

**ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова»  
Минздрава России  
ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава РФ**



**Кафедра глазных болезней**

**Сборник ситуационных клинических задач  
с эталонами ответов для студентов,  
обучающихся по специальности «Глазные болезни»**

**Краснодар - 2017**

**УДК 617.7-073.432.19**

**ББК 56.7**

**Б 71**

**Составители:**

**С. Н. Сахнов** – директор КФ ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» МЗ РФ, к.м.н., заведующий кафедрой глазных болезней ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава РФ

**Е. Н. Комаровских** – д.м.н., профессор кафедры глазных болезней ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава РФ

**Л. А. Басинская** – к.м.н., доцент кафедры глазных болезней ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава РФ, врач-офтальмолог КФ ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» МЗ РФ

**А. Г. Заболотный** - доцент кафедры глазных болезней ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава РФ, к.м.н., заведующий научным отделом КФ ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова» МЗ РФ

**Рецензенты:**

**Ю.П. Савченко** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России;

**Т.Н. Литвинова** – д. п. н., профессор, заведующая кафедрой общей химии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

Сборник ситуационных клинических задач с эталонами ответов для студентов, обучающихся по специальности «Глазные болезни» подготовлены на основании ФГОС ВО для самостоятельной работы: Учебное пособие для самостоятельной работы студентов. Краснодар, КубГМУ, 2017. - 89 с.

Рекомендовано к изданию ЦМС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава РФ  
протокол № 10 от 02 июня 2017 года

## **ПРЕДИСЛОВИЕ**

Целью учебного пособия является помочь студентам и ординаторам научиться практически, реализовать полученные знания и умения при обследовании пациентов с наиболее часто встречающейся не воспалительной, воспалительной патологией и повреждениями глаз, которые нередко протекают на фоне общесоматических заболеваний. На основании этого студенты должны научиться предварительно, диагностировать указанную офтальмологическую патологию, правильно оценить степень тяжести заболеваний и повреждений глаз; осмыслить тактику своих действий.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Данное учебное пособие подготовлено на основании и соответствует требованиям Государственного образовательного стандарта (ФГОС) для самостоятельной, внеаудиторной работы ординаторов и студентов по специальности «Глазные болезни». Пособие предназначено для лучшей реализации получаемых знаний и умений при обследовании пациентов с часто встречающейся не воспалительной, воспалительной патологией и травмами глаз и его придаточного аппарата, призвано помочь студентам и ординаторам овладеть элементами правильного врачебного мышления при обследовании и лечении больных офтальмологического профиля.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	Введение	4
2.	Тема клинического занятия № 1 «Рефракция, аккомодация».....	6
3.	Тема клинического занятия № 2 «Заболевания век, конъюнктивы и слезных органов».....	14
4.	Тема клинического занятия № 3 «Заболевания роговой оболочки и склеры».....	22
5.	Тема клинического занятия № 4 «Заболевания сосудистого тракта»...	33
6.	Тема клинического занятия № 5 «Заболевания хрусталика и стекловидного тела».....	44
7.	Тема клинического занятия № 6 «Глаукомы».....	54
8.	Тема клинического занятия № 7 «Травмы органа зрения».....	64
9.	Тема клинического занятия № 8 «Заболевания сетчатки и зрительного нерва».....	72
10.	Тема клинического занятия № 9 «Физиология и патология бинокулярного зрения».....	82
11.	Список литературы	91

## ТЕМА КЛИНИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 1: «РЕФРАКЦИЯ, АККОМОДАЦИЯ»

**Задача № 1.** К Вам обратился мужчина 58 лет, у которого разбилось одно стекло в очках. Очками пользовался только для работы вблизи, видел в них достаточно хорошо, стекла в очках были одинаковыми по силе. На зрение вдаль не жалуется.

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

### Эталон ответа к задаче № 1.

1. Можно заподозрить пресбиопию - возрастное ослабление аккомодации.
2. Дифференциальная диагностика проводится между гиперметропией и пресбиопией.
3. Необходимо проверить остроту зрения вдаль и вблизи, провести ее коррекцию, то есть - определить рефракцию субъективным методом; определить положение точки ближайшего видения.
4. Методом нейтрализации с помощью набора стекол (линз) определить вид и оптическую силу целого стекла в очках и выписать рецепт на очки для близости. Можно сразу подобрать коррекцию для близости, ориентируясь, в том числе, на возраст и рефракцию пациента.
5. Без пресбиопической коррекции при работе на близком расстоянии больного будут беспокоить головные боли, усталость глаз, невозможность чтения и письма, то есть, явления астенопии.

**Задача № 2.** Обратился пациент 24 лет с просьбой подобрать ему очки. С 13 лет пользовался очками силой в (-) 1,5 дптр на оба глаза. У офтальмолога не был более 3 лет, за это время заметил ухудшение зрения в очках и без них.

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

### **Эталон ответа к задаче № 2.**

1. Можно заподозрить спазм аккомодации или медленно прогрессирующую близорукость слабой степени.
2. Дифференциальная диагностика проводится между близорукостью и спазмом аккомодации, а также по степени близорукости.
3. Проверить остроту зрения вдаль без коррекции, определить вид и степень рефракции субъективным методом, определить положение ближайшей точки ясного видения, исследовать остроту зрения вдаль с очковой коррекцией.
4. Необходима консультация офтальмолога.
5. Может развиваться стойкий спазм аккомодации на фоне близорукости слабой степени, будет прогрессирование близорукости.

**Задача № 3.** В районной больнице имеется оборудование офтальмолога (таблицы для проверки остроты зрения, набор пробных очковых оправ и корректирующих стекол и др.), но сам офтальмолог отсутствует. Медсестра обратилась с просьбой проконсультировать ее семилетнего сына и, возможно, подобрать очки, так как он низко наклоняет голову, когда читает, постоянно щурится, близко садится к телевизору.

1. Какую патологию Вы заподозрите?
2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
4. Дальнейшая тактика Ваших действий?
5. Какие осложнения могут развиваться при данной патологии?

### **Эталон ответа к задаче № 3.**

1. У ребенка возможен спазм аккомодации или начало близорукости.
2. Необходимо проверить остроту зрения вдаль без коррекции, субъективным методом определить вид и степень рефракции, попробовать подобрать коррекцию для дали.
3. Спазм аккомодации следует дифференцировать с близорукостью или дальнозоркостью.
4. Сказать маме о необходимости консультации у офтальмолога.
5. Спазм аккомодации может перейти в истинную близорукость.

**Задача № 4.** К Вам обратился тракторист 25 лет, у которого с 14 лет 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. Зрение в очках неплохое, однако, глаза сильно устают к концу рабочего дня. Ему подбирали контактные линзы, видел в них хорошо, глаза не уставали, но пользоваться ими по условиям работы (пыль, копоть, грязные руки и др.) не смог.

1. Какую патологию Вы заподозрите?
2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
4. Дальнейшая тактика Ваших действий?
5. Какие осложнения могут развиваться при данной патологии?

### **Эталон ответа к задаче № 4.**

1. Близорукость (миопия) II степени правого глаза, близорукость (миопия) III степени левого глаза. Миопическая анизометропия.
2. Иногда анизометропия может быть обусловлена опухолью глаза с большей степенью близорукости.
3. Исследовать остроту зрения вдаль без коррекции и с коррекцией, субъек-

тивным методом определить степень близорукости на каждый глаз, исследовать остроту зрения в очках с максимальной и переносимой очковой коррекцией.

4. Рекомендовать консультацию офтальмолога - специалиста по хирургической коррекции аномалий рефракции с целью устранения анизометропии или сменить место работы и пользоваться контактными линзами.

5. Осложнениями могут быть расходящееся косоглазие, нарушение бинокулярного зрения, прогрессирование близорукости.

**Задача № 5.** У пациента 48 лет, обратившегося к Вам, имеются жалобы на утомляемость глаз при чтении газет или книг буквы «сливаются», хочется отнести текст подальше от глаз. Вдаль видит хорошо обоими глазами.

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

**Эталон ответа к задаче № 5.**

1. Возрастное, физиологическое ослабление аккомодации - пресбиопию.
2. Необходимо уточнить - сочетается ли пресбиопия с эметропией или какой-либо аномалией рефракции.
3. Проверить остроту зрения без коррекции вдаль, субъективным методом определить вид и степень рефракции, остроту зрения вдаль с коррекцией.
4. Направить на консультацию к офтальмологу, так как, помимо подбора пресбиопических очков, после 40 лет необходимо контролировать внутриглазное давление.
5. Могут развиваться хронический блефарит, блефароконъюнктивит, мышечная астенопия.

**Задача № 6.** К Вам за советом обратилась мать подростка 14 лет, у которого с ее слов, в настоящее время имеется близорукость в (-) 7,0 дптр на обоих глазах. Близорукость в (-) 3,0 дптр была выявлена у сына в 11 лет. Ему ежегодно подбирали очки более сильные на (-) 1,0 дптр, чем предыдущие.

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

**Эталон ответа к задаче № 6.**

1. У подростка имеется быстро прогрессирующая близорукость обоих глаз.
2. Необходимо дифференцировать близорукость по скорости прогрессирования – медленная или быстрая.
3. Проверить остроту зрения вдаль без коррекции, субъективным методом определить степень близорукости; проверить остроту зрения вдаль с коррекцией, соответствующей степени выявленной близорукости.
4. Необходимо рекомендовать консультацию офтальмолога для решения вопроса о хирургическом лечении прогрессирующей близорукости (операция склеропластики).
5. При прогрессирующей близорукости могут развиваться миопический конус и миопическая стафилома, другие дистрофические изменения в собственно сосудистой оболочке (хориоидее) и/или в сетчатой оболочке; отслойка сетчатой оболочки.

**Задача № 7.** К Вам обратилась воспитательница детского сада 56 лет с жалобами на утомляемость глаз при работе вблизи, «сливание» текста, неприятные ощущения в надбровных дугах, головные боли. С 16 лет в течение всего дня пользуется очками (-) 2,0 дптр на оба глаза. Вдаль в этих очках видит хорошо до сих пор, но работать вблизи в них не может.

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

### **Эталон ответа к задаче № 7.**

1. В данном случае у пациентки имеется стационарная (не прогрессирующая), близорукость слабой степени обоих глаз, пресбиопия, мышечная астенопия.
2. Дифференциальная диагностика проводится между разными аномалиями рефракции и их сочетаниями.
3. Проверить остроту зрения вдаль и вблизи без очков и с очковой коррекцией, определить субъективным методом степень близорукости.
4. Рекомендовать пациентке консультацию офтальмолога, пользоваться очками (-) 2,0 дптр только для дали, вблизи работать в очках с пресбиопической коррекцией.
5. Может появиться головная боль, боль в глазах, чувство усталости в них (мышечная астенопия), развиваться хронический конъюнктивит или блефарит.

**Задача № 8.** Обратился менеджер 36 лет с жалобами на непереносимость очковой коррекции (-) 3,0 дптр на оба глаза. Готовые очки приобрел без рецепта, подобрал их себе сам. Через некоторое время стал отмечать, что видит в них нечетко и глаза быстро устают,

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

### **Эталон ответа к задаче № 8.**

1. Возможно, у пациента, помимо аномалии рефракции, имеется один из видов астигматизма.
3. Проверить остроту зрения каждого глаза вдаль без очков, определить субъективным методом вид и степень аномалии рефракции; проверить остроту зрения обоих глаз вдаль с очковой коррекцией, подобранной субъективно.
4. Дифференцировать данную патологию следует между видами рефракции и наличием астигматизма, кроме того, необходима диагностика вида и степени астигматизма, а также – развития кератоконуса.
5. Обязательно обратиться к офтальмологу для решения вопросов дифференциальной диагностики и обследования на наличие кератоконуса, подбора коррекции (очковой, контактной или хирургической).
6. Прогрессирование аномалии рефракции; присоединение хронических конъюнктивита и/или блефарита.

**Задача № 9.** К Вам обратился пациент 63 лет с жалобами на снижение зрения вдаль без очков и быструю утомляемость глаз при работе в корригирующих очках вблизи. С 52 лет пользуется очками для близости (+) 2,0 дптр.

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

### **Эталон ответа к задаче № 9.**

1. У данного пациента имеется пресбиопия обоих глаз.
2. Необходимо провести дифференциальную диагностику между пресбиопией и развитием катаракты, учитывая возраст больного.
3. Проверить остроту зрения вдаль и вблизи без коррекции и с подобранной с помощью субъективного метода очковой коррекцией.

4. Рекомендовать пациенту консультацию офтальмолога для выявления катаракты и подбора новой очковой коррекции для близи.
5. Развитие мышечной астенопии, хронического конъюнктивита, блефарита.

**Задача № 10.** К Вам за советом обратилась девушка 22 лет, которая считает, что очки в (-) 1,5 дптр, которыми она комфортно пользуется с 15 лет, «портят ее внешность», но видит она в них довольно хорошо. Ее интересует - можно ли вместо очков пользоваться контактными линзами, о которых она узнала много хорошего от подруги?

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

**Эталон ответа к задаче № 10.**

1. Вероятно, у пациентки имеется близорукость легкой (I) степени - это следует уточнить при обследовании.
2. Дифференцируют по степени близорукости и по течению – не прогрессирующая (стационарная) или прогрессирующая.
3. Доступное обследование должно включать исследование остроты зрения без коррекции, определение степени рефракции субъективным методом, исследование остроты зрения с субъективно подобранной очковой коррекцией.
4. Обратиться к офтальмологу для подбора контактной коррекции зрения.
5. Приобретать контактные линзы вне салонов «Оптика» не следует, так как они подбираются индивидуально после обследования пациента, иначе возможно развитие различных осложнений (конъюнктивит, кератит и пр.).

**ТЕМА КЛИНИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 2:**  
**«ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК, КОНЬЮНКТИВЫ И СЛЕЗНЫХ ОРГАНОВ»**

**Задача № 1.** К Вам обратился пациент 21 года с жалобами на покраснение обоих глаз, склеивание ресниц по утрам, ощущение «песка» под веками, слезотечение. Глаза заболели через два дня после купания в пруду. При осмотре: конъюнктивит век и глазных яблок выраженно инъецирована, имеется слизистое отделяемое в незначительном количестве.

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

**Эталон ответа к задаче № 1.**

1. У пациента имеется острый бактериальный конъюнктивит обоих глаз.
2. Необходимо провести осмотр переднего отдела глаз с помощью двух луп (бифокальным методом), проверить остроту зрения.
3. Дифференциальная диагностика проводится между конъюнктивитами другой этиологии.
4. Направить на консультацию к офтальмологу для назначения лечения. Лечение заключается в инстилляциях глазных капель с антибиотиками, глазных дезинфицирующих капель.
5. Острый конъюнктивит может перейти в хронический и осложниться вовлечением в воспалительный процесс роговицы,

**Задача № 2.** К Вам обратился больной 32-х лет, у которого на фоне подъема температуры до 37,7° катара верхних дыхательных путей, недомогания, насморка, появились отек век, гиперемия и отечность конъюнктивы (особен-

но 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 данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

### **Эталон ответа к задаче № 2.**

1. Можно заподозрить аденофаринго-конъюнктивальную лихорадку или эпидемический фолликулярный конъюнктивит обоих глаз.
2. Тщательно проанализировать анамнез заболевания, эпиданамнез; провести осмотр переднего отдела глаза с помощью двух луп (бифокальным методом), проверить остроту зрения; осмотреть горло и прощупать регионарные лимфоузлы.
3. Данную патологию нужно дифференцировать с другими конъюнктивитами бактериальной или вирусной этиологии.
4. Направить больного на консультацию к офтальмологу.
5. При любом из вышеуказанных конъюнктивитов в воспалительный процесс может быть вовлечена роговая оболочка.

**Задача № 3.** В районной больнице временно отсутствует офтальмолог и Вас вызвали в родильное отделение, где сначала у одного новорожденного, а затем еще у трех детей появились отечность век, покраснение глаз, нарастающая отечность слизистой оболочки (конъюнктивы) век и глазных яблок, обильное слизисто-гнойное отделяемое.

1. Какое заболевание Вы заподозрите?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику данной па-

тологии?

4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?

5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

### **Эталон ответа к задаче № 3.**

1. Можно заподозрить у новорожденных вспышку гонобленнорреи.
2. Тщательно проанализировать анамнез заболевания, эпиданамнез; провести визуальную оценку состояния переднего отдела глаз у заболевших новорожденных.
3. Дифференциальная диагностика должна быть проведена с острым эпидемическим конъюнктивитом, острым дифтерийным или пневмококковым конъюнктивитом, с острым вирусным конъюнктивитом.
4. Срочно поставить в известность главного врача больницы, известить по телефону местное отделение Роспотребнадзора. Вызвать в родильное отделение врача акушера-гинеколога и педиатра, в отделении изолировать больных детей от здоровых, ввести карантинный режим, назначить в глаза больным новорожденным инстилляцию дезинфицирующих капель и/или капель антибиотиков при соблюдении всех правил асептики и антисептики.
5. Опасные осложнения при гонобленноррее – гнойная язва роговой оболочки, ущемление отечной конъюнктивы веками.

**Задача № 4.** Больная 34 лет жалуется на покраснение и боль в области внутренней части нижнего века левого глаза, повышение температуры до  $37,4^{\circ}$ , головную боль, недомогание. Симптомы возникли после того, как в домашних условиях лечила болевший зуб на верхней челюсти с этой стороны. Объективно отмечается выраженная гиперемия кожи и отек нижнего века левого глаза в проекции слезного мешка. Отмечается выраженная болезненность и выделение гноя через нижнюю слезную точку, 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 данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

#### **Эталон ответа к задаче № 4.**

1. Можно заподозрить острый дакриоцистит слева.
2. Методом фокального или бифокального осмотра обследовать передний отдел левого глаза, исследовать остроту зрения обоих глаз.
3. Данную патологию следует дифференцировать с начинающейся флегмоной нижнего века левого глаза и флегмоной слезного мешка.
4. Срочно направить больную к офтальмологу или непосредственно в офтальмологический стационар.
5. Может развиваться флегмона слезного мешка, флегмона орбиты. Возможен переход острого дакриоцистита в хронический процесс с упорным слезотечением.

**Задача № 5.** К Вам обратился больной 67 лет с жалобами на наличие ограниченного уплотнения у внутреннего угла нижнего века левого глаза. Оно не беспокоит больного в течение двух лет, но в последнее время поверхность образования стала легко травмироваться, покрываясь струпом, который вскоре отпадает и периодически изъязвляется.

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

### **Эталон ответа к задаче № 5.**

1. Можно заподозрить новообразование нижнего века левого глаза.
2. Нужно осмотреть область новообразования и всего нижнего века левого глаза, пропальпировать регионарные лимфатические узлы.
3. Необходимо диагностировать - доброкачественное или злокачественное новообразование у больного? Также необходимо провести дифференциальную диагностику с хроническим дакриоциститом слева.
4. Срочно направить больного на консультацию к офтальмологу, либо в онкологический диспансер.
5. Если новообразование злокачественное, то может прорасти в орбиту, придаточные пазухи, метастазировать.

**Задача № 6.** Больной 62-х 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. За последние 1,5 года это повторяется уже неоднократно.

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

### **Эталон ответа к задаче № 6.**

1. Можно заподозрить острый ячмень верхнего века правого глаза.
2. Провести осмотр области поражения, направить больного на дополнительные обследования (развернутый анализ крови, глюкоза крови и др.).
3. Данную патологию следует дифференцировать с гнойничком на коже века,

начинающейся флегмоной века.

4. Направить к офтальмологу или непосредственно в офтальмологический стационар. Ни в коем случае не следует выдавливать ячмень.
5. Острый ячмень может осложниться развитием флегмоны века и орбиты, тромбозом орбитальных вен, гнойным менингитом, тромбозом кавернозного синуса.

**Задача № 7.** К Вам обратилась больная с жалобами на сухость, жжение зуд, резь в глазах, светобоязнь, снижение зрения обоих глаз, почти полное отсутствие слезы даже во время плача, сухость кожных покровов и слизистых оболочек. Больна в течение полугода. При осмотре отмечается: смешанная инъекция конъюнктивы обоих глаз, скудное, тягучее, нитеобразное отделяемое. В нижней части роговицы имеется умеренная отечность, мелкоочечные 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 данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Эталон ответа к задаче № 7.**

1. У больной можно заподозрить синдром Сьегрена (преимущественное поражение слюнных и слезных желез).
2. С помощью двух луп (бифокально) осмотреть передний отдел глаз. Поинтересоваться функциями слюнных и слезных желез.
3. Данную патологию дифференцируют с болезнью Стивенса-Джонсона (слизисто-кожно-глазной синдром) и системной склеродермией.
4. Направить больную на консультацию к офтальмологу. Рекомендовать ча-

стые закапывания капель «искусственная слеза».

5. Может развиваться нитчатый кератит, ксероз роговой оболочки и конъюнктивы.

**Задача № 8.** К Вам обратился больной 20 лет с жалобами на головную боль, озноб, недомогание, повышение температуры до  $38,4^{\circ}$ , наличие сыпи на коже туловища. Беспокоят рези и жжение во рту и при мочеиспускании, слизисто-гнойное отделяемое из глаз. Болен в течение 3 дней. При обследовании больного отмечается наличие полиморфной сыпи на коже туловища, картина слизисто-гнойного конъюнктивита с пленками. Слизистая оболочка рта гиперемирована, отечна, с наличием небольших пузырей, местами эрозирована.

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

**Эталон ответа к задаче № 8.**

1. Необходимо уточнить анамнез заболевания и его обусловленность, проверить остроту зрения. С помощью бифокального метода внимательно осмотреть передний отдел глаза (в том ч., роговую и радужную оболочки). Необходима консультация инфекциониста и уролога.
2. Можно предположить синдром Стивенса-Джонсона.
3. Следует дифференцировать с гонококковым конъюнктивитом и СПИДом.
4. Направить больного на консультацию к офтальмологу, инфекционисту и урологу.
5. Возможны осложнения в виде кератита, заворота век, симблефарона, ксероза роговицы и конъюнктивы. В тяжелых случаях заболевание может закончиться слепотой.

**Задача № 9.** К Вам обратился пациент 46 лет с жалобами на покраснение и утолщение краев век, зуд, ощущение засоренности в глазах. Отмечает утомляемость глаз при длительной зрительной нагрузке вблизи, периодическое покраснение глаз с появлением едкого пенистого отделяемого в углах глазной щели обоих глаз. При наружном осмотре края век утолщены, покрасневшие, с множественными чешуйками, конъюнктив век и глазного яблока гиперемирована, отделяемого нет.

1. Какое заболевание глаз Вы заподозрите у пациента?
2. Каковы 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 № 9.**

1. Можно заподозрить хронический чешуйчатый блефарит обоих глаз.
2. Заболевания желудочно-кишечного тракта, глистные инвазии эндокринные и обменные нарушения, витаминная недостаточность, длительное воздействие неблагоприятных внешних условий, кариес, хронический тонзиллит, полипы носа, аденоиды, не скорректированные аномалии рефракции и др.
3. Тщательно осмотреть края век и конъюнктиву методом бифокального освещения, проверить остроту зрения без коррекции.
4. Направить пациента на обследование к терапевту, эндокринологу, ЛОР – врачу, офтальмологу.
5. Хронический блефарит может осложниться конъюнктивитом, неправильным ростом ресниц, деформацией ресничного края век, кератитом.

**Задача № 10.** К Вам обратилась женщина с ребенком 7 лет. Ее беспокоит, что у ребенка в течение двух дней имеется покраснение обоих глаз, слезотечение, умеренное слизистое отделяемое. Со слов женщины, в детском саду,

который посещает ребенок, еще у нескольких детей выявлено подобное поражение глаз.

1. Какое заболевание глаз Вы заподозрите у ребенка?
2. Какие дополнительные методы обследования используете?
3. С чем будете дифференцировать данное заболевание?
4. В чем будет заключаться тактика Ваших действий?
5. Какие возможны осложнения при данной патологии?

### **Эталон ответа к задаче № 10.**

1. Можно предположить острый инфекционный конъюнктивит обоих глаз, в том числе, острый эпидемический конъюнктивит.
2. Тщательно проанализировать анамнез заболевания и эпиданамнез. Бифокальным методом осмотреть конъюнктиву век, переходных складок, глазного яблока и роговую оболочку обоих глаз.
3. Заболевание нужно дифференцировать с острыми конъюнктивитами другой этиологии.
4. Направить мать с ребенком на консультацию к офтальмологу. Срочно сообщить главному врачу больницы и в местное отделение Роспотребнадзора о возможной вспышке острого эпидемического конъюнктивита в детском саду.
5. Данное заболевание может осложниться вовлечением в воспалительный процесс роговой оболочки.

### **ТЕМА КЛИНИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 3:**

#### **«ЗАБОЛЕВАНИЯ РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ И СКЛЕРЫ»**

**Задача № 1.** К Вам обратилась мать с девочкой 8 лет, у которой два дня назад появилось покраснение левого глаза, выраженная светобоязнь, слезотечение. При осмотре: девочка бледная, вялая, худенькая. В возрасте 6 лет у девочки была положительная реакция Манту, но от дальнейшего обследования родители девочки отказались. Локальный статус: веки OS умеренно

отечны, отмечается наличие серого округлого инфильтрата в роговой оболочке у наружного лимба и ее отек. Правый глаз здоров. Острота зрения OD 1,0. На OS остроту зрения проверить не удалось ввиду выраженной светобоязни.

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

### **Эталон ответа к задаче № 1.**

1. Можно заподозрить острый фликтенулезный кератит левого глаза.
2. Тщательно проанализировать жалобы, анамнез заболевания, семейный анамнез; проверить остроту зрения обоих глаз.
3. Провести бифокальный осмотр переднего отдела глаза и особое внимание уделить роговой оболочке левого глаза.
4. В данном случае следует дифференцировать с гематогенным туберкулезным кератитом или конъюнктивитами.
5. Необходимы консультации фтизиатра, офтальмолога, при необходимости – консультация и лечение фтизиоокулиста. Поскольку заболевание склонно к рецидивам, постепенно может мутнеть вся роговая оболочка, при этом зрение значительно снижается. Может быть, перфорация роговой оболочки и процесс осложняется кератоувеитом. При рецидивах образуется бельмо роговой оболочки.

**Задача № 2.** Ввиду отсутствия окулиста к Вам обратилась женщина с мальчиком 11 лет, которого беспокоят снижение остроты зрения, боли в левом глазу, отдающие в зубы и ухо с левой стороны. Боль в глазу появилась вчера днем, к вечеру - усилилась, и мама ребенка заметила изменение цвета радуж-

ной оболочки и сужение зрачка на больном глазу. При обследовании: OD спокоен; OS - глазная щель умеренно сужена, отмечается выраженная светобоязнь, перикорнеальная инъекция, радужная оболочка отечна, рисунок ее ступшеван, зрачок узкий, слегка овальной формы, реакция на свет снижена. В проходящем свете рефлекс с глазного дна виден, но нечетко.

1. Какие дополнительные методы обследования 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?

### **Эталон ответа к задаче № 2.**

1. Необходимо уточнить анамнез заболевания, проверить остроту зрения обоих глаз, определить, имеются ли циклитные (цилиарные) боли при пальпации левого глазного яблока.
2. Можно предположить острый иридоциклит левого глаза.
3. Данное заболевание следует дифференцировать с острым кератитом левого глаза (объясните - почему и в чем различие).
4. Направить в офтальмологический стационар, дополнительно проконсультировать с педиатром, стоматологом и ЛОР – врачом.
5. При остром иридоциклите возможно сращение и заращение зрачка, позднее – развитие осложненной (постувеальной) катаракты, вторичной (постувеальной) глаукомы, переход воспаления на внутренние среды глаза - стекловидное тело; хронизация процесса.

**Задача № 3.** Во время Вашего дежурства по районной больнице обратился комбайнер 43 лет, которому 2 дня тому 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. Со слов пациента,

раньше вдаль и вблизи видел хорошо. При обследовании ОД - глазная щель сужена, светобоязнь, слезотечение, сосуды переднего отдела глаза инъецированы. На отечной роговой оболочке на 12 часах видна язвочка диаметром около 3 мм, в передней камере экссудат серовато-желтого цвета. Рисунок радужной оболочки ОД ступеван, зрачок сужен до 2 мм в диаметре, вяло реагирует на свет.

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

### **Эталон ответа к задаче № 3.**

1. Можно заподозрить гнойную язву роговой оболочки правого глаза.
2. Проверить остроту зрения обоих глаз, тщательно осмотреть роговую оболочку ОД с помощью глазных луп фокально и бифокально. Оценить состояние прозрачных сред глаза (роговой оболочки, хрусталика и стекловидного тела) в проходящем свете.
3. Необходимо дифференцировать с глубокими кератитами разной этиологии.
4. На правый глаз наложить асептическую повязку и срочно направить больного на консультацию к офтальмологу или в офтальмологический стационар (отделение).
5. Перфорация язвы роговой оболочки; развитие кератоувеита, эндофтальмита, панофтальмита с последующей атрофией глазного яблока.

**Задача № 4.** Вечером во время Вашего дежурства в районной больнице обратился мужчина 54 лет, который вчера при работе на приусадебном участке веткой малины поцарапал роговую оболочку левого глаза. Его беспокоят

боль, резь, светобоязнь, слезотечение, снижение зрения в левом глазу. При осмотре OS отмечается сужение глазной щели, слезотечение, выраженная смешанная инъекция сосудов глазного яблока. В оптической зоне роговой оболочки имеется царапина неправильной линейной формы длиной около 3 мм с выраженным отеком в этой области. Остальные структуры глаза не изменены.

1. Какие методы обследования 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?

#### **Эталон ответа к задаче № 4.**

1. Необходимо проверить остроту зрения обоих глаз. По возможности окрасить роговицу 1% раствором метиленовой синьки с целью определения глубины поражения роговой оболочки и внимательно осмотреть ее с помощью бифокального освещения.
2. Можно предположить эрозию роговой оболочки левого глаза.
3. Следует дифференцировать с поверхностным посттравматическим кератитом и проникающим ранением роговой оболочки.
4. Внутримышечно ввести ПСС или анатоксин по Безредке и направить больного на консультацию к офтальмологу, в офтальмотравматологический пункт или глазной стационар.
5. Возможны осложнения в виде развития кератита (в том числе, учитывая условия получения травмы – грибковой этиологии) и кератоувеита.

**Задача № 5.** К Вам обратился больной 54 лет с жалобами на боль, слезотечение, покраснение, светобоязнь, значительное снижение зрения OD. Из анамнеза - в тюремном заключении перенес туберкулез легких, после чего

это третий рецидив заболевания глаза. При наружном осмотре: OS - здоров; OD- выраженная перикорнеальная инъекция, роговая оболочка диффузно отечная, мутная, видны отдельные крупные желтовато-серые инфильтраты, отмечается выраженная неоваскуляризация роговой оболочки.

1. Какие методы диагностики Вы используете в данном случае?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. С чем дифференцируется это заболевание?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Каков прогноз при данной патологии?

#### **Эталон ответа к задаче № 5.**

1. Проверить остроту зрения, фокально и бифокально осмотреть роговую оболочку и весь передний отдел OD. Посмотреть в проходящем свете другие прозрачные среды глаза (хрусталик, стекловидное тело), пощупать глазное яблоко для выявления циклитных (цилиарных) болей в нем.
2. Можно предположить хронический рецидивирующий кератит туберкулезной этиологии правого глаза.
3. Туберкулезный кератит необходимо дифференцировать с другими специфическими воспалениями роговой оболочки (паренхиматозным сифилитическим, токсоплазмозным, бруцеллезным и др. кератитами), кератоувеитом этой же этиологии.
4. Направить больного на консультацию к фтизиоокулисту в тубдиспансер или офтальмологический стационар.
5. Прогноз неблагоприятный, так как процесс рецидивирующий и приводит к формированию стойкого помутнения роговой оболочки - бельма. Кроме того, в воспаление может вовлекаться радужная оболочка и цилиарное тело с развитием кератоувеита.

**Задача № 6.** На консультацию обратилась больная 36 лет с жалобами свето-

боязнь, слезотечение, ощущение инородного тела, покраснение левого глаза, беспокоящие в течение последних трех дней. До этого болела острой респираторной инфекцией. При наружном осмотре выявлено: OD - здоров; OS - отмечается перикорнеальная инъекция, в нижне-наружном отделе роговой оболочки видны мелкие серые инфильтраты в виде веточки.

1. Какую патологию Вы заподозрите?
2. Какие методы диагностики необходимы?
3. С чем проводится дифференциальная диагностика в данном случае?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Перечислите возможные осложнения при данном заболевании.

#### **Эталон ответа к задаче № 6.**

1. Можно предположить острый герпетический древовидный кератит левого глаза.
2. Проверить остроту зрения, провести осмотр роговой оболочки, передней камеры и радужки OS бифокально (с помощью двух луп); в проходящем свете исследовать хрусталик и стекловидное тело; пальпаторно выявить наличие циклитных (цилиарных) болей в левом глазу.
3. Необходимо дифференцировать с другими формами кератитов, в том числе, с другими формами герпетического кератита.
4. Направить больную на консультацию к офтальмологу или непосредственно в офтальмологический стационар.
5. Острый герпетический кератит часто переходит в хроническую форму или в глубокий герпетический кератит.

**Задача № 7.** За советом к Вам обратился пациент 27 лет, у которого три года назад была язва роговой оболочки левого глаза, после которой осталось интенсивное помутнение роговой оболочки (бельмо) серо-белого цвета и исчезло предметное зрение. Правый глаз здоров, острота зрения 1,0. Пациента волнует вопрос, можно ли чем-то ему помочь с левым глазом?

1. Какие дополнительные методы диагностики Вы используете?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. С чем необходимо дифференцировать патологию левого глаза?
4. Какова будет дальнейшая тактика Ваших действий?
5. Возможные осложнения при данном состоянии?

### **Эталон ответа к задаче № 7.**

1. Проверить остроту зрения обоих глаз; бифокально исследовать передний отдел (роговую оболочку, переднюю камеру, радужную оболочку, зрачок) обоих глаз; в проходящем свете посмотреть другие прозрачные среды глаза (хрусталик, стекловидное тело) левого глаза, если это возможно. Ориентировочно (пальпаторно) оценить уровень внутриглазного давления на двух глазах.
2. Можно предположить бельмо роговой оболочки левого глаза.
3. Данное состояние необходимо дифференцировать с вяло текущим глубоким кератитом.
4. Порекомендую консультацию в отношении пересадки роговой оболочки (кератопластики) у офтальмолога специализированного стационара, контроль внутриглазного давления с частотой 1 раз в год.
5. Может развиваться вторичное косоглазие левого глаза.

**Задача № 8.** На консультацию обратилась пациентка 30 лет с жалобами на покраснение правого глаза, умеренно выраженные боли при движениях глаза, появившиеся несколько дней назад. Страдает ревматоидным поражением суставов с юношеского возраста. Периодически получает сезонное профилактическое лечение по этому заболеванию. Объективно: на правом глазу отмечается локальное покраснение с незначительной синюшностью и проминированием в виде локального фокуса конъюнктивы и склеры с височной стороны. Острота зрения правого глаза не изменена. Левый глаз здоров.

1. Какие дополнительные методы диагностики Вы используете?

2. Ваш предположительный диагноз?
3. С чем необходимо дифференцировать патологию правого глаза?
4. Какова будет дальнейшая тактика Ваших действий?
5. Возможные осложнения при данном заболевании?

### **Эталон ответа к задаче № 8.**

1. Выяснить анамнез заболевания, бифокально (с помощью двух луп) осмотреть передний отдел обоих глаз, проверить остроту зрения.
2. Можно предполагать наличие острого воспаления склеры (склерит) правого глаза.
3. Данное заболевание необходимо дифференцировать с острым конъюнктивитом. Кроме того, необходима дифференциальная диагностика по этиологии воспалительного процесса (аутоиммунные ревматоидные заболевания, склеродермия, системная красная волчанка, заболевания ЖКТ, туберкулез, простой герпес).
4. Направить больную на консультацию к терапевту, ревматологу, фтизиатру, фтизиоокулисту, в офтальмологический стационар.
5. Возможен переход в хронический процесс с частыми рецидивами заболевания, развитие гнойного склерита; в неблагоприятных случаях – возникновение стафиломы склеры с возможной ее перфорацией; вовлечение в процесс роговой и/или радужной оболочки и цилиарного тела с развитием кератита, иридоциклита или кератоувеита.

**Задача № 9.** У молодого человека, находившегося в местах лишения свободы, появились жалобы на покраснение обоих глаз, боли при движениях глаз, незначительное снижение зрения. Болеет туберкулезом легких, по поводу которого лечится постоянно в течение последних 3 лет. При осмотре наблюдается конъюнктивальная инъекция обоих глаз, округлые узелки вблизи от роговой оболочки с височной стороны на обоих глазах. Конъюнктива гипере-

мирована, с узелками не спаяна. При пальпации глаз отмечается болезненность. Острота зрения не снижена.

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

### **Эталон ответа к задаче № 9.**

1. Можно заподозрить острый эписклерит обоих глаз.
2. Необходимо проверить остроту зрения обоих глаз, тщательно осмотреть конъюнктиву, склеру, роговую оболочку обоих глаз с помощью глазных луп фокально и бифокально. Оценить состояние прозрачных сред глаза в проходящем свете.
3. Необходимо дифференцировать с острым склеритом обоих глаз, хроническим рецидивирующим эписклеритом обоих глаз (по анамнезу). Дифференцировать эписклерит по этиологии процесса (туберкулез, ревматизм, сифилис, токсоплазмоз).
4. Направить больного на консультацию к терапевту, ревматологу, фтизиатру и фтизиоокулисту, другим специалистам; в офтальмологический стационар.
5. Возможен переход в хронический процесс с частыми рецидивами заболевания; вовлечение в процесс самой склеры, роговой и/или радужной оболочки и цилиарного тела с развитием склерита, кератита, иридоциклита или кератоувеита.

**Задача № 10.** К Вам обратилась женщина 35 лет с жалобами на боли в правом глазу, светобоязнь, слезотечение, снижение зрения, покраснение правого глаза, незначительное отделяемое, появившиеся накануне. Пользуется кон-

тактными линзами для коррекции близорукости с юношеского возраста. Позавчера на улице после порыва ветра что-то попало в правый глаз, была в линзах. Оказавшись дома, сняла линзы и промыла глаз водой, но ощущение инородного тела осталось. При обследовании: OD - глазная щель умеренно сужена, отмечается выраженная светобоязнь, перикорнеальная инъекция, роговая оболочка отечна, в центре виден инфильтрат серо-желтого цвета, рисунок радужной оболочки ступешеван, зрачок слегка овальной формы, реакция на свет снижена. В проходящем свете рефлекс с глазного дна виден, но нечетко. OS – здоров.

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

#### **Эталон ответа к задаче № 10.**

1. Можно предположить наличие гнойной язвы роговой оболочки, острый иридоциклит правого глаза.
2. Необходимо уточнить анамнез заболевания, скорее всего во время порыва ветра на улице под контактную линзу на правом глазу попало инородное тело, возникла эрозия роговой оболочки, а затем гнойная язва роговой оболочки и острый иридоциклит. Необходимо проверить остроту зрения обоих глаз, осмотреть фокально, бифокально (с помощью глазных луп) передний отдел глаз, посмотреть в проходящем свете. Выяснить, имеются ли циклитные (цилиарные) боли при пальпации правого глазного яблока.
3. Данное заболевание следует дифференцировать с острым кератитом правого глаза (объясните, почему, и в чем отличие).
4. Срочно направить в офтальмотравматологический пункт или офтальмологический стационар.

5. При утяжелении состояния может произойти перфорация роговой оболочки, развиться эндофтальмит или панофтальмит. В роговой оболочке может остаться помутнение разной степени интенсивности (облачко, пятно, бельмо). При остром иридоциклите возможно сращение и заращение зрачка, позднее – развитие осложненной (постувеальной) катаракты, вторичной (постувеальной) глаукомы; хронизация процесса.

**ТЕМА КЛИНИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 4:  
«ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСУДИСТОГО ТРАКТА»**

**Задача № 1.** Родители ребенка 7 лет заметили у него припухлость и покраснение в области обоих коленных суставов. Накануне у него покраснел левый глаз, зрение снизилось, и появились боли. По поводу суставов родители обращались к фельдшеру, который рекомендовал провести обследование ребенка, однако этого сделано не было. При наружном осмотре OS: выражена перикорнеальная инъекция, роговая оболочка отечная, цвет радужной оболочки изменен по сравнению со здоровым глазом, рисунок ее смазан, зрачок сужен, форма неправильная, реакция на свет снижена. OD спокоен.

1. Какую патологию Вы заподозрите у ребенка?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо дифференцировать заболевание левого глаза?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения возможны при данной патологии?

**Эталон ответа к задаче № 1.**

1. Можно заподозрить острый иридоциклит левого глаза.
2. Проверить остроту зрения обоих глаз. Бифокальным методом исследовать OS: роговую оболочку, переднюю камеру, радужную оболочку, зрачок, провести исследование в проходящем свете. Пальпаторно определить

наличие или отсутствие циклитных (цилиарных) болей в левом глазу.

3. Данное заболевание следует дифференцировать с острым кератитом или симптомокомплексом с поражением суставов и переднего отдела увеального тракта.
4. Следует срочно направить больного на консультацию к офтальмологу, педиатру, ревматологу.
5. Вовлечение в воспалительный процесс стекловидного тела, сращение или заращение зрачка, позднее – развитие осложненной (постувеальной) катаракты, вторичной (постувеальной) глаукомы.

**Задача № 2.** Пациентка 47 лет жалуется на боли в левом глазу, покраснение и значительное снижение зрения. Около 5 дней назад болела ОРЗ, лечилась дома, была высокая температура, насморк, кашель. Левый глаз заболел накануне. Объективно: OS выраженная перикорнеальная инъеция, в передней камере виден горизонтальный уровень гноя высотой 1,5 мм, радужная оболочка отечна, изменена в цвете в сравнении со здоровым глазом, зрачок неправильной формы, практически не реагирует на свет. При пальпации в области проекции цилиарного тела отмечается выраженная болезненность. OD – здоров.

1. Какое заболевание можно заподозрить у этой пациентки?
2. Дополнительные методы исследования, которые необходимо провести?
3. С чем необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Ваша дальнейшая тактика действий?
5. Какие осложнения могут развиваться при данном заболевании?

**Эталон ответа к задаче № 2.**

1. Можно заподозрить острый иридоциклит левого глаза.
2. Проверить остроту зрения обоих глаз, провести осмотр левого глаза (роговой и радужной оболочек, зрачка, влаги передней камеры), пропальпировать глазное яблока в проекции цилиарного тела (циклитные, цилиарные боли).

3. Острый иридоциклит необходимо дифференцировать с острым кератитом.
4. Больная нуждается в консультации офтальмолога, необходимо срочно направить в офтальмологический стационар.
5. Наиболее частые осложнения: сращение или заращение зрачка, в более позднем периоде могут развиваться осложненная (постувеальная) катаракта или вторичная (постувеальная) глаукома. Утяжеление процесса – развитие эндофтальмита или панофтальмита с исходом в субатрофию глазного яблока и слепоту. Может быть переход в хроническую форму заболевания.

**Задача № 3.** К Вам обратилась мама с сыном-подростком 13 лет. Мальчика беспокоит боль, светобоязнь, слезотечение, ощущение инородного тела в левом глазу. Вышеперечисленные жалобы возникли накануне. При обследовании: острота зрения OD-0,6 не корр., OS-1,0; OD - глазная щель сужена, умеренно выражены перикорнеальная инъеция глазного яблока, светобоязнь, слезотечение, зрачок сужен, реакция на свет практически отсутствует.

1. Какое заболевание можно заподозрить у подростка?
2. Какие методы обследования желательно провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику в данном случае?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения можно ожидать при данной патологии?

**Эталон ответа № 3.**

1. Можно заподозрить острый иридоциклит левого глаза.
2. Необходимо фокально и бифокально провести осмотр роговой оболочки, передней камеры, радужной оболочки, ее зрачкового края. В проходящем свете попытаться определить состояние хрусталика и стекловидного тела.
3. Острый иридоциклит следует дифференцировать с острым кератитом.
4. Больная нуждается в срочной консультации и лечении в офтальмологическом стационаре.

5. Возможно сращение или заращение зрачка, утяжеление процесса с развитием эндофтальмита, панофтальмита с исходом в субатрофию глазного яблока и слепоту. В более поздние сроки возможно развитие осложненной (постувеальной) катаракты, вторичной (постувеальной) глаукомы. Острый процесс может перейти в хронический.

**Задача № 4.** На консультацию обратился больной 32 лет с жалобами на повторяющиеся покраснения глаз, снижение остроты зрения. Болен в течение 3 лет, неоднократно лечился в стационаре и амбулаторно; обострения бывают с частотой до 4-6 раз в год. В течение последней недели стал отмечать прогрессирующее ухудшение зрения обоих глаз. Имеются симптомы язвенного поражения слизистой полости рта, со слов больного – язвенные поражения половых органов, эритема кожи туловища. Со стороны ОУ - признаки обострения хронического иридоциклита с наличием гноя в передней камере.

1. Какую патологию можно заподозрить у пациента?
2. Методы диагностики, которые можно применить в данной ситуации?
3. С чем проводится дифференциальная диагностика предполагаемого заболевания?
4. Дальнейшая тактика Ваших действий?
5. Чем может осложниться это заболевание?

**Эталон ответа к задаче № 4.**

1. Можно заподозрить синдром Бехчета.
2. Необходимо проверить остроту зрения обоих глаз без коррекции и с коррекцией, фокально и бифокально осмотреть роговую оболочку, переднюю камеру и ее содержимое (гипопион), радужную оболочку и ее зрачковый край, определить реакцию зрачков на свет, в проходящем свете попытаться оценить состояние хрусталика и стекловидного тела.
3. Предполагаемый синдром Бехчета дифференцируют с синдромом Стивенса – Джонсона, синдромом Рейтера, СПИДом.

4. Больной нуждается в консультации офтальмолога, уролога, ревматолога и других специалистов. Необходимо направить к офтальмологу или в офтальмологический стационар.
5. Осложнения со стороны глаз при синдроме Бехчета – развитие осложненной катаракты, помутнение стекловидного тела, вовлечение в процесс собственно сосудистой оболочки (хориоидеи) и сетчатой оболочки с возникновением хориоретинита.

**Задача № 5.** На прием обратился молодой человек 28 лет с жалобами на покраснение и боли в правом глазу, значительно усиливавшиеся ночью. Заболел остро. Из анамнеза - длительно страдает ревматизмом. При осмотре: OD - смешанная инъекция сосудов глазного яблока, на задней поверхности роговой оболочки видны мелкие серые преципитаты, в передней камере - гнойный экссудат. Радужка отечна, зрачок сужен, реакция на свет вялая.

1. Какую патологию Вы заподозрите у пациента?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
4. Ваша тактика действий?
5. Какими осложнениями чревато это заболевание?

**Эталон ответа к задаче № 5.**

1. Можно предполагать наличие острого гнойного иридоциклита ревматоидной этиологии правого глаза.
2. Необходимо выяснить анамнез общего заболевания, проверить остроту зрения без коррекции и с коррекцией, провести фокальный и бифокальный осмотры переднего отдела обоих глаз, в проходящем свете попытаться оценить состояние хрусталика и стекловидного тела, пальпаторно проверить, имеются ли циклитные (цилиарные) боли в правом глазу.

3. Дифференциальная диагностика проводится с острым кератоконъюнктивитом, острым кератитом, острым приступом закрытоугольной глаукомы.
4. Больной нуждается в срочной консультации офтальмолога и лечении в офтальмологическом стационаре.
5. Острый иридоциклит может довольно быстро привести к возникновению сращений между зрачковым краем радужной оболочки и передней капсулой хрусталика (синехиям), сращению и заращению зрачка, утяжелению процесса с вовлечением в воспаление стекловидного тела (эндофтальмит) или всех оболочек глаза (панофтальмит), с последующим исходом в субатрофию глаза и слепоту. В более позднем периоде развивается осложненная (постувеальная) катаракта и вторичная (постувеальная) глаукома.

**Задача № 6.** Больной 27 лет предъявляет жалобы на сильные боли, снижение зрения и покраснение правого глаза. Из анамнеза выяснили, что 5 дней назад после переохлаждения у него поднялась температура до  $38,7^{\circ}$ , появился насморк и кашель, вызывал на дом участкового терапевта и лечился дома. Правый глаз заболел остро, накануне. Объективно: OD – выраженная смешанная инъекция сосудов глазного яблока, веки отечные, роговая оболочка незначительно отечна, радужная оболочка отечна, изменена в цвете (со «ржавым» оттенком) в сравнении с радужной оболочкой OS, зрачок узкий, неправильной формы, вяло реагирует на свет. При пальпации OD отмечается усиление болей. OS – здоров.

1. Какую патологию можно заподозрить у этого пациента?
2. Какие дополнительные методы обследования Вы примените?
3. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какими осложнениями чревата эта патология?

**Эталон ответа к задаче № 6.**

1. Можно заподозрить острый гнойный иридоциклит правого глаза.

2. Необходимо проверить остроту зрения обоих глаз без коррекции и с коррекцией, фокально и бифокально провести осмотр переднего отдела правого глаза (роговую и радужную оболочки, переднюю камеру, зрачок и зрачковый край радужной оболочки), проверить реакцию зрачка на свет. В проходящем свете попытаться оценить состояние хрусталика и стекловидного тела правого глаза.
3. Заболевание следует дифференцировать с острым кератитом, острым приступом закрытоугольной глаукомы правого глаза.
4. Больного нужно срочно направить на консультацию в офтальмологический стационар.
5. Острый гнойный иридоциклит может довольно быстро привести к возникновению сращений между зрачковым краем радужной оболочки и передней капсулой хрусталика (синехиям), сращению и зарастанию зрачка, утяжелению процесса с вовлечением в воспаление стекловидного тела (эндофтальмит) или всех оболочек глаза (панофтальмит), с последующим исходом в субатрофию глаза и слепоту. В более позднем периоде развивается осложненная (постувеальная) катаракта и вторичная (постувеальная) глаукома.

**Задача № 7.** За консультацией обратился молодой человек 27 лет с жалобами на нечеткость, расплывчатость предметов при взгляде правым глазом. Периодически беспокоят появляющиеся перед этим глазом «вспышки света, блестящие пятна, молнии». Заметил это около одной недели назад. Болей и покраснения глаза нет. Левый глаз не беспокоит. Перед этим перенес на ногах тяжелый грипп, к врачам не обращался, лечился дома, «народными средствами».

1. Какую патологию можно заподозрить у этого пациента?
2. Какие дополнительные методы обследования Вы примените?
3. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?

5. Какими осложнениями чревата эта патология?

**Эталон ответа к задаче № 7.**

1. Можно заподозрить острое воспаление хориоидеи (хориоидит) на правом глазу.
2. Необходимо проверить остроту зрения обоих глаз без коррекции и с коррекцией, фокально и бифокально провести осмотр переднего отдела правого глаза (роговую и радужную оболочки, переднюю камеру, зрачок и зрачковый край радужной оболочки), проверить реакцию зрачка на свет. В проходящем свете попытаться оценить состояние хрусталика и стекловидного тела правого глаза. Пальпаторно (ориентировочно) оценить уровень внутриглазного давления обоих глаз и наличие циклитных (цилиарных) болей на правом глазу.
3. Поражение хориоидеи необходимо дифференцировать по этиологии, локализации, течению (острый, хронический) и тяжести (стадии) процесса, вовлеченности в него сетчатой оболочки (хориоретинит).
4. Больного необходимо направить к офтальмологу. Кроме того, необходимы консультации терапевта, ревматолога и других специалистов по необходимости. Постараться выяснить этиологию воспалительного процесса.
5. При центральном хориоидите возможна потеря или значительное снижение остроты зрения. При периферическом - зрение не страдает. Возможно вовлечение сетчатой оболочки и развитие хориоретинита, с его осложнениями в виде отслойки, кровоизлияний, тромбоза вен сетчатой оболочки.

**Задача № 8.** За помощью обратился мужчина 35 лет с жалобами на появление перед левым глазом пелены, тумана, очертания предметов кажутся нечеткими, расплывчатыми, кроме того, предметы воспринимаются искаженными, их очертания и форма изменены, например, при проверке остроты зрения с 5 метров, вертикальные элементы букв кажутся не прямыми, изогну-

тыми. Заболевание ни с чем не связывает. До этого оба глаза видели хорошо, зрение было одинаковым.

1. Какую патологию можно заподозрить у этого пациента?
2. Какие дополнительные методы обследования Вы примените?
3. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

### **Эталон ответа к задаче № 8.**

1. Скорее всего, у пациента имеется центральный хориоидит левого глаза.
2. Необходимо проверить остроту зрения обоих глаз без коррекции и с коррекцией, фокально и бифокально провести осмотр переднего отдела левого глаза, в проходящем свете попытаться оценить состояние хрусталика и стекловидного тела. Пальпаторно (ориентировочно) оценить уровень внутриглазного давления обоих глаз.
3. Поражение хориоидеи необходимо дифференцировать по этиологии, локализации, течению (острый, хронический) и тяжести (стадии) процесса, вовлеченности в него сетчатой оболочки (хориоретинит).
4. Больного необходимо направить к офтальмологу. Кроме того, необходимы консультации терапевта, ревматолога и других специалистов по необходимости. Постараться выяснить этиологию воспалительного процесса.
5. Искажение предметов в центральном поле зрения свидетельствует о центральном поражении на глазном дне, поэтому прогноз не очень благоприятный, при центральном хориоидите возможна потеря или значительное снижение остроты зрения. При периферическом - зрение не страдает. Возможно вовлечение сетчатой оболочки – хориоретинит, с его осложнениями в виде отслойки, кровоизлияний и тромбоза вен сетчатой оболочки.

**Задача № 9.** За советом обратилась знакомая 29 лет с жалобами на появившееся перед правым глазом темное пятно, за которым она вообще ничего не

видит. Пятно появилось 2 дня назад, этому предшествовало затуманивание и снижение остроты зрения, яркие, «как молнии», вспышки и искры перед правым глазом, предметы казались искаженными. За помощью не обращалась-хочет сначала поговорить с Вами. С 20 лет страдает хроническим бруцеллезом, по поводу которого получает лечение. По профессии ветеринар. Заразилась бруцеллезом во время производственной практики в одной из республик юга Восточной Сибири.

1. Какую патологию можно заподозрить у Вашей знакомой?
2. Какие дополнительные методы обследования Вы примените?
3. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

#### **Эталон ответа к задаче № 9.**

1. У пациентки можно заподозрить острый хориоретинит правого глаза центральной локализации.
2. Необходимо определить остроту зрения обоих глаз без коррекции и возможной коррекцией; фокально и бифокально провести осмотр переднего отдела правого глаза; провести исследование в проходящем свете – возможны помутнения в стекловидном теле; пальпаторно (ориентировочно) оценить уровень внутриглазного давления обоих глаз.
3. Дифференциальная диагностика проводится с хориоидитом, по этиологии; по локализации очага воспаления на глазном дне (центральный, периферический, перипапиллярный, экваториальный); течению (острый, хронический) и тяжести (стадии) процесса; наличию осложнений.
4. Больную необходимо направить к офтальмологу, инфекционисту и терапевту.
5. Возможные осложнения - отслойка сетчатой оболочки, формирование неоваскулярной мембраны, рецидивирующие кровоизлияния в сетчатую оболочку и тромбоз ее вен, которые могут привести к слепоте.

**Задача № 10.** На консультацию обратился пациент 18 лет с жалобами на сильные боли в левом глазу, иррадиирующие в левую половину головы, верхнюю челюсть слева, покраснение левого глаза, снижение зрения, изменение формы зрачка. Два назад при длительной езде на машине пользовался открытым слева окном, к вечеру того же дня появились сначала неявные, а затем все более выраженные вышеперечисленные симптомы. Ночью почти не спал из-за болей, принимал обезболивающие препараты. Острота зрения OS – 0,3, не корр., видит, как через мутное стекло, OD – здоров, видит 1,0. OS – смешанная инъекция сосудов глазного яблока, роговая оболочка отечная, но передняя камера просматривается, радужная оболочка грязно-серого цвета, в передней камере виден уровень желтого цвета, высотой 2 мм, зрачок неправильной формы, реакция на свет вялая, рефлекс с глазного дна темно-красного цвета.

1. Какую патологию можно заподозрить у этого пациента?
2. Какие дополнительные методы обследования Вы примените?
3. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Эталон ответа к задаче № 10.**

1. У больного имеется острый гнойный иридоциклит левого глаза.
2. Необходимо посмотреть левый глаз в проходящем свете, попытаться пропальпировать глазное яблоко для выявления циклитных (цилиарных) болей в нем. Пальпаторно (ориентировочно) определить уровень внутриглазного давления.
3. Дифференциальная диагностика проводится между острым иридоциклитом и острым приступом закрытоугольной глаукомы.
4. Больного надо срочно направить в офтальмологический стационар для лечения.

5. Острый иридоциклит может довольно быстро привести к возникновению сращений между зрачковым краем радужной оболочки и передней капсулой хрусталика (синехиям), сращению и заращению зрачка, утяжелению процесса с вовлечением в воспаление стекловидного тела (эндофтальмит) или всех оболочек глаза (панофтальмит), с последующим исходом в субатрофию глаза и слепоту. В более позднем периоде развивается осложненная (постувеальная) катаракта и вторичная (постувеальная) глаукома.

**ТЕМА КЛИНИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 5:  
«ЗАБОЛЕВАНИЯ ХРУСТАЛИКА И СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА»**

**Задача № 1.** К Вам обратилась мать полугодовалого ребенка в связи с тем, что, по мере роста ребенка, она заметила пленку серого цвета в области зрачков на обоих глазах. При взгляде на окружающие предметы ребенок смотрит как-то боком. При бифокальном осмотре у ребенка в центре зрачков видны темно-серого цвета помутнения округлой формы.

1. Какую патологию Вы заподозрите у ребенка?
2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут развиваться при данной патологии?

**Эталон ответа к задаче № 1.**

1. Необходимо заподозрить у ребенка врожденную катаракту обоих глаз.
2. Надо выяснить анамнез, особенности течения беременности, перенесенные матерью во время беременности заболевания (особенно вирусные и в первом триместре беременности). Выяснить вопросы наследственности со стороны родителей ребенка. Было ли что-то подобное у старших детей этой пары, если этот ребенок не единственный? Провести исследование в проходящем

свете, пальпаторное исследование внутриглазного давления на обоих глазах.

3. Дифференцировать эту патологию глаз нужно с ретинобластомой обоих глаз, ретинопатией недоношенных, врожденной патологией сетчатки и зрительного нерва.

4. Направить ребенка на консультацию к детскому офтальмологу или в детскую офтальмологическую больницу.

5. Если не удалить врожденную катаракту обоих глаз, разовьется амблиопия обоих глаз со снижением остроты зрения до слабовидения и слепоты; может развиваться нистагм, вторичное косоглазие.

**Задача № 2.** Больная 67 лет предъявляет жалобы на отсутствие предметного зрения правого глаза и значительное снижение зрения левого глаза. Постепенное снижение зрения на оба глаза отмечает на протяжении последних 3 лет. Острота зрения OD - правильная проекция света; OS - 0,3 не корригирует. Глаза спокойны, при бифокальном осмотре роговые оболочки прозрачные, зрачок на OD равномерно серого цвета, зрачок на OS черного цвета.

1. Какую патологию можно заподозрить у больной?
2. С чем необходимо дифференцировать заподозренную патологию?
3. Какие методы обследования надо провести дополнительно?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут развиваться при данном состоянии?

**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 на обоих глазах.

3. Дифференцировать данную патологию глаз следует с первичной открытоугольной глаукомой, при этом общим является только снижение остроты зрения, все остальные симптомы разные.

4. Направить к офтальмологу для более детального обследования и решения вопроса об удалении катаракт.

5. Возрастная катаракта может перезреть, что приведет к возникновению вторичной факолитической или фактопической глаукомы; возникновению катаракты Морганьи; иридоциклиту, как аутоимунному ответу на нарушение барьерной функции капсулы хрусталика и попаданию хрусталиковых белков во внутреннюю среду глаза.

**Задача № 3.** К Вам обратился охотовед 34 лет с жалобами непереносимость очковой коррекции. На левом глазу 3 года назад ему удалили осложненную посттравматическую катаракту, искусственный хрусталик не имплантировали ввиду тяжелого состояния глаза на момент операции. Правый глаз здоров, видит хорошо. Острота зрения OD-1,0; OS-0,02 с коррекцией (+) 11,0 дптр 0,3.

1. Какую патологию можно заподозрить у пациента?
2. С чем необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Какие методы обследования надо провести дополнительно?
4. Какова тактика дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут развиваться при данном состоянии?

**Эталон ответа к задаче № 3.**

1. Афакия (отсутствие хрусталика) левого глаза, анизометропия.
2. Необходимо провести бифокальный осмотр и исследование в проходящем свете, пальпаторно (ориентировочно) определить уровень внутриглазного давления на обоих глазах и сравнить его.
3. Можно дифференцировать афакию левого глаза с его дислокацией (вывихом в стекловидное тело).
4. Направить на консультацию к офтальмологу для решения вопроса о коррекции зрения левого глаза с помощью отсроченной имплантации искусственного хрусталика или подбора контактной линзы.

5. Может развиваться вторичное косоглазие левого глаза.

**Задача № 4.** За советом к Вам обратился 67-летний отец знакомого. Он жалуется на мелькание «мушек» перед глазами, ощущение «тоненькой пленки перед глазами, которую хочется смахнуть». Правый глаз видит хуже левого. Более года назад обращался к терапевту в поликлинику по месту жительства. Страдает гипертонической болезнью, по поводу которой терапевтом было назначено гипотензивное лечение, однако глазные жалобы не исчезли. Объективно: острота зрения OD - 0,3; OS - 0,5; не корректируют. Глаза спокойные, роговая и радужная оболочки не изменены, зрачки черного цвета, реакция на свет сохранена, живая, в проходящем свете на фоне красного рефлекса с глазного дна видны темно-серые помутнения с периферии.

1. Какую патологию можно заподозрить у пациента?
2. С чем проводится дифференциальная диагностика?
3. Какие методы обследования нужно провести дополнительно?
4. Ваши рекомендации пациенту?
5. Можно ли данную патологию глаз лечить консервативно?

**Эталон ответа к задаче № 4.**

1. У пациента, скорее всего, имеются возрастные катаракты обоих глаз в незрелой стадии.
2. Дифференцировать возрастную катаракту необходимо с осложненными катарактами.
3. Уточнить некоторые данные анамнеза, выяснить, нет ли, помимо гипертонической болезни, сахарного диабета II типа или других соматических заболеваний. Ориентировочно (пальпаторно) определить уровень внутриглазного давления обоих глаз.
4. Необходимо направить пациента к офтальмологу для комплексного обследования.
5. Консервативное лечение возрастной катаракты существует, но эффектив-

ность его невелика, основной способ лечения – хирургический.

**Задача № 5.** За консультацией обратилась пациентка 27 лет, у которой после автомобильной аварии двухлетней давности и проникающего ранения правого глаза, прооперированного в офтальмологическом стационаре, за последние полгода значительно снизилось зрение на нем. При осмотре: острота зрения OD – 0,1; OS – 1,0. OD – спокоен, зрачок сероватый, не совсем правильной формы, реакция на свет живая, рефлекс с глазного дна отсутствует. OS – без патологии.

1. Какую патологию Вы заподозрите у пациентки?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. Можно ли данную патологию лечить консервативно?
5. Ваши рекомендации пациенту?

**Эталон ответа к задаче № 5.**

1. У пациентки имеется полная осложненная (посттравматическая) катаракта правого глаза.
2. Уточнить анамнез травмы, провести наружный осмотр глаз, ориентировочно (пальпаторно) определить уровень внутриглазного давления обоих глаз.
3. Для уточнения диагноза направить больную на обзорную R-графию орбит в двух проекциях, УЗИ глаз.
4. Эта патология консервативно не лечится. Показано удаление катаракты правого глаза с соответствующей интраокулярной коррекцией для восстановления функции бинокулярного зрения.
5. Направлю пациентку на консультацию офтальмолога в поликлинику или непосредственно в офтальмологический стационар.

**Задача № 6.** В районе Вы временно замещаете офтальмолога, уехавшего на

учебу. На консультацию к Вам обратился пациент 60 лет, которому несколько лет назад по поводу возрастной катаракты прооперировали оба глаза. Со слов пациента, ему имплантировали искусственные хрусталики, после операции видел вдаль двумя глазами очень хорошо. Для чтения вблизи пользовался очками, силу стекол которых не помнит. Однако за последний год отмечает снижение зрения, в большей степени, на правом глазу. Объективно при проверке острота зрения OD - 0,4; OS - 0,9. Глаза спокойны.

1. О какой патологии может идти речь в данном случае?
2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. В каких методах обследования пациент нуждается дополнительно?
4. Какова будет дальнейшая Ваша тактика?
5. Можно ли лечить данную патологию консервативными методами?

#### **Эталон ответа к задаче № 6.**

1. Можно предположить, что на правом глазу развилась вторичная катаракта.
2. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с целым рядом заболеваний, для чего надо тщательно собрать анамнез, выяснить, какой соматической патологией страдает данный пациент, в частности, нет ли у него сахарного диабета. Дифференциальная диагностика с возможной глаукомой, диабетической ретинопатией.
3. Провести осмотр глаз в проходящем свете, исследовать пальпаторно (ориентировочно) внутриглазное давление, попробовать скорректировать зрение правого глаза.
4. Направить пациента на консультацию к офтальмологу, где ему будут проведены осмотр переднего отдела глаз, исследовано состояние прозрачных сред и глазного дна (сетчатой оболочки и зрительного нерва), проведены электрофизиологические исследования, периметрия (исследование полей зрения), тонометрия. Консультация эндокринолога для исключения сахарного диабета.
5. Если подтвердится диагноз вторичной катаракты, пациенту показано ла-

зерное лечение, так как консервативно данная патология не лечится.

**Задача № 7.** К Вам обратилась пациентка 68 лет с жалобами на низкое зрение правого глаза, пониженное зрение левого глаза в течение двух лет. С ее слов, смотрит обоими глазами, как через «грязное стекло». Данные объективного обследования: острота зрения OD - 0,02; OS - 0,1; оба глаза не корректируют. Глаза спокойны, передний отдел глаз не изменен. Зрачки: OD - темно-серого цвета, OS - неравномерно черного цвета; хорошо реагируют на свет. Рефлекс с глазного дна OD очень тусклый, на OS - тускло-красного цвета; на этом фоне по периферии видны темно-серые помутнения.

1. Какую патологию Вы заподозрите у пациентки?
2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
4. Дальнейшая тактика Ваших действий?
5. Можно ли данную патологию лечить консервативно?

**Эталон ответа к задаче № 7.**

1. У пациентки можно заподозрить незрелую стадию возрастной катаракты обоих глаз.
2. Дифференцировать данную патологию нужно с запущенными стадиями глаукомы обоих глаз.
3. Уточнить некоторые данные анамнеза заболевания, имеются ли общесоматические заболевания и связь их с патологией глаз; пальпаторно (ориентировочно) определить уровень внутриглазного давления обоих глаз, ориентировочно проверить границы полей зрения на левом глазу, на правом это сделать не удастся вследствие низкой остроты зрения.
4. Рекомендовать консультацию офтальмолога для решения вопроса о возможности оперативного лечения катаракт обоих глаз.
5. Консервативное лечение катаракт в данной стадии абсолютно неэффективно, необходимо хирургическое лечение обоих глаз.

**Задача № 8.** К Вам обратился пациент 47 лет с вопросом, можно ли подобрать ему такую коррекцию зрения, чтобы он видел двумя глазами, как до перенесенной 6 месяцев назад травмы глаза. Работает автослесарем. В гараже получил контузию правого глаза, по поводу чего обращался в офтальмотравматологический пункт, где ему была оказана первая помощь, в стационаре не лечился. При обследовании: острота зрения OD – 0,05 не корр.; OS – 1,0. Глаза спокойны, роговая и радужная оболочки обоих глаз не изменены. Зрачок на OD серого цвета, на OS – черного цвета, зрачки хорошо реагируют на свет. При осмотре в проходящем свете рефлекс с глазного дна OD отсутствует, на OS - обычного красного цвета.

1. Какую патологию можно предположить у пациента?
2. В каких методах диагностики он дополнительно нуждается?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии?
4. Можно ли лечиться консервативно?
5. Ваши рекомендации пациенту?

**Эталон ответа к задаче № 8.**

1. Можно предположить почти полную осложненную (посттравматическую, постконтузионную) катаракту правого глаза.
2. Тщательно проанализировать анамнез травмы, узнать у больного, как он видел правым глазом сразу после травмы и в более поздние сроки. Провести бифокальный (с помощью двух луп) осмотр и пальпаторно (ориентировочно) определить уровень внутриглазного давления обоих глаз.
3. Дифференцировать следует со вторичной (посттравматической) глаукомой в сочетании с почти полной (посттравматической) катарактой правого глаза.
4. Консервативно такая патология не лечится, необходимо оперативное удаление катаракты правого глаза.

5. Посоветую консультацию офтальмолога для подтверждения диагноза и решения вопроса хирургического лечения катаракты правого глаза.

**Задача № 9.** 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, роговые оболочки прозрачные, 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 этой пациентки?
2. Какие методы обследования надо 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 № 9.**

1. У больной имеется зрелая возрастная катаракта правого глаза, незрелая возрастная катаракта левого глаза.
2. Провести осмотр в проходящем свете, пальпаторно исследовать внутриглазное давление (ВГД).
3. Дифференцировать надо 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, развиться вторичная (факогенная) глаукома.

**Задача № 10.** За советом обратилась пожилая женщина 67 лет с жалобами на постепенное снижение зрения обоих глаз в течение четырех лет. В настоящее время правым глазом видит только свет, зрачок на нем серого цвета. Левым глазом видит только самую первую строчку с крупными буквами в таблице для проверки остроты зрения с 5 метров.

1. Какие методы обследования Вы можете использовать?
2. Какой диагноз Вы предполагаете на основании результатов проведенных обследований?
3. С чем необходимо дифференцировать предполагаемую Вами патологию в данном случае?
4. Ваша тактика? Что порекомендуете данной пациентке?
5. Какие осложнения могут ее ожидать при данной патологии?

**Эталон ответа к задаче № 10.**

1. Проверить остроту зрения обоих глаз без коррекции и попробовать подобрать коррекцию, посмотреть фокально и бифокально передний отдел глаз, посмотреть в проходящем свете, пальпаторно (ориентировочно) оценить уровень внутриглазного давления на обоих глазах.
2. Можно предполагать, что у пациентки зрелая катаракта правого глаза и незрелая катаракта левого глаза.
3. Необходимо дифференцировать заболевание по этиологии (возрастная, осложненная катаракта), а также – по стадии. Кроме того, необходимо исключить терминальную стадию открытоугольной глаукомы на правом глазу и далекозашедшую – на левом глазу.
4. Необходимо направить больную на консультацию в офтальмологический стационар для решения вопроса о хирургическом лечении катаракт.
5. Осложнения могут развиваться при перезревании катаракты в виде факогенного иридоциклита, может быть подвывих хрусталика.

## ТЕМА КЛИНИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 6 «ГЛАУКОМЫ»

**Задача № 1.** К Вам обратилась пациентка 62 лет, в течение 19 лет страдающая инсулинозависимым сахарным диабетом. Беспокоит снижение остроты зрения обоих глаз. Объективно ОУ: атрофия радужной оболочки, при бифокальном осмотре определяются новообразованные сосуды в радужной оболочке (рубеоз); при осмотре в проходящем свете в хрусталиках обоих глаз видны неравномерные помутнения, рефлекс с глазного дна снижен; острота зрения OD - 0,08 не корр., OS - 0,2, не корр., внутриглазное давление (ВГД) OD - 34 мм рт. ст., OS – 29 мм рт. ст.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у пациентки?
2. Какие методы обследования необходимо сделать дополнительно?
3. С чем проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Каков прогноз в плане сохранения зрения при данном состоянии?

### **Эталон ответа к задаче № 1.**

1. Можно предполагать наличие вторичной (диабетической) глаукомы в сочетании с неполной осложненной катарактой обоих глаз. Кроме того, учитывая анамнез, можно думать о наличии у пациентки диабетической ретинопатии обоих глаз (?).
2. Необходимы дополнительные исследования – осмотр глазного дна, где это возможно, исследование полей зрения (периметрия), флюоресцентная ангиография, электрофизиологические методы исследования зрительного нерва и сетчатой оболочки. Все это проводится врачом-офтальмологом.
3. Необходима дифференциальная диагностика с первичной открытоугольной глаукомой обоих глаз.
4. Больная нуждается в срочной консультации офтальмолога и постоянном диспансерном наблюдении.
5. Прогноз в плане сохранения зрения неблагоприятный.

**Задача № 2.** Пациент 28 лет обратился спустя 1,5 года после травмы правого глаза. Тогда была контузия глаза во время драки. За медицинской помощью обращался. В настоящее время беспокоит снижение зрения правого глаза. Объективно определяется: OD - спокоен, зрачок неравномерно расширен, неправильной формы, в хрусталике неравномерно выраженные помутнения, на глазном дне диск зрительного нерва (ДЗН) серого цвета, экскавирован. OS без патологии. Острота зрения OD - 0,09, не корр., OS - 1,0. Внутриглазное давление OD - 37 мм рт. ст., OS - 21 мм рт. ст.

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. Каков прогноз заболевания правого глаза?

**Эталон ответа к задаче № 2.**

1. Предположительный диагноз: вторичная (посттравматическая) глаукома, неполная осложненная (посттравматическая) катаракта, посттравматический мидриаз правого глаза.
2. Пальпаторно (ориентировочно) определить уровень внутриглазного давления обоих глаз, посмотреть среды глаз в проходящем свете.
3. С другими видами вторичных глауком, определение стадии глаукомы правого глаза.
4. Направить больного на консультацию к офтальмологу для лечения и диспансерного наблюдения.
5. Неблагоприятный исход заболевания – необратимая слепота.

**Задача № 3.** Обратился пациент 28 лет, перенесший, со слов больного, в новорожденном состоянии воспаление левого глаза. Беспокоит снижение зре-

ния левого глаза, постепенно отмечаемое в течение нескольких лет. Кроме того, беспокоят боли в левом глазу, в виске слева, в левой половине головы, ноющего характера, несильные. Объективно на OS определяется: роговая оболочка в пределах глазной щели непрозрачная, отечная. Зрачок неправильной формы, неравномерно серого цвета, реакции зрачка на свет нет, зрачок сужен до 3 мм. Глазное дно на OS не просматривается, ВГД - 37 мм рт. ст. Правый глаз здоров.

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. Каков прогноз при данной патологии?

### **Эталон ответа к задаче № 3.**

1. У пациента предполагается вторичная (постувеальная) глаукома, частичная (осложненная) катаракта, лентовидная дегенерация роговой оболочки левого глаза.
2. Больному необходимо обследование в офтальмологическом стационаре (УЗИ – исследование левого глаза, электрофизиологические исследования обоих глаз).
3. Со вторичными глаукомами другой этиологии.
4. Срочно направить пациента к офтальмологу или в офтальмологический стационар, учитывая уровень внутриглазного давления на левом глазу.
5. Прогрессирование глаукомы и дистрофического процесса в роговой оболочке приведет к необратимой слепоте левого глаза, прогноз неблагоприятный.

**Задача № 4.** Обратилась женщина 35 лет, постоянно находящаяся на учете по поводу туберкулеза. Несколько раз лечилась в тубдиспансере и больнице

внегочных форм туберкулеза на курорте «Озеро Тагарское». Беспокоит снижение зрения на обоих глазах. Перенесла неоднократные обострения воспалений глаз в течение последних 10 лет. Объективно: ОУ спокойны, передняя камера мелкая, зрачки сужены до 1,5 мм, неправильной формы, реакции на свет нет, отмечается выбухание радужной оболочки в переднюю камеру, рефлекса с глазного дна при осмотре в проходящем свете нет, передняя камера мелкая на обоих глазах. Внутриглазное давление: OD - 38 мм рт. ст., OS - 42 мм рт. ст.

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

#### **Эталон ответа к задаче № 4.**

1. У больной имеется вторичная (постувеальная, туберкулезной этиологии) глаукома обоих глаз. Окклюзия зрачков, бомбаж радужной оболочки обоих глаз.
2. Проверить остроту зрения без коррекции и с коррекцией; по – возможности, ориентировочно определить границы полей зрения, фокально и бифокально осмотреть роговую оболочку, переднюю камеру, радужную оболочку, зрачки. Учитывая анамнез заболевания, пропальпировать глазные яблоки на наличие циклитных (цилиарных) болей.
3. Со вторичными глаукомами другой этиологии.
4. Срочно направить на консультацию к офтальмологу, в лазерное отделение офтальмологического стационара для решения вопроса о возможности лазерной иридэктомии на обоих глазах, затем – под наблюдение фтизиоокулиста и фтизиатра.
5. Прогноз и исход заболевания неблагоприятные, слепота.

**Задача № 5.** На прием обратился солдат срочной службы 18 лет с жалобами на значительное снижение зрения в сумерках и ночью. Был призван в ряды армии 6 месяцев назад, служил в ВДВ. Во время дневных прыжков проблем не возникало, во время ночных прыжков почувствовал себя совершенно беспомощным. Объективно: острота зрения OU - 1,0. Поля зрения сужены до 5-10° от точки фиксации на обоих глазах. На глазном дне OU: диски зрительных нервов серые, субтотальная глубокая экскавация. Внутриглазное давление: OD - 45 мм рт. ст., OS - 42 мм рт. ст.

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. Каков прогноз для зрения при данной патологии?

**Эталон ответа к задаче № 5.**

1. У пациента далекозашедшая стадия юношеской глаукомы обоих глаз.
2. Выяснить анамнез заболевания – семейный и личный. Особое внимание обратить на наличие неблагоприятной наследственности по мужской линии – страдает ли кто-либо из кровных родственников (отец, дядя, брат) аналогичным заболеванием.
3. Дифференциальная диагностика должна проводиться с атрофиями зрительного нерва другой этиологии.
4. Срочно направить пациента к офтальмологу для решения вопроса о хирургическом лечении юношеской глаукомы. Далее – для постоянного диспансерного наблюдения и лечения.
5. Так как у больного уже далекозашедшая стадия глаукомы, прогноз неблагоприятный, и после хирургического лечения возможно прогрессирование с исходом в необратимую слепоту вследствие атрофии зрительного нерва.

**Задача № 6.** Мама привела на прием своих детей-двойняшек, сына и дочь 10 лет. Из семейного анамнеза известно, что отец и дядя детей страдают юношеской формой глаукомы. Дети жалоб не предъявляют. Объективно – девочка здорова, изменений глаукомного характера нет. Мальчик – передний отдел глаз не изменен, острота зрения OD 0,5 с коррекцией sph (-) 1,0 дптр 1,0; OS 0,8 sph (-) 0,5 дптр 1,0. Внутриглазное давление: OD - 32 мм рт. ст., OS - 28 мм рт. ст. На глазном дне OU определяется легкая асимметрия в состоянии дисков зрительных нервов, однако сами они бледно-рогового цвета.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем будете дифференцировать предполагаемую патологию?
4. Ваша помощь больному?
5. Каким может быть исход этого заболевания?

**Эталон ответа к задаче № 6.**

1. У мальчика можно предположить юношескую (ювенильную, детскую) глаукому, миопию I степени обоих глаз. Девочка здорова.
2. Дополнительные методы обследования мальчика: ориентировочно определить границы полей зрения обоих глаз, посмотреть среды глаз в проходящем свете, пальпаторно (ориентировочно) определить уровень внутриглазного давления на обоих глазах.
3. Дифференциальная диагностика проводится между глаукомой и офтальмогипертензией.
4. Направить в офтальмологический стационар для решения вопроса о хирургическом лечении обоих глаз.
5. Исход заболевания зависит от грамотного ведения пациента при пожизненном диспансерном наблюдении, своевременного осуществления хирургического лечения и адекватного консервативного лечения с обязательной нейропротекцией.

**Задача № 7.** За помощью обратилась женщина 67 лет с жалобами на «радужные» круги перед правым глазом по утрам, при стрессах, после пребывания без сна в темной комнате. Левый глаз не беспокоит. Объективно: передний отрезок OU - атрофические изменения радужной оболочки. Внутриглазное давление: OD - 27 мм рт. ст., OS – 23 мм рт. ст.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем будете дифференцировать предполагаемую патологию?
4. Ваша помощь больному?
5. Как избежать осложнений при данной патологии?

**Эталон ответа к задаче № 7.**

1. У пациентки можно предполагать наличие первичной закрытоугольной глаукомы на правом глазу.
2. Дополнительные методы обследования: проверить остроту зрения обоих глаз без коррекции и, при необходимости, с коррекцией; ориентировочно проверить границы полей зрения обоих глаз; пальпаторно (ориентировочно) определить уровень внутриглазного давления; фокально и бифокально посмотреть передний отдел глаз, при этом оценить глубину передней камеры, реакцию зрачков на свет; посмотреть среды глаз в проходящем свете.
3. Необходимо дифференцировать с катарактой, открытоугольной или смешанной формами первичной глаукомы на правом глазу.
4. Направить пациентку на консультацию к офтальмологу.
5. При подтверждении диагноза закрытоугольной глаукомы пациентка нуждается в срочной лазерной иридэктомии на правом глазу и профилактической лазерной иридэктомии на левом глазу. Лазерное вмешательство позволит предотвратить основное осложнение закрытоугольной глаукомы – острый приступ, таким образом – сохранить зрение.

**Задача № 8.** Обратился больной 48 лет, у которого после похода в театр, в правом глазу возникли боли, головная боль справа, правый глаз покраснел, снизилось зрение. Объективно: OD - застойная инъекция сосудов конъюнктивы, отек роговой оболочки, мелкая передняя камера, зрачок широкий, неподвижный. Рефлекс с глазного дна OD снижен, детали не видны. Пальпаторно на OD внутриглазное давление T +3, на OS – T n. Левый глаз спокоен.

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?

**Эталон ответа к задаче № 8.**

1. Предположительный диагноз: острый приступ закрытоугольной глаукомы правого глаза; подозрение на закрытоугольную глаукому левого глаза.
2. Дополнительные методы обследования: пальпаторно (ориентировочно) оценить внутриглазное давление на обоих глазах; выявление закрытоугольной глаукомы на левом глазу.
3. Острый приступ закрытоугольной глаукомы необходимо дифференцировать с острым иридоциклитом.
4. Начать гипотензивную терапию (в правый глаз 1% р-р пилокарпина каждые 15 мин. в течение 1 часа) и срочно доставить больного в офтальмологический стационар.
5. Возможно развитие атрофии зрительного нерва правого глаза в течение первых суток приступа с потерей зрения, переход в затяжной острый приступ закрытоугольной глаукомы.

**Задача № 9.** Больной 56 лет обратился с жалобами на снижение зрения левого глаза. Объективно: острота зрения OD - 1,0; OS - 0,4 не корр. Уровень внутриглазного давления: OD - 22 мм рт. ст., OS - 43 мм рт. ст. Границы полей зрения OD в пределах нормы, OS – выраженное сужение в верхне - назальном квадранте. При фокальном и бифокальном осмотрах эписклеральные сосуды левого глаза расширены, извиты, роговая оболочка прозрачная, передняя камера средней глубины, рефлекс с глазного дна бледный. Правый глаз – эписклеральные сосуды не изменены, роговая оболочка прозрачная, рефлекс с глазного дна красный.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. Дифференциальная диагностика данного заболевания.
4. Ваша помощь больному?
5. Каким может быть исход этого заболевания на левом глазу?

**Эталон ответа к задаче № 9.**

1. Можно предположить далекозашедшую стадию открытоугольной глаукомы левого глаза. Подозрение на глаукому правого глаза.
2. Дополнительные методы обследования: в стационаре – осмотр глазного дна, электрофизиологические методы исследования состояния зрительного нерва и сетчатой оболочки.
3. Дифференциальная диагностика между стадиями открытоугольной глаукомы, незрелой катарактой левого глаза.
4. Срочно направить больного в офтальмологический стационар для решения вопроса о хирургическом лечении левого глаза.
5. Возможный исход глаукомы левого глаза неблагоприятный – прогрессирование и переход в терминальную стадию с необратимой слепотой.

**Задача № 10.** К Вам обратилась мать годовалого ребенка за советом. Вскоре после его рождения она заметила, 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 их разные размеры, выраженную светобоязнь и слезотечение. При бифокальном осмотре: роговые оболочки обоих глаз умеренно отечные, диаметр их большой, глубже лежащие среды глаз осмотреть не удалось из-за сильной светобоязни и беспокойного поведения ребенка.

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

#### **Эталон ответа к задаче №10.**

1. У ребенка, вероятнее всего, врожденная глаукома обоих глаз.
2. Выяснить, чем болела мать ребенка во время беременности, особенно, во время первого триместра ее. Посмотреть фокально и бифокально передний отдел глазных яблок ребенка, насколько это будет возможно, учитывая светобоязнь и его беспокойное поведение. Пальпаторно исследовать внутриглазное давление и сравнить его по Вашим ощущениям на обоих глазах. Осмотр в проходящем свете, по возможности.
3. С острым кератитом обоих глаз, мегалокорнея (врожденная аномалия развития, большая роговая оболочка).
4. Убедить родителей в обязательной и срочной консультации офтальмолога.
5. Прогрессирование врожденной глаукомы, и как исход – необратимая слепота.

## ТЕМА КЛИНИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 7 «ТРАВМЫ ОРГАНА ЗРЕНИЯ»

**Задача № 1.** Обратился пострадавший 18 лет по поводу «свежей» контузии правого глазного яблока. Острота зрения OD - 0,6 не корр., OS - 1,0. Беспокоит значительный отек и гематома век, затруднено открытие глазной щели правого глаза. При пальпации век правого глаза Вы отметили выраженную крепитацию.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этого пострадавшего?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. С чем проводится дифференциальная диагностика при данной патологии?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения можно ожидать при данной патологии?

### **Эталон ответа к задаче № 1.**

1. Контузия правого глаза 1 степени тяжести. Возможно, имеется нарушение целостности костей внутренней стенки правой орбиты.
2. Осторожно пропальпировать края правой орбиты, провести фокальный и бифокальный осмотры, а также исследование в проходящем свете.
3. Дифференцировать следует по степени тяжести травмы правого глаза.
4. Следует срочно («скорой помощью») отправить пострадавшего в офтальмотравматологический пункт.
5. Могут быть подвывих или вывих хрусталика, отек роговой, радужной и/или сетчатой оболочек, отек зрительного нерва, надрывы зрачкового края радужной оболочки, отрыв корня радужной оболочки.

**Задача № 2.** К Вам обратился мужчина с жалобами на опущение верхнего века правого глаза спустя 6 месяцев после сильной контузии век и глазного яблока.

1. Какую патологию можно предположить у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова Ваша дальнейшая тактика?
5. Какие осложнения могут быть при данном состоянии?

### **Эталон ответа к задаче № 2.**

1. Можно предположить травму леватора верхнего века или повреждение глазодвигательного нерва, в результате чего развилось опущение верхнего века (птоз).
2. Дополнительно необходимо проверить остроту зрения, объем движений правого глазного яблока.
3. Данное состояние дифференцируют только по степени опущения верхнего века.
4. Направить пациента на консультацию к офтальмологу.
5. Снижение остроты зрения за счет опущенного века.

**Задача № 3.** Спустя один месяц после сильной контузии левого глаза к Вам обратился больной с жалобами на упорное слезотечение.

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

### **Эталон ответа к задаче № 3.**

1. Можно заподозрить разрыв слезного канальца (скорее всего, нижнего) левого глаза в результате контузии века, но может быть и надрыв или отрыв нижнего века левого глаза, выворот нижней слезной точки.
2. Дополнительно необходимо провести фокальный и бифокальный осмотры слезных точек и век левого глаза, пропальпировать слезный мешок, прове-

- сти канальцевую и носовую пробы (объяснить их принципы).
3. Дифференцировать следует с выворотом века, окклюзией слезной точки, хроническим дакриоциститом.
  4. Необходима консультация офтальмолога, дать направление.
  5. Данная патология может осложняться упорным слезотечением, хроническим конъюнктивитом, мацерацией и дерматитом кожи век.

**Задача № 4.** К Вам обратился молодой человек спустя два часа после того, как получил сильный удар кулаком по правому глазу. При обследовании пострадавшего: на травмированном глазу обширная гематома век, кровоизлияние под конъюнктиву, сосуды переднего отдела глаза расширены, роговая и радужная оболочки отечны, зрачок черного цвета, широкий, реакция на свет отсутствует, в передней камере 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 данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии.

**Эталон ответа к задаче № 4.**

1. Контузия правого глаза (предположительно, тяжелой степени).
2. Пропальпировать края обеих орбит, провести фокальный и бифокальный осмотры, осмотр в проходящем свете, проверить остроту зрения, сделать обзорную рентгенограмму проекции орбит.
3. Данную травму правого глаза следует дифференцировать с проникающим ранением глазного яблока, переломом костей внутренней стенки орбиты.
4. Срочно направить больного к офтальмотравматологический пункт или в глазной стационар.
5. Нарушение целостности внутренних структур глаза, кровоизлияние в сет-

чатку, стекловидное тело, подвывих или вывих хрусталика, отрыв корня радужки, разрыв и отслойка сетчатки, отрыв зрительного нерва.

**Задача № 5.** К Вам обратился пациент, который вчера случайно поцарапал веткой роговицу левого глаза. Предъявляет жалобы на сильную боль в глазу, светобоязнь, слезотечение, снижение зрения.

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

**Эталон ответа к задаче № 5.**

1. У пациента имеется эрозия роговой оболочки или посттравматический кератит левого глаза.
2. Необходимо проверить остроту зрения обоих глаз, провести фокальный и бифокальный осмотры травмированного глаза, обращая особое внимание на состояние роговой оболочки, осмотр в проходящем свете.
3. Эрозию роговой оболочки левого глаза дифференцируют с проникающим ранением роговой оболочки и с посттравматическим кератитом.
4. Направить больного на консультацию и лечение к офтальмологу.
5. Если это эрозия роговицы, то может развиваться посттравматический кератит; если уже развился кератит, то возможно присоединение воспаления радужной оболочки и цилиарного тела (иридоциклит).

**Задача № 6.** Во время Вашего дежурства по районной больнице обратился мужчина, которому 2 часа назад что-то попало в правый глаз. Пытался несколько раз промыть глаз водой, но остались чувство инородного тела и боль под верхним веком правого глаза.

1. Что можно заподозрить в данном случае у пациента?

2. Какие дополнительные методы обследования надо провести?
3. С чем проводят дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. В чем будет заключаться тактика Ваших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

#### **Эталон ответа к задаче № 6.**

1. Можно заподозрить инородное тело конъюнктивы верхнего века или роговой оболочки правого глаза.
2. Проверить остроту зрения. Затем, после местного обезболивания, провести фокальный и бифокальный осмотры век, вывернув их, конъюнктивы и роговой оболочки.
3. Данную патологию глаза следует дифференцировать с острым кератитом.
4. При обнаружении инородного тела, свободно лежащего на конъюнктиве или роговой оболочке, удалить его промыванием или с помощью влажного жгутика. При инородном теле, фиксированном в конъюнктиве или роговой оболочке, не пытаться его удалить, направить больного к офтальмологу.
5. Может присоединиться вторичная инфекция и развиваться посттравматический кератит правого глаза.

**Задача № 7.** К Вам обратился слесарь 37 лет с жалобами на боль, светобоязнь, слезотечение, ощущение инородного тела в правом глазу. Вчера при работе на наждаке что-то попало в правый глаз, пытался сам 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 роговой оболочке ОД на 5 часах видно точечное металлическое инородное тело (окалина) с умеренной инфильтрацией и отечностью вокруг него.

1. Что Вы заподозрите у этого пострадавшего?
2. Какие надо провести дополнительные методы обследования?
3. С чем проводится дифференциальная диагностика при данной травме?

4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Эталон ответа к задаче № 7.**

1. У пострадавшего имеется инородное тело роговой оболочки, острый (посттравматический) кератит правого глаза.
2. После местного обезболивания проверить остроту зрения, провести фокальный и бифокальный осмотры век, конъюнктивы и роговой оболочки правого глаза, веки необходимо осматривать, вывернув.
3. Данную патологию глаза следует дифференцировать с начальными симптомами острого иридоциклита.
4. Не надо пытаться удалить вколоченное инородное тело роговой оболочки правого глаза, так как велика вероятность перфорации, инородное тело попадет в переднюю камеру, таким образом, непроникающее ранение превратится в проникающее. Надо срочно отправить пострадавшего в офтальмотравматологический пункт или в офтальмологический стационар.
5. Может осложниться развитием гнойной язвы роговой оболочки или острым (посттравматическим) иридоциклитом правого глаза.

**Задача № 8.** К Вам обратилась женщина 62 лет с жалобами на сильную боль, рези, жжение, снижение зрения правого глаза. Из анамнеза: белила потолок, попала известь в правый глаз, сразу промыла глаз водой, но жжение и резь в глазу не прошли, зрение снизилось. Острота зрения: OD - 0,06, не корр., OS - 1,0. Веки правого глаза отечны, глазная щель сужена, выраженный отек конъюнктивы век и глазного яблока, смешанная инъекция, роговая оболочка также отечная, ее эпителий местами отсутствует, слущен. Глубжележащие среды глаза осмотреть не удалось из-за выраженной светобоязни, слезотечения и отека век. Левый глаз спокоен.

1. Какая патология у этой пациентки?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

3. С чем проводить дифференциальную диагностику при этом состоянии?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

### **Эталон ответа к задаче № 8.**

1. У пострадавшей химический ожог конъюнктивы век и глазного яблока средней степени, роговой оболочки правого глаза тяжелой степени.
2. Все методы обследования уже проведены, для более детального осмотра необходимо местное обезболивание, при этом анестетики могут усугубить состояние роговой оболочки.
3. Дифференцировать химический ожог следует по химическому веществу (щелочной, кислотный) и степени тяжести.
4. Срочно отправить пострадавшую скорой помощью в офтальмотравматологический пункт или офтальмологический стационар.
5. Кератоувеит, помутнение стекловидного тела, осложненная катаракта, вторичная глаукома; тотальное бельмо роговицы, субатрофия и атрофия глазного яблока.

**Задача № 9.** Во время вашего дежурства в районной больнице женщина привела мужа, который самостоятельно передвигаться не мог из-за выраженных блефароспазма и светобоязни, не мог открыть глаза. Со слов пострадавшего, сегодня помогал при сварочных работах, не используя необходимую защиту глаз. Беспокоят резь и жжение в глазах, светобоязнь, слезотечение, при попытке открыть глаза заметил снижение зрения. При обследовании выявлены: гиперемия и отек кожи век и конъюнктивы; выраженная инъекция сосудов конъюнктивы, отек роговых оболочек. Остроту зрения определить не удалось из-за выраженного блефароспазма.

1. Что можно заподозрить у пострадавшего?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику данной па-

тологии?

4. Тактика Ваших действий?

5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

### **Эталон ответа к задаче № 9.**

1. У пострадавшего электроофтальмия обоих глаз.

2. Все методы обследования уже проведены, для более детального осмотра необходимо местное обезболивание, при этом анестетики могут усугубить состояние роговой оболочки.

3. Клиническая картина и анамнез позволяют поставить диагноз электроофтальмии практически без дифференциальной диагностики, кроме снежной офтальмии при катании на горных лыжах или восхождениях в горах зимой.

4. Срочно отправить больного с сопровождающим в офтальмотравматологический пункт или офтальмологический стационар.

Может присоединиться вторичная инфекция, при неоднократных случаях ожогов развивается осложненная катаракта, может быть ожог сетчатой оболочки.

**Задача № 10.** К Вам обратился тракторист 45 лет с жалобами на снижение зрения и сильные боли в левом глазу. Накануне на работе что-то попало в левый глаз, не сразу промыл его водой. К вечеру глаз покраснел и стал болеть. Ночью были сильные боли в глазу, появились светобоязнь, слезотечение, пелена перед глазом. Объективно: острота зрения OD - 1,0; OS - 0,2 не корр. OS - глазная щель сужена, веки отечные, светобоязнь, слезотечение, перикорнеальная инъекция, роговая оболочка отечная, передняя камера мелкая, заполнена гнойным содержимым, радужная оболочка грязно-серого цвета, рисунок ступшеван, зрачок сужен, подтянут вверх, реакция на свет вялая. Правый глаз без патологии.

1. Какой диагноз можно предположить у пострадавшего?

2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

3. С чем необходима дифференциальная диагностика при данной травме?
4. Тактика Ваших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной травме?

#### **Эталон ответа к задаче № 10.**

1. У больного имеется проникающее ранение (?), острый (посттравматический) иридоциклит инородное тело (?) левого глаза.
2. Обзорная рентгенография орбит в двух проекциях, при подозрении на инородное тело левого глаза – рентгенлокализация инородного тела в двух проекциях, УЗИ-исследование левого глаза.
3. Дифференциальная диагностика проводится между проникающим и непроникающим ранением и по степени тяжести травмы глаза.
4. Внутримышечно ввести ПСС по Безредке. Срочно («скорой помощью») с сопровождающим доставить пострадавшего в офтальмологический стационар.
5. Утяжеление процесса – возникновение эндофтальмита, панофтальмита. В более поздние сроки развитие осложненной (посттравматической) катаракты, вторичной (посттравматической) глаукомы, возникновение симпатической офтальмии на парном, нетравмированном глазу.

### **ТЕМА КЛИНИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 8**

#### **«ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕТЧАТКИ И ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА»**

**Задача № 1.** Вы направили на консультацию к офтальмологу больную 62 лет, которая страдает гипертонической болезнью на протяжении 15 лет. В заключении врач написал, что на глазном дне обоих глаз пациентки имеется незначительное сужение и неравномерность калибра артерий, умеренное расширение и извитость вен, соотношение их калибра составляет 1:3.

1. Какой стадии гипертонической болезни соответствуют описанные офтальмологом изменения глазного дна пациентки?

2. Как называется эта стадия изменений на глазном дне?
3. Указывают ли описанные изменения на нарушение гемодинамики в сетчатой оболочке?
4. Характерен ли для этой стадии изменений симптом «медной и серебряной проволоки»?
5. Приводят ли отмеченные офтальмологом изменения к значительному снижению зрительных функций?

### **Эталон ответа к задаче № 1.**

1. Указанные изменения соответствуют стадии функциональных сосудистых расстройств, гипертонической болезни IA или IIА.
2. Описанные изменения соответствуют стадии гипертонической ангиопатии.
3. Несомненно, указанные изменения свидетельствуют о нарушениях гемодинамики сетчатой оболочки.
4. Для описанной стадии изменений сосудов сетчатой оболочки симптом «медной и серебряной проволоки» не характерен - он соответствует стадии гипертонического ангиосклероза.
5. Отмеченные изменения не приводят к значительному снижению зрительных функций.

**Задача № 2.** Вы направили на консультацию к офтальмологу больную 49 лет, более 10 лет страдающую гипертонической болезнью (ГБ). В своем заключении офтальмолог отметил, что на глазном дне обоих глаз имеется значительное сужение, извитость и уплотнение стенок артерий, при этом калибр их неравномерный. Артерии изменены по типу «медной и серебряной проволоки». Крупные вены расширены и извиты, симптом Салюса - Гунна I и II степени.

1. Какой стадии гипертонической болезни соответствуют указанные офтальмологом изменения на глазном дне у данной пациентки?
2. Как называется эта стадия изменений на глазном дне?

3. Характерно ли для этой стадии изменений сосудов сетчатой оболочки появление кровоизлияний, белых ватообразных очагов и картины застойного диска зрительного нерва?
4. Характерно ли для этой стадии изменений сетчатой оболочки появление в области желтого пятна «фигуры звезды»?
5. Приводят ли отмеченные окулистом изменения к снижению зрительных функций?

### **Эталон ответа к задаче № 2.**

1. Указанные изменения соответствуют фазе устойчивого повышения систолического и диастолического АД и наблюдаются обычно при II А и II Б стадиях гипертонической болезни.
2. Описана стадия гипертонического ангиосклероза.
3. Эти изменения характерны для стадии гипертонической ангионейропатии и нейроретинопатии.
4. Появление в области желтого пятна «фигуры звезды» для описанной стадии не характерно. Ее появление соответствует стадии гипертонической ангиоретинопатии, нейроретинопатии или позднего гестоза беременных.
5. Отмеченные изменения приводят к снижению зрительных функций различной степени.

**Задача № 3.** Вы направили на консультацию к офтальмологу больную 60 лет, которая в течение 15 лет страдает гипертонической болезнью. В своем заключении офтальмолог 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 II-III степени. Отмечены также кровоизлияния в сетчатой оболочке, ее отек, наличие белых ватообразных очагов и желтовато-белых экссудативных очагов. В области желтого пятна видна «фигура звезды». Имеется отек сетчатой оболочки в об-

ласти макулы, отек и нечеткость границ диска зрительного нерва с кровоизлияниями вокруг него.

1. Какой стадии гипертонической болезни более соответствуют описанные офтальмологом изменения на глазном дне?
2. Как называется эта стадия изменений сетчатой оболочки у данной больной?
3. Врачей каких специальностей, помимо терапевта и офтальмолога, целесообразно привлечь к консультации больной?
4. Может ли развиваться атрофия зрительного нерва в исходе этой стадии изменений на глазном дне?
5. Приводят ли отмеченные офтальмологом изменения к снижению зрительных функций?

### **Эталон ответа к задаче № 3.**

1. Указанные изменения соответствуют IIIА–IIIБ стадиям гипертонической болезни, но иногда могут встречаться и при IIА и IIБ стадиях.
2. Это стадия гипертонической ангиоретинопатии и нейроретинопатии.
3. Целесообразно привлечь к консультации больной невролога и, по возможности, нейрохирурга.
4. В исходе этой стадии изменений сетчатки может развиваться атрофия зрительного нерва.
5. Отмечается значительное снижение остроты зрения и темновой адаптации, сужение полей зрения, появляются скотомы, нарушается цветное зрение.

**Задача № 4.** Вы направили на консультацию к офтальмологу беременную женщину 24 лет с симптомами позднего гестоза. В своем заключении офтальмолог написал, что на глазном дне имеются: выраженное сужение калибра артерий, рыхлые, ватоподобные очаги в сетчатой оболочке, отек диска зрительного нерва, кровоизлияния и наличие «фигуры звезды» в области макулы.

1. Какие офтальмологические методы исследования Вы можете провести при данной патологии органа зрения?
2. Отмечают ли беременные при указанной патологии глазного дна снижение зрительных функций?
3. Носит ли снижение зрительных функций в данном случае стойкий характер?
4. Может ли возникнуть отслойка сетчатки у этой беременной женщины при описанной патологии глазного дна?
5. Что может служить прямым показанием к прерыванию беременности?

#### **Эталон ответа к задаче № 4.**

1. Исследование остроты зрения, ориентировочное определение границ полей зрения двух глаз.
2. При такой патологии беременной женщины отмечают значительное снижение зрительных функций.
3. После прерывания беременности, если нет отслойки сетчатки или кровоизлияния в нее и стекловидное тело, зрительные функции восстанавливаются.
4. Вследствие выпота под сетчатку из сосудов хориоидеи может произойти отслойка сетчатки.
5. Отслойка сетчатки и/или увеличение патологических изменений на глазном дне, наряду с ухудшением общего состояния, являются прямыми показаниями к прерыванию беременности.

**Задача № 5.** Вы направили на консультацию к офтальмологу больную 63 лет, страдающую в течение 8 лет сахарным диабетом 2 типа. В своем заключении офтальмолог написал, что на глазном дне обоих глаз отмечено расширение и извитость вен, микроаневризмы, мелкоточечные геморрагии, единичные восковидные экссудаты.

1. Как называется эта стадия диабетических изменений сетчатой оболочки и

ее сосудов?

2. Какой метод исследования дает возможность регистрировать самые начальные проявления сахарного диабета на глазном дне?
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 при этой стадии диабетической ретинопатии?

#### **Эталон ответа к задаче № 5.**

1. Это стадия называется «непролиферативная диабетическая ретинопатия».
2. Выявить ранние изменения при сахарном диабете на глазном дне можно с помощью метода флюоресцентной ангиографии.
3. Эти изменения в сетчатке характерны для стадии препролиферативной диабетической ретинопатии.
4. В стадии непролиферативной диабетической ретинопатии целесообразно проводить лазеркоагуляцию пораженных участков сетчатки.
5. В стадию непролиферативной диабетической ретинопатии зрительные функции, как правило, не нарушены или нарушены незначительно.

**Задача № 6.** Вы направили на консультацию к окулисту больную 70 лет, которая в течение 24 лет страдает сахарным диабетом 2 типа (инсулинзависимая форма, компенсированная). На глазном дне обоих глаз имеются изменения: расширение и извитость вен, микроаневризмы, множественные кровоизлияния в глубоких слоях сетчатой оболочки в виде пятен и штрихообразных полос, отек ее по ходу крупных вен и в парамакулярной области, множество дегенеративных очагов белого цвета с нечеткими границами в различных участках сетчатой оболочки.

1. Как называется эта стадия диабетических изменений на глазном дне?
2. Характерны ли для этой стадии пролиферативные изменения в сетчатке и в стекловидном теле?
3. Можно ли диагностировать эту стадию диабетической ретинопатии с помощью флюоресцентной ангиографии?
4. Целесообразно ли в эту стадию диабетической ретинопатии проводить лазеркоагуляцию пораженных участков сетчатки?
5. Нарушаются ли зрительные функции в эту стадию диабетической ретинопатии?

#### **Эталон ответа к задаче № 6.**

1. Стадия называется «препролиферативная диабетическая ретинопатия».
2. Эти изменения в сетчатке характерны для стадии пролиферативной диабетической ретинопатии.
2. Изменения в сетчатке, соответствующие стадии препролиферативной ретинопатии очень хорошо видны при использовании флюоресцентной ангиографии.
3. В эту стадию проводится лазеркоагуляция пораженных участков сетчатки, наряду с комплексом общей терапии и местным медикаментозным лечением, но решать этот вопрос должен специалист.
4. Зрительные функции могут значительно снижаться.

**Задача № 7.** Во время Вашего дежурства в районной больнице муж доставил жену, у которой вчера после стресса резко повысилось АД до 210/110 мм рт. ст. (страдает гипертонической болезнью в течение 7 лет). Вызывали «скорую помощь», АД снизили. Сегодня жена заметила на левом глазу снижение зрения и темное пятно с височной стороны. Зрение на OD -1,0; на OS - 0,2 не корр., видит, «как сквозь грязное стекло».

1. Какую патологию глаз Вы предполагаете у данной больной?
2. Какое обследование больной Вы сможете провести для диагностики ука-

занной патологии левого глаза?

3. В какой степени могут нарушаться зрительные функции при предполагаемой Вами патологии левого глаза?
4. Какова будет дальнейшая тактика Ваших действий?
5. Каков прогноз для зрения левого глаза в данном случае?

### **Эталон ответа к задаче № 7.**

1. Скорее всего, в левом глазу произошла сосудистая катастрофа на глазном дне - тромбоз центральной вены сетчатой оболочки или ее ветви.
2. Провести обследование глаз больной, включая состояние центрального, периферического зрения, цветоощущения, исследование глаз фокальным и бифокальным методами и в проходящем свете.
3. Тромбоз центральной вены сетчатой оболочки сопровождается довольно резким снижением остроты зрения, но не таким значительным и быстрым, как при острой непроходимости центральной артерии сетчатки.
4. Срочно отправить больную в офтальмологический стационар.
5. Прогноз для зрения при тромбозе центральной вены сетчатой оболочки более благоприятный, чем при нарушении кровообращения в центральной артерии сетчатой оболочки, большое значение имеет временной фактор – чем раньше начато лечение, тем более благоприятен исход.

**Задача № 8.** К Вам обратился мужчина 28 лет, работающий грузчиком в магазине, с жалобами на быстрое и значительное снижение зрения, появление подвижного пятна и «колышущейся серой занавески» на правом глазу. Днем на работе он поднял тяжелый ящик, а вечером появились перечисленные жалобы.

1. Какую патологию глаз Вы предполагаете у этого больного?
2. Какое обследование Вы сможете провести для диагностики указанной патологии правого глаза?
3. В какой степени могут быть нарушены зрительные функции при предпола-

гаемой патологии правого глаза?

4. Какова будет дальнейшая тактика Ваших действий?
5. Какие методы используют офтальмологи для лечения предполагаемой Вами патологии правого глаза?

### **Эталон ответа к задаче № 8.**

1. В данном случае у больного можно предположить отслойку сетчатой оболочки правого глаза.
2. Провести офтальмологическое обследование: проверить остроту зрения обоих глаз, ориентировочно проверить границы полей зрения обоих глаз и сравнить их, исследовать среды глаза в проходящем свете, фокально и бифокально посмотреть глаза в целом.
3. Степень снижения остроты зрения будет зависеть от величины и локализации отслойки сетчатой оболочки.
4. Срочно с сопровождающим направить больного в офтальмологический стационар.
5. Хирургические и лазерные методы лечения отслойки сетчатой оболочки наиболее распространены в настоящее время в современной офтальмологии.

**Задача № 9.** К Вам на прием обратилась женщина 34 лет с жалобами на резкое снижение зрения. Отмечает видение темных пятен перед глазами, сужение поля зрения, головную боль и умеренную болезненность при движении глазных яблок. Перед этим перенесла грипп. При исследовании глаз больной Вы установили, что острота зрения OU - 0,08, не корр.

1. Какую патологию глаз Вы предполагаете у этой больной?
2. Какое обследование глаз Вы сможете провести для предположительной диагностики указанной патологии?
3. Кроме значительного снижения остроты зрения, какие зрительные функции могут быть нарушены при предполагаемой патологии глаз?

4. Какой исход со стороны глаз возможен при данной патологии?
5. Какова будет тактика Ваших действий?

**Эталон ответа к задаче № 9.**

1. Можно предположить неврит зрительного нерва обоих глаз.
2. Провести ориентировочное исследование полей зрения и цветоощущения. Посмотреть фокально, бифокально и в проходящем свете оба глаза, уровень внутриглазного давления пальпаторно (ориентировочно).
3. Могут быть нарушены периферическое зрение (скотомы, сужение границ поля зрения) и цветоощущение.
4. Процесс может закончиться вторичной атрофией зрительных нервов.
5. Направлю больную в офтальмологический стационар и на консультацию к неврологу.

**Задача № 10.** Во время Вашего дежурства в районной больнице машиной «скорой помощи» доставлен мужчина 54 лет с жалобами на резкое и значительное снижение зрения, появление темных пятен в поле. Отмечает тошноту, рвоту, желудочно-кишечные расстройства, головную боль и головокружение. С его слов, вчера во второй половине дня выпил спирт неизвестного происхождения.

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

**Эталон ответа к задаче № 10.**

1. Можно предположить острое токсическое поражение зрительных нервов.

2. Необходимо проверить остроту зрения обоих глаз, ориентировочно – границы полей зрения, посмотреть фокально и бифокально, в проходящем свете оба глаза.
3. Возможны значительные нарушения центрального и периферического зрения в виде скотом, сужения границ полей зрения.
4. Может развиваться острый двусторонний токсический ретробульбарный неврит зрительных нервов с исходом в нисходящую вторичную атрофию.
5. Срочно направить больного в стационар не обязательно офтальмологического профиля (токсикологическое отделение больницы скорой медицинской помощи). Проконсультировать больного у невролога и реаниматолога-токсиколога.

**ТЕМА КЛИНИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 9**  
**«ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ БИНОКУЛЯРНОГО ЗРЕНИЯ»**

**Задача № 1.** 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 одного года назад.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этого пациента?
2. Дополнительные методы обследования, с Вашей точки зрения?
3. Дифференциальная диагностика патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Эталон ответа к задаче № 1.**

1. Вероятнее всего, у данного пациента имеется паралитическое расходящееся косоглазие правого глаза.
2. Проверить остроту зрения вдаль без коррекции и с коррекцией, субъектив-

ным методом исследовать вид и степень рефракции, определить объем движений глазных яблок, вид косоглазия и величину его угла, вид зрения - монокулярное или одновременное.

3. Дифференциальную диагностику нужно проводить между содружественным и паралитическим видами косоглазия.

4. Рекомендовать консультацию невролога и офтальмолога для определения тактики лечения.

5. Может развиваться двоение и стойкое нарушение бинокулярного зрения.

**Задача № 2.** К Вам за советом обратилась мать с девочкой 4 лет, у которой около года назад стал периодически отклоняться кнаружи сначала левый глаз, а затем и правый.

1. Какую патологию Вы заподозрите у девочки?

2. Дополнительные методы обследования, с Вашей точки зрения?

3. В чем состоит дифференциальная диагностика данной патологии?

4. В чем будет заключаться тактика Ваших дальнейших действий?

5. Какие осложнения могут наблюдаться при данной патологии?

### **Эталон ответа к задаче № 2.**

1. У девочки имеется, вероятно, содружественное монокулярное, либо альтернирующее расходящееся косоглазие.

2. Проверить остроту зрения вдаль каждого глаза без коррекции; субъективным методом определить вид и степень рефракции, остроту зрения вдаль с субъективно определенной коррекцией. Определить объем движений глазных яблок, вид косоглазия и величину его угла, а также характер зрения (монокулярное, бинокулярное, одновременное).

3. Дифференцировать надо между явным и кажущимся косоглазием, между содружественным и паралитическим видами.

4. Направить на консультацию к офтальмологу.

5. Может развиваться амблиопия косящего глаза, если это не альтернирующее

косоглазие, стойкое нарушение бинокулярного зрения.

**Задача № 3.** К Вам за советом обратилась мать подростка 14 лет, у которого, с ее слов, периодически косят кнутри попеременно правый и левый глаз. До момента обращения не лечились.

1. Какую патологию Вы заподозрите в данном случае?
2. Необходимые дополнительные методы обследования, с Вашей точки зрения?
3. В чем состоит дифференциальная диагностика данной патологии?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут наблюдаться при данной патологии?

**Эталон ответа к задаче № 3.**

1. У подростка имеется, вероятно, альтернирующее косоглазие.
2. Тщательно проанализировать жалобы и анамнез заболевания, проверить остроту зрения вдаль без коррекции и с коррекцией, таким образом, субъективно определить вид и степень рефракции. Определить объем движений глазных яблок и вид косоглазия.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить между явным и кажущимся косоглазием, между содружественным и паралитическим.
4. Рекомендовать консультацию офтальмолога.
5. Если у подростка альтернирующее косоглазие, амблиопии, как правило, не бывает. Может развиваться стойкое нарушение бинокулярного зрения.

**Задача № 4.** К Вам обратился пациент 17 лет с жалобами на стойкое двоение, особенно беспокоящее его при попытке посмотреть вправо, которое при повороте головы вправо исчезает.

1. Какую патологию Вы заподозрите в данном случае?
2. Дополнительные методы обследования, с Вашей точки зрения?
3. В чем состоит дифференциальная диагностика данной патологии?

4. В чем будет заключаться тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут наблюдаться при данной патологии?

#### **Эталон ответа к задаче № 4.**

1. Вероятнее всего, у больного имеется паралич наружной прямой мышцы правого глаза.
2. Проверить остроту зрения вдаль для каждого глаза с коррекцией и без коррекции, определить субъективно (с помощью подбора корригирующих очковых стекол из набора) вид и степень рефракции, определить объем движений глазных яблок, конвергенцию, вид косоглазия и ориентировочно - величину его угла, вид зрения – монокулярное или одновременное.
3. Дифференциальная диагностика проводится между содружественным и паралитическим косоглазием.
4. Больному показана консультация офтальмолога и невролога.
5. Может развиваться стойкое нарушение бинокулярного зрения.

**Задача № 5.** К Вам за советом обратился подросток 11 лет, у которого при взгляде вдаль появляется расходящееся косоглазие, но больше беспокоит то, что устают глаза при чтении.

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?

#### **Эталон ответа к задаче № 5.**

1. У подростка, скорее всего, имеется некомпенсированная экзофория.
2. Проанализировать жалобы и анамнез заболевания, проверить остроту зрения вдаль каждого глаза, вид и степень рефракции, при необходимости –

остроту зрения вдаль с субъективно определенной коррекцией. Определить объем движений глазных яблок, характер (вид) зрения – монокулярное, одновременное или бинокулярное.

3. Дифференциальную диагностику следует проводить между явными и кажущимся косоглазием, а также – между содружественным и паралитическим.
4. Рекомендуются консультация офтальмолога для диагностики и лечения.
5. Больше будет беспокоить мышечная астенопия.

**Задача № 6.** К Вам за советом обратился подросток 12 лет, у которого при взгляде вдаль появляется сходящееся косоглазие, устают глаза при чтении.

1. Какую патологию Вы заподозрите у подростка?
2. Какие ему необходимо провести дополнительные методы обследования?
3. С чем дифференцируется данная патология?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Чем чревато это состояние для зрения подростка?

**Эталон ответа к задаче № 6.**

1. Скорее всего, у подростка имеется скрытое сходящееся косоглазие.
2. Следует проверить остроту зрения вдаль каждого глаза без коррекции и с коррекцией, вид и степень рефракции, определить объем движений глазных яблок и характер (вид) зрения – монокулярное, одновременное или бинокулярное.
3. Дифференциальную диагностику нужно проводить между содружественным и паралитическим косоглазием.
4. Подростку показаны консультации офтальмолога и невролога.
5. Может развиться стойкое нарушение бинокулярного зрения.

**Задача № 7.** За консультацией обратилась женщина 42 лет с жалобами на усталость глаз при чтении, недавно на фотографии увидела, что левый глаз косит. Раньше этого не замечала.

1. Какую патологию Вы заподозрите у пациентки?
2. Дополнительные методы обследования, показанные в данном случае?
3. С чем проводится дифференциальная диагностика при этом состоянии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

**Эталон ответа к задаче № 7.**

1. Вероятнее всего, имеется скрытое косоглазие левого глаза и возможно - начальные проявления пресбиопии обоих глаз.
2. Необходимо провести проверку остроты зрения обоих глаз без коррекции и с коррекцией для дали; проверить остроту зрения вблизи без коррекции и с возможной коррекцией по таблицам для близости. Посмотреть среды глаз в проходящем свете, пальпаторно (ориентировочно) оценить уровень внутриглазного давления (учитывая возраст пациентки).
3. Дифференциальную диагностику нужно проводить между содружественным и паралитическим косоглазием, аномалиями рефракции (скрытая гиперметропия переходит в явную именно в этом возрасте).
4. Направить на консультацию к офтальмологу.
5. Возможные осложнения – мышечная астенопия, нарушение бинокулярного зрения.

**Задача № 8.** На консультацию обратился подросток 15 лет по поводу отклонения левого глаза кнаружи и периодически возникающее двоение при попытке свести глаза. Жалобы появились после сильной контузии левого глаза около 6 месяцев назад во время драки на улице.

1. О какой патологии можно думать у этого пациента?
2. Какие методы обследования надо провести?

3. С чем необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Что вы предпримете в дальнейшем?
5. Какие осложнения могут сопровождать данную патологию?

### **Эталон ответа к задаче № 8.**

1. Можно предположить наличие паралитического косоглазия слева.
2. Дополнительно необходимо провести проверку остроты зрения обоих глаз с коррекцией и без нее; определить вид и степень рефракции, определить объем движений глазных яблок, их конвергенцию, вид косоглазия, угол отклонения левого глаза, характер зрения – монокулярное или одновременное.
3. Дифференцировать данное состояние необходимо с содружественным косоглазием.
4. Больному показаны консультации невролога и офтальмолога, необходимо направить его.
5. Может развиваться стойкое нарушение бинокулярного зрения.

**Задача № 9.** Обратились родители девочки 3 лет по поводу беспокоящего их косоглазия дочери, возникшего год назад, по их словам, «от испуга». Сразу после психотравмирующей ситуации родители обратили внимание, что периодически (сначала редко, затем – чаще) девочка косит к носу обоими глазами. Ребенок смотрит глазами как бы «по очереди», сначала одним, потом другим, в это время второй глаз отклоняется к носу. Наследственность неотягощена, родилась доношенной, в срок.

1. Какую патологию Вы заподозрите в данном случае?
2. Необходимые дополнительные методы обследования, с Вашей точки зрения?
3. В чем состоит дифференциальная диагностика данной патологии?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут наблюдаться при данной патологии?

### **Эталон ответа к задаче № 9.**

1. У ребенка имеется альтернирующее косоглазие.
2. Тщательно проанализировать жалобы и анамнез заболевания, проверить остроту зрения вдаль без коррекции и с коррекцией, субъективно определить вид и степень рефракции, определить объем движений глазных яблок и вид косоглазия, характер зрения.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить между содружественным и паралитическим косоглазием.
4. Ребенок нуждается в консультации невролога, офтальмолога и педиатра. Необходимо направить на обследования специалистов.
5. При альтернирующем косоглазии амблиопии, как правило, не бывает, но бинокулярное зрение отсутствует.

**Задача № 10.** У девочки 10 лет имеется близорукость III степени на правом глазу и близорукость I степени на левом глазу. Острота зрения OD 0,04 с (-) 6,5 дптр 0,4; OS 0,06 с (-) 3,0 дптр 0,8. По месту жительства 3 года назад были выписаны очки, которыми ребенок не может и не хочет пользоваться. За последние полгода родители заметили, что OD начал отклоняться кнаружи.

1. Какую патологию Вы заподозрите в данном случае?
2. Какие методы диагностики Вы считаете необходимыми в данном случае?
3. С чем дифференцируется данная патология?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут наблюдаться при данной патологии?

### **Эталон ответа к задаче № 10.**

1. У девочки имеется близорукость III степени, вторичное (расходящееся) косоглазие, амблиопия (?) правого глаза; близорукость II степени левого глаза. Миопическая анизометропия.

2. Тщательно проанализировать жалобы и анамнез заболевания, проверить остроту зрения вдаль без коррекции и с коррекцией, субъективно определить вид и степень рефракции обоих глаз, определить объем движений глазных яблок и вид косоглазия. Фокально и бифокально осмотреть передний отдел глаз, в проходящем свете оценить прозрачность сред глаз.
3. С врожденной патологией сетчатой оболочки и/или зрительного нерва правого глаза, астигматизмом, амблиопия - по степени тяжести, косоглазие по этиологии – содружественное, вторичное рефракционное.
4. Направить к офтальмологу, неврологу, так как ребенок нуждается в углубленном обследовании, подборе рациональной и переносимой коррекции, возможно, с помощью контактных линз или лазерных методов коррекции, дальнейшем достаточно серьезном и длительном лечении для восстановления зрения и предупреждения прогрессирования близорукости, амблиопии.
5. Прогрессирование амблиопии правого глаза, прогрессирование близорукости, нарушение бинокулярного зрения.

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

### **Основная:**

Сидоренко Е.И. Офтальмология. - М., Медицина, 2007. – 410с.

### **Дополнительная:**

Клинические лекции по офтальмологии / под. ред. Е.А.Егорова, С.Н.Басинского. - М., 2007. – 288с.

Современная офтальмология. Руководство для врачей / под ред. В.Ф. Даниличева. – СПб, Питер, 2000. – 670с.

Шамшинова А.М., Волков В.В. Функциональные методы исследования в офтальмологии. - М.,1998. - 415с.

Аветисов Э. С. Близорукость. - М., 1986. – 336с.

Зайцева Н.С. Трахома. – М., Москва, 1976. – 232с.

Офтальмогерпес / А. А. Каспаров. - М., Медицина, 1994. - 222с.

Сосудистые заболевания глаз / Л. А. Кацнельсон, Т. И. Форофонова, А. Я. Бунин. - М., Медицина, 1990. - 270с.

Нестеров А.П. Глаукома. – М., Медицина. 1995. – 255с.

Гундорова Р.Л., Малаев Л.А., Южаков Л. М. Травмы глаза. – М., Медицина. 1986. – 361с.

Избранные лекции по детской офтальмологии / под ред. В. В. Нероева. - М., иг "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 180с.