

1. К Вам обратился пациент 19-ти лет с жалобами на покраснение слизистой оболочки обоих глаз, умеренное слизистое отделяемое, склеивание ресниц по утрам, ощущение песка под веками, слезотечение. Глаза заболели через два дня после купания в пруду.

По всей вероятности у данного пациента имеется острый бактериальный конъюнктивит обоих глаз. Дифференцировать следует с конъюнктивитами другой этиологии и керато-конъюнктивитами.

Оказать пациенту первую врачебную помощь: закапать в конъюнктивальную полость дезинфицирующие капли, осторожно тугим влажным жгутиком убрать слизистое отделяемое, закапать в оба глаза 20% раствор альбуцида, заложить за веки глазную мазь с антибиотиком и направить на консультацию к окулисту.

2. Больная 32-ух лет жалуется на покраснение и боль в области внутренней части нижнего века левого глаза, повышение температуры до 37,4°, головную боль, недомогание. Неделю назад болели верхние зубы на этой же стороне. После лечения в домашних условиях зубная боль постепенно утихла. При осмотре отмечается выраженная гиперемия кожи, отек нижнего века левого глаза, более выраженный в области проекции слезного мешка.

Можно заподозрить острый дакриоцистит левого глаза.

Методом фокального или бифокального осмотра обследовать передний отдел левого глаза, в т.ч. край нижнего века.

Ввести больному в/м антибиотик, закапать в конъюнктивальную полость левого глаза 20% раствор альбуцида, заложить мазь с антибиотиком, область воспаления слезного мешка смазать 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого, наложить сухую асептическую повязку на левый глаз и направить к окулисту или непосредственно в офтальмологический стационар.

3. К Вам обратился больной 56-ти лет с жалобами на наличие ограниченного уплотнения у внутреннего угла нижнего века левого глаза. В течение года оно не беспокоило больного, однако в последнее время поверхность выступающего над кожей века образования стало легко эрозироваться даже при вытирании лица полотенцем.

Можно заподозрить новообразование нижнего века левого глаза.

Больного следует направить на консультацию к окулисту или непосредственно в межобластной офтальмологический центр (ККОКБ), либо в онкологический центр.

Если это злокачественная опухоль, то она может распространяться в орбиту, придаточные пазухи и метастазировать в регионарные лимфатические лимфоузлы; прогноз нередко неутешительный.

4. К Вам обратилась больная 52-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. Из анамнеза выяснилось, что за последние два года это повторяется уже третий раз.

Можно заподозрить острый ячмень верхнего века правого глаза.

Данную патологию необходимо дифференцировать с гнойничком на коже века, флегмоной века в стадии абсцендирования.

Ввести больному в/м антибиотик, область ячменя смазать 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого, закапать в конъюнктивальную полость 20% раствор альбуцида, за верхнее веко правого глаза заложить мазь с антибиотиком, наложить сухую асептическую повязку на левый глаз и направить к окулисту или непосредственно в офтальмологический стационар.

5. К Вам обратился учитель школы 46-и лет с жалобами на покраснение, 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. Болен в течение полугода. При наружном осмотре - края век утолщены, покрасневшие, с множественными чешуйками

Можно заподозрить хронический блефарит обоих глаз.

Тщательно осмотреть края век и конъюнктиву методом бифокального освещения, осмотреть полость рта и определить состояние зубов.

Направить больного на обследование к терапевту, эндокринологу, ЛОР- врачу, на развернутый анализ крови, а затем к окулисту.

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

По всей вероятности у данного пациента имеется сочетание гиперметропии слабой степени и пресбиопии.

Проверить остроту зрения вдаль каждого глаза без коррекции; субъективным методом определить вид и степень аномалии рефракции, проверить остроту зрения вдаль каждого глаза с очковой коррекцией на основании субъективно определенной рефракции. Проверить, на каком расстоянии от глаз пациенту комфортнее всего читать газетный шрифт в его очках для близи и с учетом степени выявленной гиперметропии и пресбиопии рекомендовать ему новую очковую коррекцию для дали и для близи.

Рекомендовать пациенту обратиться к окулисту, который сможет провести более детальное обследование и подобрать оптимальную очковую коррекцию для дали и для близи.

7. Во время Вашего дежурства по районной больнице к Вам обратился комбайнер 38-ми 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. До этого случая глаза никогда не беспокоили. Со слов пациента раньше вдаль и вблизи видел хорошо.

Иностранное тело конъюнктивы верхнего века или иностранное тело роговой оболочки правого глаза.

Бифокальный осмотр правого глаза, выворот верхнего века, тщательный осмотр конъюнктивы и роговой оболочки; проверка остроты зрения.

При наличии инородного тела – попытаться его удалить, если это не удается – направить к окулисту.

8. Больной 35-ти лет жалуется на резкие боли в левом глазу, покраснение его и значительное снижение зрения. В анамнезе: неделю назад было сильное переохлаждение, после которого лежал дома с высокой температурой в течение 3 дней, вчера заболел левый глаз.

Можно заподозрить острый иридоциклит левого глаза.

Острый иридоциклит следует дифференцировать с острым кератитом.

Частыми инстилляциями 1% раствора атропина + 0,1% раствор адреналина попытаться расширить зрачок (если при этом будут сильные боли – в/м ввести анальгин, баралгин или промедол), в/в ввести антибиотик или антибиотик с кортикостероидом. В конъюнктивальную полость закапать 20% раствор альбуцида, за веки заложить мазь с антибиотиком, на левый глаз наложить асептическую повязку; больного срочно направить на консультацию к окулисту или непосредственно в офтальмологический стационар.

9. К Вам за советом обратился пациент, который два года назад перенес язвенный кератит правого глаза, в результате осталось обширное молочно- серого цвета помутнение роговицы и практически исчезло предметное зрение.

Можно предположить обширное бельмо роговицы правого глаза.

Данную патологию следует дифференцировать с текущим глубоким кератитом.

Необходимо рекомендовать консультацию по интересующему пациента вопросу у специалиста по пересадке роговой оболочки в ККОКБ.

10. К Вам обратилась больная 28-и лет с жалобами на ощущение инородного тела, светобоязнь, слезотечение, покраснение левого глаза в течение двух дней. Неделю назад перенесла острое респираторное заболевание с умеренно повышенной температурой. При наружном осмотре: правый глаз спокоен, здоров

Можно предположить острый герпетический древовидный кератит.

Данное заболевание следует дифференцировать с другими формами герпетических кератитов или с конъюнктивитом вирусной этиологии.

Расширить зрачок инстилляциями 1% атропина, закапать 20% раствор альбуцида, за веки заложить глазную мазь с антибиотиком, на больной глаз наложить повязку и направить больного на консультацию к окулисту или непосредственно в офтальмологический стационар.

11. Больная 62-х 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.

Зрелая возрастная катаракта правого глаза, незрелая возрастная катаракта левого глаза.

С первичной открытоугольной глаукомой.

Направить к офтальмологу для более детального обследования и принятия решения.

12. К Вам обратился пациент 38-ми лет, лесничий с жалобами на переносимость очковой коррекции левым глазом. Около года тому назад ему удалили травматическую катаракту на этом глазу. 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 +11,0D = 0,3.

Афакия левого глаза, афакическая анизометропия.

Можно дифференцировать с дислокацией хрусталика.

Направить на консультацию к специалисту по контактной коррекции зрения и решить вопрос о возможности интраокулярной коррекции зрения левого глаза.

13. Ввиду отсутствия окулиста в районе, где Вы работаете, к Вам обратился пациент 66-ти лет, у которого два года тому назад удалили катаракту на OD, а год спустя - на OS. Ему были подобраны очки +10,0D на оба глаза, в которых, со слов пациента, он видел вдаль неплохо, но месяца два назад отметил ухудшение зрения на оба глаза вдаль и очень плохо видит в них вблизи.

Определение остроты зрения (визометрия), осмотр глазного дна, УЗИ-сканирование, измерение внутриглазного давления (тонометрия).

Можно подозревать вторичную катаракту.

Направить пациента к офтальмологу для более детального обследования и принятия решения.

14. Ввиду отсутствия окулиста в районе, где Вы работаете, к Вам обратилась пациентка 48-ми лет, длительное время (более 10 лет) страдающая хроническим двусторонним иридоциклитом. Два года тому назад стала отмечать постепенное снижение зрения вначале на правый, а затем — и на левый глаз.

Провести все виды наружного осмотра, осмотр в проходящем свете, пальпаторно исследовать ВГД.

Зрелая возрастная катаракта.

Направить к офтальмологу.

15. Ввиду отсутствия окулиста в районе, где Вы работаете, к Вам обратилась пациентка 63-х лет, которой год тому назад удалили катаракту на левом глазу с имплантацией искусственного хрусталика. После операции в течение полугода она видела этим глазом довольно хорошо, но потом зрение стало постепенно ухудшаться на оба глаза. При обследовании: острота зрения OD = 0,1 не корр., OS = 0,3 с +1,0 D=0,6.

Зрелая возрастная катаракта правого глаза. Незрелая возрастная катаракта левого глаза.

Направить к офтальмологу.

Перезревание катаракты.

Задача 16

Ввиду отсутствия окулиста в районе, где Вы работаете, к Вам обратился пациент 64-х лет, которому год назад удалили возрастную катаракту OD с имплантацией искусственного хрусталика. Вначале он видел этим глазом довольно хорошо, но последние месяца 3-4 заметил снижение зрения и стал видеть нечетко, как через серую пленку.

Провести все виды наружного осмотра, осмотр в проходящем свете, пальпаторно исследовать ВГД.

Можно подозревать вторичную катаракту.

Острый эндофтальмит (легкий, средний, крайне тяжелый); Поздний хронический эндофтальмит;

17. К Вам обратился пациент 53-х лет, у которого после того, как он попарился в бане, появились сильные боли в левом глазу и левой половине головы, подташнивание. Кроме того больной жалуется на покраснение левого глаза, резкое ухудшение зрения, появление «густого тумана перед ним».

Острый приступ закрытоугольной глаукомы.

Определить остроту зрения, по возможности – периферическое зрение; бифокальный осмотр, исследование в проходящем свете, измерить АД, консультация терапевта.

Закапать 1% раствор пилокарпина неоднократно; в течение первого часа – 4 раза в течение 15 мин., затем – каждые 30 мин., затем каждый час. Закапать 20% раствор глюкозы 2-3 раза на протяжении 3-4 часов. Внутрь дать мочегонное с препаратами калия. Поставить горчичник на затылок, висок, вдоль позвоночного столба, сделать горячие ножные ванны (помнить о возможности ортостатического коллапса). Приподнять пациента, включить свет.

18. Ввиду отсутствия окулиста к Вам обратилась женщина 49-ти лет. Ее беспокоит периодическое затуманивание зрения по утрам, видение «радужных» кругов в это время, ощущение распирания глаза, снижение зрения обоих глаз. К 12-14 часам «туман» перед глазами постепенно проходит. Острота зрения OD — 0,6; OS - 0,4; не корректируют. Глаза спокойные, среды глаз прозрачны.

Можно заподозрить глаукому.

Необходимо провести бифокальный осмотр и осмотр в проходящем свете, измерить внутриглазное давление пальпаторно, желательнее во время жалоб. Исследовать поля зрения ориентировочным способом.

Направить пациента к офтальмологу.

19. Во время дежурства в райбольнице к Вам обратился больной 68-ми лет с жалобами на резкую боль в правом глазу и в затылке, значительное снижение зрения правого глаза. Это стало беспокоить больного еще утром на фоне повышенного АД. Больной вызвал скорую помощь, ему был сделан какой-то укол, но боли в глазу не прошли. За последний год больной несколько раз замечал кратковременные периоды затуманивания зрения обоих глаз

Острый приступ закрытоугольной глаукомы.

Исследовать на предмет циклитных болей, определить остроту зрения обоих глаз, тщательно провести бифокальный осмотр и исследование в проходящем свете.

Закапать 1% раствор пилокарпина неоднократно; в течение первого часа – 4 раза через 15 минут, затем – каждые 30 минут, затем каждый час. Внутрь дать мочегонное с препаратами калия. Закапать 20% раствор глюкозы 2-3 раза на протяжении 3-4 часов. Поставить горчичник на затылок, на висок, вдоль позвоночного столба, сделать горячие ножные ванны (помнить о возможности ортостатического коллапса). Приподнять пациента, включить свет.

20. Ввиду отсутствия в районе окулиста к Вам обратился больной 58-ми лет с жалобами на нестабильное зрение на оба глаза в течение дня (хуже видит по утрам после сна). Беспокоит также периодические затуманивания зрения и появление радужных кругов перед глазами при взгляде на включенную лампочку; все эти явления отмечает около года. В течение 10 лет страдает остеохондрозом шейного отдела позвоночника.

Необходимо провести бифокальный осмотр, осмотр в проходящем свете, пальпаторно измерить ВГД, исследовать поля зрения ориентировочным способом.

Можно заподозрить первичную глаукому обоих глаз.

Направить на консультацию к офтальмологу.

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

Инородное тело роговой оболочки правого глаза.

Бифокальный осмотр правого глаза, выворот верхнего века, тщательный осмотр конъюнктивы и роговой оболочки; проверка остроты зрения.

При наличии инородного тела – попытаться его удалить, если это не удастся – направить к окулисту.

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

Можно заподозрить гнойную язву роговицы правого глаза.

Проверить остроту зрения правого и левого глаза, тщательно осмотреть роговицу, переднюю камеру и радужку ОД методом бифокального освещения, оценить прозрачность хрусталика и стекловидного тела исследованием его в проходящем свете, пропальпировать проекцию цилиарного тела.

Ввести антибиотик в/в или в/м, закапать в конъюнктивальную полость ОД 20% раствор альбуцида, 1% раствор атропина, за веки заложить глазную мазь с антибиотиком; на правый глаз наложить асептическую повязку и срочно направить больного на консультацию к окулисту или непосредственно в офтальмологический стационар.

23. Во время Вашего дежурства по районной больнице к Вам доставили избитого на улице подростка 15-и лет (окулиста в районе нет). Он жалуется на резкое снижение зрения и боль в правом глазу, головную боль, головокружение, тошноту. Со слов подростка его избил и пинали ногами двое незнакомых парней; на короткое время он терял сознание.

Проникающее ранение с разрывом склеры, выпадение внутренних оболочек глаза, травматический гемофтальм правого глаза. ЧМТ.

Пальпация краев и стенок орбиты, проверить состояние офтальмотонуса; бифокальный осмотр, исследование в проходящем свете. Рентгенография орбит в двух проекциях. Консультация хирурга и невропатолога.

В/в ввести гемостатики, антибиотики. Холод на глаз. В/м ввести анальгин и ПСС. Закапать дезинфицирующие капли, наложить асептическую повязку, срочно направить в офтальмологический стационар.

24. Вечером во время Вашего дежурства по районной больнице к Вам обратилась женщина 43-х лет с жалобами на сильную боль, рези, жжение, значительное снижение зрения в правом глазу. Утром во время побелки квартиры ей попала известь в правый глаз. Сразу же промыла глаз водой, но чувство жжения и рези в глазу не прошли, присоединилось сильное затуманивание зрения. До этого видела вдаль и вблизи хорошо обоими глазами. На момент осмотра острота зрения ОД - 0,06

Химический ожог конъюнктивы век и глазного яблока, роговицы правого глаза тяжелой степени.

Тщательный бифокальный осмотр конъюнктивы век, глазного яблока, роговицы, передней камеры, радужки; исследование в проходящем свете.

Кератопувеит, помутнение стекловидного тела, осложненная катаракта, вторичная глаукома, тотальное бельмо роговицы, субатрофия и атрофия глазного яблока.

25. Вы направили на консультацию к окулисту больную 56-ти лет, которая в течение 10 лет страдает сахарным диабетом, В своем заключении окулист констатирует, что на глазном дне обоих глаз отмечено расширение и извитость вен, микроаневризмы, мелкоочечные геморрагии, единичные восковидные экссуdates.

Флюоресцентная ангиография. Должны проводится беседы с пациентом о возможных осложнениях при сахарном диабете, необходим постоянный контроль уровня сахара в крови и прием соответствующих препаратов.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия.

Нет, эти изменения в сетчатке характерны для стадии пролиферативной диабетической ретинопатии.

26. Вы направили на консультацию к окулисту больную 60-ти лет, которая в течение 15 лет страдает сахарным диабетом (инсулинзависимая форма, компенсированная). В своем заключении окулист констатирует, что на глазном дне обоих глаз видны расширение и извитость вен, микроаневризмы, множественные кровоизлияния в глубоких слоях сетчатки в виде пятен и штрихообразных полос.

Стадия препролиферативной диабетической ретинопатии.

Да, изменения в сетчатке, соответствующие стадии препролиферативной диабетической ретинопатии, хорошо видны при использовании флюоресцентной ангиографии.

Да, в эту стадию диабетической ретинопатии целесообразно проводить лазеркоагуляцию пораженных участков сетчатки наряду с комплексом общей терапии и местного медикаментозного лечения диабетической ретинопатии, но решать этот вопрос должен специалист.

27. Вы направили на консультацию к окулисту больную 66-ти лет, которая в течение почти 20 лет страдает сахарным диабетом (инсулинзависимая форма, компенсированная). В своем заключении окулист констатирует, что на глазном дне обоих глаз видны расширение и извитость вен, микроаневризмы.

Стадия пролиферативной диабетической ретинопатии.

Проводить лазерокоагуляцию пораженных участков сетчатки в зонах неоваскуляризации целесообразно, но решать этот вопрос должен специалист.

Неоваскуляризация сетчатки сопровождается хрупкостью сосудов, что служит источником новых кровоизлияний в результате чего может развиваться отслойка сетчатки и вторичная глаукома.

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

По всей вероятности, у больной имеется острая непроходимость центральной артерии сетчатки или её ветвей.

Если это предполагаемая острая непроходимость центральной артерии сетчатки, то острота зрения может довольно быстро и резко снизиться до уровня слабовидения и слепоты; при поражении ветвей центральной артерии сетчатки острота зрения может сохраняться дольше, но можно выявить выпадение полей зрения.

Если АД понижено – вначале предпринять все доступные меры к повышению его: придать больной положение Тренделенбурга, в/в капельно вводить реополиглюкин или гемодез с тренаталом и дексазоном и через эту же систему – сосудистые препараты (кофеин, адреналин, метагон). Если АД повышено – отвлекающую терапию, в/в введение реополиглюкина или гемодеза с препаратами, снижающими АД и расширяющими сосуды (папаверин, эуфиллин, но-шпа, прископ), а затем в эту же капельницу – седативные средства (седуксен, реланиум), внутрь – мочегонные средства с препаратами калия; проводить массаж глазных яблок в течение 5-7 минут, дышать кислородом или карбогеном.