##### Государственное бюджетное образовательное учреждение

##### высшего профессионального образования

##### «Красноярский государственный медицинский университет

##### имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

##### Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра офтальмологии с курсом ПО

имени профессора М.А. Дмитриева

**Офтальмология**

**СБОРНИК СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ ДЛЯ ВНЕАУДИТОРНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 4 курса, обучающихся по специальности**

060101 – Лечебное дело

Красноярск

2015

УДК 617.7(076.1)

ББК 56.7

О–91

Офтальмология : сб. ситуац. задач с эталонами ответов для внеаудитор. работы студентов 4 курса, обучающихся по специальности 060101 – Лечебное дело / сост. Е.В. Козина, И.А. Кох, П.М. Балашова. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2015. – 70 с.

**Составители**: д.м.н. Козина Е.В.;

ассистент Кох И.А.;

ассистент Балашова П.М.

Ситуационные задачи с эталонами ответов полностью соответствуют требованиям ФГОС ВПО (2011 г.) по специальности 060101 – Лечебное дело, рабочей программой дисциплины (2011 г.) и СТО СМК 4.2.01 – 11. Выпуск 3, адаптированы к образовательным технологиям с учетом специфики по специальности 060101 – Лечебное дело.

**Рецензенты:**  зав. кафедрой нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, д.м.н., профессор Прокопенко С.В.;

зав. кафедрой онкологии и лучевой терапии с курсом ПО ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, к.м.н., доцент Зуков Р.А.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № , от « » 2015 г.).

КрасГМУ

2015

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование раздела учебной дисциплины** | **Страница** |
| 1. | Рефракция и аккомодация. Патология бинокулярного зрения | **4** |
| 2. | Заболевания орбиты, вспомогательного аппарата глаза и конъюнктивы. | **11** |
| 3. | Заболевания роговицы и склеры | **19** |
| 4. | Заболевания сосудистой оболочки глаза | **27** |
| 5. | Заболевания хрусталика | **34** |
| 6. | Заболевания сетчатки и стекловидного тела | **40** |
| 7. | Заболевания зрительного нерва | **48** |
| 8. | Глаукомы | **57** |
| 9. | Повреждение органа зрения | **64** |

**Тем****а: Рефракция и аккомодация. Патология бинокулярного зрения.**

**Задача 1.** К Вам обратилась женщина 53 лет, у которой случайно разбилось одно очковое стекло. Очками она пользовалась при работе вблизи, видела в них хорошо. С ее слов стекла в очках были одинаковые. На зрение вдаль не жалуется.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этой пациентки?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 2**. Ввиду отсутствия окулиста, к Вам обратилась пациентка с просьбой подобрать очки. Ей 22 года, с 12 лет она непостоянно пользовалась очками (-) 2,0 дптр на оба глаза. У окулиста не обследовалась 3 года, отмечает, что стала хуже видеть без очков и в очках.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этой пациентки?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 3**. В районе, где Вы работаете терапевтом, нет окулиста - уволилась и уехала около года назад, однако оборудование окулиста осталось. К Вам обратилась сотрудница с просьбой обследовать ее 6-ти летнего сына и подобрать ему очки. Ее беспокоит, что он слишком низко наклоняет голову над книгой, постоянно щурится и близко садится к телевизору при просмотре телевизионных передач.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 4.** К Вам за советом обратился механизатор 25 лет. С его слов с 14 лет у него имеется близорукость, вначале пользовался очками (-) 2,0 дптр. на правый глаз и (-) 4,0 дптр. на левый. С 19 лет и до настоящего времени пользовался очками (-) 3,5 дптр. и (-) 6,5 дптр. соответственно. Считает, что зрение в очках у него неплохое, но к концу дня сильно устают глаза, пытался пользоваться контактными линзами, видел в них очень хорошо, глаза не уставали, но пользоваться ими по условиям работы (пыль, копоть, грязные руки и др.) не смог.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 5**. У пациента 48 лет, обратившегося к Вам, жалобы на утомляемость глаз при чтении газет, книг (сливаются буквы, старается подальше отодвигать газету от глаз, но это помогает ненадолго). Вдаль видит хорошо каждым глазом.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 6.** К Вам за советом обратилась мать подростка 15 лет, у которого с ее слов в настоящее время имеется близорукость в 7,0 дптр. на оба глаза. Впервые близорукость в 3,0 дптр. была выявлена у него в возрасте 11 лет. Затем ежегодно ему подбирали очки более сильные на 1,0 дптр., чем предыдущие.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 7**. К Вам обратился пациент 23 лет с жалобами на стойкое отклонение правого глаза кнаружи и периодическое двоение (особенно при попытке свести глаза) после сильной контузии правого глаза около года тому назад.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 8**. К Вам обратилась учительница 57 лет с жалобами на утомляемость глаз при продолжительной работе вблизи, сливание читаемого текста, неприятные ощущения в области надбровных дуг, головные боли. С 18-ти - летнего возраста постоянно пользовалась в течение всего дня (и пользуется сейчас) очками (-) 2,0 дптр. Вдаль раньше и сейчас видит в этих очках хорошо, но последний год работать вблизи в них практически не может.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этой пациентки?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 9**. К Вам обратился служащий 32 лет с жалобами на непереносимость очковой коррекции (-) 3,0 D на оба глаза! С его слов готовые очки но приобрел в салоне «Оптика» без рецепта, но через некоторое время стал отмечать, что видит в них нечетко, с искажением предметов и быстро устают глаза.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования Вы сможете провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии?
4. Какова будет тактика Ваших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 10.** К Вам обратился пациент 55 лет с жалобами на пониженное зрение вдаль без очков и быструю утомляемость глаз при работе в корригирующих очках вблизи. С 47 лет пользуется очками для дали + 1,0 D на оба глаза и + 2 D для близи.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какое обследование Вы сможете провести дополнительно?
3. Чем можно объяснить жалобы пациента?
4. Какова будет тактика Ваших действий?
5. Какие возможны осложнения?

*Эталон ответа к задаче 1:*

1. Возрастное ослабление аккомодации – пресбиопия.
2. Исследовать остроту зрения вдаль, определить рефракцию субъективным методом, положение точки ближайшего видения.
3. Сочетается - ли пресбиопия с аномалией или с эмметропией.
4. Методом нейтрализации определить вид и оптическую силу оставшегося целым очкового и на основании полученных данных можно выписать женщине рецепт на очки для близи. Если это сделать невозможно – отправить к окулисту.
5. При работе вблизи без пресбиопических очков могут развиться явления мышечной и аккомодативной астенопии.

*Эталон ответа к задаче 2.*

1. Медленно прогрессирующая близорукость.
2. Исследовать остроту зрения вдаль без коррекции, определить вид и степень рефракцию субъективным методом, исследование остроты зрения вдаль с очковой коррекцией.
3. Медленно прогрессирующую близорукость в данном случае следует дифференцировать со спазмом аккомодации.
4. Даже если в подобранных субъективным методом очках пациентка будет видеть вдаль и вблизи хорошо – следует рекомендовать ей проконсультироваться по данному вопросу у окулиста, но от выписки рецепта на очки воздержаться.
5. Спазм аккомодации на фоне близорукости, прогрессирования близорукости.

*Эталон ответа к задаче 3.*

1. Спазм аккомодации или истинную близорукость.
2. Исследовать остроту зрения вдаль без коррекции, определить вид и степень рефракцию, исследовать остроту зрения вдаль с коррекцией, положение точки ясного видения на правый и левый глаз.
3. Спазм аккомодации с истинной близорукостью.
4. Убедить мать ребенка в необходимости обязательной консультации его у окулиста, т.к. отдифференцировать спазм аккомодации от истинной близорукости врачу-стоматологу практически невозможно.
5. Спазм аккомодации (или функциональная близорукость) может перейти в истинную близорукость с наклонностью к прогрессированию ее.

*Эталон ответа к задаче 4*.

1. Миопическую анизометропию средней степени.
2. Исследовать остроту зрения вдаль без коррекции, степень близорукости на каждый глаз, исследовать остроту зрения в очках с максимальной и переносимой очковой коррекцией, характер зрения в очках с максимальной очковой коррекцией.
3. В данном случае необходимо уточнить степень анизометропии, иногда анизометропия может быть обусловлена опухолью глаза с большей степенью близорукости.
4. Рекомендовать консультацию специалиста по хирургической коррекции аномалий рефракции.
5. Расходящееся косоглазие, нарушение бинокулярного зрения, прогрессирование близорукости.

*Эталон ответа к задаче 5*.

1. Пресбиопию.
2. Необходимо проверить остроту зрения без коррекции вдаль, вид и степень рефракции, при необходимости – остроту зрения вдаль с коррекцией, положение ближайшей точки ясного зрения.
3. Сочетается ли пресбиопия с эмметропией или аномалией рефракции.
4. На основании данных обследования подобрать и выписать рецепт на пресбиопические очки для близи.
5. Мышечная и аккомодационная астенопия, хронические конъюнктивиты и блефариты, слезоточивость глаз.

*Эталон ответа к задаче 6.*

1. У пациента прогрессирующая близорукость.
2. Проверить остроту зрения вдаль без коррекции, субъективным методом определить степень близорукости, проверить остроту зрения вдаль с коррекцией, соответствующей степени выявленной близорукости.
3. Дифференцировать данную патологию нужно по темпу прогрессирования близорукости – медленный или быстрый.
4. Необходимо убедительно рекомендовать консультацию окулиста для решения вопроса о возможности хирургического лечения прогрессирующей близорукости.
5. При прогрессирующей близорукости могут развиться миопический конус и миопическая стафилома, что указывает на наличие дистрофических изменений в хориоидее и сетчатке, кровоизлияния в сетчатку и стекловидное тело, хориоретинальные дистрофические очаги, атрофический пигментный очаг в макулярной области (пятно Фукса), отслойка сетчатки, осложненная катаракта.

*Эталон ответа к задаче 7*.

1. По всей вероятности у данного больного произошло одно из возможных осложнений близорукости высокой степени – отслойка сетчатки правого глаза.
2. Проверить остроту зрения каждого глаза вдаль без коррекции и с максимальной (субъективным методом определенной) очковой коррекцией; провести исследование в проходящем свете, исследовать вид (характер) зрения, исследовать границы поля зрения OD и OS ориентировочным методом.
3. Дифференцировать данную патологию следует с кровоизлиянием в сетчатку и стекловидное тело, непроходимостью центральной артерии или вены сетчатки.
4. Убедить больного в необходимости обязательной консультации окулиста с целью определения тактики дальнейших действий.
5. Может развиться более обширная и грубая, чем была первоначально, отслойка сетчатки, возможно кровоизлияние в нее и в стекловидное тело, образование шварт между последним и сетчаткой, стойкое и значительное снижение зрительных функций вплоть до слепоты; может развиться субатрофия и атрофия глазного яблока.

*Эталоны ответа к задаче 8*.

1. В данном случае имеется пресбиопия на фоне стационарной близорукости слабой степени обоих глаз, что и привело к развитию аккомодативной и мышечной астенопии.
2. Проверить остроту зрения каждого глаза вдаль и вблизь без очков и с очковой коррекцией, определить субъективным методом степень близорукости, положение ближайшей точки ясного видения.
3. Необходимо выяснить, обусловлены ли данные жалобы развитием пресбиопии или возрастным помутнением хрусталика.
4. Рекомендовать учительнице пользоваться очками (-) 2,0 D только для дали, вблизи работать без очков.
5. Может закрепиться аккомодативная и мышечная астенопия, появиться головная боль, раздражительность; может развиться глаукома – стойкое повышение внутриглазного давления.

*Эталоны ответа к задаче 9.*

1. По всей вероятности у данного пациента имеется один из видов астигматизма.
2. Проверить остроту зрения каждого глаза вдаль без очков , определить субъективным методом вид и степень аномалии рефракции, проверить остроту зрения каждого глаза вдаль с очковой коррекцией на основании данных рефракции, определенной субъективным методом; при этом если со сферическими корригирующими стеклами не удается получить оптимальных результатов или если острота зрения улучшается в каком-то положении астеноптической щели, это может косвенно указывать на наличие астигматизма.
3. Дифференцировать данную патологию следует по виду астигматизма – постой, сложный или смешанный.
4. Рекомендовать обратиться к окулисту для поведения более детального обследования и подбора очковой или контактной коррекции зрения.
5. Стойкое снижение остроты зрения, мышечная астенопия, прогрессирование аномалии рефракции; присоединение хронического конъюнктивита или блефарита.

*Эталон ответа к задаче 10.*

1. По всей вероятности, у данного пациента имеется сочетание гиперметропии слабой степени и пресбиопии.
2. Проверить остроту зрения вдаль каждого глаза без коррекции; субъективным методом определить вид и степень аномалии рефракции, проверить остроту зрения вдаль каждого глаза с очковой коррекцией на основании субъективно определенной рефракции. Проверить, на каком расстоянии от глаз пациенту комфортнее всего читать газетный шрифт в его очках для близи и с учетом степени выявленной гиперметропии и пресбиопии рекомендовать ему новую очковую коррекцию для дали и для близи.
3. Вероятно тем, что имеющиеся у пациента очки не соответствуют возрастным изменениям его рефракции и степени ослабления аккомодации.
4. Рекомендовать пациенту обратиться к окулисту, который сможет провести более детальное обследование и подобрать оптимальную очковую коррекцию для дали и для близи.
5. Развитие мышечной и аккомодативной астенопии, присоединение хронического конъюнктивита, блефарита, упорного слезотечения

**Т****ема: Заболевания орбиты, вспомогательного аппарата глаза и конъюнктивы.**

**Задача 1**. К Вам обратился пациент 19 лет с жалобами на покраснение слизистой оболочки обоих глаз, умеренное слизистое отделяемое, склеивание ресниц по утрам, ощущение песка под веками, слезотечение. Заболел два дня назад после купания в пруду. При осмотре конъюнктива век и глазных яблок резко гиперемирована, умеренно отечная, имеются единичные фолликулы на конъюнктиве обоих глаз, умеренное слизистое отделяемое.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 2.** К Вам обратился больной 28 лет, у которого на третий день после подъема температуры до 37,7°, сопровождавшегося катаром верхних дыхательных путей, недомоганием, насморком, появился отек век, гиперемия и отечность конъюнктивы (особенно в области нижней переходной складки), умеренное слизисто-гнойное отделяемое.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 3.** В районе, где Вы работаете, нет окулиста. Вас вызвали в родильное отделение, где вначале у одного новорожденного, а через два дня еще у двух появилась припухлость и отечность век, затем - покраснение и нарастающая отечность конъюнктивы век и глазных яблок. При разведении век отмечается значительное слизисто-гнойное отделяемое.

1. Какое заболевание Вы заподозрите?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 4.** Больная 32 лет жалуется на покраснение и боль в области внутренней части нижнего века левого глаза, повышение температуры до 37,4, головную боль, недомогание. Неделю назад болели верхние зубы на этой же стороне. После лечения в домашних условиях зубная боль постепенно утихла. При осмотре отмечается выраженная гиперемия кожи, отек нижнего века левого глаза, более выраженный в области проекции слезного мешка; при пальпации здесь же отмечается болезненность и выделение слизи и гноя через нижнюю слезную точку. Отмечается умеренная инъекция сосудов конъюнктивы, отечность слизистой оболочки нижнего века и глазного яблока. Правый глаз здоров.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этой пациентки?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 5.** К Вам обратился больной 56 лет с жалобами на наличие ограниченного уплотнения у внутреннего угла нижнего века левого глаза. В течение года оно не беспокоило больного, однако в последнее время поверхность выступающего над кожей века образования стало легко эрозироваться даже при вытирании лица полотенцем. После эрозирования поверхности уплотнения оно покрывается струпом, который вскоре отпадает и уплотнение на веке стало изъязвляться.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 6.** К Вам обратилась больная 52 лет с жалобами на покраснение, ограниченную болезненную припухлость и отечность по краю верхнего века правого глаза в течение двух дней. При осмотре отмечается умеренный отек верхнего века, гиперемия и отечность конъюнктивы верхнего века. Из анамнеза выяснилось, что за последние два года это повторяется уже третий раз.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этой пациентки?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 7.** К Вам обратилась больная с жалобами на сухость, жжение, зуд, резь в глазах, светобоязнь, снижение зрения на оба глаза, почти полное отсутствие слезы даже во время плача, сухость кожных покровов и в полости рта, припухлость и скованность в суставах рук и ног. Больна в течение полугода. При осмотре отмечается умеренная смешанная инъекция конъюнктивы обоих глаз, скудное, тягучее, нитеобразное отделяемое. В нижней части роговицы имеется умеренная отечность, мелкоточечные инфильтраты, поверхностные помутнения. От этой части роговицы к конъюнктивальному своду тянутся тонкие слизистые нити.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этой пациентки?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 8.** К Вам обратился больной, которому 2 дня тому назад врач-стоматолог удалил верхний резец с правой стороны. Больного беспокоит головная боль, озноб, двоение предметов при рассматривании их правым глазом, температура повышена до 37,5 °С, имеется выраженный отек и покраснение кожи век правого глаза, выпячивание глазного яблока, подвижность его ограничена, болезненна. Конъюнктива век и глазного яблока резко отечная, смешанная инъекция сосудов правого глаза. Роговица и радужка отечные, зрачок сужен до 2 мм, реакция его на свет снижена. Острота зрения: OD = 0,1 не корр., OS = 1,0.

1. Что Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо произвести?
3. С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?
4. Какова будет тактика Ваших действий?
5. Какие возможны осложнения при данной патологии?

**Задача 9.** Больной 28 лет обратился к Вам с жалобами на боль в области верхнего века правого глаза, отек век правого глаза, головную боль. При осмотре отмечается выраженный отек век OD, в области скуловой кости кожа век гиперемирована, напряжена, резко болезненна при пальпации. Глазная щель OD сужена, конъюнктива век и глазного яблока гиперемирована, отечна, особенно – с наружной стороны. Других изменений глаз не отмечено.

1. Какие дополнительные методы исследования Вы используете в данном случае?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?
4. В чем будет заключаться Ваша помощь больному?
5. Какие возможны осложнения при данной патологии?

**Задача 10.** К Вам обратился учитель школы, 46 лет лет с жалобами на покраснение, утолщение краев век, зуд, ощущение засоренности в глазах, утомляемость глаз при длительной зрительной нагрузке вблизи, периодическое покраснение глаз с появлением едкого пенистого отделяемого в углах глазной щели обоих глаз. Болен в течение двух лет.

1. Какое заболевание глаз Вы заподозрите у пациента?
2. Какие наиболее частые причины данного заболевания?
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести?
4. Какова будет тактика Ваших действий?
5. Какие возможны осложнения при данной патологии?

*Эталон ответа к задаче 1.*

1. По всей вероятности у данного пациента имеется острый бактериальный конъюнктивит обоих глаз.
2. Тщательно проанализировать анамнез заболевания, провести осмотр переднего отдела глаза бифокальным методом с выворотом век, исследовать остроту зрения.
3. Дифференцировать следует с конъюнктивитами другой этиологии и кератоконъюнктивитом.
4. Оказать пациенту первую врачебную помощь: закапать в конъюнктивальную полость дезинфицирующие капли, осторожно тугим влажным ватным жгутиком убрать слизистое отделяемое, закапать в оба глаза 20% раствор альбуцида, заложить за веки глазную мазь с антибиотиком и направить на консультацию к окулисту.
5. Без соответствующего лечения острый конъюнктивит может перейти в хронический и осложниться вовлечением в воспалительный процесс роговицы обоих глаз, привести к развитию дакриоцистита.

*Эталон ответа к задаче 2.*

1. Можно заподозрить аденофарингоконъюнктивальную лихорадку или эпидемический фолликулярный кератоконъюнктивит обоих глаз.
2. Тщательно проанализировать анамнез заболевания, эпиданамнез; провести осмотр переднего отдела глаза бифокальным методом с выворотом век, исследовать остроту зрения, осмотреть горло и прощупать регионарные лимфоузлы; измерить температуру тела.
3. Аденофарингоконъюнктивальную лихорадку нужно дифференцировать с эпидемическим фолликулярным конъюнктивитом и конъюнктивитами бактериальной этиологии.
4. Оказать пациенту первую врачебную помощь (указать – в чем она будет заключаться) и направить на консультацию к окулисту.
5. При любом из вышеуказанных конъюнктивитов в процесс может быть вовлечена роговая оболочка.

*Эталон ответа к задаче 3*.

1. Можно заподозрить вспышку гонобленнорреи.
2. Тщательно проанализировать анамнез заболевания, эпиданамнез; с помощью медперсонала осторожно! провести осмотр переднего отдела глаза методом фокального и бифокального освещения.
3. С эпидемическим конъюнктивитом, острым дифтерийным или пневмококковым конъюнктивитом.
4. Срочно вызвать в родильное отделение главного врача больницы, врача акушера-гинеколога и педиатра, известить по телефону местную СЭС: на родильное отделение наложить карантин, изолировать больных детей от здоровых и сразу же начать частое (через1-2 часа) закапывание в оба глаза каждому заболевшему дезинфицирующих капель и капель из антибиотиков; детям, находившимся в одном помещении с заболевшими капли закапывать реже – через 3-4 часа.
5. Самое грозное осложнение – возможность развития гнойной язвы роговицы.

*Эталон ответа к задаче 4.*

1. Можно заподозрить острый дакриоцистит левого глаза.
2. Методом фокального или бифокального осмотра обследовать передний отдел левого глаза, в т. ч. край нижнего века.
3. Данную патологию следует дифференцировать с начинающейся флегмоной нижнего века левого глаза и флегмоной слезного мешка.
4. Ввести больному антибиотик внутримышечно, закапать в конъюнктивальную полость левого глаза 20% раствор альбуцида, заложить мазь с антибиотиком, область воспаления слезного мешка смазать 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого, наложить сухую асептическую повязку на левый глаз и направить к окулисту или непосредственно в офтальмологический стационар.
5. Переход острого дакриоцистита в хроническую форму, может развиться флегмона слезного мешка, при малейшем повреждении целостности роговицы может развиться язва роговицы.

*Эталон ответа к задаче 5*.

1. Можно заподозрить новообразование нижнего века левого глаза.
2. Нужно осторожно пропальпировать область новообразования и всего нижнего века левого глаза, регионарные лимфоузлы, направить больного на развернутый анализ крови.
3. Дифференцировать нужно с хроническим дакриоциститом, но, вероятнее всего, следует быстрее уточнить какое это новообразование – доброкачественное или злокачественное.
4. Больного следует направить на консультацию к окулисту или непосредственно в межобластной офтальмологический центр (в ККОКБ) либо - в онкологический диспансер.
5. Если это злокачественная опухоль, то она может распространяться в орбиту, придаточные пазухи и метастазировать в регионарные лимфатические лимфоузлы; прогноз нередко неутешительный.

*Эталон ответа к задаче 6.*

1. Можно заподозрить острый ячмень верхнего века правого глаза.
2. Пальпацию области ячменя и всего верхнего века правого глаза, бифокальным методом обследовать конъюнктиву правого глаза (для чего произвести выворот его); срочно направить на анализ крови.
3. Данную патологию следует дифференцировать с гнойничком на коже века, флегмоной века в стадии абсцедирования.
4. Ввести антибиотик внутримышечно, область ячменя смазать 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого, закапать в конъюнктивальную полость 20% раствор альбуцида, за верхнее веко правого глаза заложить мазь с антибиотиком, , наложить сухую асептическую повязку на левый глаз и направить к окулисту или непосредственно в офтальмологический стационар.
5. Острый ячмень может осложниться развитием флегмоны века и орбиты, тромбофлебитом орбитальных вен, гнойным менингитом, тромбозом кавернозного синуса.

*Эталон ответа к задаче 7.*

1. Можно заподозрить синдром Съегрена (преимущественное поражение слюнных и слезных желез).
2. Надо тщательно осмотреть слизистую полости рта и другие слизистые оболочки, бифокальным методом - передний отдел глаза, включая конъюнктиву век, глазного яблока, переходных складок, а также роговую оболочку.
3. Данную патологию следует дифференцировать с болезнью Стивенса-Джонсона (слизисто-кожно-глазной синдром) и с системной склеродермией.
4. Рекомендовать частое закапывание капель «искусственная слеза» или лакрисина; 3-4 раза в день инстиллировать 20% раствор альбуцида для профилактики присоединения вторичной инфекции; направить на консультацию к окулисту.
5. Может развиться нитчатый кератит, ксероз (высыхание) роговицы и конъюнктивы с поражением железистого аппарата ее, может развиться иридоциклит.

*Эталон ответа к задаче 8.*

1. Можно предположить развитие флегмоны орбиты или тромбофлебита вен орбиты правого глаза.
2. Дополнительно необходимо произвести R-графию орбит и верхнечелюстных пазух, проконсультировать больного у невропатолога, срочно сделать развернутый анализ крови.
3. Данное заболевание следует дифференцировать с менингитом, общим сепсисом, тромбозом кавернозного синуса; с флегмоной век, острым кератоконъюнктивитом.
4. Больному нужно срочно ввести антибиотик внутривенно или внутримышечно, либо – комбинацию антибиотика с кортикостероидом внутримышечно; заложить мазь с антибиотиком за веки правого глаза, наложить повязку и срочно направить больного в глазной стационар.
5. Возможные осложнения: тромбоз кавернозного синуса, общий сепсис, менингит, кератоувеит, эндо- и панофтальмит. Прогноз для глаза и жизни больного могут быть неблагоприятны.

*Эталон ответа к задаче 9.*

1. Дополнительно необходимо уточнить анамнез заболевания и с чем оно может быть связано, проверить остроту зрения обоих глаз, определить, нет ли выстояния кпереди правого глазного яблока и подвижность его, срочно сделать развернутый анализ крови и направить больного на R-графию правой орбиты в 2-х проекциях.
2. Можно предположить флегмону нижнего века OD или остеомиелит правой скуловой кости.
3. Данное заболевание следует дифференцировать с начинающей флегмоной орбиты правого глаза (объяснить – почему и в чем различие).
4. Внутримышечно ввести антибиотик, внутрь – 1,0 бутадиона или анальгина; повязку с мазью антибиотика на правый глаз, направить больного на консультацию к окулисту или непосредственно в офтальмологический стационар.
5. При данной патологии возможно осложнение в виде периостита или флегмоны правой орбиты.

*Эталон ответа к задаче 10.*

1. Можно заподозрить хронический блефарит обоих глаз.
2. Заболевания желудочно-кишечного тракта, глистные инвазии, эндокринные и обменные нарушения, витаминная недостаточность; длительное воздействие неблагоприятных внешних условий; кариес зубов, хронический тонзиллит, полипы носа, аденоиды, не корригированные аномалии рефракции и др.
3. Тщательно осмотреть края век и конъюнктиву методом бифокального освещения, осмотреть полость рта и определить состояние зубов.
4. Направить больного на обследование к терапевту, эндокринологу, ЛОР-врачу, на развернутый анализ крови, а затем – к окулисту.
5. Хронический блефарит может осложниться конъюнктивитом, неправильным ростом ресниц, деформацией ресничного края век, кератитом.

**Тема: Забол****евания роговицы и склеры.**

**Задача 1.** К Вам обратилась мать с девочкой 6 лет, у которой два дня назад появилось покраснение левого глаза, резкая светобоязнь, слезотечение. При осмотре: девочка бледная, вялая, худенькая (со слов матери потому, что плохо кушает). В возрасте 4-х лет у девочки была положительная реакция Манту, но от дальнейшего обследования родители девочки отказались. Локальный статус: веки левого глаза умеренно отечны, отмечается васкуляризация глазного яблока соответственно локализации серого округлого инфильтрата, расположенного у наружного лимба. Роговица в области инфильтрата умеренно отечна. Правый глаз здоров. Острота зрения ОД нормальная, на ОS остроту зрения проверить не удалось ввиду выраженной светобоязни.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этой девочки?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 2**. Во время Вашего дежурства по районной больнице к Вам обратился мужчина 38 лет, которому 3 часа назад на улице что-то попало в правый глаз. Пытался дома несколько раз промыть глаз водой, но чувство инородного тела и боль под верхним веком ОД остались. Раньше глаза никогда не беспокоили. Со слов пациента вдаль и вблизи видит хорошо.

1. Что Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 3**. Вечером во время Вашего дежурства в райбольнице к Вам обратился мужчина 46 лет, который вчера при работе на приусадебном участке веткой малины поцарапал роговицу левого глаза. Его беспокоят боль, резь, светобоязнь, слезотечение, снижение зрения в левом глазу. При осмотре левого глаза отмечается сужение глазной щели, выраженная смешанная инъекция сосудов глазного яблока. В оптической зоне роговицы имеется царапина неправильной линейной формы длинной около 3 мм с выраженным отеком в этой области, остальные структуры глаза не изменены.

1. Какие методы исследования Вы используете в данном случае?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие возможны осложнения при данной патологии?

**Задача 4**. К Вам обратился больной 43 лет с жалобами на боль, покраснение, светобоязнь, слезотечение, значительное снижение зрения правого глаза. Из анамнеза заболевания удалось выяснить, что это уже третий за последние 5 лет рецидив заболевания после перенесенного в заключение туберкулеза легких.

При наружном осмотре: левый глаз здоров; в правом глазу – выраженная перикорнеальная инъекция; роговица диффузно отечная, мутная, в ней просматриваются отдельные крупные желтовато-серые инфильтраты, выраженная васкуляризация ее.

1. Какие методы диагностики Вы используете в данном случае?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?
4. Какова будет тактика Ваших действий?
5. Каков прогноз при данной патологии?

**Задача 5.** К Вам обратилась больная 28 лет с жалобами на ощущение инородного тела, светобоязнь, слезотечение, покраснение левого глаза в течение двух дней. Неделю назад перенесла острое респираторное заболевание с умеренной температурой. При наружном осмотре: правый глаз спокоен, здоров; в левом глазу – перикорнеальная инъекция, в нижне-наружнем отделе роговицы видна группа мелких серых инфильтратов в виде веточки дерева, радужка не изменена.

1. Какие методы диагностики Вы используете в данном случае?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?
4. Какова будет тактика Ваших действий?
5. Каковы возможные осложнения при данной патологии?

**Задача 6.** К Вам за советом обратился Ваш хороший знакомый, который два года назад перенес язвенный кератит правого глаза в результате чего осталось обширное молочно-серого цвета помутнение роговицы и практически исчезло предметное зрение. Его интересует, можно – ли при такой патологии глаза надеяться на улучшение его зрительной функций?

* 1. Какие методы диагностики Вы используете в данном случае?
  2. Ваш предположительный диагноз?
  3. С чем Вы будете дифференцировать эту патологию глаза?
  4. Какова будет тактика Ваших действий?
  5. Каковы возможные осложнения при данной патологии?

**Задача 7.** Пациент 53 года обратился с жалобами на светобоязнь, слезотечение, ощущение инородного тела в правом глазу. Со слов больного 3 недели назад перенес ОРВИ, сопровождающуюся герпетическими высыпаниями в области губ.

Объективно: vis OD -0.3 н/к, vis OS –0.9 н/к. При бифокальном осмотре на правом глазу отмечается небольшая перикорнеальная инъекция, в глубоких слоях роговой оболочки в оптической зоне, серовато-белый инфильтрат дисковидной формы. Хрусталик, стекловидное тело прозрачные.

1. Какие методы диагностики Вы используете в данном случае?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?
4. Какова будет тактика Ваших действий?
5. Каковы возможные осложнения при данной патологии?

**Задача 8.** К Вам обратилась девушка 17 лет, у которой резко снизилось зрение на один глаз. Очками она пользовалась при работе вдаль, видела в них довольно хорошо. С её слов стёкла в очках были одинаковые. В течение текущего года стала отмечать снижение зрения одного глаза, которое не поддавалось коррекции очковыми стеклами.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этой пациентки?
2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику в данном случае?
3. Какие методы офтальмологического обследования пациентки Вы используете?
4. Какова тактика лечебных мероприятий?
5. Какие осложнения могут быть в данном случае?

**Задача 9.** Пациентка 17лет обратился с жалобами на постепенно возникшие небольшую светобоязнь, слезотечение покраснение и боль при надавливании на веки левого глаза. С 14 лет страдает системной красной волчанкой.

При осмотре конъюнктива гиперемирована, в переднем отделе склеры ограниченный отек с синюшным оттенком. При пальпации пораженный участок резко болезненен. Роговица прозрачная, гладкая, блестящая. Хрусталик, стекловидное тело прозрачные.

1. Какое заболевание Вы заподозрите?
2. Какие методы диагностики Вы используете дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Каков прогноз при данной патологии?

**Задача 10.** Больной 67 лет, заболел остро, с резкими признаками раздражения правого глаза, болью и снижением остроты зрения. Со слов пациента наплюдается у окулиста по поводу хронического дакриоцистина справа.

Объективно: отек век, гиперемия слизистой, инъекция сосудов конъюнктивы глаза. На роговице в центре круглый серо-желтый инфильтрат, вокруг роговица отечна, чувствительность понижена, скопление гноя в передней камере.

1. Что Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

*Эталон ответа к задаче 1.*

* 1. Можно заподозрить фликтенулезный кератит левого глаза.
  2. Тщательно проанализировать жалобы, анамнез заболевания, семейный анамнез; проверить остроту зрения обоих глаз; провести бифокальный осмотр переднего отдела глаза и, особое внимание уделить роговице левого глаза.
  3. В первую очередь данный кератит следует дифференцировать с гематогеннными туберкулезными кератитами или конъюнктивитами.
  4. Направить девочку на консультацию к фтизиатру и окулисту, предварительно назначив инстилляции дексаметазона в левый глаз.
  5. Поскольку заболевание склонно к рецедивам, постепенно может мутнеть вся роговица и зрение значительно снижается. Иногда роговица перфорируется и процесс осложняется кератоувеитом, образуется стойкое бельмо роговицы.

*Эталон ответа к задаче 2.*

* 1. Можно заподозрить гнойную язву роговицы правого глаза.
  2. Проверить остроту зрения правого и левого глаза, тщательно осмотреть роговицу, переднюю камеру и радужку OD методом бифокального освещения, оценить прозрачность хрусталика и стекловидного тела исследованием его в проходящем свете, пропальпировать проекцию цилиарного тела.
  3. С глубокими кератитами различной этиологии.
  4. Ввести антибиотик внутривенно или внутримышечно, закапать в конъюнктивальную полость раствор антибиотика, раствор мидриатика, ввести антибиотик широкого спектра действия парентерально, на правый глаз наложить асептическую повязку и срочно направить больного на консультацию к окулисту или непосредственно в офтальмологический стационар.
  5. Перфорация язвы роговицы, развитие кератоувеита, эндофтальмит, панофтальмит (с последующей атрофией глазного яблока.

*Эталон ответа к задаче 3.*

1. Необходимо тщательно проанализировать анамнез повреждения глаза, проверить остроту зрения глаза, по возможности окрасить роговицу 1% раствором метиленовой синьки или 2% раствором колларгола с целью определить глубину поражения роговицы и внимательно осмотреть ее с помощью бифокального освещения.
2. В данном случае можно предположить острый эрозивный кератит левого глаза.
3. Данное заболевание следует дифференцировать с глубоким кератитом и проникающим ранением роговицы.
4. Прежде всего, необходимо обезболить глаз имеющимся анестетиком (уже на этапе осмотра), закапать 20% раствор альбуцида и капель антибиотика, наложить повязку на поврежденный глаз, внутримышечно ввести ПСС или анатоксин по Безредке и направить на консультацию к окулисту или непосредственно в офтальмологический стационар.
5. Возможны осложнения в виде глубокого кератита (в т.ч. язвенного) и кератоувеита.

*Эталон ответа к задаче 4.*

1. Проверка остроты зрения, бифокальный осмотр роговицы, передней камеры и радужки; исследование в проходящем свете, пальпаторно следует определить наличие или отсутствие циклитной болезненности.
2. Можно предположить туберкулезной этиологии кератит правого глаза.
3. Данное заболевание следует дифференцировать с паренхиматозным сифилитическим кератитом и с кератоувеитом.
4. Несколько раз закапать в правый глаз 1% раствор атропина, 20% раствор альбуцида, за веки заложить мазь с антибиотиком, на правый глаз наложить повязку и направить больного на консультацию к окулисту или непосредственно в офтальмологический стационар.
5. Прогноз чаще неблагоприятный, т.к. остается стойкое глубокое помутнение роговицы с исходом в слепоту.

*Эталон ответа к задаче 5.*

1. Проверка остроты зрения, бифокальный осмотр роговицы, передней камеры и радужки; исследование в проходящем свете, пальпаторно следует определить наличие или отсутствие циклитной болезненности; проверить роговичную чувствительность, покрасить роговицу инстилляцией 1% раствора метиленовой синьки и внимательно исследовать ее бифокальным методом.
2. Можно предположить острый герпетический древовидный кератит.
3. Данное заболевание следует дифференцировать с другими формами герпетических кератитов или с конъюнктивитом вирусной этиологии.
4. Расширить зрачок инстилляциями 1% атропина, закапать 20% раствор альбуцида, за веки заложить глазную мазь с антибиотиком, на больной глаз наложить повязку и направить больного на консультацию к окулисту или непосредственно в офтальмологический стационар.
5. Данный кератит нередко осложняется иридоциклитом или трансформируется в глубокий герпетический кератит.

*Эталон ответа к задаче 6.*

1. Тщательно проанализировать анамнез перенесенного заболевания глаза, проверить остроты зрения, внимательно осмотреть конъюнктиву, роговицу, переднюю камеру радужку правого глаза бифокальным методом; остальные светопроводящие структуры глаза (если они просматриваются) - проходящим светом, проверить роговичную чувствительность, пальпаторно оценить состояние внутриглазного давления.
2. Можно предположить у этого пациента обширное бельмо роговицы правого глаза.
3. Данную патологию следует дифференцировать с текущим глубоким кератитом.
4. Необходимо рекомендовать консультацию по интересующему пациента вопросу у специалиста по пересадке роговой оболочки в ККОКБ
5. Если своевременно не сделать операцию кератопластики или кератопротезирования, то наступит тяжелая неизлечимая обскурационная амблиопия пораженного глаза.

*Эталон ответа к задаче 7.*

1. Пальпаторно следует определить наличие или отсутствие циклитной болезненности; проверить роговичную чувствительность, покрасить роговицу инстилляцией 1% раствора метиленовой синьки и внимательно исследовать ее бифокальным методом.
2. Можно предположить острый герпетический дисковидный кератит.
3. Данное заболевание следует дифференцировать с другими формами герпетических кератитов или с конъюнктивитом вирусной этиологии.
4. Расширить зрачок инстилляциями 1% атропина, закапать 20% раствор альбуцида, за веки заложить глазную мазь с антибиотиком, на больной глаз наложить повязку и направить больного на консультацию к окулисту или непосредственно в офтальмологический стационар.
5. Данный кератит нередко осложняется иридоциклитом. В исходе может сформироваться бельмо.

*Эталон ответа к задаче 8.*

1. Прогрессирующий кератоконус
2. С астигматизмом
3. Визомерию, определение вида клинической рефракции, ,.
4. Направление на обследование к окулисту (проведение рефрактометрии, офтальмометрии, биомикроскопии кератотопографии). Назначение лечебных жестких контактных линз. Наблюдении в динамике. Проведение кросслинкинга.
5. Помутнение роговицы, резкое снижение зрения.

*Эталон ответа к задаче 9.*

1. Можно заподозрить склерит левого глаза.
2. Проверка остроты зрения, бифокальный осмотр роговицы, передней камеры и радужки; исследование в проходящем свете, пальпаторно следует определить наличие или отсутствие циклитной болезненности.
3. В первую очередь данный склерит следует дифференцировать эндогенными конъюнктивитами и кератоувеитами.
4. Направить пациентку на консультацию к ревматологу и окулисту, предварительно назначив инстилляции дексаметазона в левый глаз.
5. При лечении основного соматического заболевания прогноз благоприятный

*Эталон ответа к задаче 10.*

* 1. Можно заподозрить гнойную язву роговицы правого глаза, как осложнение хронического дакриоцистита.
  2. Проверить остроту зрения правого и левого глаза, тщательно осмотреть роговицу, переднюю камеру и радужку OD методом бифокального освещения, оценить прозрачность хрусталика и стекловидного тела исследованием его в проходящем свете, пропальпировать проекцию цилиарного тела.
  3. С глубокими кератитами различной этиологии.
  4. Ввести антибиотик внутривенно или внутримышечно, закапать в конъюнктивальную полость раствор антибиотика, раствор мидриатика, ввести антибиотик широкого спектра действия парентерально, на правый глаз наложить асептическую повязку и срочно направить больного на консультацию к окулисту или непосредственно в офтальмологический стационар.
  5. Перфорация язвы роговицы, развитие кератоувеита, эндофтальмит, панофтальмит (с последующей атрофией глазного яблока.

**Тема: Забо****левания сосудистой оболочки глаза.**

**Задача 1.** К Вам обратился больной с субъективными и объективными признаками рецидивирующих по течению стоматита, язвенного поражения слизистых оболочек половых органов, узловатой эритемы кожи туловища и хронического иридоциклита (с наличием гноя в передней камере) обоих глаз. Болезнь протекает в виде рецидивирующих приступов примерно через 2-3 месяца. Болен 2 года, лечился амбулаторно и в стационаре, в течение последних двух недель стал отмечать прогрессирующее ухудшение зрения на оба глаза.

1. Какие методы исследования Вы используете в данном случае?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие возможны осложнения при данной патологии?

**Задача 2**. Ввиду отсутствия окулиста к Вам обратилась женщина с мальчиком 10 лет, которого беспокоят боли в левом глазу, отдающие в зубы (с левой стороны) и одноименное ухо, снижение зрения левого глаза. Боль в глазу появилась вчера днем, а к вечеру она усилилась и мама ребенка отметила у него изменение цвета радужки и сужение зрачка на больном глазу. При обследовании: правый глаз спокоен; левый глаз – глазная щель умеренно сужена, светобоязнь, перикорнеальная инъекция, умеренный отек роговицы. В передней камере имеется взвесь экссудата, радужка отечна, рисунок ее стушеван, зрачок узкий, слегка овальной формы, реакция на свет снижена. В проходящем свете рефлекс с глазного дна виден довольно четко.

1. Какие дополнительные методы исследования Вы используете в данном случае?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?
4. В чем будет заключаться Ваша помощь больному?
5. Какие возможны осложнения при данной патологии?

**Задача 3**. Родители ребенка 6 лет неделю назад заметили у него припухлость и покраснение в области обоих коленных суставов. Два дня назад у ребенка появились покраснение левого глаза, и он стал жаловаться на снижение зрения и боли в левом глазу. До этого родители обращались по поводу патологии суставов к фельдшеру. Он рекомендовал провести обследование ребенка, но этого сделано не было.

При наружном осмотре OS: выражена перикорнеальная инъекция, роговица отечная, цвет радужки изменен по сравнению со здоровым глазом, рисунок ее смазан, зрачок сужен, края его фестончатые, форма неправильная, реакция на свет вялая.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этого ребенка?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие возможны осложнения при данной патологии?

**Задача 4**. Больному 35 лет, жалуется на резкие боли в левом глазу, покраснение его и значительное снижение зрения. В анамнезе: две недели назад – резкое охлаждение, после которого лежал жома с высокой температурой в течение 3 дней. При наружном осмотре глаз: резкая смешанная инъекция левого глазного яблока, роговица умеренно отечная, в передней камере виден экссудат высотой 2 мм желтого цвета. Радужка отечна, изменена в цвете, зрачок узкий, неправильной формы, почти не реагирует на свет. Пальпаторно определяется выраженная циклитная болезненность.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 5.** Две недели назад после перенесенного ОРВИ у больного 35 лет появилось темное пятно в центральной части поля зрения, искажение контуров предметов, смотрит как бы через полиэтиленовую пленку.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие возможны осложнения при данной патологии?

**Задача 6.** Медсестра на пятый день после удаления шестого верхнего левого зуба обратилась к глазному врачу с жалобой на боли в правом глазу при чтении и в ночное время. При осмотре. Правый глаз: острота зрения 0,7(всегда была 1,0). На роговице обнаружены преципитаты. Зрачок 2,5 мм, круглый. Хрусталик прозрачный. ВГД нормальное.

1. Какие дополнительные методы исследования Вы используете в данном случае?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?
4. В чем будет заключаться Ваша помощь больному?
5. Какие возможны осложнения при данной патологии?

**Задача 7.** Больная 18 лет, студентка, наблюдается у терапевта по поводу ревматизма. После переохлаждения появились умеренные боли в правом глазу, усиливающиеся ночью, глаз покраснел, снизилось зрение. При осмотре: перикорнеальная инъекция, роговая оболочка прозрачна, влага передней камеры опалесцирует, зрачок уже, чем на левом глазу и вяло реагирует на свет. Рефлекс с глазного гда розовый, ослаблен. Левый глаз здоров.

1. Какие дополнительные методы исследования Вы используете в данном случае?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?
4. В чем будет заключаться Ваша помощь больному?
5. Какие возможны осложнения при данной патологии?

**Задача 8.** Окулист при осмотре глазного дна в нижнем отделе по центру описывает белый очаг, с четкими границами, конусообразной формы, вершиной к полюсу глаза, с россыпью пигмента.

1. О чем можно подумать
2. Какие дополнительные методы исследования целесообразно провести
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику
4. Целесообразно ли проведение лечения?
5. Возможно ли сочетание с другой патологией органа зрения

**Задача 9.** Больной 56 лет обратился с жалобами на потемнение радужки левого глаза. При бифокальмон осмотре – на радужке в нижнее-наружном квадранте определяется пигментированное новообразование до 2 мм в диаметре, слегка проминирующая в переднюю камеру с неровной поверхностью, зрачок смещен в сторону образования, слабовыраженный выворот пигментной каймы. Правый глаз здоров.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какова тактика Ваших действий?
3. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
4. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
5. Какова тактика Ваших дальнейших действий?

**Задача 10.** У пациента, 42 лет, выявлена темно – пигментированная меланома хориоидеи на средней периферии правого глаза в верхне–внутреннем квадранте проминенцией 9,3 мм, протяженностью 14,3 на 16,8 мм.

1. Каким образом можно диагностировать меланому хориоидеи
2. Какие методы исследования целесообразно проводить при данном заболевании
3. К каким опухолям относится меланома хориоидеи ?
4. Ваши рекомендации
5. Куда чаще метастазирует меланома

*Эталон ответа к задаче 1.*

1. Необходимо тщательно проанализировать анамнез заболевания, проверить остроту зрения, с помощью бифокального освещения и в проходящем свете провести исследование обоих глаз.
2. Можно предположить синдром Бехчета.
3. Данный симптомокомплекс следует дифференцировать с синдромом Стивенса-Джонсона и СПИДом.
4. Расширить зрачки, внутримышечно ввести антибиотик или антибиотик с кортикостероидом, обработать полость рта, назначить соответствующее лечение и направить на консультацию к окулисту.
5. Возможны осложнения в виде помутнения хрусталика, помутнения стекловидного тела, хориоретинита, ретробульбарного неврита зрительного нерва.

*Эталон ответа к задаче 2*.

1. Дополнительно необходимо уточнить анамнез заболевания и чем оно может быть обусловлено, проверить остроту зрения обоих глаз, определить, имеется ли цилиарная болезненность в левом глазу; внимательно осмотреть зубы ребенка, проконсультировать его с ЛОР-врачом (если имеется возможность); срочно сделать развернутый анализ крови.
2. Можно предположить острый иридоциклит левого глаза.
3. Данное заболевание следует дифференцировать, прежде всего, с острыи кератитом (объяснить – почему и в чем различие).
4. Прежде всего, больному нужно расширить зрачок частыми инстилляциями 1% раствора атропина с 0,1% раствором адреналина. Внутривенно или внутримышечно ввести антибиотик, либо внутримышечно – комбинацию антибиотика с кортикостероидом. Внутрь дать антигистаминный препарат, на больной глаз наложить повязку и направить больного в специализированный стационар.
5. При остром иридоциклите возможно сращение зрачкового края радужки с передней капсулой хрусталика, заращение зрачка, вторичное повышение внутриглазного давления, образование осложненной катаракты, переход воспаления на роговицу, сосудистую оболочку глаза и стекловидное тело, переход острого иридоциклита в хроническую форму.

*Эталон ответа к задаче 3.*

* 1. Можно заподозрить острый иридоциклит левого глаза.
  2. Бифокальным методом исследовать роговицу, переднюю камеру, радужку и ее зрачковый край. Пальпаторно определить наличие или отсутствие циклитной болезненности. Проверить остроту зрения обоих глаз.
  3. Острый иридоциклит следует дифференцировать с острым кератитом или симптомокомплексом с поражением зубо-челюстной системы и переднего отдела увеального тракта (например синдромы Рейтера и Бехчета).
  4. Прежде всего, следует несколько раз закапать в левый глаз 1% раствор атропина, растовор антибиотика, в/м ввести антибиотик; за веки заложить мазь с антибиотиком, наложить асептическую повязку на левый глаз и срочно направить больного на консультацию к окулисту или непосредственно в офтальмологический стационар.
  5. Вовлечением в воспалительный процесс роговой оболочки, стекловидного тела, зрительного нерва; заращением зрачка, вторичным повышением внутриглазного давления, помутнением хрусталика.

*Эталон ответа к задаче 4.*

1. Можно заподозрить острый иридоциклит левого глаза.
2. Тщательный осмотр роговицы, передней камеры, радужки и зрачкового края ее методом бифокального освещения; исследованием проходящим светом определить состояние хрусталика и стекловидного тела.
3. Острый иридоциклит следует дифференцировать с острым кератитом.
4. Частыми инстилляциями 1% раствора атропина + 0,1% раствора адреналина попытаться расширить зрачок (если при этом будут сильные боли – в/м ввести аналгин, баралгин или промедол), в/в ввести антибиотик или антибиотик с кортикостероидом. В конъюнктивальную полость закапать раствор антибиотика, за веки заложить мазь с антибиотиком, на левый глаз наложить асептическую повязку; больного срочно направить на консультацию к окулисту или непосредственно в офтальмологический стационар.
5. Возможно быстрое сращение зрачкового края радужки с передней капсулой хрусталика, заращение зрачка, вторичное повышение внутриглазного давления; образование осложненной катаракты; переход воспаления на роговицу, хориоидею, сетчатку и зрительный нерв, стекловидное тело; острый процесс может перейти в хронический.

*Эталон ответа к задаче 5*

1. Можно заподозрить центральную серозную хориоретинопатию.
2. Проверить остроту зрения обоих глаз. Определить вид клинической рефракции. Провести периметрию.
3. ЦСХР следует дифференцировать с отеком макулы иной природы.
4. Срочно направить пациента к окулисту для проведения медикаментозной противовоспалительной и сосудистой терапии.
5. Рецидивирование заболевания, развитие макулодистрофии.

*Эталон ответа к задаче 6*.

1. Провести исследование в проходящем свете, определить, имеется ли цилиарная болезненность в левом глазу; проконсультировать его со стоматологом (если имеется возможность); срочно сделать развернутый анализ крови, рентгенограмму придаточных пазух носа.
2. Можно предположить острый иридоциклит правого глаза.
3. Данное заболевание следует дифференцировать, прежде всего, с острыи кератитом (объяснить – почему и в чем различие).
4. Прежде всего, больному нужно расширить зрачок частыми инстилляциями 1% раствора атропина с 0,1% раствором адреналина. Внутривенно или внутримышечно ввести антибиотик, либо внутримышечно – комбинацию антибиотика с кортикостероидом. Внутрь дать антигистаминный препарат, на больной глаз наложить повязку и направить больного в специализированный стационар.
5. При остром иридоциклите возможно сращение зрачкового края радужки с передней капсулой хрусталика, заращение зрачка, вторичное повышение внутриглазного давления, образование осложненной катаракты, переход воспаления на роговицу, сосудистую оболочку глаза и стекловидное тело, переход острого иридоциклита в хроническую форму.

*Эталон ответа к задаче 7*.

1. Проверить остроту зрения обоих глаз, определить, имеется ли цилиарная болезненность, срочно сделать развернутый анализ крови, направить на консультацию к ревматологу.
2. Можно предположить острый иридоциклит левого глаза, на фоне ревматической болезни.
3. Данное заболевание следует дифференцировать, прежде всего, с острыи кератитом, острымиридоциклитом другой этиологии.
4. Прежде всего, больному нужно расширить зрачок частыми инстилляциями 1% раствора атропина с 0,1% раствором адреналина. Внутривенно или внутримышечно ввести антибиотик, либо внутримышечно – комбинацию антибиотика с кортикостероидом. Внутрь дать антигистаминный препарат, на больной глаз наложить повязку и направить больного в специализированный стационар.
5. Возможны осложнения в виде помутнения хрусталика, помутнения стекловидного тела, хориоретинита, ретробульбарного неврита зрительного нерва.

*Эталон ответа к задаче 8.*

1. О врожденной колобоме хориоидеи
2. Визометрию, офтальмоскопию, биомикроскопию
3. С дистрофическими хориоидальными очагами другой этиологии.
4. Возможно динамическое наблюдение.
5. Да. Например, с колобомой радужки.

Эталон ответа *к задаче 9.*

1. Можно заподозрить новообразование радужки (меланому) левого глаза.
2. Срочно направить пациента к офтальмоонкологу.
3. УЗИ-биомикроскопия, гониоскопия, ОКТ переднего отрезка, при возможности фоторегистрация.
4. Данную патологию следует дифференцировать с невусом радужки, меланомой цилиарного тела с врастанием в корень радужки, метастазами в радужку.
5. Динамическое наблюдение, при показаниях оперативное лечение (иридэктомия/иридоциклэктомия).

*Эталон ответа к задаче 10.*

1. Клинически и с помощью инструментальных методов обследования
2. Визометрию, периметрию, тонометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, диафаноскопию, ОКТ, УЗИ и пр.
3. К злокачественным
4. Энуклеация
5. Печень, легкие

**Тема: Заболевания хрусталика**

**Задача 1**. К Вам обратилась мать ребенка 3-х лет за советом. Вскоре после его рождения она заметила пленку серого цвета в области зрачков обоих глаз. Обратила внимание на то, что при взгляде на свет ребенок смотрит не прямо, а как-то боком.

1. Что Вы заподозрите у этого пациента? Когда должна осуществляться первичная профилактика данного заболевания.
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 2.** Больная 62 лет обратилась к Вам с жалобами на отсутствие предметного зрения правого глаза, значительное снижение зрения левого глаза. Постепенное снижение зрения на оба глаза отмечает в течение 2-х лет. Острота зрения ОД = правильная проекция света; OS = 0,1 не корр. Глаза спокойны, роговицы прозрачны; зрачок на ОД равномерно серого цвета, зрачковые реакции сохранены. При бифокальном освещении на OS зрачок темно-серого цвета хорошо реагирует на свет.

1. Что Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 3**. К Вам обратился пациент 36 лет, лесничий, с жалобами на непереносимость очковой коррекции левым глазом. Год назад ему удалили травматическую катаракту на этом глазу. Искусственный хрусталик не имплантировали ввиду диабета, которым он страдает с 30 лет. Другой глаз здоров, видит хорошо. Острота зрения ОД = 1,0; OS =0,04 с + 11,0Д = 0,4.

1. Что Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 4**. Ввиду отсутствия в районе окулиста, к Вам обратился за советом отец Вашего хорошего знакомого. Его отцу 54 года, он работает механиком в гараже, жалуется на мелькание мушек, сеточки перед глазами («как пленочка перед глазами и она мешает смотреть на свет»). Зрение вдаль снизилось не существенно, но правым глазом видит хуже, чем левым. Впервые отметил указанное явление около года тому назад.

Данные обследования: острота зрения вдаль ОД=0,4; OS=0,6 не корригирует. Глаза спокойные, роговица и радужка не изменены, зрачки черного цвета, хорошо реагируют на свет. Рефлекс с глазного дна OD и OS не изменен, но на фоне красного рефлекса ОД по периферии видны темно-серые штрихообразные помутнения.

1. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно для диагностики заболевания?
2. Что Вы заподозрите у этого пациента?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Можно ли данную патологию лечить консервативно?

**Задача 5.** Ввиду отсутствия в районе окулиста к Вам обратилась пациентка 58 лет с жалобами на низкое зрение правого глаза, пониженное зрение левого глаза в течение двух лет, с ее слов «смотрит на свет, как через грязное, мутное стекло».

Данные обследования: острота зрения вдаль OD=0,04; OS=0,2 не корригирует. Глаза спокойны, роговица и радужка не изменены, зрачок на OD темно-серого цвета, на OS – черного цвета, хорошо реагирует на свет. Рефлекс с глазного дна OD очень тусклый, на OS – красного цвета, но на этом фоне по периферии и в центре видны темные тени.

1. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно для диагностики заболевания?
2. Что Вы заподозрите у этого пациента?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Можно ли данную патологию лечить консервативно?

**Задача 6**. Ввиду отсутствия окулиста к Вам за советом обратился пациент 22 лет, у которого после проникающего ранения левого глаза годичной давности имеется помутнение хрусталика. Пациента интересует – можно ли прооперировать левый глаз так, чтобы сохранить бинокулярное зрение, т.к. пациент до травмы глаза работал профессиональным водителем и видел хорошо каждым глазом.

При обследовании: острота зрения вдаль OD=1,0; OS – правильная светопроекция. Глаза спокойны, роговица и радужка не изменены, зрачок на OD черного цвета, на OS –серого цвета, оба зрачка хорошо реагируют на свет. Рефлекс с глазного дна OD обычного бледно-красного цвета, на OS – не просматривается.

1. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно для диагностики заболевания?
2. Что Вы заподозрите у этого пациента?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Можно-ли данную патологию лечить консервативно?
5. Что Вы порекомендуете этой пациентке?

**Задача 7.** Ввиду отсутствия окулиста в районе, где Вы работаете, к Вам обратился пациент 24-ех лет с жалобами на значительно пониженное зрение правого глаза, что он связывает с сильной контузией глаза годичной давности. При обследовании: глаза спокойны, роговицы прозрачны, радужные оболочки не изменены. На OD – зрачок темно-серого цвета, на OS – черный, обычного диаметра; реакции зрачков на свет не изменены. При бифокальном осмотре и в проходящем свете определяется звездчатое помутнение в хрусталике OD, на OS хрусталик прозрачный; рефлекс с глазного дна OS обычного красного цвета, на ОД – тусклый, виден только по периферии. Острота зрения OD = 0,04 не корригирует, OS =1,0.

1. Какие дополнительные исследования Вы проведете для уточнения диагноза?
2. Какую патологию правого глаза Вы заподозрите у данного пациента?
3. С чем будете дифференцировать патологию правого глаза?
4. Какие осложнения возможны при данной патологии?
5. Какова будет тактика Ваших действий?

**Задача 8.** Ввиду отсутствия окулиста в районе, К Вам за советом обратился отец Вашего коллеги. Год назад ему удалили незрелую возрастную катаракту на правом глазу и имплантирован искусственный хрусталик. Около полугода после операции он видел правым глазом довольно хорошо, но затем зрение на этом глазу стало постепенно снижаться; хуже стал видеть и левым глазом. При обследовании: острота зрения ОД=0,3 не корр., OS= 0,1. При бифокальном осмотре глаза спокойны, роговицы и радужки на обоих глазах не изменены. Зрачки в центре радужных оболочек, обычной величины, темно-серого цвета, реакции их на свет не изменены. В проходящем свете рефлекс с глазного дна на обоих глазах снижен за счет серого цвета помутнений в зрачковой зоне.

1. Что Вы предполагаете у этого пациента?
2. Какие доступные Вам исследования проведете дополнительно?
3. С чес необходимо проводить дифференциальную диагностику в данном случае?
4. Какой совет Вы дадите отцу Вашего коллеги?
5. Какие осложнения возможны при данной патологии?

**Задача 9.** К Вам обратилась пациентка 68-ми лет, у которой Вы диагностировали незрелую стадию катаракты на обоих глазах. На ОД при бифокальном осмотре и в проходящем свете выявлено выраженное оводнение и набухание хрусталика, пальпаторно определяется значительное повышение офтальмотонуса.

1. Какие методы обследования Вы используете дополнительно для уточнения диагноза указанной патологии глаз?
2. Что вероятнее всего Вы диагностируете после проведенного обследования?
3. Какие осложнения возможны в данной ситуации?
4. С чем будете дифференцировать данную патологию глаз?
5. Какова будет тактика Ваших действий?

**Задача 10.** К Вам за советом обратился механизатор 34-ех лет. Год назад ему удалили травматическую катаракту левого глаза, но искусственный хрусталик не имплантировали ввиду тяжести ранения глаза. Пациента интересует возможно ли теперь сделать это? При обследовании6 оба глаза спокойны, острота зрения ОД=1,0; OS=0,01 с +10,0Д = 0,2 На роговице OS у лимба на 10 часах имеется рубец после операции, заходящий на склеру. Передняя камера глубокая, хрусталик отсутствует.

1. Что Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какое обследование проведете дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какой совет вы дадите этому пациенту?
5. Какие осложнения возможны при данной патологии?

*Эталон ответа к задаче 1.*

1. Врожденная катаракта обоих глаз.
2. Сбор и анализ анамнеза заболеваний, перенесенных во время беременности матери; заболеваний, перенесенных ребенком (особенно вирусные). Бифокальный осмотр, исследование в проходящем свете, пальпация глазных яблок.
3. Дифференцировать с врожденной патологией сетчатки и зрительного нерва.
4. Направить ребенка к детскому офтальмологу или в офтальмологический детский стационар.
5. Амблиопия обоих глаз, низкая острота зрения.

*Эталон ответа к задаче 2*.

* 1. Зрелая возрастная катаракта правого глаза, незрелая возрастная катаракта левого глаза.
  2. Провести осмотр в проходящем свете, пальпаторно исследовать внутриглазное давление (ВГД).
  3. С первичной открытоугольной глаукомой.
  4. Направить к офтальмологу для более детального обследования и принятия решения.
  5. Если не прооперировать вовремя – может произойти перезревание катаракты, подвывих хрусталика, вторичное повышение внутриглазного давления.

*Эталон ответа к задаче 3.*

1. Афакия левого глаза, афакическая анизометропия.
2. Бифокальный осмотр, исследование в проходящем свете.
3. Можно дифференцировать с дислокацией хрусталика.
4. Направить на консультацию к специалисту по контактной коррекции зрения и решить вопрос о возможности интраокулярной коррекции зрения левого глаза.
5. При бездействии афакического глаза может развиться косоглазие и дисбинокулярная амблиопия со значительным снижением зрения.

*Эталон ответа к задаче 4.*

* 1. Уточнить некоторые данные анамнеза заболевания, ориентировочно пальпаторно определить состояние офтальмотонуса обоих глаз.
  2. Можно заподозрить начальную возрастную катаракту обоих глаз.
  3. С другими стадиями катаракты и с начальной глаукомой.
  4. Необходимо тактично убедить пациента в том, что без консультации окулиста Ваше предположение лишь им и останется.
  5. Да, можно и нужно (молочно-растительная диета с ограничением жиров и достатком витаминов, систематическое курсовое закапывание глазных капель типа «Катахром», «Витайодуроль», «Витасик», «С-каталин», и др.

*Эталон ответа к задаче 5.*

1. Уточнить некоторые данные анамнеза заболевания, ориентировочно пальпаторно определить состояние офтальмотонуса обоих глаз.
2. Можно заподозрить незрелую возрастную катаракту обоих глаз.
3. С другими стадиями катаракты и с развитой глаукомой обоих глаз.
4. Необходимо рекомендовать консультацию окулиста для решения вопроса о возможности оперативного лечения катаракты правого глаза.
5. Нет, консервативное лечение в данной стадии катаракты OD не эффективно и надо решать вопрос об оперативном лечении.

*Эталон ответа к задаче 6.*

1. Тщательно проанализировать анамнез травмы, узнать: было ли обнаружено инородное тело в левом глазу, удалили его или нет; как видел пациент вскоре после травмы глаза и в более отдаленном периоде. Провести тщательный бифокальный осмотр левого глаза, пальпаторно определить состояние офтальмотонуса обоих глаз.
2. Посттравматическую катаракту левого глаза.
3. С травматической катарактой в сочетании или без инородного тела в глазу.
4. Консервативному лечению данная патология не подлежит.
5. Консультацию окулиста в офтальмологическом центре для объективного решения вопроса, интересующего пациента.

*Эталон ответа к задаче 7*

* 1. Уточнить анамнез травмы правого глаза, пальпаторно исследовать состояние офтальмотонуса пациента.
  2. Контузионную неполную катаракту правого глаза.
  3. Данную патологию глаза следует дифференцировать с дислокацией или подвывихом хрусталика на правом глазу.
  4. В случае разрыва капсулы хрусталика возможно быстрое «набухание» его с повышением внутриглазного давления.
  5. Рекомендовать общеклиническое в том числе – лабораторное обследование по месту жительства и направить на консультацию в ККОКБ для решения вопроса о возможности проведения операции экстракции катаракты на ОД.

*Эталон ответа к задаче 8.*

1. Артифакия, вторичная пленчатая катаракта правого глаза; незрелая возрастная катаракта левого глаза.
2. Пальпаторным методом определить состояние внутриглазного давления обоих глаз. С первичной глаукомой обоих глаз, развитием послеоперационного астигматизма на правом глазу.
3. Следует порекомендовать обратиться к офтальмологу, который оперировал правый глаз для решения интересующего пациента вопроса.
4. При прогрессирующем помутнении задней капсулы хрусталика на ОД возможно еще большее снижение остроты зрения.
5. На OS возможно дальнейшее прогрессирование возрастной катаракты, что вызовет и снижение зрения.

*Эталон ответа к задаче 9.*

1. Тщательный анализ жалоб, анамнеза заболевания уточнение взаимосвязи заболевания глаз с общесоматической патологией, исследование остроты зрения обоих глаз.
2. Незрелую стадию возрастной катаракты обоих глаз; фазу оводнения и набухания хрусталика ОД, факогенную глаукому на ОД.
3. В данной ситуации возможно резкое повышение ВГД и развитие острого приступа глаукомы на ОД; возможно набухание хрусталика с последующими указанными осложнениями и на OS.
4. Данную патологию глаз надо дифференцировать по стадии катаракт, факогенной глаукомой при перезрелой катаракте.
5. Если подтвердится осложнение в виде резкого повышения ВГД и развития острого приступа глаукомы на ОS – показана интенсивная терапия для снижения высокого ВГД и срочное направление в офтальмохирургический стационар.

*Эталон ответа к задаче 10.*

1. Афакию левого глаза.
2. Исследование в проходящем свете, пальпаторно исследовать состояние внутриглазного давления.
3. Данную патологию левого глаза надо дифференцировать со смещением хрусталика.
4. Следует порекомендовать обратиться к офтальмологу, который оперировал левый глаз для решения интересующего пациента вопроса.
5. Если своевременно не откорригировать афакию на левом глазу – может развиться амблиопия левого глаза с прогрессирующим снижением зрения.

**Тема: Заболевания сетчатки и стекловидного тела.**

**Задача 1.** Вы направили на консультацию к окулисту больную 54 лет, которая в течение 7 лет страдает гипертонической болезнью. В своем заключении окулист констатирует, что на глазном дне обоих глаз отмечено незначительное сужение и неравномерность калибра артерий, умеренное расширение и извитость вен, соотношение калибра их 1:4.

1. Какой стадии гипертонической болезни более вероятно соответствуют указанные окулистом изменения на глазном дне?
2. Как называется эта стадия ретинальных изменений?
3. Указывают - ли данные изменения на нарушение ретинальной гемодинамики?
4. Характерен – ли для этой стадии ретинальных изменений симптом «медной и серебряной проволоки»?
5. Какие меры первичной профилактики данных изменений на глазном дне?

**Задача 2.** Вы направили на консультацию к окулисту больную 59 лет, которая в течение 10 лет страдает гипертонической болезнью. В своем заключении окулист констатирует, что на глазном дне обоих глаз отмечено выраженное сужение извитость и уплотнение стенок артерий, калибр их неравномерный. Артерии имеют вид медной и серебряной проволоки, крупные вены расширены и извиты, отмечен также симптом Салюса-Гунна I и II степени.

1. Какой стадии гипертонической болезни более вероятно соответствуют указанные окулистом изменения на глазном дне?
2. Как называется эта стадия ретинальных изменений?
3. Характерны – ли для этой стадии ретинальных изменений появление кровоизлияний, белых ватообразных очагов и картины застойного диска зрительного нерва?
4. Характерно – ли для этой стадии ретинальных изменений появление в области желтого пятна «фигуры звезды»?
5. Что будет относиться к методам вторичной профилактики заболевания в эту стадию изменений глазного дна?

**Задача 3**. Вы направили на консультацию к окулисту больную 64 лет, которая в течение 15 лет страдает гипертонической болезнью. В своем заключении окулист констатирует, что на глазном дне обоих глаз отмечается выраженное сужение, неравномерность калибра, извитость и уплотнение стенок артерий. Артерии имеют вид медной и серебряной проволоки; вены расширены и извиты; имеется симптом Салюса-Гунна I-III степени. Отмечены также кровоизлияния в сетчатку, отек ее, наличие белых ватообразных очагов и желтовато-белых экссудативных очагов. В области желтого пятна видны плазморрагии, образующие «фигуру звезды»; имеется дисковидный макулярный отек сетчатки, отек и нечеткость границ диска зрительного нерва с кровоизлияниями вокруг него.

1. Какой стадии гипертонической болезни более вероятно соответствуют указанные окулистом изменения на глазном дне?
2. Как называется эта стадия ретинальных изменений?
3. Врачей каких специальностей (кроме терапевта и офтальмолога) целесообразно привлечь к консультации такой больной?
4. Может – ли развиться атрофия зрительного нерва в исходе этой стадии изменений на глазном дне?
5. Приводят – ли отмеченные окулистом изменения к снижению зрительных функций?

**Задача 4.** Вы направили на консультацию к окулисту больную 56 лет, которая в течение 10 лет страдает сахарным диабетом. В своем заключении окулист констатирует, что на глазном дне отмечено расширение и извитость вен, микроаневризмы, мелкоточечные геморрагии, единичные восковидные экссудаты.

1. Какой метод исследования дает возможность регистрировать самые начальные проявления сахарного диабета на глазном дне?   
   Какие меры первичной профилактики Вы знаете?
2. Как называется эта стадия диабетических ретинальных изменений?
3. Характерны – ли для этой стадии диабетической ретинопатии кровоизлияния в глубоких слоях сетчатки, отек сетчатки и дегенеративные изменения в ней?
4. Целесообразно – ли в эту стадию диабетической ретинопатии проводить лазеркоагуляцию пораженных участков сетчатки?
5. Нарушаются – ли зрительные функции в эту стадию диабетической ретинопатии?

**Задача 5**. Вы направили на консультацию к окулисту больную 58 лет, которая в течение 15 лет страдает сахарным диабетом (инсулинзависимая форма, компенсированная). В своем заключении окулист констатирует, что на глазном дне видны расширение и извитость вен, микроаневризмы, множественные кровоизлияния в глубоких слоях сетчатки в виде пятен и штрихообразных полос. Имеют место отек сетчатки по ходу крупных вен и в парамакулярной области, множество дегенеративных очагов белого цвета с нечеткими границами в различных участках сетчатки.

1. Как называется эта стадия диабетических ретинальных изменений?
2. Характерны – ли для этой стадии пролиферативные изменения в ткани сетчатки и в стекловидном теле? Что необходимо предпринимать для профилактики вторичных осложнений при этой стадии изменений на глазном дне?
3. Можно – ли диагностировать эту стадию ДР с помощью флюоресцентной ангиографии?
4. Целесообразно – ли в эту стадию ДР проводить лазеркоагуляцию пораженных участков сетчатки?
5. Нарушаются – ли зрительные функции в эту стадию диабетической ретинопатии?

**Задача 6**. Вы направили на консультацию к окулисту больную 66 лет, которая в течение почти 20 лет страдает сахарным диабетом (инсулинзависимая форма, компенсированная). В своем заключении окулист констатирует, что на глазном дне видны расширение и извитость вен, микроаневризмы, множественные кровоизлияния в глубоких слоях сетчатки, отек сетчатки по ходу крупных вен, множество дегенеративных очагов белого цвета с нечеткими и четкими границами, множество новообразованных сосудов, пролиферативные соединительнотканные изменения в сетчатке и стекловидном теле.

1. Как называется эта стадия диабетических ретинальных изменений?
2. Какие доступные врачу общей практики методы обследования больных с указанной патологией Вы смогли бы использовать в диагностике ее?
3. К каким осложнениям может привести неоваскуляризация в сетчатке в эту стадию ДР и какие меры профилактики этих осложнений Вы знаете?
4. Целесообразно – ли в эту стадию ДР проводить лазеркоагуляцию пораженных участков сетчатки?
5. В какой степени нарушаются зрительные функции в эту стадию диабетической ретинопатии?

**Задача 7**. Во время Вашего дежурства в районной больнице муж доставил жену 22 лет, у которой после крупной ссоры с ним довольно быстро и резко снизилось зрение на оба глаза («как будто свет в кинотеатре перед демонстрацией кинофильма постепенно гаснет»). Это случилось с нею впервые, раньше зрение на оба глаза было нормальным. В анамнезе – гипертоническая болезнь у матери. Окулиста в районе, где Вы работаете терапевтом, нет.

1. Какое обследование этой больной Вы сможете провести для диагностики указанной патологии глаз?
2. В какой степени могут нарушаться зрительные функции при предполагаемой Вами патологии глаз?
3. Какую патологию глаз Вы предполагаете у данной больной?
4. В чем будет заключаться Ваша помощь этой больной?
5. Какова будет дальнейшая тактика Ваших действий?

**Задача 8**. Во время Вашего дежурства в районной больнице к Вам обратился мужчина 34 лет с жалобами на значительное снижение зрения, появление подвижного пятна и «колышущейся серой занавески» в правом глазу. В конце рабочего дня он поднял и переставил в другое место тяжелый ящик, вечером того же дня дома заметил вышеуказанные изменения в правом глазу. До этого случая зрение на оба глаза было хорошее; соматически здоров.

1. Какое обследование Вы сможете провести для диагностики указанной патологии глаз?
2. Какую патологию глаз Вы предполагаете у этого больного?
3. В какой степени могут быть нарушены зрительные функции при предполагаемой патологии правого глаза?
4. Какова будет дальнейшая тактика Ваших действий?
5. Какие методы используют офтальмологи для лечения предполагаемой Вами патологии правого глаза?

**Задача 9**. Пациентка 58 лет обратилась с жалобами на появление тумана, постепенно сгущающегося перед левым глазом. Снижение зрения OS отметила неделю назад, утром, сразу после пробуждения. Болей в левом глазу нет. В течение 10 лет находится под диспансерным наблюдением по поводу гипертонической болезни. При обследовании установлено: острота зрения ОД = 1,0, ОS = 0,2 не корр. Глаза спокойны, среды глаз прозрачны, пальпаторно тонус глаз не изменен.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этой пациентки?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 10**. Больному 18 лет, обратился с жалобами на ухудшение зрения в сумерках с раннего детства, с трудом ориентируется в сумерках. При дневном освещении зрение остается стабильным - ОД и ОS по 0,2 не корр. Глаза спокойны, среды глаз прозрачны, пальпаторно тонус глаз не изменен.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какова тактика Ваших действий? методы исследования необходимо провести для подтверждения Вашего предположения?
3. Можно ли гарантировать излечение ребенка?
4. Рекомендации по лечению ребенка.
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

*Эталон ответа к задаче 1.*

1. Указанные изменения соответствуют стадии функциональных сосудистых расстройств или гипертонической болезни I-A или II-A.
2. Стадия гипертонической ангиопатии.
3. Да, указанные изменения свидетельствуют о нарушении ретинальной гемодинамики.
4. Нет, для этой стадии ретинальных изменений симптом «медной и серебряной проволоки» не характерен; он соответствует стадии гипертонического ангиосклероза.
5. Профилактика развития гипертонической болезни, активный образ жизни, контроль АД.

*Эталон ответа к задаче 2*.

* 1. Указанные изменения соответствуют фазе устойчивого повышения систолического и диастолического АД и наблюдаются обычно при II-A и II-Б стадиям гипертонической болезни.
  2. Стадия гипертонического ангиосклероза.
  3. Нет, эти изменения характерны для стадии гипертонической ангиоретинопатии и нейроретинопатии.
  4. Нет, для этой стадии появление в области желтого пятна «фигуры звезды» не характерно; появление ее соответствует стадии гипертонической ангиоретинопатии, нейроретинопатии и позднего гестоза беременных.
  5. Что бы не было развития дальнейшей стадии изменений глазного дна, с вовлечением сетчатки должно быть назначено лечение гипертонической болезни, контроль АД.

*Эталон ответа к задаче 3.*

* 1. Указанные изменения соответствуют III-A – III-Б стадии гипертонической болезни, но иногда могут встречаться при II-A – II-Б стадии.
  2. Стадия гипертонической агиоретинопатии и нейроретинопатии.
  3. Целесообразно привлечь к консультации такой больной невропатолога и нейрохирурга.
  4. в исходе этой стадии ретинальных изменений может развиться атрофия зрительного нерва.
  5. Отмечается значительное снижение центрального зрения, сужение полей зрения, появляются скотомы, снижается темновая адаптация, нарушается цветовосприятие.

*Эталон ответа к задаче 4.*

1. Флюоресцентная ангиография. Должны проводиться беседы с пациентом о возможных осложнениях при сахарном диабете, необходим постоянный контроль уровня сахара в крови и прием соответствующих препаратов.
2. Непролиферативная диабетическая ретинопатия.
3. Нет, эти изменения в сетчатке характерны для стадии препролиферативной диабетической ретинопатии.
4. Да, в стадии непролиферативной диабетической ретинопатии целесообразно проводить лазеркоагуляцию пораженных участков сетчатки, но этот вопрос решает специалист.
5. В стадию непролиферативной диабетической ретинопатии, зрительные функции, как правило, не нарушены или нарушены незначительно.

*Эталон ответа к задаче 5.*

1. Стадия препролиферативной диабетической ретинопатии (ДР).
2. Нет, эти изменения в сетчатке характерны для стадии препролиферативной ДР. Необходимо проводить курсы лечения ДР, включающие медикаментозное и лазерное.
3. Да, изменения в сетчатке, соответствующие стадии препролиферативной ДР, хорошо видны при использовании флюоресцентной ангиографии.
4. Да, в эту стадию ДР целесообразно проводить лазеркоагуляцию пораженных участков сетчатки наряду с комплексом общей терапии и местного медикаментозного лечения ДР, но решать этот вопрос должен специалист.
5. В эту стадию ДР зрительные функции могут значительно снижаться.

*Эталон ответа к задаче 6.*

1. Стадия пролиферативной диабетической ретинопатии.
2. Тщательный анализ жалоб больной, анамнеза заболеваний, наследственного анамнеза, оценка состояния общесоматического статуса (в т.ч. и результатов лабораторных клинических исследований), данных офтальмологического обследования на уровне врача общей практики – состояние центрального, периферического зрения, цветоощущения, темновой адаптации, исследование глаз бифокальным методом и в проходящем свете.
3. Неоваскуляризация сетчатки сопровождается хрупкостью сосудов, что служит источником новых кровоизлияний в результате чего может развиться отслойка сетчатки и вторичная глаукома. Необходимо лечение у окулиста.
4. Проводить лазеркоагуляцию пораженных участков сетчатки в зонах неоваскуляризации целесообразно, но решать этот вопрос должен специалист.
5. В эту стадию ДР зрительные функции резко снижаются вплоть до уровня слабовидения и слепоты.

*Эталон ответа к задаче 7*

1. Тщательный сбор и анализ жалоб больной, анамнеза заболевания и жизни, сведений о наследственных семейных заболеваниях; оценка общесоматического состояния (пульс, АД, состояние сердечно-сосудистой системы, при необходимости – ЭКГ, данных лабораторных клинических исследований – *на Cito!*); результатов доступных врачу общей практики офтальмологического исследования больной – состояние центрального, периферического зрения, цветоощущения, темновой адаптации, исследование глаз бифокальным методом и в проходящем свете.
2. Если это предполагаемая острая непроходимость центральной артерии сетчатки (ЦАС), то острота зрения может довольно быстро и резко снизиться до уровня слабовидения и слепоты; при поражении ветвей ЦАС острота зрения может сохраняться дольше, но можно выявить выпадение полей зрения.
3. По всей вероятности, у больной имеется острая непроходимость центральной артерии сетчатки или ее ветвей.
4. Если АД понижено – вначале предпринять все доступные меры к повышению его (придать больной положение Тренделенбурга, внутривенно капельно вводить реополиглюкин или гемодез с тренталом и дексазоном и через эту же систему – сосудистые препараты (кофеин, адреналин, мезатон). Если АД повышено – отвлекающую терапию, внутривенное введение реополиглюкина или гемодеза с препаратами, снидающими АД и расширяющими сосуды (папаверин, эуфиллин, но-шпа, прискол), а затем в эту же капельницу – седативные средства(седуксен, реланиум), внутрь – мочегонные средства с препаратами калия; проводить массаж глазных яблок в течение 5-7 минут, дышать кислородом или карбогеном.
5. После оказания ургентной первой врачебной помощи – срочно направлю больную в офтальмологический стационар.

*Эталон ответа к задаче 8.*

1. Тщательный сбор и анализ жалоб больного, анамнеза заболевания правого глаза, результатов офтальмологического обследования с помощью методик, доступных врачу общей практики, включая оценку остроты зрения обоих глаз, поле зрения правого глаза, исследование глаз бифокальным методом и в проходящем свете.
2. У данного больного можно предположить первичную отслойку сетчатки правого глаза.
3. Снижение зрительных функций в данном случае будет зависеть от величины, локализации отслойки сетчатки, наличия или отсутствия сопутствующих осложнений – кровоизлияния в сетчатку, в стекловидное тело, отслойка оболочки и др.
4. Наложить повязку на правый глаз и направить больного в офтальмохирургический стационар.
5. Разнообразные методы хирургического лечения отслойки сетчатки: лазер- и фотокоагуляция, криопексия укорочение и вдавление склеры силиконовой трубкой, введение силикона в стекловидное тело и др.

*Эталон ответа к задаче 9.*

1. Сосудистая катастрофа на глазном дне. Скорее всего, тромбоз центральной вены сетчатки.
2. Осмотр глазного дна. Поля зрения ориентировочно.
3. Возрастная катаракта.
4. Направить срочно к офтальмологу.
5. Слепота.

*Эталон ответа* *к задаче 10.*

1. Пигментная дистрофия сетчатки обоих глаз.
2. Определить остроту зрения на оба глаза, периметрию, напрвить ребенка на консультацию к окулисту для проведения офтальмоскопии с широким зрачком, электрофизиологические исследования сетчатки и зрительного нерва.
3. Гарантировать излечение ребенка невозможно, т.к. заболевание имеет наследственно-генетическую природу.
4. Фонофорез, сосудорасширяющие средства, реваскуляризирующая операция
5. Слепота.

**Тема: Заб****олевания зрительного нерва.**

**Задача 1**. Ввиду отсутствия окулиста в районе, где Вы работаете терапевтом, к Вам на прием обратился мужчина 32 лет с жалобами на умеренное снижение зрения обоих глаз, нечеткость видимых предметов, ощущение болезненности и тяжести в глазах; периодически отмечает головокружение и головную боль. Из анамнеза заболевания удалось выяснить, что полтора года назад больной перенес менингоэнцефалит. Лечился в инфекционном отделении горбольницы, был консультирован невропатологом и окулистом (выписка о проведенном лечении и консультациях у больного имеется при себе).

В своем заключении окулист отмечает, что на глазном дне видна умеренная гиперемия диска зрительного нерва (ДЗН), стушеванность верхней и нижней границы его, перипапиллярный отек сетчатки, вены расширены и извиты, имеются единичные кровоизлияния в ДЗН и окружающую сетчатку. Острота зрения сохранялась нормальной.

1. Какое обследование глаз Вы сможете провести для диагностики указанной патологии глаз?
2. Какую патологию глаз Вы предполагаете у этого больного?
3. В какой степени могут быть нарушены зрительные функции при предполагаемой патологии глаз?
4. Какие осложнения со стороны глаз возможны при данной патологии?
5. Какова будет тактика Ваших действий?

**Задача 2.** Ввиду отсутствия окулиста в районе, где Вы работаете терапевтом, к Вам на прием обратилась женщина 37 лет с жалобами на резкое снижение зрения, видение темных пятен перед глазами, сужение поля зрения, головную боль и умеренную болезненность при движении глазных яблок. Дней 10 назад она тяжело перенесла грипп с высокой интоксикацией. Лечилась в домашних условиях, к врачу не обращалась. При исследовании глаз больной Вы установили, что острота зрения правого и левого глаза снижена до 0,05, не корригирует.

1. Какое обследование глаз Вы сможете провести для предположительной диагностики указанной патологии ?
2. Какую патологию глаз Вы предполагаете у этой больной?
3. Какие зрительные функции, кроме резкого снижения центрального зрения, могут быть нарушены при предполагаемой патологии глаз?
4. Какие осложнения со стороны глаз возможны при данной патологии?
5. Какова будет тактика Ваших действий?

**Задача 3**. К Вам обратилась больная 57-ми лет с жалобами на резкое снижение зрения обоих глаз, видение темных пятен перед глазами, умеренную болезненность при движении глаз. Указанные явления беспокоят ее в течении недели, до этого отмечала расстройство памяти, пошатывание при ходьбе. В течении 5 лет страдает рассеянным склерозом, наблюдается неврологом, дважды лечилась в стационаре.

При обследовании: острота зрения ОД и OS 0,07 не корригируется. Среды глаз прозрачны, офтальмоскопически существенных изменений глазного дна не выявлено, отмечается лишь резкое сужение ретинальных сосудов и выраженный хориосклероз. При периметрии выявлены центральные и парацентральные скотомы, сужение поля зрения на зеленый и красный цвет. На МРТ выявлены очаговые изменения в белом веществе головного мозга.

1. Какую патологию Вы диагностируете у этой больной?
2. С чем будете дифференцировать данную патологию?
3. Может ли развиться атрофия ДЗН в исходе этого заболевания?
4. 4. Консультация каких специалистов вам понадобится?
5. Что целесообразно включить в комплекс лечения?

**Задача 4**. Во время Вашего дежурства в районной больнице машиной «Скорой помощи» доставлен мужчина 48 лет с жалобами на резкое снижение зрения, появление темных пятен в поле зрение и сужение границ его; тошноту, рвоту, желудочно-кишечные расстройства, головную боль и головокружение. С его слов вчера, во второй половине дня, он с приятелем выпил довольно много метилового спирта при скудной закуске. Метиловый спирт он неоднократно пил и раньше, но прежде таких явлений с ним не случалось

1. Какое обследование (в том числе и глаз) Вы проведете в данной ситуации для диагностики указанной патологии?
2. Какую патологию глаз Вы предполагаете у данного больного?
3. Какие зрительные функции могут быть нарушены при предполагаемой патологии глаз?
4. Какие осложнения со стороны глаз возможны при данной патологии?
5. Какова будет тактика Ваших действий?

**Задача 5**. К Вам на прием обратился молодой человек 22-х лет с жалобами на быстрое снижение зрение обоих глаз в течение недели. Однако заметил периодическое затуманивание зрения и нечеткость видения предметов еще три недели назад. Со слов больного у его отца тоже отмечалось подобное заболевание глаз в возрасте около 30 лет. У него тоже резко снизилось зрение и после это он стал видеть очень плохо. Имеет инвалидность по зрению.

Результаты обследования: острота зрения OD и OS – 0,08 н.к. Глаза спокойны, среды прозрачны. На глазном дне отмечается побледнение височных половин зрительных нервов. По периферии сетчаток видны отложения темного пигмента в виде «костных телец». При периметрии определяются центральные и парацентральные кольцевидные скотомы на обоих глазах.

1. Какие дополнительные методы обследования Вы используете для диагностики предполагаемой патологии глаз?
2. Какую патологию органов зрения Вы предполагаете у этого больного?
3. Каковы перспективы и клинический прогноз при данной патологии глаз?
4. Консультация каких специалистов вам понадобится?
5. Что целесообразно включить в комплекс лечения?

**Задача 6.** К Вам обратилась молодая женщина 26 лет с жалобами на резкое снижение зрения левого глаза, видение темно-серого пятна перед левым глазом, болезненность за левым глазным яблоком, после перенесенного в тяжелой форме гриппа неделю назад.

Результаты обследования: острота зрения OD=1,0, OS=0,04 н.к. При периметрии выявлена довольно обширная центральная абсолютная скотома на левом глазу. Среды глаз не изменены, Офтальмоскопически отмечается умеренно выраженные отек и гиперемия ДЗН.

1. Какую офтальмопатологию Вы диагностируете у данной больной?
2. Каков прогноз зрительных функций в исходе этого заболевания?
3. С чем будете дифференцировать данную патологию?
4. Консультация каких специалистов вам понадобится?
5. Что целесообразно включить в комплекс лечения?

**Задача 7.** К Вам обратилась женщина 42-х лет с жалобами на ухудшение зрения обоих глаз вдаль и вблизи, затуманивание зрения, видение темно-серых пятен перед обоими глазами. Отмечает общую слабость, головокружение, подташнивание, плохой аппетит в течение 3-х дней. Свое заболевание больная связывает с длительной работой на предприятии, использующим в производственном цикле сероуглерод. Неделю тому назад в аварийной ситуации на производстве со слов женщины она «основательно» надышалась сероуглеродом.

Результаты обследования: острота зрения вдаль OD и OS= 0,1 н.к., рефракция – эмметропическая, вблизи текст №7 видит расплывчато и положительные очковые стекла остроту зрения вблизи не повышают. Глаза спокойные, среды глаз прозрачные. На глазном дне отмечается умеренно выраженный отек ДЗН обоих глаз, небольшое расширение вен и сужение артерий. При периметрии выявлены абсолютные центральные скотомы на красный и зеленый цвет на обоих глазах.

1. Какие дополнительные методы обследования Вы используете для диагностики в данном случае?
2. Какую патологию Вы диагностируете у данной больной?
3. Каковы перспективы зрительных функций при данном заболевании?
4. Консультация каких специалистов вам понадобится?
5. Что целесообразно включить в комплекс лечения?

**Задача 8.** К Вам обратилась женщина 35-ти лет с жалобами на постепенное снижение зрения левого глаза в течение полугода. Год тому назад лечилась в глазном стационаре по поводу флегмоны левой орбиты. После выписки из стационара острота зрения на OD была 1,0 на OS- 0,4 н.к.

Результаты обследования: острота зрения OD – 1,0, OS – 0,2 (при боковом взгляде, при взгляде прямо видит хуже – как через темно-серое пятно). Рефракция эмметропическая на оба глаза, среды глаз прозрачные. Глазное дно OD в норме. На OS ДЗН бледноватый с желтоватым оттенком, границы его четкие, сосуды ДЗН и перипапиллярной области сетчатки сужены. Периферия сетчатки не изменена. При периметрии отмечается умеренное сужение поля зрения на OS.

1. Какие дополнительные методы обследования Вы используете для диагностики в данном случае?
2. Какую патологию левого глаза Вы заподозрите у данной больной?
3. Какое лечение Вы назначите?
4. Консультация каких специалистов вам понадобится?
5. Что целесообразно включить в комплекс лечения?

**Задача 9.** К Вам обратился больной 32-х лет с жалобами на внезапное и резкое снижение зрения, видение темных пятен перед глазами (с его слов видит окружающее, как через грязное, мутное стекло), беспокоит головная боль, болезненность при движении глаз. Два месяца назад переболел клещевым энцефалитом, лечился в стационаре.

При обследовании: острота зрения ОД и OS 0,05 не корр. Среды глаз прозрачны, офтальмоскопически – ДЗН гиперемирован, границы его стушеваны, сосудистая воронка ДЗН резко отечна, проминирует в стекловидное тело. Сосуды на диске зрительного нерва и вокруг него расширены, извитые. Периферически выявлены центральные и парацентральные скотомы, умеренное сужение полей зрения; цветоощущение нарушено по типу приобретенной цветоаномалии. Циклитной болезненности не определяется, офтальмотонус не изменен.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этого больного?
2. С чем будете дифференцировать данную патологию?
3. Может ли развиться атрофия ДЗН в исходе этого заболевания?
4. Консультация каких специалистов вам понадобится?
5. Что целесообразно включить в комплекс лечения?

**Задача 10.** После поднятия тяжести пациент заметил туман перед правым глазом и сильную головную боль.Vis OD = 0.4 н/к. Vis OS = 1.0. На глазном дне: диск зрительного нерва слегка отечный, границы стушеваны, на его поверхности и перипапиллярно мелкие геморрагии, артерии неравномерно сужены.

1. Какие методы диагностики Вы используете для уточнения диагноза?
2. Ваш предположительный диагноз.
3. Тактика Ваших дальнейших действий
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Какие возможны осложнения.

*Эталон ответа к задаче 1.*

1. Тщательный анализ жалоб больного, анамнеза перенесенного менингоэнцефалита, исследование остроты зрения, периферического зрения, исследование бифокальным методом и в проходящем свете.
2. У данного больного можно предположить застойный диск зрительного нерва.
3. Несмотря на имевшиеся существенные изменения на глазном дне зрительные функции могут сохраняться.
4. Длительное существование отека зрительного нерва может привести к вторичной атрофии его.
5. По возможности проконсультирую больного у невропатолога и направлю на консультацию к окулисту или непосредственно в офтальмологический стационар.

*Эталон ответа к задаче 2.*

1. После тщательного сбора и анализа жалоб больного, анамнеза заболевания поведу исследование поле зрения ориентировочным методом или (если будет возможность) периметрией, цветоощущения, определю состояние структур глаз бифокальным методом и в проходящем свете, состояние офтальмотонуса пальпаторно. По возможности проконсультирую больную у невропатолога..
2. У данной больной можно предположить оптический неврит (папиллит) зрительного нерва.
3. При предполагаемой патологии зрительных нервов может быть нарушены функции периферического зрения (скотомы, сужение границ поля зрения) и цветоощущения.
4. При предполагаемой патологии глаз осложнения могут быть в виде помутнения зрительного нерва и окружающей его сетчатке, процесс может закончиться вторичной атрофией зрительного нерва.
5. Направлю больную на консультацию к окулисту или непосредственно в офтальмологический стационар.

Эталон ответа *к задаче 3.*

1. У этой больной можно диагностировать ретробульбарный неврит с поражением папилломакулярного пучка.
2. Данную патологию необходимо дифференцировать с оптическим невритом (папиллитом) и застойным диском зрительного нерва.
3. Да, в исходе этого заболевания может развиться частичная и даже полная атрофия зрительного нерва.
4. Невролог, оториноларинголог.
5. Глюкокортикостероиды, антибиотики, противоотечные средства, антиоксиданты, витаминотерапию

*Эталон ответа к задаче 4.*

1. Тщательный сбор и анализ жалоб больной, анамнеза заболевания и жизни, сведений о наследственных семейных заболеваниях; оценка общесоматического состояния (пульс, АД, состояние сердечно-сосудистой системы, в т.ч. - по данным ЭКГ, результатам лабораторных клинических исследований – *на Cito!*), остроту зрения, периферическое зрение – ориентировочным методом или периметрией, темновую адаптацию, провести исследование глаз бифокальным методом и в проходящем свете. Проконсультировать больного у невропатолога и анестезиолога.
2. У данного больного можно предположить острое токсическое поражение зрительных нервов.
3. Возможно значительное нарушение центрального, периферического зрения (скотомы, сужение границ поля зрения), темновой адаптации.
4. Может развиться острый двусторонний ретробульбарный неврит зрительных нервов, приводящий нередко к вторичной нисходящей атрофии их.
5. Оказать первую врачебную помощь, включающую общую дезинтокационную, противоотечную и противовоспалительную терапию; после чего срочно направить больного в офтальмологический стационар.

*Эталон ответа к задаче 5.*

1. Периметрию, исследование темновой адаптации, цветоощущения, флюоресцентную ангиография.
2. У данного больного можно предположить частичную атрофию зрительных нервов, как осложнение наследственной пигментной дистрофии сетчатки
3. У большинства больных, не смотря на проводимое лечение, зрительные функции остаются низкими, но дальнейшего ухудшения их, как правило, не отмечается.
4. Невролог, оториноларинголог.
5. Глюкокортикостероиды, антибиотики, противоотечные средства, антиоксиданты, витаминотерапию.

*Эталон ответа к задаче 6.*

1. В данном случае можно диагностировать острый ретробульбарный неврит зрительного нерва левого глаза.
2. Интенсивное патогенетически ориентированное лечение позволяет сохранить зрительные функции, но иногда в исходе этого заболевания может развиться частичная и (реже) полная атрофия зрительного нерва.
3. Данное заболевание следует дифференцировать с оптическим невритом (папиллитом) зрительного нерва и застойным диском зрительного нерва.
4. Невролог, оториноларинголог.
5. Глюкокортикостероиды, антибиотики, противоотечные средства, антиоксиданты, витаминотерапию.

*Эталон ответа к задаче 7.*

1. По возможности для диагностики следует использовать визоконтрастометрию, компьютерную периметрию, эластотонометрию, адаптометрию, цветоощущение, ЭФИ ( с ЗВКП) и флюоресцентную ангиографию.
2. У этой больной можно диагностировать токсическое поражение зрительных нервов обоих глаз.
3. При прекращение контакта с сероуглеродом и интенсивном, патогенетическом лечении зрительные функции могут постепенно, частично или даже полностью восстановиться.
4. Невролог, оториноларинголог.
5. Глюкокортикостероиды, антибиотики, противоотечные средства, антиоксиданты, витаминотерапию.

*Эталон ответа к задаче 8.*

1. Для диагностики данной патологии дополнительно слеует использовать компьютерную периметрию, адаптометрию, исследование цветоощущения, эластотонометрию, ЭФИ (с ЗВКП) и флюоресцентную ангиографию, МРТ.
2. Можно заподозрить частичную атрофию зрительного нерва левого глаза.
3. лечение должно быть согласовано с невропатологом и нейрохирургом. Следует назначить средства, улучшающие микроциркуляцию и тканевой обмен в зрительном нерве, кортикостероиды, ретинопротекторные, нейротрофические препараты, витамины группы В, физиотерапию, магнитную или лазерную стимуляцию зрительного нерва, прямую и чрескожную электростимуляцию его волокон.
4. Невролог, оториноларинголог.
5. Глюкокортикостероиды, антибиотики, противоотечные средства, антиоксиданты, витаминотерапию.

*Эталон ответа к задаче 9.*

1. У этого больного можно диагностировать оптический неврит (папиллит) зрительного нерва.
2. Данное заболевание следует дифференцировать с ретробульбарным невритом и застойным диком зрительного нерва.
3. Да, в исходе папиллита может развиться частичная или даже полная атрофия ДЗН.
4. Невролог, оториноларинголог.
5. Глюкокортикостероиды, антибиотики, противоотечные средства, антиоксиданты, витаминотерапию

*Эталон ответа к задаче 10.*

1. Периметрия.
2. Передняя ишемическая нейропатия правого глаза
3. После постановки диагноза немедленная госпитализация и терапия (вазодилятаторы, спазмолитики, глюкокортикостероиды, противоотечные средства, ноотропы, антиоксиданты, витаминотерапия).
4. Окклюзии сосудом сетчатки, папиллит, застой диска зрительного нерва.
5. Атрофия зрительного нерва.

**Тема: Г****лаукомы.**

**Задача 1.** К Вам обратился пациент 52 лет, у которого внезапно после бани появились сильные боли в левом глазу и левой половине головы. Кроме того, больной обратил внимание на покраснение глаза, резкое ухудшение зрения. При осмотре левого глаза: глаз красный (застойная инъекция), роговая оболочка отечная, камера мелкая, рисунок радужки смазан, зрачок широкий, до 6 мм в диаметре, на свет реакция снижена. При пальпаторном определении внутриглазного давления глаз плотный, но боли при пальпации не усиливаются. Острота зрения левого глаза – 0,06 не корр. Правый глаз – острота зрения 0,8.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии и как их предотвратить?

**Задача 2**. Больная 49 лет обратилась к Вам, так как окулист в отпуске. Беспокоит затуманивание зрения по утрам, видение “радужных” кругов в это время, снижение зрения обоих глаз. К 12 часам дня, как правило, “туман” проходит. Острота зрения ОД – 0,8, ОS – 0,9, не корригирует. Глаза спокойные, среды глаз прозрачны.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этой пациентки? Какие меры первичной профилактики можно использовать для предупреждения развития данного заболевания?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 3**. Больной 52 лет обратился к Вам вечером в райбольницу с жалобами на резкую боль в правом глазу и в затылке, и значительное снижение зрения. Это стало беспокоить больного еще утром; он вызвал скорую помощь, ему был сделан какой-то укол, но боли не прошли. За последний год несколько раз замечал кратковременные периоды затуманивания зрения обоих глаз и “радужные круги” перед глазом, но к врачу не обращался. При обследовании глаз: острота зрения ОД - 0,1 не корр., ОS – 0,7 не корр. Правый глаз красный, роговица мутная, рисунок радужки “смазан”, зрачок широкий, на свет не реагирует. Левый глаз спокоен.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии? Что необходимо предпринять для предупреждения этих осложнений?

**Задача 4**. К Вам обратилась мать годовалого ребенка за советом. Вскоре после его рождения она отметила, что у него "большие глаза и один глаз больше другого". Отмечает беспокойное поведение ребенка, особенно днем, светобоязнь, слезотечение. При осмотре ребенка Вы обратили внимание на большую величину глазных яблок и разноразмерность их, выраженную светобоязнь и слезотечение. Роговицы обоих глаз умеренно отечные, диаметр роговиц большой. Глубжележащие среды глаз осмотреть не удалось из-за сильной светобоязни и беспокойного поведения ребенка.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента? Когда должна осуществляться первичная профилактика данного заболевания.
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 5**. Ввиду отсутствия окулиста к Вам обратилась пожилая женщина 70 лет с жалобами на отсутствие предметного зрения и ощущение «выдавливания» правого глаза из орбиты; пониженное зрение, тяжесть периодически давящие боли, видение тумана и радужных кругов при взгляде на электролампочку левым глазом. При обследовании: острота зрения OD – неправильная светопроекция; ОS = 0,2 не корр. Глаза спокойны, передние цилиарные вены расширены, извитые, роговицы тусклые (особенно на OD), радужки атрофичны – на OD больше, чем на OS, зрачки черного цвета, вяло реагируют на свет. Пальпаторно офтальмотонус повышен на оба глаза, но на OD больше, чем на OS.

* 1. Какие методы обследования необходимо провести ?
  2. Что Вы заподозрите у этого пациента?
  3. С чем будете дифференцировать предполагаемую патологию?
  4. Какова будет тактика Ваших действий для предупреждения осложнений при данной патологии?
  5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 6.** Пациентка 61 года, обратилась с жалобами на постепенное снижение остроты зрения левого глаза. Болей в левом глазу нет. В течение 10 лет находится под диспансерным наблюдением по поводу гипертонической болезни. При обследовании установлено: острота зрения ОД = 1,0, ОS = 0,2 не корр. Глаза спокойны, среды глаз прозрачны, пальпаторно тонус левого глаза высокий.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этой пациентки?
2. Какое сопутствующее заболевание может быть у этой пациентки?
3. Дифференциальная диагностика.
4. Прогноз при сосудистой патологии сетчатки?
5. Может ли развиться отслойка сетчатки в данном состоянии?

**Задача 7**. Ввиду отсутствия окулиста к Вам обратилась пациентка 58-ми лет с жалобами на периодическое затуманивание зрения, видение радужных кругов перед глазами при взгляде на электролампочку. Отмечает также видение темно-серых пятен, особенно заметных на белом фоне; снижение зрения вдаль и вблизи на оба глаза, ощущение тяжести в глазах. Указанные явления стали беспокоить около года тому назад; с 50 лет страдает гипертонической болезнью.

При обследовании: острота зрения ОД=0,6 не корригирует, OS=0,5 не корр., глаза спокойны, среды глаз прозрачны. Рефлекс с глазного дна красного цвета; пальпаторно офтальмотонус обоих глаз как будто не изменен.

1. Какие методы обследования Вы проведете дополнительно?
2. Какое заболевание Вы заподозрите у этой пациентки?
3. С чем будете дифференцировать предполагаемую патологию?
4. Какова будет тактика Ваших действий?
5. Какие осложнения возможны при данной патологии?

**Задача 8**. Ввиду отсутствия в районе окулиста к Вам обратилась коллега по работе, рентгенолог 46-ти лет. Ее беспокоят периодическое ощущение дискомфорта в глазах, «распирания глаз», дымки, радужных кругов перед глазами, неустойчивость зрения в течение суток (хуже видит по утрам). С 38 лет пользуется для дали очками +1,0д. на оба глаза. Последние несколько месяцев стала отмечать что в этих очках хуже видит вдаль и испытывает значительные затруднения при продолжительной зрительной нагрузке вблизи (сливается шрифт, хочется отодвинуть его подальше от глаз; появляются неприятные ощущения в области надбровий). Данные обследования: острота зрения OD= 0,2, с (+)1,5д.= 0,5; OS = 0,2, с (+)1,5д.= 0,6. С более сильными (+) стеклами лучшей остроты зрения добиться не удалось; для близи оптимальная коррекция (+)3,0д. на оба глаза. При наружном осмотре – глаза небольшие, положение их в орбите правильное. Бифокальный осмотр и исследование в проходящем свете патологии глаз не выявили; пальпаторно тонус обоих глазных яблок как - будто не изменен.

1. Какие методы обследования Вы проведете дополнительно?
2. Какое заболевание Вы заподозрите у этой пациентки?
3. С чем будете дифференцировать предполагаемую патологию?
4. Какова будет тактика Ваших действий?
5. Какие осложнения возможны при данной патологии?

**Задача 9.** Больной Ж., 68 лет, длительно наблюдается по поводу глаукомы левого глаза. На момент обращения: острота зрения левого глаза составила 0,7 н.к., выявлено сужение поля зрения до 200 от точки фиксации по меридианам 0 и 450.

1. Ваш предположительный диагноз – какой формой глаукомы страдает больной?
2. Какая стадия заболевания имеет место у данного пациента?
3. Ваша тактика?
4. Осложнения?
5. Исход заболевания?

**Задача 10.** Больной Т., 57 лет, обратился по поводу прогрессирующего понижения зрения на оба глаза. Находится под наблюдением офтальмолога, который сказал больному, что у него старческая катаракта, назначил общую и местную витаминотерапию. При исследовании органа зрения установлено: правый глаз – острота зрения 0,5, границы поля зрения сужены с носовой стороны до 350. На глазном дне имеются экскавации диска зрительного нерва на обоих глазах. Внутриглазное давление 31 мм рт. ст. Левый глаз – острота зрения 0,6, изменения такие же, как и в правом глазу.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Лечение больного?
4. Осложнения?
5. Исход заболевания?

*Эталон ответа к задаче 1.*

1. Острый приступ закрытоугольной глаукомы.
2. Исследовать на предмет циклитных болей, пальпаторно ВГД.
3. С острым иридоциклитом.
4. Закапать раствор пилокарпина 1% неоднократно: в течение первого часа – 4 раза через 15 минут, затем каждые 30 минут, затем каждый час. Закапать 1 раз В – блокатор (тимолол или окупрес –Е , арутимол, тимоптик 0,25-0,5%). Закапать 20% раствор глюкозы 2-3 раза на протяжении 3-4 часов. Поставить горчичник на затылок, на висок, вдоль позвоночного столба, сделать горячие ножные ванны (помнить о возможности ортостатического коллапса). Поднять пациента, чтобы он не лежал. Включить свет.
5. Атрофия зрительного нерва после приступа ЗУГ. После оказания первой медицинской помощи необходимо пациента направить к специалисту.

*Эталон ответа к задаче 2*.

1. Необходимо заподозрить глаукому. После 40 лет необходимо раз в три года измерять внутриглазное давление, при наличии глаукомы у родственников – раз в год.
2. Необходимо провести все виды наружного осмотра, осмотр в проходящем свете, измерить внутриглазное давление пальпаторно, желательно во время жалоб. Исследовать поля зрения ориентировочным способом.
3. С возрастной катарактой.
4. Направить пациентку к офтальмологу.
5. Прогрессирование глаукомы.

*Эталон ответа к задаче 3*.

1. Острый приступ закрытоугольной глаукомы.
2. Исследовать на предмет циклитных болей, пальпаторно определить ВГД.
3. С острым иридоциклитом.
4. Закапать раствор пилокарпина 1% неоднократно: в течение первого часа – 4 раза через 15 минут, затем каждые 30 минут, затем каждый час. Закапать 1 раз В – блокатор (тимолол или окупрес –Е , арутимол, тимоптик 0,25-0,5%). Закапать 20% раствор глюкозы 2-3 раза на протяжении 3-4 часов. Поставить горчичник на затылок, на висок, вдоль позвоночного столба, сделать горячие ножные ванны (помнить о возможности ортостатического коллапса). Поднять пациента, чтобы он не лежал. Включить свет.
5. Атрофия зрительного нерва после приступа ЗУГ. После оказания первой медицинской помощи необходимо пациента направить к специалисту.

*Эталон ответа к задаче 4.*

1. Врожденная глаукома обоих глаз. Во время беременности матери, особенно в первый триместр.
2. Пальпаторное исследование внутриглазного давления. Ориентировочное исследование остроты зрения. Осмотр в проходящем свете (по-возможности).
3. Мегалокорнеа.
4. Срочно направить в офтальмохирургическую клинику для оперативного лечения.
5. Прогрессирование глаукомы и слепота.

*Эталон ответа к задаче 5..*

* 1. Тщательно собрать и проанализировать жалобы, анамнез заболевания, семейно-наследственный анамнез, анамнез перенесенных заболеваний. Бифокальный осмотр, исследование в проходящем свете.
  2. Терминальную стадию глаукомы на правом глазу и развитую или даже далекозашедшую глаукому – на левом глазу.
  3. С возрастной катарактой обоих глаз.
  4. Нужно убедить женщину в необходимости обязательной консультации окулиста для квалифицированного обследования и соответствующих рекомендаций по лечению.
  5. На правом глазу терминальная глаукома может осложниться выраженным болевым симптомом и послужить аргументом удаления болящего, практически слепого глаза. На левом глазу глаукомный процесс будет неуклонно прогрессировать вплоть до утраты зрительных функций. (Но этого говорить больной ни в коем случае нельзя!).

*Эталон ответа* *к задаче 6.*

1. Можно заподозрить у пациентки наличие глаукомы левого глаза.
2. У больной может быть нарушение кровообращения в сетчатой оболочке.
3. Необходима дифференциальная диагностика между глаукомой и сосудистой катастрофой на глазном дне.
4. Прогноз при сосудистой катастрофе неблагоприятный.
5. Нет.

*Эталон ответа к задаче 7.*

1. Тщательно проанализировать жалобы, анамнез заболевания, связь с общесоматической патологией, наследственным анамнезом. Провести тщательное бифокальное исследование переднего отрезка глаз. Особое внимание следует уделить состоянию радужных оболочек и пигментной зрачковой каймы в них, зрачковых реакций на свет. Оценить состояние радужно - роговичного угла передней камеры на обоих глазах и определить периферическое зрение ориентировочными методами.
2. Начальную стадию первичной глаукомы обоих глаз.
3. Прежде всего, следует дифференцировать с начальной возрастной катарактой обоих глаз, а также с патологией сетчатки.
4. Аргументировано и настойчиво (но, не запугивая возможным тяжелым исходом только подозреваемого заболевания глаз) убедить больную в обязательной консультации окулиста для более обоснованного решения.
5. Возможно прогрессирующее ухудшение функционального состояния глаз, обусловленного повышением внутриглазного давления, изменениями в сетчатке и зрительном нерве.

*Эталон ответа к задаче 8.*

1. Тщательно проанализировать жалобы, анамнез заболевания, возможную связь с общесоматической патологией, наследственным анамнезом. Определить периферическое зрение и состояние угла передней камеры ориентировочными методами; измерить АД.
2. Можно заподозрить начальную стадию первичной глаукомы обоих глаз.
3. Дифференцировать следует с гиперметропическим астигматизмом и пресбиопией; с начальной возрастной катарактой обоих глаз.
4. Аргументировано и настойчиво убедить коллегу в необходимости обязательной консультации окулиста (по возможности – в краевом глаукомном центре).
5. Если это действительно глаукома, то возможно прогрессирующее ухудшение функционального состояния глаза, обусловленное стойким повышением внутриглазного давления.

*Эталон ответа к задаче 9.*

1. Больной страдает первичной открытоугольной глаукомой левого глаза.
2. У больного имеется II стадия ПОУГ левого глаза.
3. Тактика лечения консервативная.
4. Может развиваться осложненная катаракта.
5. Исход заболевания неблагоприятный.

*Эталон ответа* *к задаче 10*

1. У больного имеется Первичная открытоугольная глаукома II в обоих глаз, начальная осложненная катаракта обоих глаз.
2. Тактика ведения больной консервативная.
3. Назначаются бета-адреноблокаторы, аналоги простагландинов в виде глазных капель, ингибиторы карбоангидразы, альфа-адреномиметики. При не достижении целевого уровня ВГД, показано хирургическое лечение глаукомы.
4. Развивается осложненная катаракта.
5. Исход зависит от скорости прогрессирования глаукомной оптической нейроретинопатии.

**Тема: Повреждение органа зрения.**

**Задача 1.** К Вам обратился пострадавший по поводу "свежей" контузии век и глазного яблока. Острота зрения травмированного глаза 0,6. Беспокоит значительный отек век и гематома, затруднено открытие глазной щели. При пальпации век этого глаза Вы отметили выраженную крепитацию.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 2**. К Вам обратился больной с жалобами на опущение верхнего века спустя 6 месяцев после сильной контузии век и глазного яблока.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 3.** К Вам обратился больной спустя два часа после того, как получил сильный удар кулаком по правому глазу. При обследовании больного Вы обнаружили обширный кровоподтек век OD, что зрачок на травмированном глазу черного цвета, широкий и на свет не реагирует. На дне передней камеры имеется небольшое количество свежей крови.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 4**. К Вам обратился пациент, который случайно поцарапал веткой роговицу левого глаза. Жалобы пациента: на режущую боль в глазу, сильную светобоязнь, слезотечение, умеренное снижение зрения.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 5.** Во время Вашего дежурства по районной больнице к Вам обратился мужчина, которому 3 часа назад на улице что-то попало в правый глаз. Пытался дома несколько раз промыть глаз водой, но чувство инородного тела и боль под верхним веком ОД остались. Раньше глаза никогда не беспокоили.

1. Что Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 6.** К Вам обратился слесарь 28 лет с жалобами на боль, светобоязнь, слезотечение, ощущение инородного тела в правом глазу. Вчера при работе на наждаке что-то попало в глаз, пытался несколько раз промыть глаз водой, но боли в глазу и чувство инородного тела не прошли. При наружном осмотре: глазная щель ОД сужена, светобоязнь, слезотечение, умеренная перикорнеальная инъекция глазного яблока. В нижне-внутреннем сегменте роговицы на 5-ти часах видно точечное инородное тело (окалина) с умеренной инфильтрацией и отечностью вокруг него.

1. Что Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 7**. Во время Вашего дежурства по районной больнице к Вам доставили избитого на улице подростка 15 лет (окулиста в районе нет). Он жалуется на резкое снижение зрения и боль в правом глазу, головную боль, головокружение, тошноту. Со слов подростка его избили и пинали ногами двое незнакомых парней, на короткое время он терял сознание. С момента травмы прошло около часа. С височной стороны правого глазного яблока примерно в 8 мм от лимба имеется зияющий разрыв склеры в котором видны какие-то оболочки глаза и сгустки крови. Острота зрения ОД = 0,01 не корр. (причем видит как бы через густую муть красного цвета); OS = 1,0.

1. Что Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 8**. К Вам во время дежурства по районной больнице доставили мужчину 42 лет. Со слов пострадавшего, когда он ремонтировал в гараже свою автомашину, у него сорвалась монтировка, и тупым концом сильно ударила по правому глазу. Сразу же почувствовал боль в глазу и резкое снижение зрения. Сейчас мешает смотреть густая муть темно-вишневого цвета. При обследовании: острота зрения ОД =0,04 не корр. (при взгляде кверху видит лучше, но все равно, как через грязное стекло); ОS = 1,0. Отмечается кровоподтек в области верхнего века и отечность обоих век правого глаза. Выражена смешанная инъекция глазного яблока. Роговица отечная, в передней камере на дне ее - гифема. Рисунок радужки смазан, зрачок черного цвета, расширен до 5 мм в диаметре, очень вяло реагирует на свет. В проходящем свете рефлекс с глазного дна тусклый, просматривается с трудом из-за пятна темно-вишневого цвета.

1. Что Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 9.** Вечером во время Вашего дежурства по районной больнице к Вам обратилась женщина 43 лет с жалобами на сильную боль, рези, жжение, значительное снижение зрения в правом глазу. Днем во время побелки квартиры ей попала известь в правый глаз; сразу же промыла его водой, но чувство жжения и рези в глазу не прошли, присоединилось сильное затуманивание зрения. До этого видела вдаль и вблизи хорошо обоими глазами. После попадания извести в глаз прошло 4 часа. На момент осмотра острота зрения ОД = 0,06 (видит нечетко, как через мутное стекло) не корр., Оs = 0,7 не корр. Веки ОД отечны, глазная щель сужена.

После неоднократного закапывания анестетика удалось раскрыть глазную щель. Отмечается резко выраженный отек конъюнктивы век и глазного яблока, смешанная инъекция, кровоизлияния под конъюнктиву. На поверхности конъюнктивы и роговицы видны множественные мелкие комочки извести. Роговица резко отечная, местами эпителий ее слущен, в этих местах роговица матового цвета, радужка отечная, рисунок ее хорошо не просматривается; зрачок сужен до 2 мм в диаметре.

1. Что Вы заподозрите у этой пациентки?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Задача 10**. К Вам обратился механизатор 26 лет с жалобами на сильные боли в левом глазу, в левой половине головы, снижение зрения левого глаза. Четыре дня назад молотком выбивал подшипник на тракторе и что-то отлетело в левый глаз. Промыл глаз водой и продолжал работать, глаз не беспокоил. Накануне обращения появились умеренные боли в левом глазу, окружающие заметили, что глаз покраснел. К вечеру того же дня боли в глазу усилились, появилась светобоязнь, слезотечение, густая дымка перед глазом. Ночью боли в глазу были настолько сильными, что пришлось дважды принимать анальгин. Утром, умываясь, закрыл правый глаз и отметил, что левым глазом видит плохо (раньше зрение было нормальное на оба глаза) При обследовании: острота зрения правого глаза = 1,0, левого = 0,2 (видит как через грязное стекло) не корр. Правый глаз здоров. Отмечается сужение левой глазной щели, светобоязнь, слезотечение, перикорнеальная инъекция. Роговица умеренно отечная, передняя камера мелковата, заполнена серозным содержимым. Радужка грязно-серого цвета, рисунок ее “смазан”, сосуды радужки инъецированы. Зрачок около 2 мм в диаметре, темно-серого цвета, слегка вытянут кверху и кнаружи, вяло реагирует на свет. Пальпаторно тонус левого глаза не изменен, но отмечает резкое усиление болезненности.

1. Что Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

*Эталон ответа к задаче 1.*

1. Контузия глазного яблока. Возможно, имеется перелом стенки орбиты.
2. Пропальпировать края и стенки орбиты, провести бифокальный осмотр и исследование в проходящем свете.
3. Дифференцировать следует степень тяжести травмы.
4. Сразу же следует наложить холод на травмированный глаз, закапать дезинфицирующие капли, наложить асептическую повязку, направить к окулисту.
5. Могут быть очень серьезные осложнения контузии глазного яблока – в зависимости от тяжести повреждения. Может быть отек сетчатки и зрительного нерва, отслойка сетчатки; разрыв радужки, гифема, гемофтальм, подвывих или вывих хрусталика и др.

*Эталон ответа к задаче 2.*

1. Можно предположить у больного травму мышцы, поднимающей верхнее веко (леватора) или повреждение глазодвигательного нерва.
2. Проверить остроту зрения, движения глазного яблока, вид зрения, нет ли косоглазия, двоения.
3. Дифференциальная диагностика – по степени тяжести птоза.
4. Направить пациента на консультацию к офтальмологу.
5. Снижение остроты зрения за счет опущенного века, нарушение бинокулярного зрения.

*Эталон ответа к задаче 3.*

1. Контузия глазного яблока, травматический мидриаз, гифема.
2. Пальпацию, осмотр фокальным и бифокальным методом, исследование в проходящем свете, проверить остроту зрения.
3. С проникающим ранением глазного яблока, переломом стенки орбиты.
4. Холод на правый глаз, в/венно ввести хлористый кальций, закапать дезинфицирующие капли, наложить асептическую повязку, срочно направить больного к офтальмологу или непосредственно в глазной стационар.
5. Нарушения целостности внутренних структур глаза, кровоизлияния в сетчатку, вывихи и подвывихи хрусталика, отрыв корня радужки и др.

*Эталон ответа к задаче 4.*

1. Эрозия роговой оболочки левого глаза.
2. Проверить остроту зрения. Бифокальный осмотр роговицы с красящим раствором, осмотр в проходящем свете,
3. Проникающее ранение роговицы, травматический кератит левого глаза.
4. Обезболить глаз инстилляцией анестетиков. Закапать дезинфицирующие капли, наложить асептическую повязку, направить пациента к офтальмологу.
5. Если это эрозия, то может развиться кератит, язва роговой оболочки, присоединиться иридоциклит.

*Эталон ответа к задаче 5.*

1. Инородное тело конъюнктивы верхнего века или инородное тело роговой оболочки правого глаза.
2. Бифокальный осмотр правого глаза, выворот верхнего века, тщательный осмотр конъюнктивы и роговой оболочки; проверка остроты зрения.
3. С начальными симптомами острого кератита.
4. При наличии инородного тела – попытаться удалить его, если это не удается – направить к окулисту.
5. Травматический конъюнктивит или кератит правого глаза

*Эталон ответа к задаче 6.*

1. Инородное тело роговой оболочки правого глаза.
2. Проверить остроту зрения и тщательно осмотреть роговицу ОД бифокальным методом.
3. С посттравматическим кератитом правого глаза.
4. Закапать 1% раствор атропина и 20% раствор альбуцида, наложить асептическую повязку, срочно направить к офтальмологу.
5. Посттравматический кератит, язва роговицы, кератоувеит.

*Эталон ответа к задаче 7.*

1. Проникающее ранение с разрывом склеры, выпадение внутренних оболочек глаза, травматический гемофтальм правого глаза. ЧМТ.
2. Пальпация краев и стенок орбиты, проверить состояние офтальмотонуса; бифокальный осмотр, исследование в проходящем свете. Рентгенография орбит в двух проекциях. Консультация хирурга, невропатолога.
3. Дифференцировать нужно степень тяжести травмы.
4. Внутривенно ввести гемостатики, антибиотики. Холод на глаз. В/мышечно – анальгин и ПСС. Закапать дезинфицирующие капли, наложить асептическую повязку, срочно направить в офтальмологический стационар.
5. Эндофтальмит, панофтальмит, гибель глаза.

*Эталон ответа к задаче 8.*

1. Контузия тяжелой степени, гифема, посттравматический мидриаз, гемофтальм правого глазного яблока.
2. Бифокальный осмотр, пальпация краев и стенок орбиты, глазного яблока. Рентгенография орбит в двух проекциях.
3. Дифференцировать нужно степень тяжести травмы.
4. Внутривенно ввести гемостатики, антибиотики. Холод на глаз. В/мышечно – анальгин и ПСС. Закапать дезинфицирующие капли, наложить асептическую повязку, срочно направить в офтальмологический стационар.
5. Эндофтальмит, панофтальмит, гибель глаза.

*Эталон ответа к задаче 9.*

1. Химический ожог конъюнктивы век и глазного яблока, роговицы правого глаза тяжелой степени.
2. Тщательный бифокальный осмотр конъюнктивы век, глазного яблока, роговицы, передней камеры, радужки; исследование в проходящем свете.
3. Дифференцировать данный ожог следует по степени тяжести.
4. После неоднократного закапывания анестетика тщательно промыть конъюнктивальную полость холодным раствором марганцовки или физиологическим раствором, осторожно самым маленьким пинцетом убрать комочки извести со слизистой оболочки век и глазного яблока, после этого вновь промыть конъюнктивальную полость; закапать 1% раствор атропина, 20% раствор альбуцида, гемодез или реополиглюкин, заложить за веки мазь, наложить асептическую повязку на пораженный глаз. Внутримышечно ввести антибиотики (или антибиотик в комбинации с кортикостероидом), ПСС по Безредке; срочно направить больную в офтальмологический стационар.
5. Кератоувеит, помутнение стекловидного тела, осложненная катаракта, вторичная глаукома, тотальное бельмо роговицы, субатрофия и атрофия глазного яблока.

*Эталон ответа к задаче 10.*

* 1. Проникающее ранение глазного яблока, посттравматический иридоциклит и катаракта, инородное тело левого глаза.
  2. Тщательный осмотр глаз бифокальным методом и в проходящем свете, обзорная рентгенография орбит.
  3. Дифференцировать нужно с непроникающим ранением глазного яблока и по степени тяжести.
  4. Несколько раз закапать в поврежденный глаз 1% раствор атропина с 0,1% раствором адреналина, внутримышечно ввести антибиотик или антибиотик с кортикостероидом, ПСС по Безредке. В конъюнктивальную полость OS закапать 20% раствор альбуцида и антибиотик, на глаз наложить асептическую повязку и срочно направить в офтальмологический стационар.
  5. Эндофтальмит, кровоизлияние в стекловидное тело и в сетчатку, токсический неврит зрительного нерва, симпатическая офтальмия.