию орбиты в двух проекциях для исключения инородных тел внутри глаза и в орбите.

Задача 2

Диагноз: Химический ожог роговицы III степени, конъюнктивы II степени правого глаза, химический ожог роговицы и конъюнктивы I степени левого глаза.

Необходимо обильно промыть водой (или 2 % раствором натрия бикарбоната) конъюнктивальную полость обоих глаз с помощью резинового баллончика (резиновой груши) или одноразового шприца без иглы в течение не менее 30 минут.

Затем инстиллировать в оба глаза дезинфицирующий раствор (20–30% раствор сульфацил-натрия или 0,25 % раствор левомицетина), заложить за веки мазь с антибиотиком (1 % тетрациклиновая мазь).

Подкожно ввести противостолбнячную сыворотку (1500–3000 ME), в/м антибиотик широкого спектра действия.

Далее необходимо срочно госпитализировать пациента в офтальмологический стационар для дальнейшего лечения.

Задача 3

Диагноз: Электроофтальмия обоих глаз.

Лечение – прохладные примочки с водой на оба глаза. Инстилляций в оба глаза раствора дикаина 0,25 %; раствора сульфацил-натрия 20–30 % или раствора левомицетина 0,25 % 4–6 раз в сутки, закладывание 1 % тетрациклиновой мази за нижнее веко на ночь. Рекомендуется ношение солнцезащитных очков или пребывание в затемненном помещении.

Рекомендации – обязательное ношение защитных очков при работе со сварочным аппаратом.

Задача 4

Диагноз «Контузия глазного яблока средней степени, субконъюнктивальное кровоизлияние, гифема, иридодализ левого глаза. Разрыв склеры левого глаза?».

Первая помощь: инстилляций дезинфицирующих капель в конъюнктивальный мешок (20–30 % раствор сульфацил-натрия или 0,25 % раствор левомицетина), бинокулярная повязка. Подкожно ввести противостолбнячную сыворотку (1500–3000 МЕ), в/м антибиотик широкого спектра действия.

Срочно госпитализировать пациента в офтальмологический стационар, где при необходимости для уточнения диагноза провести ревизию склеры.

Задача 5

Диагноз: Синдром верхней глазничной щели слева.

Через верхнюю глазничную щель проходят: I-я ветвь тройничного нерва (n. ophthalmicus n. trigemini), отводящий (n. abducens), глазодвигательный (n. oculomotorius), блоковидный (n. trochlearis) нервы, верхняя глазничная вена (v. ophthalmica superior). Их повреждение приводит:

1) к снижению или отсутствию чувствительности роговицы и кожи век (I-я ветвь тройничного нерва);

2) к полной офтальмоплегии (отводящий, глазодвигательный, блоковидный нервы), мидриазу (глазодвигательный нерв), птозу (глазодвигательный нерв);

3) к экзофтальму и венозному застою (верхняя глазничная вена).

Необходимо выполнить рентгенографию орбиты в двух проекциях и направить пациента на консультацию к невропатологу.

Задача 6

Диагноз: Проникающее ранение роговицы, внутриглазное инородное тело правого глаза.

Первая помощь – инстилляцией дезинфицирующих капель в конъюнктивальный мешок (20–30 % раствор сульфацил-натрия или 0,25 % раствор левомицетина), бинокулярная повязка. Подкожно ввести противостолбнячную сыворотку (1500–3000 МЕ), в/м антибиотик широкого спектра действия. Далее срочно госпитализировать пациента в офтальмологический стационар, где необходимо провести рентгенографию орбиты справа в двух проекциях по Комбергу-Балтину для локализации внутриглазного инородного тела (с этой же целью можно провести УЗИ правого глаза) и затем выполнить первичную хирургическую обработку раны роговицы с удалением внутриглазного инородного тела.

Задача 7

Диагноз «Проникающее ранение склеры с выпадением сосудистой оболочки, посттравматический частичный гемофтальм правого глаза».

Первая помощь – инстилляцией дезинфицирующих капель в конъюнктивальный мешок (20–30 % раствор сульфацил-натрия или 0,25 % раствор левомицетина), бинокулярная повязка. Подкожно ввести противостолбнячную сыворотку (1500–3000 МЕ), в/м антибиотик широкого спектра действия. Далее срочно госпитализировать пациента в офтальмологический стационар, где необходимо провести обзорную рентгенографию орбиты справа в двух проекциях для исключения наличия внутриглазного инородного тела (с этой же целью можно провести УЗИ правого глаза) и затем выполнить первичную хирургическую обработку склеральной раны.

Задача 8

Диагноз: Проникающее ранение роговицы, подозрение на внутриглазное инородное тело, посттравматический гнойный иридоциклит правого глаза. Гиперметропия слабой степени левого глаза.

Первая помощь – инстилляции дезинфицирующих капель в конъюнктивальный мешок (20–30 % раствор сульфацил-натрия или 0,25 % раствор левомицетина), бинокулярная повязка. Подкожно ввести противостолбнячную сыворотку (1500–3000 МЕ), в/м антибиотик широкого спектра действия. Далее срочно госпитализировать пациента в офтальмологический стационар, где необходимо провести рентгенографию орбиты справа в двух проекциях по Комбергу-Балтину для локализации внутриглазного инородного тела (с этой же целью можно провести УЗИ правого глаза). Затем назначить противовоспалительное лечение и на его фоне выполнить первичную хирургическую обработку раны роговицы с удалением внутриглазного инородного тела.

Задача 9

Диагноз: Посттравматический эндофтальмит, проникающее ранение роговицы с выпадением радужки, подозрение на внутриглазное инородное тело правого глаза.

Первая помощь – инстилляции дезинфицирующих капель в конъюнктивальный мешок (20–30 % раствор сульфацил-натрия или 0,25 % раствор левомицетина), бинокулярная повязка. Подкожно ввести противостолбнячную сыворотку (1500–3000 МЕ), в/м антибиотик широкого спектра действия. Далее срочно госпитализировать пациента в офтальмологический стационар, где необходимо провести рентгенографию орбиты справа в двух проекциях по Комбергу-Балтину для локализации внутриглазного инородного тела (с этой же целью можно провести УЗИ правого глаза).

План лечения – срочное хирургическое лечение (удаление внутриглазного инородного тела, витрэктомия), затем назначить массивное противовоспалительное лечение.

Задача 10

Диагноз: Посттравматический панофтальмит, состояние после первичной хирургической обработки проникающего ранения роговицы левого глаза. Миопия слабой степени правого глаза.

Необходимо срочно госпитализировать пациента в офтальмологический стационар.

Лечение – срочная эквисцерация глазного яблока, далее массивная антибиотикотерапия, противовоспалительное лечение.

Задача 11

Диагноз: Симпатическое воспаление, фибринозно-пластический иридоциклит правого глаза. Рецидивирующий иридоциклит, посттравматический рубец роговицы левого глаза.

Необходимо срочно направить пациента в офтальмологический стационар.

Лечение в условиях стационара – местно: кортикостероиды, антибиотики, мидриатики. Системная стероидная терапия.

Задача 12

Диагноз: Контузия глазного яблока тяжелой степени, подкожное кровоизлияние обоих век, гифема, подвывих хрусталика, полный гемофтальм левого глаза.

Необходимо направить пациента в офтальмологический стационар, где провести тонометрию, УЗИ глаз.

Лечение гемофтальма:

1) внутрь – рутин по 0,02 x 3 раза в день, викасол по 0,015 x 3 раза в день; дицинон по 0,25 x 3 раза в день;

2) под конъюнктиву или парабулбарно – по 0,5 мл 12,5 % раствора дицинона, по 0,5 мл 0,1 % раствора дексазона;

3) в/м – по 5–10 мл 10 % раствора глюконата кальция, по 2 мл 12,5% раствора дицинона, аутогемотерапия;

4) инстилляцией – 3 % раствор йодистого калия.

При неэффективности консервативного лечения – витрэктомия.

Тема 3. СИНДРОМ «КРАСНОГО ГЛАЗА» БЕЗ СНИЖЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

Задача 1

Диагноз: Абсцесс верхнего века правого глаза.

Лечение – антибиотики (в/м, внутрь); местно сухое тепло, УВЧ-терапия, инстилляцией дезинфицирующих капель в правый глаз. При появлении флюктуации – вскрытие абсцесса с последующим применением повязок с 10 % раствором натрия хлорида.

Задача 2

Диагноз: Чешуйчатый блефароконъюнктивит, гиперметропия средней степени обоих глаз.

Причины блефароконъюнктивита – неадекватная очковая коррекция, заболевания ЖКТ (гастрит, колит и др.), эндокринной системы (сахарный диабет), паразитирование клещей (*Demodex folliculorum humanis*, *Demodex brevis*), вшей (*Phthirus pubis*), заболеваний ЛОР-органов и полости рта. Необходимо провести соответствующее обследование для исключения вышеуказанной патологии, при выявлении – санация.

Выписать очки:

Rp: очки на оба глаза для постоянного ношения.

OU: convex sph + 4,0Д.

Dist. pp. = 60 мм.

Лечение – ежедневные аппликации щелочными растворами для размягчения чешуек с последующей очисткой краев век 1 % спиртовым раствором бриллиантового зеленого (*Viridenitens*). 1–2 раза в день на края век наносят глазные мази с антибиотиками (1 % тетрациклиновая мазь), закапывают 20–30 % раствор сульфацил-натрия. Необходимо проводить массаж век стеклянной палочкой.

При обнаружении клещей (*Demodex folliculorum humanis*, *Demodex brevis*) – лечение демодекозного блефарита. При обнаружении вшей (*Phthirus pubis*) проводят соответствующие санитарно-противоэпидемические дезинсекционные мероприятия и разъяснительную работу среди контингента.

Задача 3

Диагноз: Демодекозный блефароконъюнктивит обоих глаз.

Обследование – исследование ресниц (по 4 ресницы с каждого века) под световым микроскопом для обнаружения клещей (*Demodex folliculorum humanis*, *Demodex brevis*).

Лечение – обработка краев век спирт-эфирной смесью (1:1) или раствором корвалола 2 раза в день, массаж век стеклянной палочкой. Края век обильно смазывать 1 % тетрациклиновой мазью (любой нейтральной мазью или мазью «Демалон»). Санация очагов хронической инфекции. Лечение не менее 45 дней.

Задача 4

Диагноз: Ячмень нижнего века левого глаза.

Лечение – смазывание кожи век в месте инфильтрации 1 % спиртовым раствором бриллиантового зеленого (*Viridenitens*) или 70° спиртом. Инстиллянии 20–30 % растрасульфацил-натрия в левый глаз 4–6 раз в день, закладывание за веки глазной мази с антибиотиком (1 % тетрациклиновая мазь), сухое тепло, УВЧ.

При рецидивирующих ячменях – выявление общих предрасполагающих заболеваний (н-р, сахарный диабет) и их лечение.

Задача 5

Диагноз: Острый бактериальный конъюнктивит.

Лечение – частые промывания глаз растворами фурацилина (1:5000), перманганата калия (1:5000), риванола (1:5000), 2 % борной кислоты. Инстиллянии в конъюнктивальный мешок каждый час раствора антибиотика. Закладывание на ночь за веки глазной мази с антибиотиком (1% тетрациклиновая мазь).

Менять ежедневно полотенце для лица (или пользоваться одноразовыми полотенцами), наволочку, соблюдать правила личной гигиены.

Задача 6

Диагноз: Острый хламидийный конъюнктивит обоих глаз.

Обследование – выявление и санация урогенитальной хламидийной инфекции.

Лечение – инстиллянии в конъюнктивальный мешок антибиотиков-фторхинолонов (нормакс, окацин), закладывание за веки на ночь 1 % тетрациклиновой мази.

Задача 7

Диагноз: Острый бленорейный конъюнктивит обоих глаз.

Путь заражения – через предметы ухода за ребенком (при заражении ребенка при прохождении через родовые пути матери, больной гонореей, заболевание развивается на 2–5-й день после рождения).

Лечение – частые промывания глаз раствором перманганата калия (1:5000), 2 % раствором борной кислоты, инстиллянии глазных капель антибиотиков каждый час. Системное лечение – антибиотики в дозах соответственно возрасту ребенка.

Задача 8

Диагноз: Аллергический поллинозный конъюнктивит обоих глаз.

Лечение – инстиллянии противоаллергических капель (лекролин, аломид, аллергофтал, сперсаллерг) 3 раза в день, десенсибилизирующие препараты внутрь.

Задача 9

Диагноз: Абсцедирующий халязион верхнего века правого глаза.

Лечение – вскрытие абсцедирующего халязиона верхнего века с последующим дренированием и применением повязок с 10 % раствором хлорида натрия, инстиллянии в правый глаз 20–30 % раствора сульфацил-натрия 4–6 раз в день.

Лечение халязиона – местные инъекции кеналога или дексаметазона в толщу халязиона. Однако радикальным является хирургическое лечение: разрез пальпебральной конъюнктивы перпендикулярно краю века с последующим удалением халязиона в капсуле. Обязательно проводится гистологическое исследование для исключения аденокарциномы.

Задача 10

Диагноз: Флегмона слезного мешка слева.

Лечение – вскрытие флегмоны слезного мешка с последующим дренированием и применением повязок с 10 % раствором натрия хлорида. Назначают антибиотики (внутрь, в/м), инстилляций в левый глаз раствора глазных капель антибиотиков.

После купирования воспалительного процесса рекомендуется в плановом порядке провести операцию дакриоцисториностомию в условиях стационара.

Задача 11

Диагноз: Синдром сухого глаза, гиперметропия средней степени обоих глаз.

Лечение – постоянные инстилляции заменителей слезы (натуральная слеза, офтолик) 3–8 раз в день, закладывание за нижнее веко глазных гелей (офтагель, корнерегель) 2–4 раза в день.

Задача 12

Диагноз: Базальноклеточный рак кожи нижнего века правого глаза.

Лечение – контактная лучевая терапия (брахитерапия), криодеструкция, хирургическое лечение с использованием лазерного или радиохирургического скальпеля.

Тема 4. СИНДРОМ «КРАСНОГО ГЛАЗА» СО СНИЖЕНИЕМ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

Задача 1

Диагноз: Аллергический кератоконъюнктивит, миопия средней степени обоих глаз.

Лечение – отказ на время лечения от ношения контактных линз. В последующем использование гипоаллергенных контактных линз, гипоаллергенных растворов для ухода за линзами или очковая коррекция. Инстилляций противоаллергических капель (аломид, лекролин) 3 раза в день, противовоспалительных капель.

Выписать очки для дали:

Rp: очки на оба глаза для дали.

OU: concav sph – 4,0Д.

Dist. pp. = 62 мм.

Задача 2

Диагноз: Травматическая эрозия роговицы правого глаза.

Дополнительный метод исследования – окраска роговицы флюоресцином.

Лечение – инстилляций противовоспалительных капель (20–30 % раствор сульфацил-натрия, 0,25 % раствор левомицетина), закладывание на ночь глазной мази с антибиотиком (1 % тетрациклиновая мазь).

Задача 3

Диагноз: Поверхностный герпетический древовидный кератит левого глаза.

Дополнительные исследования – окрашивание роговицы флюоресцином и определение чувствительности роговицы.

Лечение – проводится в условиях стационара. Назначаются инстилляций противовирусных препаратов (интерферон, офтальмоферон, вирган) 8 раз в день, противовоспалительных препаратов (20–30 % раствор сульфацил-натрия, 0,25 % раствор левомицетина) 4–6 раз в день, на ночь закладывать за нижнее веко

противовирусную мазь (зовиракс, виroleкс). Внутрь – противовирусные препараты (ацикловир, гроприносин) в течение 10 дней. Внутримышечно – пирогенал. Возможно назначение иммуностимуляторов под контролем иммунограммы (до лечения, в середине лечения, после лечения).

Задача 4

Диагноз: Посттравматический кератит правого глаза.

Необходимо лечение в условиях офтальмологического стационара.

Лечение – инстилляцией глазных противовоспалительных препаратов 6–8 раз в день, закладывание за нижнее веко на ночь глазной мази с антибиотиком (1 % тетрациклиновая мазь), субконъюнктивальное введение антибиотиков.

Задача 5

Диагноз: Грибковый кератит левого глаза.

Необходимо лечение в условиях офтальмологического стационара.

Лечение – очистить очаг воспаления от крошкообразного отделяемого, тушировать 2 % спиртовым раствором йода или 1 % спиртовым раствором бриллиантового зеленого. Инстилляцией: 1–5 % нистатин 6–8 раз в день или леворин 1–2,5 % раствор 6–8 раз в день или амфотерицин В 0,25–0,5 % 6–8 раз в день. Внутрь назначить противогрибковые препараты.

Задача 6

Диагноз: Ползучая язва роговицы, десцеметоцеле правого глаз.

Необходимо лечение в условиях офтальмологического стационара.

Лечение – срочная послойная тектоническая кератопластика, антибиотики в инстилляциях, субконъюнктивально, парентерально. Назначение мидриатиков в инстилляциях. Витаминотерапия, коррекция иммунитета под контролем иммунограммы (до лечения, в середине курса лечения, после лечения).

Задача 7

Диагноз: Острый иридоциклит правого глаза.

Необходимо определить наличие цилиарной болезненности на правом глазу и внутриглазное давление на обоих глазах. Также проводится полное обследование пациента на наличие очагов хронической инфекции.

Лечение (обязательно в условиях офтальмологического стационара) – антибиотики в инстилляциях, парабульбарных или субконъюнктивальных инъекциях, в/м; кортикостероиды в инстилляциях, парабульбарных или субконъюнктивальных инъекциях; мидриатики в инстилляциях, парабульбарных или субконъюнктивальных инъекциях; электрофорез с антибиотиками, мидриатиками, ферментами.

Задача 8

Диагноз: Острый приступ глаукомы левого глаза.

Необходимо определить внутриглазное давление обоих глаз.

Неотложная помощь:

1) инстилляцией 1 % пилокарпина гидрохлорида в течение первого часа каждые 15 минут, затем в течение второго часа каждые 30 минут, далее каждый час;

2) инстилляцией β -блокаторов (0,5 % тимолол, бетоптик, окумол) 2 раза в день;

3) ингибиторы карбоангидразы – диакарб по 0,25 мг 2 раза в день, азопт или тусоспт 3 раза в день;

4) осмотические диуретики – глицерол (50 % глицерин) из расчета 1–1,5 г глицерина на 1 кг массы тела;

5) обезболивающие препараты;

6) отвлекающая терапия (горячие ножные ванны, горчичники на икроножные мышцы, гирудотерапия – 2 пиявки (*Hirudomedicinalis*) на область виска).

При отсутствии купирования приступа в течение 24 часов необходимо выполнить хирургическую или лазерную иридэктомию на левом глазу.

Для предупреждения развития острого приступа глаукомы

на правом глазу необходимо провести гониоскопию и, возможно, лазерную иридэктомию на правом глазу.

Задача 9

Подобные жалобы могут быть при остром приступе глаукомы или при остром иридоциклите.

Необходимо определить внутриглазное давление и наличие циклитической болезненности обоих глаз.

Дифференциальный диагноз

<i>Острый приступ глаукомы</i>	<i>Острый иридоциклит</i>
Жалобы на радужные круги при взгляде на свет	Радужные круги при взгляде на источник света отсутствуют
Преобладают боли, иррадиирующие в соответствующую половину головы, руку, шею, область сердца	Преобладают боли в самом глазу, усиливающиеся в ночное время
Часто предшествуют менее выраженные продромальные приступы	Боли в глазу возникают внезапно
Преобладает застойная инъекция глазного яблока	Преобладает перикорнеальная или смешанная инъекция глазного яблока
Чувствительность роговицы снижена	Чувствительность роговицы не изменена
Роговица отечная	Роговица прозрачная, в нижних отделах на эндотелии роговицы определяются преципитаты
Передняя камера мелкая	Передняя камера средней глубины
Цилиарная болезненность отсутствует	Выраженная цилиарная болезненность
Зрачок широкий, неправильной формы, реакция на свет отсутствует или снижена	Зрачок сужен, реакция на свет отсутствует или снижена, по зрачковому краю задние синехии
ВГД резко повышено	ВГД снижено или нормальное
Возможна тошнота, рвота	Таких симптомов нет
Возникает в возрасте старше 40 лет	Может возникнуть в любом возрасте
Первая помощь – миотики (пилокарпин)	Первая помощь – мидриатики (атропин)

Неотложные мероприятия – назначение обезболивающих, седативных препаратов и срочная госпитализация в офтальмологический стационар для уточнения диагноза и проведения этиопатогенетического лечения.

Задача 10

Диагноз: Тотальное бельмо роговицы правого глаза.

Возможно в офтальмологическом отделении в плановом порядке проведение сквозной кератопластики на правом глазу с оптической целью.

Задача 11

Диагноз: Вторичная факоморфическая глаукома правого глаза. Незрелая катаракта обоих глаз.

Необходимо срочно госпитализировать пациента в офтальмологический стационар.

Лечение – диуретики, препараты, снижающие ВГД. Затем экстракция катаракты правого глаза.

Задача 12

Диагноз: Рецидивирующий иридоциклит левого глаза.

Необходимо обследование пациентки у фтизиатра, стоматолога, оториноларинголога, гинеколога для выявления и санации очагов хронической инфекции, исследование крови на токсоплазмоз, бруцеллез, ревматизм, сифилис. Следует направить пациентку на стационарное лечение в офтальмологическое отделение.

Лечение – антибиотики в инстилляциях, парабульбарных или субконъюнктивальных инъекциях, в/м; кортикостероиды в инстилляциях, парабульбарных или субконъюнктивальных инъекциях; мидриатики в инстилляциях, парабульбарных или субконъюнктивальных инъекциях; электрофорез с антибиотиками, мидриатиками, ферментами.

Тема 5. СИНДРОМ «БЕЛОГО ГЛАЗА» С МЕДЛЕННЫМ СНИЖЕНИЕМ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

Задача 1

Диагноз: Зрелая катаракта правого глаза, незрелая катаракта левого глаза.

Лечение — экстракция катаракты правого глаза с имплантацией ИОЛ. В левый глаз постоянные инстилляции витаминных капель (катахром, тауфон, квинакс) 2–3 раза в день.

Слепота при катаракте обратимая.

Задача 2

Диагноз: Незрелая катаракта правого глаза. Артифакция левого глаза.

Пациенту, скорее всего, были рекомендованы постоянные инстилляции в правый глаз витаминных капель (катахром, тауфон, квинакс) 2–3 раза в день.

На левом глазу выполнена операция факэмульсификация катаракты с имплантацией ИОЛ.

Необходимо пациенту при отсутствии общесоматических противопоказаний рекомендовать хирургическое лечение катаракты правого глаза — экстракцию катаракты с имплантацией ИОЛ.

Задача 3

Диагноз: Послеоперационная афакия обоих глаз.

Выписать очки:

Rp: очки на оба глаза для дали.

OU: convex sph + 10,0Д.

Dist. pp. = 64 мм.

Rp: очки на оба глаза для близи.

OU: convex sph + 13,0Д.

Dist. pp. = 62 мм.

Задача 4

Подобные жалобы могут быть при старческой катаракте, первичной открытоугольной глаукоме, макулодистрофии.

Дифференциальный диагноз

<i>Старческая катаракта</i>	<i>Открытоугольная глаукома</i>	<i>Макулодистрофия</i>
ВГД в норме	ВГД повышено	ВГД в норме
Рефлекс с глазного дна нет или ослаблен	Рефлекс с глазного дна розовый	Рефлекс с глазного дна розовый
Поля зрения в норме	Сужение полей зрения (вначале с носовой стороны)	Парацентральные скотомы в поле зрения
Отсутствие изменений на глазном дне	Глаукомная экскавация и атрофия зрительного нерва	Дистрофические очаги в макулярной зоне сетчатки

Необходимо определить ВГД обоих глаз, провести биомикроскопию для исследования оптических сред глаз и офтальмоскопию с целью исследования сетчатки и зрительного нерва.

Слепота обратима при старческой катаракте, слепота необратима при первичной открытоугольной глаукоме и макулодистрофии.

Задача 5

Диагноз: Незрелая (бурая) катаракта обоих глаз.

Лечение – при отсутствии общесоматических противопоказаний экстракция катаракты с имплантацией ИОЛ на левом глазу. В правый глаз рекомендуется постоянно инстиллировать витаминные капли (катахром, тауфон, квинакс) 2–3 раза в день.

Задача 6

Диагноз: Первичная открытоугольная далекозашедшая (Ш) глаукома правого глаза с высоким (С) внутриглазным давлением. Первичная открытоугольная развитая (II) глаукома левого глаза с умеренно повышенным (В) внутриглазным давлением.

Лечение – назначение β -блокаторов (0,25–0,5 % раствор тимолола, окумола, бетоптика), простагландинов (0,005 % ксалатан, 0,004% траватан), комбинированные препараты (фотил). При отсутствии эффекта хирургическое лечение.

Слепота от глаукомы необратима.

Задача 7

Диагноз: Пигментная дистрофия сетчатки обоих глаз.

Необходимо исследовать темновую адаптацию, провести электроретинографию.

Лечение – сосудорасширяющие препараты внутрь и в/м, внутрь витаминные комплексы, подкожно биогенные стимуляторы. Электрофорез эндоназально с никотиновой кислотой. Парабульбарно – 4 % тауфон по 0,5 мл, под кожу виска – сосудорасширяющие препараты. Курс лечения 10–12 дней 2–3 раза в год.

Лечение малоэффективно.

Задача 8

Диагноз: Возрастная макулодистрофия обоих глаз.

Лечение – диета, богатая овощами и фруктами; противосклеротические, сосудистые, липотропные, цинксодержащие препараты; витамины А, В1, В2, В6.

Лечение малоэффективно.

Задача 9

Диагноз: Частичная атрофия зрительного нерва справа.

Возможная причина развития заболевания – опухоль головного мозга.

Необходимо обследование у невропатолога, МРТ головного мозга, рентгенография черепа.

Задача 10

Диагноз: Частичная атрофия зрительных нервов обоих глаз.

Причина – хроническая интоксикация.

Лечение – деинтоксикационная терапия, сосудорасширяющие препараты, биогенные стимуляторы (парабульбарно, в/м), витамины группы В, в/в 40 % глюкоза+аскорбиновая кислота+никотиновая кислота, электростимуляции зрительного нерва. Курс лечения 10–12 дней 2–3 раза в год.

Задача 11

Диагноз: Посттравматическое паралитическое сходящееся косоглазие правого глаза. Миопия слабой степени обоих глаз. Анизометропия.

Необходимо выполнить рентгенографию орбиты в двух проекциях, затем направить пациента на консультацию к челюстно-лицевому хирургу и невропатологу.

Через 6–8 месяцев при отсутствии положительной динамики повторная консультация офтальмолога для решения вопроса о возможности хирургического исправления положения правого глаза.

Задача 12

Диагноз: Содружественное альтернирующее расходящееся аккомодационное косоглазие, миопия средней степени обоих глаз. Анизометропия.

Лечение – постоянная очковая коррекция с систематическим контролем остроты зрения (1 раз в 2–3 месяца) у детского офтальмолога.

Тема 6. СИНДРОМ «БЕЛОГО ГЛАЗА» С БЫСТРЫМ СНИЖЕНИЕМ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

Задача 1

Диагноз: Неврит зрительного нерва правого глаза.

Возможные причины заболевания – воспалительные процессы придаточных пазух носа, тонзиллит, фаринголарингит, кариес, хронические инфекции (сифилис, бруцеллез).

Необходимо провести периметрию (на белый, красный, зеленый цвета), обследование у невропатолога, оториноларинголога, исследовать кровь на хронические инфекции.

Лечение – антибиотики и кортикостероиды в инстилляциях, парабульбарно, парентерально; дезинтоксикационная терапия (глюкоза, реополиглюкин); витамины группы В.

Задача 2

Диагноз: Ретробульбарный неврит левого глаза.

Патологических изменений со стороны глазного дна не выявляется.

Возможная причина – демиелинизирующая энцефаломиелопатия (рассеянный склероз).

Необходимо провести периметрию (на белый, красный, зеленый цвета), обследование у невропатолога.

Лечение – антибиотики и кортикостероиды в инстилляциях, парабульбарно, парентерально; дезинтоксикационная терапия (глюкоза, реополиглюкин); витамины группы В.

Задача 3

Диагноз: Свежая отслойка сетчатки левого глаза. Миопия средней степени обоих глаз.

Необходимо провести исследование полей зрения обоих глаз с последующим хирургическим лечением отслойки сетчатки в условиях офтальмологического стационара. Затем после тщательного осмотра сетчатки правого глаза при необходимости провести профилактическую лазеркоагуляцию сетчатки.

Задача 4

Диагноз: Острая непроходимость центральной артерии сетчатки правого глаза.

Экстренная помощь – нитроглицерин по 0,0005 г под язык, 2,4 % раствор эуфиллина в/в по 10 мл.

На глазном дне при офтальмоскопии – симптом «вишневой косточки»: сетчатка молочно-белого цвета (из-за отека), на фоне бледной сетчатки область центральной ямки желтого пятна выделяется ярко-красным пятном (феномен контраста), так как в этой зоне отсутствует межуточное вещество сетчатки. Артерии сетчатки резко сужены, вены не изменены, иногда сужены.

Задача 5

Диагноз: Тромбоз центральной вены сетчатки.

Экстренные мероприятия – снизить АД (таблетку клофелина под язык).

На глазном дне при офтальмоскопии – симптом «раздавленного помидора»: ДЗН отечен, артерии сужены, вены широкие, извитые, полнокровные. На сетчатке по ходу вен и в центральной части глазного дна определяются штрихообразные кровоизлияния в виде мазков.

Лечение в условиях стационара – парабульбарно 0,5 мл 0,4 % раствора дексазона и 750 ЕД гепарина; парабульбарно 0,5 мл 1 % раствора эмоксипина и 0,5 мл трентала в течение 10 дней. В/в капельно реополиглюкин 200 мл в течение 5 дней, в/м 12,5 % раствор этамзилата натрия 2,0 мл в течение 10 дней. Через 2–3 недели решение вопроса о необходимости проведения лазеркоагуляции сетчатки.

Задача 6

Диагноз: Острое нарушение мозгового кровообращения. Полная правосторонняя гомонимная гемианопсия.

Очаг, вызывающий появление полной правосторонней гомонимной гемианопсии, может быть на любом уровне зрительного пути выше хиазмы слева (в зрительном тракте, наружном колен-

чатом теле, пучке Грациоле, затылочной доле коры головного мозга). На этом уровне поражается весь поперечник зрительного пути.

Необходимы срочная консультация невропатолога и лечение в условиях неврологического стационара.

Задача 7

Диагноз: Токсический неврит зрительных нервов в обоих глазах.

Лечение – дезинтоксикационная терапия, сосудорасширяющие препараты, биогенные стимуляторы, витамины группы В, электростимуляция зрительных нервов.

Задача 8

Диагноз: Центральный серозный хориоретинит правого глаза.

Необходимо провести периметрию, исследование цветоощущения.

Лечение – дезинтоксикационная, сосудорасширяющая и противовоспалительная терапия, витаминотерапия, лазерная фотокоагуляция.

Задача 9

Диагноз: Неполный гемофтальм правого глаза. Диабетическая ретинопатия обоих глаз.

Необходимо исследовать кровь и мочу на сахар, консультация эндокринолога.

Лечение гемофтальма:

1) внутрь – рутин по 0,02 x 3 раза в день, викасол по 0,015 x 3 раза в день; дицинон по 0,25 x 3 раза в день.

2) под конъюнктиву или парабульбарно – по 0,5 мл 12,5 % раствора дицинона, по 0,5 мл 0,1 % раствора дексазона.

3) в/м – по 5–10 мл 10 % раствора глюконата кальция, по 2 мл 12,5 % раствора дицинона, аутогемотерапия.

4) инстилляции – 3% раствор йодистого калия.

При неэффективности консервативного лечения – витрэктомия.

Задача 10

Диагноз: Отравление фосфорорганическим веществом. Спазм аккомодации обоих глаз.

Лечение – инстилляцией 0,1% раствора атропина в оба глаза; 1 мл 0,1 % раствора атропина подкожно или в/м; дезинтоксикационная терапия.

После улучшения состояния пациента следует провести с ним беседу о необходимости использования индивидуальных средств защиты при работе с токсическими веществами.

Задача 11

Диагноз: Отравление сердечными гликозидами.

Лечение – промывание желудка водой или танином, солевое слабительное, анаприлин внутрь, унитиол в/м, калия хлорид в/в, абсолютный покой.

После улучшения состояния пациенту необходимо скорректировать дозу сердечных гликозидов, принимаемых для лечения хронической сердечной недостаточности, и провести с пациентом беседу о необходимости строгого соблюдения режима приема лекарственных препаратов.

Задача 12

Диагноз: Цитомегаловирусный ретинит, частичный гемофтальм обоих глаз.

Цитомегаловирусный ретинит является патогномоничным для ВИЧ-инфекции. Характерная картина глазного дна – ватобразные очаги и массивные кровоизлияния носят название «сыр с кетчупом» или «пицца».

Назначается исследование крови на СПИД. При положительном результате анализа как скрининговым методом (основанным на принципе иммуноферментного анализа ИФА), так и подтверждающим методом (основанным на принципах иммуноблотинга ИБ) необходимо лечение и наблюдение пациента у инфекциониста.

После установления диагноза больной информируется об уголовной ответственности за распространение заболевания.

Медицинские работники несут ответственность за разглашение тайны диагноза.

Схема лечения цитомегаловирусного ретинита (совместно с инфекционистом): ганцикловира 5мг/кг 2 раза в день в/в в течение 20 дней, чередующиеся с в/м инъекциями полудана 200 ЕД в течение 1 месяца.

Марта Казиевна Дикамбаева,
Лайла Борисовна Гогаева

**КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ
ПО ОФТАЛЬМОЛОГИИ**

**Учебное пособие
для студентов медицинских вузов**

Редактор *Л.В. Тарасова*
Компьютерная верстка *А.С. Шелестовой*

Подписано в печать 14.09.2014
Формат 60×84 1/16. Печать офсетная.
Объем 5,0 п. л. Тираж 100 экз. Заказ 39

Издательство КРСУ
720000, г. Бишкек, ул. Киевская, 44

Отпечатано в типографии КРСУ
720048, г. Бишкек, ул. Горького, 2