

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ИВАНОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНЗДРАВА РОССИИ

Кафедра оториноларингологии и офтальмологии

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНЗДРАВА РОССИИ (ПИРОГОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

Кафедра офтальмологии имени академика А.П. Нестерова
Института клинической медицины

**СБОРНИК КЛИНИЧЕСКИХ ЗАДАЧ
(С ОТВЕТАМИ)
ДЛЯ СТУДЕНТОВ И ОРДИНАТОРОВ,
ИЗУЧАЮЩИХ ДИСЦИПЛИНУ
«ОФТАЛЬМОЛОГИЯ»**

ЧАСТЬ I. ЗАДАЧИ

Учебное пособие

Иваново, 2025 г.

УДК 617.7
ББК 56.7
С23

**Рекомендовано методической комиссией лечебного факультета
и факультета международного образования
ФГБОУ ВО Ивановский ГМУ Минздрава России
в качестве учебного пособия для обучающихся по программам специалитета
по специальности Лечебное дело 31.05.01 (11 ноября 2025 года)**

Авторы:

Рыбакова Е.Г., д.м.н., профессор; *Егоров Е.А.*, д.м.н., профессор;
Селезнев А.В., к.м.н., доцент; *Волобуева Т.М.*, к.м.н., доцент;
Кремкова Е.В., д.м.н., профессор; *Куроедов А.В.*, д.м.н., доцент;
Оганезова Ж.Г., к.м.н., доцент; *Рабданова М.Г.*, к.м.н., доцент;
Романова Т.Б., к.м.н., доцент

Рецензенты:

заведующий отделением офтальмологии, заведующий кафедрой офтальмологии
и оптометрии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, д.м.н. *И.А. Лоскутов*;
заведующий кафедрой офтальмологии ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России,
д.м.н., профессор *О.И. Лебедев*.

Учебное пособие для студентов и ординаторов медицинских вузов.

Сборник клинических задач (с ответами) для студентов и ординаторов, изучающих дисциплину «Офтальмология». Часть I. Задачи / Под ред. д.м.н. Куроедова А.В. и к.м.н. Селезневой А.В. – Иваново, 2025 – 68 с.

ISBN 978-5-600-04947-5

Сборник клинических задач является учебным пособием, составленным в соответствии с программой обучения и требованиями Государственного образовательного стандарта (ФГОС) по дисциплине «Офтальмология». Учебное пособие предназначено для обучающихся по программам специалитета по специальности «Лечебное дело» (31.05.01). В пособии представлены ситуационные задачи (часть 1) с эталонными ответами (часть 2), раскрывающие современные подходы к диагностике и лечению заболеваний глаз. Учебное пособие предназначено для расширения диапазона полезных учебных материалов по специальности «Офтальмология» и может использоваться для самостоятельной работы и контроля знаний.

В первой части пособия представлены условия задач с вопросами.

УДК 617.7
ББК 56.7

ISBN 978-5-600-04947-5



© Коллектив авторов, 2025
© ФГБОУ ВО ИвГМУ, 2025
© ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2025
Печать и верстка "Типография "ГранатПринт"
105425, г.Москва, ул. Щелковский проезд 9а
Подписано в печать: 08.12.2025г.
Заказ №1402, Тираж 300 экз.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
Список сокращений	5
ЗАДАЧИ	
Тема 1. Физиологическая оптика. Рефракция и аккомодация глаза	7
Тема 2. Заболевания придаточного аппарата глаза (век, конъюнктивы и слезных органов).....	13
Тема 3. Заболевания роговицы и склеры.....	20
Тема 4. Заболевания сосудистой оболочки.....	26
Тема 5. Патология хрусталика и стекловидного тела	34
Тема 6. Глаукома	40
Тема 7. Заболевания сетчатки	48
Тема 8. Заболевания зрительного нерва	55
Тема 9. Повреждения органа зрения.....	60
Приложение 1. Схемы преломления световых лучей оптической системой глаза при различных видах клинической рефракции	66
Рекомендуемая литература	67

ВВЕДЕНИЕ

Целью освоения дисциплины «Офтальмология» является получение студентами и ординаторами знаний и практических навыков по профилактике, диагностике и лечению различных проблем, связанных со зрением и заболеваниями глаз, а также внедрение в офтальмологическую практику современных научных разработок и методик.

Офтальмология, как и другие клинические дисциплины, играет ключевую роль в медицинском образовании, так как обеспечивает всестороннюю практическую подготовку будущих врачей, затрагивает вопросы междисциплинарного взаимодействия.

Оптимизации процесса изучения клинической дисциплины и повышению интереса к предмету способствует разбор конкретных клинических наблюдений из офтальмологической практики. Все задачи и ответы к ним, представленные в данном сборнике, основаны на многочисленных научных исследованиях, практических знаниях и опыте, а также отечественных и международных клинических рекомендациях по лечению офтальмологической патологии.

Клинические задачи сборника могут быть использованы не только для самостоятельной подготовки и внеаудиторной работы, но и для контроля знаний студентов и ординаторов, обсуждения вопросов офтальмологии на семинарских занятиях.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

<i>1/∞ pr. l. certa</i>	– светоощущение с правильной светопроекцией
<i>1/∞ pr. l. incerta</i>	– светоощущение с неправильной светопроекцией
<i>ax</i>	– ось
<i>concave</i>	– рассеивающая линза
<i>convex</i>	– собирающая линза
<i>cyl</i>	– цилиндр
<i>D</i>	– диоптрия
<i>Dpp</i>	– расстояние между зрачками
<i>ex tempore</i>	– по мере надобности
<i>LASIK, LASEK</i>	– лазерный кератомилез, лазерная субэпителиальная кератэктомия
<i>OD</i>	– правый глаз
<i>OS</i>	– левый глаз
<i>OU</i>	– оба глаза
<i>off label</i>	– применение препарата вне списка официально утвержденных показаний
<i>sph</i>	– сфера
<i>Visus</i>	– острота зрения
БАД	– биологически активная добавка к пище
в/в	– внутривенное введение лекарственного средства
ВГД	– внутриглазное давление
ВГЖ	– внутриглазная жидкость
ВИЧ	– вирус иммунодефицита человека
ВМД	– возрастная макулярная дегенерация
ДЗН	– диск зрительного нерва
ЖКТ	– желудочно-кишечный тракт
ЗВП	– зрительные вызванные потенциалы
ЗН	– зрительный нерв
ЗОСТ	– задняя отслойка стекловидного тела
ИОЛ	– интраокулярная линза

ИРМА	– интравитреальные микрососудистые аномалии
КТ	– компьютерная томография
МРТ	– магнитно-резонансная томография
н/к	– не корректирует
НПВС	– нестероидные противовоспалительные средства
ОКТ	– оптическая когерентная томография
ОНЭС	– отслойка нейроретина сетчатки
ОРИ	– острая респираторная инфекция
ПВГ	– первичная врожденная глаукома
ПВХРД	– периферические витреохориоретинальные дистрофии
ПЗО	– передне-задний отрезок
ПОУГ	– первичная открытоугольная глаукома
СД	– сахарный диабет
СОЭ	– скорость оседания эритроцитов
СПИД	– синдром приобретенного иммунодефицита
УЗДГ	– ультразвуковая доплерография
УЗИ	– ультразвуковое исследование
УПК	– угол передней камеры
ФАГ	– флуоресцентная ангиография
ЦАС	– центральная артерия сетчатки
ЦВС	– центральная вена сетчатки
ЦНС	– центральная нервная система
Э/Д	– соотношение диаметра экскавации к диаметру ДЗН
ЭФИ	– электрофизиологическое исследование

Тема 1

Физиологическая оптика. Рефракция и аккомодация глаза

Задача 1

К офтальмологу обратилась мама с мальчиком 12 лет, обеспокоенная тем, что сын очень низко наклоняет голову над партой, когда выполняет домашнее задание. У самой мамы и ее мужа миопия средней степени.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,2 sph -2,00 D = 1,0

Visus OS = 0,2 sph -2,00 D = 1,0

Биомикроскопия OU: передний отрезок без патологических изменений.

Офтальмоскопия OU (узкий зрачок): ДЗН бледно-розовый, контуры четкие, макулярная зона без видимых изменений.

Диагноз? Какой схеме преломления лучей оптической системой глаза соответствует нарушение рефракции глаз у данного пациента (см. Приложение 1)? Тактика ведения пациента и рекомендации?

Задача 2

В салон оптики обратилась женщина 25 лет для контрольного осмотра и подбора новых очков для вождения автомобиля. Носит очки -4,00 D на оба глаза.

Данные осмотра:

Visus OD в своих очках = 0,6

Visus OS в своих очках = 0,5

Аutoreфрактометрия:

OD sph -5,25 D cyl -0,25 D ax 180°

OS sph -6,25 D cyl -0,25 D ax 0°

Максимально скорригированная острота зрения:

Visus OD sph -5,00 D = 1,0

Visus OS sph -6,00 D = 1,0

Биомикроскопия ОУ: передний отрезок без патологических изменений.

Офтальмоскопия ОУ (узкий зрачок): ДЗН с миопическим конусом, макулярная зона без видимых изменений.

Диагноз? Какой схеме преломления лучей оптической системой глаза соответствует нарушение рефракции глаз у данного пациента (см. Приложение 1)? Тактика ведения пациента и рекомендации?

Задача 3

На прием к офтальмологу пришел молодой человек 22 лет с жалобами на тяжесть, иногда даже боль в глазах, и снижение зрения к концу дня. Носит очки -2,75 D. Днем проблем со зрением не отмечает, проверку зрения проходил очень давно.

Данные осмотра:

Visus OD в своих очках = 0,7

Visus OS в своих очках = 0,7

Аutoreфрактометрия:

OD sph -2,25 D cyl -1,75 D ax 180°

OS sph -2,25 D cyl -1,75 D ax 10°

Максимально скорригированная острота зрения:

Visus OD sph -2,00 D cyl -1,50 D ax 180° = 1,0

Visus OS sph -2,00 D cyl -1,50 D ax 10° = 1,0

Биомикроскопия ОУ: передний отрезок без патологических изменений.

Офтальмоскопия ОУ: глазное дно в пределах нормы.

Диагноз? Какой схеме преломления лучей оптической системой глаза соответствует нарушение рефракции глаз у данного пациента (см. Приложение 1)? Причины жалоб? Тактика ведения пациента и рекомендации?

Задача 4

На офтальмологическом приеме у пациента выявлены нарушение рефракции, снижение зрения и поставлен диагноз «Астигматизм». Непонятный диагноз напугал пациента. Он попросил специалиста разъяснить причину снижения его зрения и уточнить, какое лечение возможно при его, как он считает, заболевании.

Как объяснить пациенту сложный термин и диагноз «Астигматизм»? Какой схеме преломления лучей оптической системой глаза соответствует нарушение рефракции глаз у данного пациента (см. Приложение 1)? Какие методы коррекции можно рекомендовать пациенту в данном случае?

Задача 5

Школьный учитель 45 лет при очередном медицинском осмотре пожаловался на ухудшение зрения вблизи, тяжесть, жжение в глазах, иногда головные боли при интенсивной работе по проверке тетрадей учеников. На зрение вдаль жалоб не предъявляет, водит автомобиль без очков.

Данные осмотра:

Visus OD = 1,0

Visus OS = 1,0

Аutoreфрактометрия

OD sph 00 D cyl -0,25 D ax 180°

OS sph 00 D

Биомикроскопия ОУ: передний отрезок без патологических изменений.

Офтальмоскопия ОУ: глазное дно в пределах нормы.

Диагноз? Какой схеме преломления лучей оптической системой глаза соответствует нарушение рефракции глаз у данного пациента (см. Приложение 1)? Причина жалоб? Тактика ведения пациента и рекомендации?

Задача 6

Молодой человек 23 лет, студент, стал отмечать появление утомления, тяжести, жжения в глазах при работе со смартфоном и планшетом, особенно к вечеру.

Данные осмотра:

Visus OD = 1,0

Visus OS = 1,0

Аutoreфрактометрия (узкий зрачок):

OD sph +1,00 D cyl -0,25 D ax 180°

OS sph +1,00 D

Дополнительная коррекция остроты зрения не повышает.

Биомикроскопия OU: передний отрезок без патологических изменений.

Офтальмоскопия OU: глазное дно в пределах нормы.

Диагноз? Какой схеме преломления лучей оптической системой глаза соответствует нарушение рефракции глаз у данного пациента (см. Приложение 1)? Причина жалоб? Рекомендации?

Задача 7

Студент института физкультуры и спорта носит очки -2,50 D на оба глаза. Обратился к специалисту за информацией, какие методы коррекции зрения, кроме очков, могут ему подойти, т.к. он собирается профессионально заниматься различными видами спорта, а очки не всегда удобны при этом.

Данные осмотра:

Visus OU в своих очках = 1,0

Аutoreфрактометрия:

OU sph -2,50 D

Биомикроскопия OU: передний отрезок без патологических изменений.

Офтальмоскопия OU: глазное дно в пределах нормы.

Диагноз? Какой схеме преломления лучей оптической системой глаза соответствует нарушение рефракции глаз у данного пациента (см. Приложение 1)? Какие методы коррекции зрения можно порекомендовать данному пациенту?

Задача 8

Пациентка М. 20 лет обратилась к офтальмологу в связи с плохой переносимостью выписанных недавно очков: OD -2,00 D, OS -5,50 D. До этого постоянно носила очки -2,00 D на оба глаза.

Данные осмотра:

Visus OU в неудовлетворяющих ее очках = 1,0

Аutoreфрактометрия:

OD sph -2,00 D

OS sph -5,75 D

Биомикроскопия OU: передний отрезок без патологических изменений.

Офтальмоскопия OU: глазное дно в пределах нормы.

Диагноз? Какой схеме преломления лучей оптической системой глаза соответствует нарушение рефракции глаз у данного пациента (см. Приложение 1)? Причина непереносимости выписанных очков? Тактика ведения?

Задача 9

Преподаватель университета 60 лет обратился к офтальмологу с жалобами на ухудшение зрения на близких расстояниях. Постоянно пользуется очками для дали -2,00 D на оба глаза. В молодости носил эти очки на постоянной основе, и для дали, и для близи. Приблизительно десять лет назад стал снимать очки для работы вблизи. Однако сейчас работать вблизи стало трудно, текст сливается, появилась утомляемость глаз.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,2 sph -2,00 D = 1,0

Visus OS = 0,2 sph -2,00 D = 1,0

Биомикроскопия OU: передний отрезок без патологических изменений.

Офтальмоскопия OU: глазное дно в пределах нормы.

Диагноз? Какой схеме преломления лучей оптической системой глаза соответствует нарушение рефракции глаз у данного пациента (см. Приложение 1)? Причина появления жалоб? Тактика ведения пациента?

Задача 10

Женщина 30 лет обратилась в оптику для подбора очков для вождения автомобиля, т.к. при прохождении медосмотра на водительские права у нее выявлено снижение зрения. Жалобы на зрение вдаль не предъявляет. Очков не носит, но отмечает тяжесть в глазах, головные боли при напряженной длительной работе вблизи и за компьютером.

Данные осмотра:

Аutoreфрактометрия:

OU sph +2,50 D

Visus OD = 0,6 sph +2,50 D = 1,2

Visus OS = 0,6 sph +2,50 D = 1,2

Биомикроскопия ОУ: передний отрезок без патологических изменений.

Офтальмоскопия ОУ: глазное дно в пределах нормы.

Диагноз? Какой схеме преломления лучей оптической системой глаза соответствует нарушение рефракции глаз у данного пациента (см. Приложение 1)? Причины жалоб? Тактика ведения пациента и рекомендации?

Тема 2.

Заболевания придаточного аппарата глаза (век, конъюнктивы и слезных органов)

Задача 1

К офтальмологу студенческой поликлиники обратился молодой человек 19 лет с жалобами на покраснение, зуд и жжение краев век обоих глаз, тяжесть и быструю утомляемость глаз при зрительной нагрузке. Указанные жалобы беспокоят в течение полугода, когда пациент разбил очки и перестал их носить. Со слов молодого человека, с детства он носил сложные очки по поводу астигматизма обоих глаз. Последние 3 месяца носил старые очки + 1,50 D. Считает себя здоровым, хронических заболеваний не имеет.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,3 sph + 1,25 D cyl + 1,75 D ax 180° = 1,0

Visus OS = 0,2 sph + 1,50 D cyl + 1,75 D ax 160° = 1,0

Наружный осмотр и биомикроскопия:

ОУ – края век утолщены, гиперемированы, выраженная гиперемия конъюнктивы век и переходной складки. Бульбарная конъюнктивa не гиперемирована. В остальном передний отрезок без особенностей.

Офтальмоскопия ОУ: глазное дно в пределах нормы.

Диагноз? Причины жалоб? Тактика ведения пациента?

Задача 2

К офтальмологу районной поликлиники обратилась женщина 35 лет с жалобами на округлое безболезненное образование верхнего века правого глаза. Опухоль верхнего века образовалась ~ 4 месяца назад из маленького уплотнения на верхнем веке.

Затем это образование начало расти и вскоре стало размером с горошину. Обращалась к окулисту по месту работы, где ей было рекомендовано втирать в кожу верхнего века на месте образования 1% гидрокортизоновую мазь в течение месяца и прогревать веко сухим теплым компрессом. Лечение эффекта не принесло, и пациентка вновь обратилась за помощью к офтальмологу. Из сопутствующих заболеваний имеется хронический гастрит, в настоящее время вне обострения.

Данные осмотра:

Visus OD = 1,0

Visus OS = 1,0

Пневмотонометрия:

OD = 18 мм рт.ст.

OS = 17 мм рт.ст.

Наружный осмотр и биомикроскопия:

OD – кожа верхнего века не изменена, в средней трети века определяется округлое, с гладкой поверхностью, безболезненное образование плотно-эластической консистенции, выступающее над поверхностью века, не спаянное с кожей, размером 5х6 мм. Конъюнктивита века гиперемизована, слегка отечная, просматриваются переполненные секретом отдельные столбики мейбомиевых желез. В остальном передний отрезок без особенностей.

OS – передний отрезок без особенностей.

Офтальмоскопия OU: глазное дно в пределах нормы.

Диагноз? Причины жалоб? Тактика ведения пациента?

Задача 3

В дежурный кабинет офтальмолога в приемном отделении обратился пациент 23 лет с жалобами на острую боль в левом верхнем веке, покраснение и отек века. Указанные жалобы появились два дня назад, но усилились в день обращения. В течение последней недели перенес «на ногах» острое респираторное заболевание, ко врачу не обращался, лечился самостоятельно.

Данные осмотра:

Visus OD = 1,0

Visus OS = 1,0

Наружный осмотр и биомикроскопия:

OD – передний отрезок без особенностей.

OS – глазная щель сужена. Верхнее веко отечное, гиперемированное. Во внутренней трети верхнего века выраженный отек и гиперемия края века, там же имеются два инфильтрата, разделенные полоской менее отечной ткани. На краю одного инфильтрата имеется гнойная головка. Веко болезненное при пальпации. Конъюнктивальная инъекция глазного яблока, роговица прозрачная, глубжележащие отделы глаза без особенностей.

Офтальмоскопия OU: глазное дно в пределах нормы.

Диагноз? Причины жалоб? Тактика ведения пациента?

Задача 4

В глазное отделение больницы по дежурству поступила женщина 57 лет с жалобами на покраснение, боль и отечность в области внутреннего угла левого глаза, повышение температуры тела до 38°C, ухудшение общего состояния, слабость. Указанные жалобы появились 3-4 дня назад, интенсивность и выраженность симптомов нарастала.

В анамнезе: в течение 10 лет из левого глаза наблюдались слезотечение и постоянное гнойное отделяемое. По рекомендации районного окулиста периодически закапывала в данный глаз антибактериальные капли, надавливала на опухолевидное образование у внутреннего угла глаза и выдавливала в конъюнктивальную полость большое количество гноя. Наступало облегчение на короткое время, но затем гной вновь накапливался.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,5 sph + 1,00 D = 1,0

Visus OS = 0,4 sph + 1,25 D = 1,0

Наружный осмотр и биомикроскопия:

OD – передний отрезок без особенностей.

OS – веки отечные, глазная щель сужена. В области внутреннего угла глаза и на левой стороне носа и щеки кожа гиперемирована, отечная, инфильтрирована, в центре определяется флюктуация. Пальпация этой зоны резко болезненна. Глазное яблоко – выраженная конъюнктивальная инъекция. Роговица прозрачная, глубжележащие отделы глаза без особенностей.

Диагноз? Причины жалоб? Тактика ведения пациента?

Задача 5

Терапевт районной поликлиники направил на срочную консультацию к офтальмологу женщину 29 лет, которая пришла к нему выписываться после перенесенного гриппа.

После лечения на дому общее состояние пациентки значительно улучшилось, но появились боли над правым глазом, болезненное отведение глаза кнаружи, гиперемия и отек верхнего века. В день обращения больную с утра беспокоила головная боль, появилось двоение рассматриваемых предметов.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,1 sph -3,00 D = 1,0

Visus OS = 0,1 sph -3,00 D = 1,0

Наружный осмотр и биомикроскопия:

OD – глазное яблоко отклонено кнутри и книзу, движение кверху и кнаружи ограничено и болезненно. Пальпация наружного отдела верхнего века резко болезненна. Отмечается гиперемия и отек кожи верхнего века, особенно в наружном отделе, наружный край верхнего века опущен, глазная щель имеет S-образную форму. Гиперемия и отек конъюнктивы свода в верхненаружном отделе. В конъюнктивальный свод выступает увеличенная пальпебральная часть слезной железы. Конъюнктивальная инъекция глазного яблока. В остальном передний отрезок без особенностей.

Отмечается увеличение и болезненность при пальпации предушных лимфоузлов справа.

OS – передний отрезок без особенностей.

Офтальмоскопия OU: глазное дно в пределах нормы.

Диагноз? Причины жалоб? Тактика ведения пациента?

Задача 6

В салон оптики обратился молодой человек 24 лет для подбора новых очков. Работает программистом в крупной компании, в офисе и на дому. В старых очках последний год стал хуже видеть, а новая работа требует большого зрительного напряжения. Последний год появились жалобы на периодическую резь и жжение в глазах, чувства сухости, глаза начинают слезиться в задымленном помещении (в «курилке» на работе) и в ветреную погоду на улице. Ухудшается зрительная работоспособность к вечеру. Хронических заболеваний и аллергии нет.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,08 sph – 4,50 D = 1,0

Visus OS = 0,04 sph – 6,00 D = 1,0

Биомикроскопия:

OU – гиперемия конъюнктивы в экспонируемой зоне глазного яблока (ограниченной краями нормально открытых век), слезный мениск значительно сужен и неравномерный. При окрашивании глазной поверхности лиссаминовым зеленым отмечается точечное прокрашивание экспонированной зоны конъюнктивы глазного яблока (треугольные области у внутреннего и наружного лимба). Роговица прозрачная, глубжележащие отделы глаза без особенностей.

Офтальмоскопия:

OU – миопический конус, больше на левом глазу, артерии сетчатки умеренно сужены, макулярная область и периферия сетчатки без патологии.

Диагноз? Причины жалоб? Рекомендации?

Задача 7

В поликлинику к окулисту обратилась женщина 60 лет с жалобами на появление красного нароста на роговице левого глаза, который появился 2 месяца назад сначала у внутреннего угла глаза, затем начал расти, стал заметен на роговице и даже мешает зрению. Со слов пациентки, изменения в глазу появились после ее летнего отпуска: в течение 4-х месяцев она жила на юге в отеле на берегу моря, с маленьким внуком. По возвращении, в начале осени она заметила изменения в глазу, но не придавала им большого значения. До этого времени она много лет воздерживалась от поездок на юг.

Из сопутствующих заболеваний: периодически поднимается артериальное давление, которое пациентка контролирует препаратами, назначенными терапевтом.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,5 sph + 1.25 D = 1,0

Visus OS = 0,6 sph + 1,00 D = 1,0

Пневмотонометрия:

OD = 17 мм рт.ст.

OS = 18 мм рт.ст.

Биомикроскопия:

OD – придаточный аппарат и передний отрезок без особенностей.

OS – на роговицу с носовой стороны нарастает плоская поверхностная васкуляризированная складка конъюнктивы треугольной формы, доходит до середины расстояния между лимбом и центром оптической зоны. В остальных отделах роговица прозрачная, поверхность ее не нарушена. Глубжележащие отделы без особенностей.

Диагноз? Причины жалоб? Тактика ведения пациента?

Задача 8

К участковому терапевту обратилась женщина 32 лет с жалобами на появившееся накануне покраснение обоих глаз, обильное гнойное отделяемое из глаз, склеивающее ресницы, невозможность открыть глаза утром, сильный зуд в них. 2 дня назад начался сильный насморк. Пациентка сообщила, что в течение последней недели находилась в сельской местности, где помогала родителям закончить сельскохозяйственные работы. Погодные условия были неблагоприятными и произошло переохлаждение. Свое обращение пациентка объяснила невозможностью записаться к офтальмологу. Терапевт перенаправил больную по срочным показаниям к главному врачу.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,9 н/к

Visus OS = 0,9 н/к

Наружный осмотр и биомикроскопия:

OU – веки умеренно гиперемированы, отечные, мягкие, безболезненные при пальпации. Ресницы склеены между собой и «колющие» из-за засохшего на них отделяемого. В конъюнктивальной полости скопление слизисто-гнойного отделяемого. Выраженная гиперемия и отечность конъюнктивы век и глазного яблока. Отмечается увеличение фолликулов в паралимбальной области. Роговица прозрачная, флуоресцеином не окрашивается. Глуболежащие отделы глаза без особенностей.

Диагноз и его обоснование? Тактика ведения пациента?

Задача 9

В кабинет дежурного офтальмолога приемного отделения обратился мужчина 42 лет с жалобами на сильную резь в глазах, боль, светобоязнь. Указанные симптомы появились в день обращения ранним утром на правом глазу, а через несколько часов – и на левом. Пациент также сообщил, что по работе встречался с приезжими из стран Африки, среди которых двое были с красными глазами.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,8 н/к

Visus OS = 0,8 н/к

Наружный осмотр и биомикроскопия:

OU – веки отечные, гиперемированные, глазная щель сужена. Конъюнктива резко отечная (хемоз), гиперемирована, отдельные фолликулы в нижней переходной складке, множественные кровоизлияния петехиальные и в виде отдельных мажков в толще

конъюнктивы и под ней в области век и глазного яблока. По конъюнктиве разбросаны отдельные белые и желтоватые мелкие пятна. Точечные субэпителиальные инфильтраты роговицы в окологлазничной зоне по всей ее окружности. Чувствительность роговицы снижена. Глуболежащие отделы глаза без видимой патологии. Предушные лимфоузлы увеличены и болезненны.

Диагноз и его обоснование? Расскажите о возбудителе данного заболевания.

Тактика ведения пациента?

Задача 10

Дочь привела к офтальмологу отца 82 лет, которого беспокоят резь, периодическое слезотечение, чувство инородного тела в обоих глазах. Близкие отмечают покраснение глаз. Указанные жалобы появились полгода назад, и постепенно интенсивность неприятных ощущений нарастала. Два года назад оба глаза с полугодовым интервалом были прооперированы по поводу катаракты, и были имплантированы искусственные хрусталики. Пациент перенес операции хорошо и в дальнейшем на зрение не жаловался. Он наблюдается у терапевта и кардиолога по поводу артериальной гипертензии и нарушения сердечного ритма. В настоящее время эти заболевания находятся в стадии компенсации.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,8 н/к

Visus OS = 0,9 н/к

Пневмотонометрия:

OD = 19 мм рт.ст.

OS = 18 мм рт.ст.

Наружный осмотр и биомикроскопия:

OU – положение верхних век правильное, ресничный край нижнего века обращен к главному яблоку. При зажмуривании заворот века усиливается. Ресницы касаются конъюнктивы глазного яблока. В месте контакта конъюнктивы глазного яблока гиперемизирована и отечная. В нижней трети роговицы отмечается отек эпителия. Отмечается точечное прокрашивание флуоресцеином нижней половины роговицы и конъюнктивы у нижнего лимба. В остальных отделах роговица прозрачная. Передняя камера глубокая, влага прозрачная. Радужка спокойная. Заднекамерная ИОЛ стоит правильно. Офтальмоскопия OU: глазное дно в пределах нормы.

Диагноз? Тактика ведения пациента?

Тема 3

Заболевания роговой оболочки и склеры

Задача 1

В поликлинику обратился мужчина 50 лет с жалобами на покраснение правого глаза, слезотечение, светобоязнь. Из анамнеза: 3 дня назад, гуляя в парке, получил удар веткой по глазу. К врачу не обращался, лечения не проводил, думал, что пройдет самостоятельно.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,4 н/к

Visus OS = 1,0

Биомикроскопия:

OD – глазная щель сужена, смешанная инъекция глазного яблока. Роговица отечная, в парацентральной области определяется округлый инфильтрат с нечеткими границами, желтоватого цвета, диаметром 4 мм. Флуоресцеиновый тест положительный. В передней камере – полоска гноя. Признаки легкой ирритации радужки. Хрусталик не изменен. Глубжележащие среды без патологии.

OS – спокоен, передний отрезок без особенностей.

Диагноз и его обоснование? Тактика ведения пациента?

Задача 2

В приемное отделение обратился мужчина 65 лет с жалобами на снижение зрения левого глаза, слезотечение, светобоязнь. Снижение зрения отмечает последние 2-3 недели, особого внимания не обращал, глаз сильно не болел и не краснел. Последнее время стал обращать внимание на слабость, потливость, субфебрилитет и легкий периодический кашель.

Данные осмотра:

Visus OD = 1,0

Visus OS = 0,2 н/к

Биомикроскопия:

OD – спокоен, передний отрезок без особенностей.

OS – умеренно выраженная смешанная инъекция. В центральной зоне роговицы в глубоких слоях определяются инфильтраты желтовато-серого цвета с нечеткими границами, к ним тянутся ветвящиеся сосуды. Новообразованные сосуды также перекидываются через лимб и распространяются на поверхностные слои роговицы. На эндотелии роговицы просматриваются крупные желтоватые преципитаты. В передней камере гипопион 4 мм. Рисунок радужки слегка стушеван. Зрачок 4 мм. Глубже лежащие среды не просматриваются.

Диагноз и его обоснование? Тактика ведения пациента? Исход заболевания?

Задача 3

В поликлинику обратился мужчина 40 лет с жалобами на боль в правом глазу, снижение зрения, слезотечение, светобоязнь, невозможность открыть глаз. Жалобы появились 2 дня назад. Работает сантехником. К врачу не обращался.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,02 н/к

Visus OS = 1,0

Биомикроскопия:

OD – смешанная инъекция и выраженный хемоз конъюнктивы. Роговица отечная, утолщена в 3-4 раза, передние слои отслаиваются и свисают в виде нитей, визуализируется округлый инфильтрат белесовато-серого цвета с нечеткими границами, диаметром 8 мм. В передней камере жидкий гипопион сероватого цвета 4 мм. Глубже лежащие среды не просматриваются.

OS – спокоен, передний отрезок без особенностей.

Диагноз и его обоснование? Лечение пациента?

Задача 4

В приемное отделение обратился мужчина 35 лет с жалобами на боли в левом глазу, светобоязнь, слезотечение и снижение зрения. Несколько дней назад в глаз что-то

попало. После того, как глаз потер и выделилось много слезы, состояние улучшилось. К врачу не обращался, в глаз ничего не капал. Через 4 дня появились описанные жалобы.

Данные осмотра:

Visus OD = 1,0

Visus OS = 0,5 н/к

Биомикроскопия:

OD – спокоен, передний отрезок без особенностей.

OS – смешанная инъекция. Роговица отечная, инфильтрат до глубоких слоев стромы желтоватого цвета, вытянутой формы, с нечеткими границами, с одной стороны край «подрытый», с другой «пологий». Флуоресцеиновый тест положительный. В передней камере гипопион желтоватого цвета 3 мм. Признаки легкой ирритации радужки. Зрачок узкий, на свет почти не реагирует. Хрусталик прозрачный. Рефлекс с глазного дна розовый.

Диагноз и его обоснование? Лечение пациента?

Задача 5

В медпункт обратился мужчина 45 лет, по профессии комбайнер, с жалобами на покраснение правого глаза, боль, слезотечение, светобоязнь. Из анамнеза: несколько дней назад работал в поле, убирал пшеницу. Через день глаз покраснел, сосед посоветовал закапать капли дексаметазона. Сначала было улучшение, а затем появились указанные жалобы.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,05 н/к

Visus OS = 1,0

Биомикроскопия:

OD – смешанная инъекция. На роговице виден округлый инфильтрат серовато-белого цвета с крошкообразной, рыхлой, легко отслаивающейся поверхностью и желтоватой каймой диаметром 7 мм. Вокруг демаркационная линия. По периферии появляются новообразованные сосуды. В передней камере гипопион 3 мм. Из-за отека роговицы радужка и глубже лежащие среды не просматриваются.

OS – спокоен, передний отрезок без особенностей.

Диагноз и его обоснование? Лечение пациента?

Задача 6

В приемный покой обратилась женщина с жалобами на снижение зрения левого глаза, небольшое слезотечение и светобоязнь. Недавно прилетела с отдыха в теплых странах, слегка простудилась.

Данные осмотра:

Visus OD = 1,0

Visus OS = 0,3 н/к

Биомикроскопия:

OD – спокоен.

OS – небольшая смешанная инъекция. В роговице в оптической зоне в глубоких слоях стромы определяется инфильтрат в виде диска с нечеткими границами размером 7 мм, десцеметит, утолщение эндотелия. Чувствительность роговицы снижена. Флуоресцеиновый тест отрицательный. Влага передней камеры прозрачная. Признаки ирритации радужки, рисунок ступенчатый. Зрачок узкий. Хрусталик прозрачный. Глуболежащие среды не просматриваются.

Диагноз и его обоснование? Лечение пациента?

Задача 7

К офтальмологу обратился студент с жалобами на боль в левом глазу, слезотечение, умеренно выраженную светобоязнь. 2 недели назад перенес гнойный конъюнктивит с небольшим количеством отделяемого, лечился нерегулярно. Отделяемого из глаза больше нет, но появились данные жалобы.

Данные осмотра:

Visus OD = 1,0

Visus OS = 1,0

Биомикроскопия:

OD – спокоен.

OS – неравномерная перикорнеальная инъекция. По периферии роговицы определяются точечные инфильтраты белесоватого цвета, с нечеткими границами, местами сливающиеся. Флуоресцеиновый тест положительный. Передняя камера не изменена, влага прозрачная. Радужка в цвете, рисунке не изменена, зрачок умеренно сужен, фото-реакция снижена. Хрусталик прозрачный во всех слоях.

Офтальмоскопия ОУ: глазное дно в пределах нормы.

Диагноз и его обоснование? Лечение пациента?

Задача 8

В приемное отделение обратился мужчина с жалобами на небольшие боли в правом глазу, снижение зрения, умеренные светобоязнь и слезотечение. Неделю назад перенес острую респираторно-вирусную инфекцию. Капал капли в нос «от насморка», пил чай с медом. Затем появились указанные жалобы.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,6 н/к

Visus OS = 1,0

Биомикроскопия:

OD – умеренно выраженная смешанная инъекция. На роговице в оптической зоне инфильтрат белесоватого цвета в виде пузырьков, сливающихся в причудливой формы – веточку. Флуоресцеиновый тест положительный. Чувствительность роговицы снижена. Радужка не изменена. Глубжележащие отделы глаза без особенностей.

OS – спокоен, передний отрезок без особенностей.

Офтальмоскопия OU: глазное дно в пределах нормы.

Диагноз и его обоснование? Лечение пациента?

Задача 9

В поликлинику обратился мужчина 70 лет с жалобами на снижение чувствительности левого глаза к ветру и холоду. Жалобы появились после перенесенного 3 недели назад нарушения мозгового кровообращения.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,9 н/к

Visus OS = 0,1 н/к

Биомикроскопия:

OD – конъюнктивa спокойная, роговица прозрачная. Радужка субатрофична, небольшие помутнения хрусталика в кортикальных слоях.

OS – конъюнктивa спокойная. Роговица слегка отечна, в центре – округлая резко очерченная плоская язва сероватого цвета диаметром 8 мм. По периферии просматривается узкий пояс прозрачной роговицы. Чувствительность роговицы резко снижена. Флуоресцеиновый тест положительный. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка не изменена, хрусталик – начальные помутнения в кортикальных слоях.

Офтальмоскопия:

OD – глазное дно в пределах нормы.

OS – рефлекс розовый, детали за флером.

Диагноз и его обоснование? Лечение пациента?

Задача 10

В поликлинику обратилась женщина 25 лет с жалобами на появление небольшого синюшного болезненного узелка на «белке» правого глаза.

Данные осмотра:

Visus OD = 1,0

Visus OS = 1,0

Биомикроскопия:

OD – в верхне-наружном отделе глазного яблока на 10 часах в 6 мм от лимба определяется ограниченная припухлость конъюнктивы с синюшным оттенком в виде узелка без четких границ. Конъюнктив над узелком гиперемирована, подвижна. Узелок болезненный. Роговица прозрачная, сферична. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка в цвете и рисунке не изменена. Хрусталик прозрачный во всех слоях.

OS – спокоен, передний отрезок без особенностей.

Офтальмоскопия OU: глазное дно в пределах нормы.

Диагноз и его обоснование? Тактика ведения пациента?

Тема 4.

Заболевания сосудистой оболочки

Задача 1

Женщина 32 лет обратилась к офтальмологу с жалобами на «затуманивание» зрения и снижение остроты зрения левого глаза, его покраснение, ощущение тяжести в левом виске. Жалобы отмечает около недели, связывает с повышенной зрительной нагрузкой на работе. Подобного состояния раньше не испытывала. Травмы, операции на глазах отрицает, капли не закапывает. В анамнезе: частые ОРВИ. В данный момент обострился *Herpes labialis*.

Данные осмотра:

Visus OD = 1,0

Visus OS = 0,8 – 0,9 н/к

Пневмотонометрия:

OD = 17 мм рт.ст.

OS = 14 мм рт.ст.

Биомикроскопия:

OD – передний отрезок без особенностей.

OS – слабо выраженная смешанная инъекция глазного яблока. Роговица прозрачная, запотелость эндотелия, на эндотелии множественные пылевидные преципитаты. Передняя камера средней глубины, равномерная, опалесценция влаги. Рисунок радужки ступенчатый, сосуды ее расширены, зрачок неправильной формы. После инстилляций раствора фенилэфрина с тропикамидом зрачок расширяется несимметрично, зрачковый край радужки фиксирован к передней капсуле хрусталика на 12, 7 и 9 часах. Отложение пигмента на передней капсуле хрусталика по окружности диаметром 3 мм.

Офтальмоскопия ОУ: рефлекс розовый.

Диагноз? План обследования пациента? Лечение пациента?

Задача 2

Мужчина 45 лет обратился в отделение неотложной помощи с жалобами на покраснение правого глаза, снижение его остроты зрения, выраженную светобоязнь, болезненность. Жалобы возникли 2 дня назад. Ранее подобных состояний не было. Глазные травмы и операции отрицает. Из анамнеза известно, что пациент около 1,5 лет наблюдается с диагнозом «болезнь Бехтерева», получает препарат адалимумаб (цитостатик).

Данные осмотра:

Visus OD = 0,5 н/к

Visus OS = 1,0

Пневмотонометрия:

OD = 21 мм рт.ст.

OS = 18 мм рт.ст.

Биомикроскопия:

OD – выраженная смешанная инъекция глазного яблока, реактивная гиперемия конъюнктивы век. Роговица прозрачная, поверхность гладкая, блестящая, не окрашивается флуоресцеином. Густая запотелость эндотелия, тотально множественные средние и мелкие преципитаты. Передняя камера средней глубины, гипопион 2,5 мм, нити фибрина во влаге. Радужка отечна, сосуды ее расширены. Зрачок узкий, круглый, реакция на свет отсутствует. Задняя круговая синехия. На передней капсуле хрусталика в просвете зрачка пленка фибрина. Хрусталик и глубжележащие отделы не визуализируются из-за состояния переднего отрезка.

OS – передний отрезок без особенностей, рефлекс с глазного дна розовый.

Диагноз? План обследования пациента? Лечение пациента?

Задача 3

Мужчина 47 лет обратился к офтальмологу окружного центра с жалобами на покраснение, снижение зрения, слезотечение, светобоязнь, болезненность обоих глаз, больше справа. Жалобы возникли 2 недели назад внезапно после пробуждения. Лечился в поликлинике по месту жительства, закапывал капли антибиотик+дексаметазон, индометациновые капли. На фоне лечения отмечалась отрицательная динамика, в связи с чем был направлен в окружной центр для дообследования и коррективной медикаментозной терапии. Глазные травмы и операции отрицает. При подробном расспросе выяснилось, что подобные жалобы, но меньшей выраженности, были около года назад, к врачу тогда

не обращался. Также обращают на себя внимание постоянное покашливание, потливость и худоба пациента.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,5 н/к

Visus OS = 0,3 н/к

Пневмотонометрия:

OD = 22 мм рт.ст.

OS = 21 мм рт.ст.

Биомикроскопия:

OU – выраженная смешанная инъекция глазного яблока, реактивная гиперемия конъюнктивы век. Роговица прозрачная, поверхность гладкая, блестящая, не окрашивается флуоресцеином. OD – густая запотелость эндотелия, тотально множественные крупные салые преципитаты. OS – на эндотелии старые пигментированные преципитаты.

OU – передняя камера средней глубины, небольшая опалесценция влаги. OD – радужка отечна, сосуды ее расширены. На передней поверхности радужки на 8–10 часах узелки Буссака, контактирующие с роговицей. Зрачок узкий, круглый, реакция на свет снижена, задняя круговая синехия. По зрачковому краю от 9 до 11 часов множественные сливающиеся узелки Кеппе.

OS – радужка структурна, зрачок узкий, круглый, реакция на свет снижена, задняя круговая синехия.

OU – негрубые помутнения передней и задней капсул хрусталика. В стекловидном теле интенсивные плавающие помутнения, в OD – взвесь клеток.

Офтальмоскопия:

OD (за «густым флером») – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, ход и калибр сосудов не изменен. В макуле отек, периферические отделы не офтальмоскопируются из-за состояния переднего отдела и стекловидного тела.

OS – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, ход и калибр сосудов не изменен. Макула и периферия сетчатки без видимых патологических изменений.

Диагноз? План обследования пациента? Лечение пациента?

Задача 4

Мужчина 32 лет предъявляет жалобы на снижение зрения, покраснение, светобоязнь левого глаза. Вышеуказанные жалобы возникли 3 дня назад после посещения

сауны, данное состояние отмечает впервые. Глазные травмы и операции отрицает. Из анамнеза известно, что месяц назад обследован у уролога, выставлен диагноз «Уретрит неясной этиологии», от сдачи мазка пациент отказался. В течение последнего месяца также отмечает периодическую болезненность в голеностопном и коленном суставах левой ноги, ни с чем не связывает, не обследовался.

Данные осмотра:

Visus OD = 1,0

Visus OS = 0,9 н/к

Пневмотонометрия:

OU = 13 мм рт.ст.

Биомикроскопия:

OD – спокоен, оптические среды прозрачны.

OS – слабовыраженная смешанная инъекция глазного яблока, реактивная гиперемия конъюнктивы век. Роговица прозрачная, поверхность гладкая, блестящая, не окрашивается флуоресцеином. Запотелость эндотелия, тотально пылевидные преципитаты. Передняя камера средней глубины, влага опалесцирует. Радужка отечна, сосуды ее расширены. Зрачок узкий, неправильной формы за счет задних синехий на 1 и 4 часах, реакция на свет снижена. Хрусталик прозрачный.

Офтальмоскопия OU: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, ход и калибр сосудов не изменен. Макулярная область и периферия сетчатки без видимых патологических изменений.

Диагноз? Дайте краткую характеристику общего (не офтальмологического) заболевания. План ведения пациента?

Задача 5

Женщина 30 лет направлена терапевтом в связи с жалобами на покраснение и снижение остроты зрения обоих глаз. Пациентка постоянно проживает во Вьетнаме, русский язык знает плохо, сбор анамнеза затруднен. С ее слов, 2 недели назад возникла головная боль, слабость, «ломота» в мышцах. Лечилась самостоятельно народными средствами. Сегодня поднялась температура до 38,1 °С, снизилась острота зрения, в связи с чем обратилась к терапевту. Глазные травмы и операции отрицает. При наружном осмотре: очаговая депигментация кожи на предплечьях.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,2 н/к

Visus OS = 0,2 н/к

Пневмотонометрия:

OD = 15 мм рт.ст.

OS = 16 мм рт.ст.

Биомикроскопия:

OU – выраженная смешанная инъекция глазного яблока, реактивная гиперемия конъюнктивы век. Роговица прозрачная, поверхность гладкая, блестящая, не окрашивается флуоресцеином. Выраженная запотелость эндотелия, тотально множественные мелкие преципитаты. Передняя камера средней глубины, во влаге нити фибрина. Радужка отечна, сосуды ее расширены. Зрачок узкий, неправильной формы за счет задних синехий на 2 и 6 часах, реакция на свет снижена. Выраженные помутнения задних слоев хрусталика.

Офтальмоскопия OU: рефлекс розовый, детали не просматриваются из-за состояния переднего отрезка глаз.

Диагноз? Дайте краткую характеристику синдрома. План ведения пациента?

Задача 6

На приеме с мамой мальчик 5 лет. Со слов мамы, полгода назад впервые заметила «белую полоску» на правом глазу. К врачу не обращались. Неделью назад заметила, что ребенок перестал рисовать, плохо видит вблизи. У офтальмолога ранее не обследовались.

Педиатрический анамнез: ребенок от 1-й беременности, у матери вагинальный кандидоз во время беременности, угроза прерывания на 12-й неделе, роды срочные, осложнены обвитием пуповины вокруг туловища. Масса тела при рождении 2 900 г.

Данные осмотра:

Visus OU предметное.

Пневмотонометрия:

OU = 19 мм рт.ст.

Биомикроскопия:

OU – спокойны. Поверхностное помутнение роговицы в виде полоски с 3 до 9 часов. Запотелость эндотелия роговицы, диффузные пылевидные преципитаты. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужная оболочка: рисунок сглажен, зрачок деформирован за счет синехий, фотореакция ослаблена. Помутнения хрусталика в задних слоях. В стекловидном теле плавающие и фиксированные помутнения.

Офтальмоскопия:

OU – за флером, ДЗН монотонный, проминирует, границы нечеткие, детали глазного дна не просматриваются из-за состояния переднего отдела.

Диагноз? Дайте краткую характеристику заболевания. План обследования пациента? Лечение пациента?

Задача 7

Молодой человек 23 лет обратился к офтальмологу с жалобами на снижение остроты зрения правого глаза. Жалобы появились около года назад. Терапевтический анамнез и наследственность не отягощены.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,8 н/к

Visus OS = 1,0

Пневмотонометрия:

OU = 15 мм рт.ст.

Биомикроскопия:

OD спокоен. Роговица прозрачная, поверхность гладкая, блестящая, не окрашивается флуоресцеином. На эндотелии по всей площади «звездчатые» преципитаты. Передняя камера средней глубины, влага прозрачна. Радужная оболочка структурная, сектор с 9 до 12 часов имеет более светлый оттенок. Зрачок округлый, реакция на свет сохранена. Начальные помутнения в задних слоях хрусталика.

OS – передний отрезок без особенностей.

Офтальмоскопия OU: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, ход и калибр сосудов не изменен. Макула и периферия сетчатки без видимых патологических изменений.

Диагноз? Дайте краткую характеристику заболевания. Проведите дифференциальный диагноз.

Задача 8

Мужчина 45 лет обратился к офтальмологу с жалобами на резкое болезненное снижение зрения левого глаза накануне вечером. Сначала заметил мелькание «молний» перед левым глазом, затем возник «туман» и выраженная светобоязнь.

Глазные травмы и операции отрицает, очки никогда не носил. Из анамнеза известно, что наблюдается у оториноларинголога с грибковым поражением пищевода, у дерматолога – с диагнозом «саркома Капоши».

Данные осмотра:

Visus OD = 1,0

Visus OS = 1/∞ pr. l. incerta

Пневмотонометрия:

OD = 15 мм рт.ст.

OS = 10 мм рт.ст.

Биомикроскопия:

OD – передний отрезок без особенностей.

OS – смешанная инъекция глазного яблока. Роговица прозрачная, пылевидные преципитаты на эндотелии. Передняя камера средней глубины, влага слегка опалесцирует. Умеренный отек радужки, зрачок слабо реагирует на свет, округлый. Множественные точечные преципитаты на задней капсуле хрусталика. В стекловидном теле плавающие пленчатые помутнения в нижних отделах с формирующимися конгломератами.

Офтальмоскопия:

OD – глазное дно в пределах нормы.

OS – за флером из-за воспалительных изменений стекловидного тела. ДЗН бледный, границы нечеткие, проминирует в стекловидное тело. Ретинальные артерии узкие, неравномерного калибра, на периферии резко сужены с прерывистым током крови в них. Вены неравномерного калибра. В макулярной зоне световой рефлекс сглажен, участок депигментации. На периферии сетчатки – множественные сливные очаги желто-белого цвета с нечеткими границами, больше в наружных и нижних отделах глазного дна.

Диагноз? Дайте краткую характеристику заболевания. План ведения пациента?

Задача 9

Женщина 26 лет обратилась к офтальмологу с жалобами на снижение зрения левого глаза в течение двух недель. Работает в питомнике животных, проживает с 4 кошками в загородном доме. Глазные травмы и операции отрицает, очки не носила. Терапевтический анамнез не отягощен.

Данные осмотра:

Visus OD = 1,0

Visus OS = 0,3 н/к

Пневмотонометрия:

OU = 15 мм рт.ст.

Биомикроскопия OU: спокойны, передний отрезок без особенностей.

Офтальмоскопия:

OD – глазное дно в пределах нормы.

OS – ДЗН бледно-розовый, с четкими границами. В макулярной области 2 проминирующих фокуса размером, как ДЗН, с нечеткими контурами, белесоватого цвета. На периферии сетчатки множественные старые атрофические хориоретинальные очаги с пигментом.

Диагноз? Дайте краткую характеристику заболевания. План ведения пациента?

Тема 5.

Патология хрусталика и стекловидного тела

Задача 1

В офтальмологическую клинику обратился мужчина 60 лет с жалобами на постепенное снижение зрения, изменение цветовосприятия (по словам пациента, краски стали более тусклые) в течение 2-х последних лет. Это особенно заметно и дискомфортно во время вождения автомобиля в вечернее время и в его работе профессиональным фотографом. Со слов пациента, он всегда имел хорошее зрение, с 45-летнего возраста использует плюсовые очки для работы вблизи.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,6 н/к

Visus OS = 0,7 н/к

Пневмотонометрия:

OD = 16 мм рт.ст.

OS = 15 мм рт.ст.

Биомикроскопия OU:

конъюнктива не изменена. Роговица прозрачная, блестящая. Передняя камера средней глубины, влага ее прозрачная. В хрусталике определяются выраженные кортикальные помутнения и начальные в ядре, больше справа. Стекловидное тело без видимых помутнений.

Офтальмоскопия OU: глазное дно в пределах нормы.

Диагноз? Тактика ведения пациента?

Задача 2

Пациентка 60 лет обратилась к офтальмологу с жалобами на снижение зрения обоих глаз. Зрение снижалось постепенно в течение 2-х лет, но особенно сильно ухудшилось за последний год. 10 лет назад ей был поставлен диагноз «сахарный диабет 2-го типа», наблюдается у эндокринолога.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,2 н/к

Visus OS = 0,3 н/к

Пневмотонометрия:

OU = 18 мм рт.ст.

Биомикроскопия OU:

конъюнктива спокойная, роговица прозрачная. Радужка субатрофичная, пигментная кайма сохранена, зрачок реагирует на свет.

Хрусталик: помутнение в задних кортикальных слоях и под задней капсулой, более интенсивное справа.

Офтальмоскопия OU: центральная зона глазного дна «за флером», на периферии – единичные микроаневризмы.

Диагноз? Патогенез заболевания? Тактика ведения пациента?

Задача 3

На прием к офтальмологу обратился юноша 17 лет для решения вопроса о коррекции зрения. Плохое зрение с детства. Носит очки – 4,00 D на оба глаза, но в последнее время отмечает ухудшение зрения в очках. Обращает на себя внимание внешний вид пациента: высокий рост (190 см), астеническое телосложение, арахнодактилия (аномально удлиненные и узкие по сравнению с ладонью пальцы).

Данные осмотра:

Visus OD = 0,06 sph -5,50D = 1,0

Visus OS = 0,06 sph -5,50D = 1,0

Биомикроскопия OU:

оптические среды прозрачные, передняя камера неравномерной глубины, отмечается незначительный иридофакодонез (дрожание радужки и хрусталика) при резком движении глаз. Хрусталик и стекловидное тело прозрачные.

Офтальмоскопия OU (узкий зрачок): вокруг ДЗН миопический конус, кровеносные сосуды не изменены, макулярная область без видимой патологии.

Диагноз? Патогенез глазных изменений? Тактика ведения пациента?

Задача 4

К офтальмологу обратились родители двухмесячного ребенка, которые заметили, что у дочки неестественно серые зрачки и отсутствие реакции слежения за двигающимся перед глазами предметом. У матери ребенка сахарный диабет 1-го типа. Беременность протекала нормально.

Диагноз? Тактика ведения маленького пациента?

Задача 5

В клинику обратился молодой человек 25 лет с жалобами на резкое снижение зрения в течение последнего месяца, нарастание «ощущения тумана», «мути» перед правым глазом, недавно заметил, что зрачок стал белого цвета. Два месяца назад во время уличной драки получил сильный удар в область правого глаза. На тот момент самочувствие и зрение было нормальным, поэтому за медицинской помощью не обратился.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,04 н/к

Visus OS = 1,0

Пневмотонометрия:

OD = 20 мм рт.ст.

OS = 14 мм рт.ст.

Биомикроскопия:

OD – перикорнеальная инъекция глазного яблока, небольшой отек роговицы, передняя камера мельче, чем на OS, влага ее прозрачная, хрусталик неравномерно мутный, особенно в передних кортикальных слоях, помутнения носят перламутровый оттенок.

OS – передний отрезок без особенностей.

Офтальмоскопия:

OD – глазное дно не офтальмоскопируется.

OS – глазное дно в пределах нормы.

Диагноз? Тактика ведения пациента?

Задача 6

На прием к офтальмологу обратился молодой человек 28 лет для решения вопроса о коррекции зрения. Два года назад в результате аварии он получил ранение левого

глаза, была удалена посттравматическая катаракта, но искусственный хрусталик не имплантировали в связи с тяжелым состоянием глаза на момент операции. Пользуется очками +2,00 D на правый глаз и +5,00 D на левый. Более сильную очковую коррекцию левого глаза не переносит.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,6 sph +2,00 D = 1,0

Visus OS = 0,01 sph +11,00 D = 0,9

Пневмотонометрия:

OD = 17 мм рт.ст.

OS = 14 мм рт.ст.

Диагноз? Возможные варианты оптической коррекции у данного пациента?

Задача 7

Находясь на приеме у терапевта по поводу сахарного диабета, пациентка 60 лет пожаловалась на появление вспышек, искр, молний при движении глаз, особенно заметных в темное время суток. Терапевт направил пациентку к офтальмологу.

Данные осмотра офтальмолога:

Visus OD = 0,8 н/к

Visus OS = 0,7 н/к

Пневмотонометрия:

OD = 17 мм рт.ст.

OS = 16 мм рт.ст.

Предварительный диагноз? Патогенез данного состояния? Тактика ведения пациента?

Задача 8

Из отдаленного поселка в Новгородской области родственники привезли в офтальмологическую клинику женщину 65 лет с жалобами на низкое зрение обоих глаз. Зрение снижалось постепенно приблизительно в течение 3-х лет, правый глаз плохо видит уже два года, а зрение левого глаза значительно ухудшилось в последнее время.

Данные осмотра:

Visus OD = 1/∞ pr. l. certa

Visus OS = 0,1 н/к

Тонометрия по Маклакову:

OD = 21 мм рт.ст.

OS = 20 мм рт.ст.

Биомикроскопия:

OU – спокойны, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная.

OD – хрусталик равномерно серого оттенка, диффузно мутный, при боковом фокальном освещении тень от радужки не определяется, рефлекс с глазного дна нет.

OS – хрусталик неравномерно мутный в центральных слоях, передние кортикальные слои полупрозрачные, при боковом фокальном освещении в области зрачка видна тень от радужки, рефлекс с глазного дна ослаблен.

Диагноз? Тактика ведения пациента?

Задача 9

К вам за советом обратился ваш знакомый 65 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. Однако за последний год отмечает снижение зрения, в большей степени на правом глазу. Жалоб на общее состояние здоровья не предъявляет, хронические заболевания отрицает.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,5 н/к

Visus OS = 0,7 н/к

Пневмотонометрия:

OD = 16 мм рт.ст.

OS = 15 мм рт.ст.

Предварительный диагноз? Тактика ведения пациента?

Задача 10

К офтальмологу обратилась молодая женщина 30 лет, обеспокоенная появлением перед глазами серых и черных точек, «червячков», которые особенно заметны на светлом фоне. Количество точек увеличивалось постепенно в течение нескольких лет.

Из анамнеза: имеет близорукость с детства, носит очки -5,00 D на оба глаза.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,08 sph -5,00 D = 1,0

Visus OS = 0,08 sph -5,00 D = 1,0

Пневмотонометрия:

OD = 14 мм рт.ст.

OS = 15 мм рт.ст.

Биомикроскопия OU:

конъюнктива спокойная, роговица, влага передней камеры и хрусталик прозрачные.

В стекловидном теле единичные помутнения.

Офтальмоскопия OU (с широким зрачком):

ДЗН бледно-розовый, миопический конус, макулярный и фовеолярный рефлекс сохранены, макулярная зона и периферия сетчатки без видимых изменений.

Предварительный диагноз? Причина жалоб? Тактика ведения пациента?

Тема 6

Глаукома

Задача 1

К офтальмологу обратился мужчина 67 лет с жалобами на снижение зрения обоих глаз, из-за чего стал испытывать затруднения при выполнении привычной работы: вождение машины, просмотр телевизора, чтение. Зрение снижалось постепенно в течение последних двух лет. Имеет очки для чтения +2,00 D. Раньше у офтальмолога не лечился. Наследственные глазные заболевания отрицает.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,2 sph +1,50 D = 0,5

Visus OS = 0,3 н/к

Пневмотонометрия:

OD = 18 мм рт.ст.

OS = 21 мм рт.ст.

Биомикроскопия ОУ:

придаточный аппарат без особенностей, глаза спокойные, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Выраженная дистрофия радужки, больше на левом глазу (деструкция пигментной каймы зрачка, распыление пигмента по поверхности радужки, на OS – псевдоэксфолиации по зрачковому краю). Зрачок диаметром примерно 2,5 – 3,0 мм, в хрусталике (в пределах узкого зрачка) имеется уплотнение ядра.

Офтальмоскопия ОУ:

ДЗН бледный, с четкими границами. Сосудистый пучок в центре диска, на левом глазу немного смещен в носовую сторону. Макулярная область просматривается с трудом из-за узкого зрачка.

О каких глазных заболеваниях можно думать у данного пациента и какие дополнительные исследования нужно провести?

Задача 2

Пациентка 60 лет обратилась утром в кабинет неотложной глазной помощи городской больницы с жалобами на сильные боли в левом глазу и левой половине головы, которые появились ночью, одновременно повысилось артериальное давление. Зрение левого глаза резко снизилось. Два дня назад пережила дома стрессовую ситуацию. Раньше по поводу глаз не лечилась. В оптике подбирала очки для дали и близи.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,5 sph +2,00 D = 1,0

Visus OS = 0,04 н/к

Пневмотонометрия:

OD = 17 мм рт.ст.

OS = 47 мм рт.ст.

Наружный осмотр и биомикроскопия:

OD – спокоен, роговица прозрачная, передняя камера несколько мельче нормы, влага прозрачная. Радужка не изменена. Зрачок диаметром 2 мм. Хрусталик, стекловидное тело прозрачные (в пределах узкого зрачка).

OS – глазная щель сужена, веки отечные, мягкие, безболезненные. Глаз пальпаторно твердый, как камень, и резко болезненный. Выраженная застойная инъекция глазного яблока. Роговица отечная, передняя камера мелкая, рисунок радужки стушеван, расширены отдельные сосуды. Зрачок в виде вертикального овала, неправильной формы ~ 5х6 мм.

Офтальмоскопия:

OD – глазное дно в пределах нормы.

OS – рефлекс с глазного дна ослаблен, тускло-розовый, просматриваются очертания диска зрительного нерва, остальные детали не видны.

Предварительный диагноз и его обоснование? Тактика ведения пациента?

Задача 3

На прием к детскому офтальмологу обратилась мать с трехмесячным ребенком. Со слов матери, ребенок ведет себя беспокойно, жмурит глаза в освещенном помещении, трет глаза кулачками, отмечается слезотечение.

Наружный осмотр и биомикроскопия OU:

сужение глазной щели из-за отека век (при пальпации веки мягкие, инфильтрации нет, умеренно гиперемированы из-за трения, светобоязни). Роговица мутная, отечная,

обращает на себя внимание ее увеличенный диаметр до ~ 12 мм. Передняя камера глубокая, влага прозрачная, зрачок ~ 4 мм, круглый, вяло реагирующий на свет. Хрусталик, стекловидное тело прозрачные.

Офтальмоскопия ОУ:

ДЗН бледно-розовый, границы его четкие, Э/Д = 0,5-0,6, очаговой патологии не выявлено.

ВГД ОУ пальпаторно повышено (Т++).

Диагноз? Патогенез заболевания? Тактика ведения пациента?

Задача 4

Терапевт направил к офтальмологу пациентку 53 лет для подтверждения диагноза гипертонической болезни и уточнения стадии заболевания.

Со стороны глаз пациентка жалоб не предъявляет, отмечает только, что периодически по утрам бывает затуманивание зрения, которое проходит через час-полтора. У родных хронических глазных болезней не было, только бабушка по линии отца в старости была слепа. Причина слепоты не известна. Пациентка полгода назад приобрела в оптическом киоске торгового центра очки для чтения +1,50 D.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,5 sph +2,25 D = 1,0

Visus OS = 0,4 sph + 2,50 D = 1,0

Пневмотонометрия:

OD = 21 мм рт.ст.

OS = 20 мм рт.ст.

Биомикроскопия ОУ:

глаза спокойны, роговица прозрачная. Передняя камера мельче средней, влага прозрачная. Радужка в цвете и рисунке не изменена. Зрачок ~ 2.0 мм. Хрусталик прозрачный в пределах узкого зрачка.

Офтальмоскопия ОУ:

рефлекс с глазного дна ослаблен, ДЗН бледно-розовый, границы четкие, сосудистый пучок в центре. Другие детали глазного дна не просматриваются из-за узкого зрачка.

Тактика обследования пациента для постановки диагноза? Возможное лечение?

Задача 5

На прием к детскому офтальмологу обратилась женщина с сыном 14 лет. Семья переехала в другой район города, а по прежнему месту жительства мальчик состоял на учете у глазного врача с раннего детского возраста и раз в год проходил диспансеризацию. Жалоб на зрение не предъявляет, носит очки -3,00 D постоянно.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,1 sph -3,50 D = 0,8

Visus OS = 0,1 sph -3,50 D = 1,0

Пневмотонометрия:

OD = 26 мм рт.ст.

OS = 19 мм рт.ст.

При проведении кинетической периметрии отмечается сужение поля зрения с носовой стороны на правом глазу до 35° от точки фиксации. Поле зрения левого глаза без патологии.

На лице справа имеет место обширная кожная ангиома синюшно-розового цвета, захватывающая кожу лба, супраорбитальную область, верхнее веко и частично щеку. Слева ткани, окружающие орбиту, и придаточный аппарат глаза без патологии.

Биомикроскопия:

OD – расширены и извиты сосуды конъюнктивы и эписклеры. Роговица прозрачная. Передняя камера глубокая, влага прозрачная. Умеренно выраженная дистрофия радужки, зрачок ~ 5 мм, вяло реагирует на свет. Хрусталик, стекловидное тело прозрачные.

OS – спокоен, оптические среды прозрачные.

Офтальмоскопия:

OD – деколорированный ДЗН с глубокой расширенной экскавацией, сосуды сетчатки умеренно сужены. Очаговой патологии нет.

OS – глазное дно в пределах нормы.

Диагноз и его обоснование? Патогенез заболевания? Тактика ведения пациента?

Задача 6

К офтальмологу обратился мужчина 62 лет с жалобами на низкое зрение левого глаза. Снижение зрения обнаружил случайно, закрыв правый глаз, понял, что левым глазом видит значительно хуже, чем раньше. Со слов пациента, он проходил диспансеризацию в этой же поликлинике год назад, глазной врач поставил диагноз начальной

катаракты и рекомендовал закапывать витаминные капли. Имеет очки для чтения +2,50 D. На вопрос, были ли среди близких родственников больные хроническими глазными заболеваниями, вспомнил, что у маминой сестры была глаукома, и она постоянно лечилась.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,8 sph +0,50 D = 1,0

Visus OS = 0,2 н/к

Пневмотонометрия:

OD = 24 мм рт.ст.

OS = 36 мм рт.ст.

Кинетическая периметрия:

на правом глазу границы поля зрения в пределах нормы, а на левом сужены до 30–25° от точки фиксации с верхне-носовой и носовой стороны.

Гониоскопия:

открытый и широкий УПК на двух глазах, но более интенсивная пигментация дренажной зоны на левом глазу.

Биомикроскопия:

OD – умеренно-выраженная дистрофия радужки, факосклероз;

OS – расширение передних цилиарных сосудов склеры, выраженные дистрофические изменения радужки, факосклероз.

Офтальмоскопия:

OD – глазное дно в пределах нормы;

OS – деколорация ДЗН, расширенная и глубокая экскавация: Э/Д ~ 0,6-0,7; сужение сосудов сетчатки на левом глазу.

Диагноз? Тактика ведения пациента?

Задача 7

В медицинский центр к офтальмологу обратилась женщина 57 лет с глаукомой. Диагноз «ПОУГ» ей поставили год назад в поликлинике по месту жительства и назначили лечение: закапывать в оба глаза тимолол 0,5% 2 раза в день. Полгода назад пациентка уже обращалась в данный медицинский центр для контроля за заболеванием, так как в свою поликлинику к окулисту записаться было очень сложно. Настоящий визит был запланирован офтальмологом медицинского центра. Пациентка жалуется на периодическое затуманивание зрения утром, которое проходит в дневные часы, сухость, жжение в глазах, наступающие после длительной зрительной работы.

Данные осмотра:

Visus OD = 1,0

Visus OS = 0,5 sph +1,00 D = 1,0

Тонометрия по Маклакову:

OD = 23 мм рт.ст.

OS = 28 мм рт.ст.

Периметрия:

контроль за состоянием поля зрения проводится с помощью исследования центрального поля зрения статическим методом. На правом глазу поле зрения не изменилось, но на левом отмечается отрицательная динамика.

Суточная тонометрия:

в течение 3-х дней выяснили, что уровень ВГД правого глаза колеблется в пределах 21 – 23 мм рт.ст., левого – 27 – 32 мм рт.ст.

Тонография:

на левом глазу значительно снижен коэффициент легкости оттока водянистой влаги, на правом – в пределах нормы.

ОКТ:

расширение и углубление экскавации OS.

Оцените стабильность глаукоматозного процесса. Тактика ведения пациента?

Задача 8

На профилактическом осмотре у офтальмолога женщина 37 лет с жалобами на периодические ноющие боли в левом глазу и его покраснение, особенно после напряженной работы. Указанные жалобы появились 3 года назад, но не сильно беспокоили пациентку. Семь лет назад перенесла иридоциклит левого глаза на фоне тяжелого гриппа. Лечилась в стационаре. После выписки наблюдалась в течение месяца в поликлинике по месту жительства, а затем к окулисту более не обращалась.

Данные осмотра:

Visus OD = 1,0

Visus OS = 0,5 н/к

Пневмотонометрия:

OD = 18 мм рт.ст.

OS = 28 мм рт.ст.

Наружный осмотр и биомикроскопия:

OD – не раздражен, передний отрезок без особенностей.

OS – слегка болезненный при пальпации. Перикорнеальная инъекция глазного яблока. Роговица прозрачная в верхней половине. Передняя камера мелкозернистая в нижней половине, влага прозрачная. Рисунок радужки ступенчатый, зрачок вертикально-овальной формы, вяло реагирует на свет. В нижней половине передней камеры видны три передние синехии и очаговые помутнения роговицы в местах их прикрепления. Частичное помутнение передней капсулы хрусталика. Плавающие помутнения в стекловидном теле.

Офтальмоскопия:

OD – глазное дно в пределах нормы.

OS – ДЗН деколорирован, с четкими границами, сосудистый пучок смещен в носовую сторону, детали диска не просматриваются. Артерии сетчатки сужены, вены не изменены.

Гониоскопия:

OD – УПК открыт, не пигментирован.

OS – УПК узкий в нижней половине, зона трабекулы интенсивно пигментирована и видны гониосинехии.

Диагноз? Тактика ведения пациента?

Задача 9

В глазной стационар городской больницы машиной скорой помощи доставили мужчину 75 лет с жалобами на сильные боли в правом глазу и правой половине головы, светобоязнь и слезотечение, отсутствие предметного зрения. Боли в глазу возникли в середине дня и усилились к ночи. Из анамнеза стало известно, что пациент наблюдался в районной поликлинике по поводу катаракты правого глаза и быстро развивающейся миопии, офтальмолог порекомендовал ему неотложное хирургическое лечение и дал направление на сбор анализов для операции. Больной не успел завершить сбор анализов в связи с острой ситуацией и был госпитализирован по срочным показаниям.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,02 н/к

Visus OS = 0,3 sph -2,00 D = 1,0

Пневмотонометрия:

OD = 45 мм рт.ст.

OS = 17 мм рт.ст.

Наружный осмотр и биомикроскопия:

OD – глазная щель сужена, веки отечные, мягкие. Глазное яблоко резко болезненно при пальпации. Застойная инъекция глазного яблока. Роговица отечная, мутная. Передняя камера мелкая, нити фибрина во влаге. Радужка бомбирована на периферии. Зрачок расширен, диаметром ~ 6 мм, хрусталик с неравномерными помутнениями перламутрового оттенка, водяные щели между мутными пластинами. Рефлекс с глазного дна отсутствует

OS – спокоен, передний отрезок без особенностей.

Диагноз? Тактика ведения пациента?

Задача 10

В кабинет неотложной офтальмологической помощи городской клинической больницы обратилась пациентка 69 лет с жалобами на сильные боли и снижение зрения в левом глазу. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад женщина перенесла тромбоз ЦВС левого глаза, лечилась в стационаре и затем дважды после выписки в течение месяца наблюдалась у окулиста по месту жительства. Закапывала таурин в левый глаз дважды в день. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь (принимает гипотензивные препараты), аритмия (посещает кардиолога раз в полгода).

Данные осмотра:

Visus OD = 0,5 sph +1,50 D = 1,0

Visus OS = 0,04 н/к

Тонометрия по Маклакову:

OD = 22 мм рт.ст.

OS = 36 мм рт.ст.

Биомикроскопия:

OD – спокоен, передний отрезок без особенностей.

OS – застойная инъекция глазного яблока. Роговица отечная. Передняя камера неравномерной глубины, гифема ~2 мм, рубез радужки, зрачок неправильной формы, задние синехии с височной стороны. Хрусталик помутнен в передних кортикальных слоях, плавающие помутнения в стекловидном теле.

Офтальмоскопия:

OD – ангиосклероз сетчатки;

OS – рефлекс с глазного дна ослаблен, детали не просматриваются.

Предварительный диагноз и его обоснование? Тактика ведения пациента?

Тема 7.

Заболевания сетчатки

Задача 1

Мужчина 51 года обратился к офтальмологу с жалобами на снижение остроты зрения левого глаза, появление «темного пятна» перед левым глазом. Жалобы возникли внезапно 2 дня назад утром. В анамнезе артериальная гипертония (препараты принимает нерегулярно), атеросклероз, курение.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,6 sph +0,75 D = 1,0

Visus OS = 0,5 н/к

Биомикроскопия ОУ:

глаза спокойны, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачна. Радужная оболочка субатрофична, зрачок круглый. Глубжележащие структуры без особенностей.

Офтальмоскопия ОУ:

ДЗН полнокровный, границы четкие, сосудистый пучок в центре, экскавация физиологическая. Артерии сужены, вены расширены, извиты, симптом Салюса-Гунна I, симптом Гвиста.

OD – в макулярной области и на видимой периферии сетчатки без патологических изменений.

OS – в макулярной области отек, область геморрагий по ходу верхне-височной вены, имеющая форму треугольника, вершиной направленного к окклюзированному участку вены. На видимой периферии сетчатки без патологических изменений.

Диагноз? Прогноз для зрения? Тактика ведения пациента?

Задача 2

Женщина 32 лет обратилась к офтальмологу с жалобой на «размытое пятно» перед правым глазом. Со слов больной, жалоба возникла сегодня днем после активной физической нагрузки в тренажерном зале. Миопия с 18 лет, носит очки для дали -0,75 D. У мамы также миопия слабой степени. Вредные привычки и соматические заболевания отрицает.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,3 sph +0,50 D = 1,0 (неполная)

Visus OS = 0,4 sph -1,00 D = 1,0

ПЗО:

OD = 24,5 мм

OS = 24,5 мм

Биомикроскопия OU: передний отрезок без особенностей.

Офтальмоскопия:

OU – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, узкий миопический конус, экскавация физиологическая, сосудистый пучок в центре. На видимой периферии сетчатки без патологических изменений.

OD – в макулярной области ОНЭС округлой формы, размером ~2,5 диаметра диска, отсутствует нормальный световой рефлекс.

OS – в макулярной области световой рефлекс выражен, без патологических изменений.

Диагноз? Чем объясняется коррекция зрения правого глаза плюсовой линзой?

Прогноз для зрения? Тактика ведения пациента?

Задача 3

Женщина 67 лет обратилась к офтальмологу с жалобами на незначительное снижение зрения правого глаза, искажение текста при чтении. Вышеуказанные жалобы возникли 2 недели назад, заметила случайно, когда закрыла левый глаз рукой. Из общих заболеваний имеет артериальную гипертонию, ожирение, гиперхолестеринемию.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,6 н/к

Visus OS = 1,0

Биомикроскопия OU: передний отрезок без особенностей.

Офтальмоскопия:

ОУ – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, сосудистый пучок в центре, экскавация физиологическая. Артерии сужены, вены расширены, извиты. На видимой периферии сетчатки без патологических изменений.

ОД – в макулярной области определяется проминирующий фокус с сероватым оттенком, нечеткими контурами, менее $\frac{1}{3}$ диаметра диска, ОНЭС размером $\sim 2,5$ диаметра диска, отсутствует нормальный световой рефлекс. Единичные твердые друзы.

ОС – в макулярной области световой рефлекс выражен, единичные твердые друзы.

ОКТ ОД: профиль макулы сглажен, в зоне фовеа и парафовеолярно определяется ОНЭС и пигментного эпителия сетчатки, повреждение фоторецепторов.

Диагноз? Тактика ведения пациента?

Задача 4

Мужчина 61 года обратился с жалобами на резкое снижение зрения левого глаза. Жалобы возникли 10 дней назад после ночного сна. Правый глаз не видит в течение 10 лет после перенесенной производственной травмы.

В анамнезе транзиторная ишемическая атака 2 года назад, варикозное расширение вен нижних конечностей, гипертоническая болезнь с кризовым течением. У невролога и терапевта не наблюдается, препараты внутрь не принимает.

Данные осмотра:

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

Visus OS = 0,03 н/к

Биомикроскопия:

ОД – тотальное васкуляризированное бельмо роговицы. Глубжележащие среды не просматриваются из-за состояния роговицы.

ОС – передний отрезок глаза без выраженных патологических изменений.

Офтальмоскопия ОУ: ДЗН отечен, проминирует в стекловидное тело, расширенная капиллярная папиллярная сеть. Вены извиты, неравномерного калибра, патологические артериовенозные перекресты. Множественные ватообразные фокусы вокруг ДЗН и вблизи сосудистых аркад. Макулярный отек.

ОКТ: отек нейроэпителия вокруг ДЗН с максимальной высотой в макуле 450 мкм.

ФАГ: выявлены обширные ишемические зоны во всех секторах и заднем полюсе зрительного дна.

Предварительный диагноз? Прогноз для зрения? Тактика ведения пациента?

Задача 5

Студент 21 года проходит ежегодный профилактический осмотр у офтальмолога. Сахарный диабет 1-го типа с 11 лет, наблюдается у эндокринолога по месту жительства, но рекомендации не соблюдает. Уровень гликированного гемоглобина 11,8%.

Данные осмотра:

Visus OD = 1,0

Visus OS = 1,0

Биомикроскопия OU: передний отрезок без патологии.

Офтальмоскопия OU: ДЗН полнокровный, границы четкие, экскавация физиологическая, сосудистый пучок в центре. Артерии сужены, вены расширены, извиты. В макуле единичные микроаневризмы, точечные геморрагии. На периферии глазного дна единичные геморрагии.

Диагноз? Тактика ведения пациента?

Задача 6

Женщина 65 лет обратилась к офтальмологу с жалобами на резкое снижение зрения левого глаза в течение последних суток. Со слов больной, утром после пробуждения отметила большое количество «мушек» перед левым глазом, к вечеру снизилась острота зрения.

Из анамнеза: 4 года назад был диагностирован сахарный диабет 2-го типа. Принимает метформин. Гликированный гемоглобин 12,4%.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,8 н/к

Visus OS = 0,04 н/к

Биомикроскопия:

OU – передний отрезок глаза без выраженных патологических изменений.

OS – взвесь клеток крови, занимающая $\frac{1}{4}$ объема стекловидного тела, деструкция стекловидного тела.

Офтальмоскопия OU:

ДЗН полнокровный, границы четкие, экскавация физиологическая, сосудистый пучок в центре. Артерии сужены, «четкообразность» вен. Множественные микроаневризмы, геморрагии (точечные и в виде пятен), ИРМА, единичные твердые экссудаты по всему глазному дну.

OD – перифовеолярно у верхней височной аркады визуализируется зона неоваскуляризации размером менее $\frac{1}{2}$ диаметра ДЗН.

OS – в верхнем квадранте визуализируется зона неоваскуляризации размером 1,5 диаметра ДЗН.

Диагноз? Тактика ведения пациента?

Задача 7

Женщина 55 лет обратилась с жалобами на постепенное снижение зрения правого глаза, искажение букв при чтении им. Вышеуказанные жалобы появились в течение последнего месяца. Из общих заболеваний страдает артериальной гипертонией, регулярно принимает гипотензивную терапию.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,5 н/к

Visus OS = 0,9-1,0.

Биомикроскопия OU: передний отрезок без особенностей.

Офтальмоскопия:

OU – ДЗН полнокровный, границы четкие, сосудистый пучок в центре, экскавация физиологическая. Артерии сужены, вены расширены, извиты. Симптом Салюса-Гунна I, симптом Гвиста (штопорообразная извитость перимакулярных венул). В области заднего полюса и за пределами сосудистых аркад множественные мелкие твердые ретинальные друзы;

OD – в макулярной зоне проминирующий фокус с сероватым оттенком, нечеткими контурами, окруженный кровоизлиянием;

OS – в макулярной зоне снижение светового рефлекса, единичные друзы.

ОКТ:

OD – хориоидальная неоваскулярная мембрана с отеком, отслойкой нейросенсорной сетчатки;

OS – альтерации на уровне пигментного эпителия, контур ямки не изменен.

Компьютерная периметрия:

OD – снижение светочувствительности с формированием центральной абсолютной скотомы, относительных парацентральных скотом;

OS – относительные парацентральные скотомы.

Диагноз? Тактика ведения пациента?

Задача 8

Женщина 58 лет обратилась к офтальмологу с жалобой на постепенное нарастающее снижение зрения обоих глаз, которое отмечает последние полгода. Вчера при просмотре телепередачи отметила, что правый глаз видит хуже левого. Также отмечает частые обострения стоматита, фурункулеза, в анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,3 н/к

Visus OS = 0,7 н/к

Биомикроскопия ОУ: передний отрезок без особенностей.

Офтальмоскопия ОУ:

ДЗН бледный, границы четкие. Артерии и вены сужены, частично облитерированы. По ходу верхне- и нижневисочных аркад полосы сопровождения, муфты, фокальные экссудативные отложения.

Предварительный диагноз? Прогноз для зрения? Дайте краткую характеристику общего заболевания, скорее всего, имеющегося у пациента. Тактика ведения пациента?

Задача 9

Молодой человек 23 лет обратился к офтальмологу с жалобами на периодически возникающие в течение сегодняшнего дня «молнии» у внутреннего угла левого глаза, «пелену» при взгляде вниз. Жалобы отметил утром на смене, работает грузчиком. Носит мягкие контактные линзы с 19 лет в связи с миопией слабой степени. Вредные привычки отрицает. У мамы близорукость высокой степени, в анамнезе операция по поводу отслойки сетчатки.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,15 sph -2,75 D = 1,0

Visus OS = 0,15 sph -2,75 D = 1,0

Биомикроскопия ОУ: передний отрезок без особенностей.

Офтальмоскопия:

ОУ – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, миопический конус, сосудистый пучок в центре, экскавация физиологическая. В макуле без очаговых изменений;

OD – на крайней периферии соответственно 12:30 ч решетчатая дистрофия, соответственно 7:30 ч участок отложения пигмента.

OS – на крайней периферии соответственно 1 ч решетчатая дистрофия, на 2 ч разрыв ~0,5 диаметра ДЗН, отслойка сетчатки, занимающая верхне-наружный квадрант. В нижних отделах участки отложения пигмента.

Диагноз? Прогноз для зрения? Тактика ведения пациента?

Задача 10

Женщина 77 лет обратилась к офтальмологу с жалобами на резкое безболезненное значительное снижение зрения левого глаза. Заболевание ни с чем не связывает. В анамнезе артериальная гипертония, гиперхолестеринемия, препараты принимает нерегулярно. 2 года назад на обоих глазах была выполнена операция фактоэмульсификации катаракты с имплантацией ИОЛ.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,6 н/к

Visus OS = 0,01 н/к

Биомикроскопия ОУ: передний отрезок без патологии, в задней камере ИОЛ расположены правильно.

Офтальмоскопия:

OD – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, сосудистый пучок в центре, экскавация физиологическая. В макулярной области снижение светового рефлекса, единичные друзы. Артерии узкие, извитые, вены полнокровны, симптом Салюса-Гунна II и III, симптом «медной проволоки» в артериях верхне-наружного квадранта сетчатки.

OS – ДЗН бледный, границы сливаются с окружающей сетчаткой. Сетчатка бледная, с «молочным» оттенком, отечная, артерии узкие, местами их ход не просматривается. В центральной области сетчатки ярко-красное пятно («вишневая косточка»).

Диагноз? Прогноз для зрения? Тактика ведения пациента?

Тема 8.

Заболевания зрительного нерва

Задача 1

Женщина 43 лет обратилась к офтальмологу с жалобами на снижение зрения и «темное пятно» перед левым глазом, дискомфорт при движении глазного яблока, наблюдающимися в течение месяца. Месяц назад впервые отметила снижение остроты зрения левого глаза. Обратилась в центр лазерной коррекции зрения, где ей была рекомендована фоторефракционная кератэктомия и назначена дата операции. Однако спустя неделю после обращения присоединились жалобы на дискомфорт при движении левым глазом, темное пятно перед левым глазом. Обратилась за вторым мнением.

Миопия с детства, носит очки -4,00 D (предоставила рецепт). Соматический анамнез не отягощен, вредные привычки отрицает.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,08 sph -4,00 D = 1,0

Visus OS = 0,06 sph -4,00 D = 0,6

Пневмотонометрия:

OU = 14 мм рт.ст.

Компьютерная периметрия:

OD – без особенностей; OS – центральная абсолютная скотома.

Наружный осмотр и биомикроскопия OU:

ширина зрачков одинаковая, прямая фотореакции слева снижена, содружественная – снижена слева направо. Движения глазных яблок в полном объеме, слабость конвергенции с двух сторон, глазные щели – слева шире, чем справа, мелкоразмашистый нистагм в крайних отведениях. Передний отрезок глаз без особенностей.

Офтальмоскопия:

OD – ДЗН бледно-розовый, границы четкие;

OS – ДЗН бледно-розовый, «стушеванность» границ с носовой стороны, единичные геморрагии;

OU – узкий миопический конус, сосудистый пучок в центре, экскавация физиологическая. Макулярная область и видимая периферия сетчатки без патологических изменений.

Диагноз? Прогноз для зрения? Тактика ведения пациента?

Задача 2

Женщина 78 лет обратилась к офтальмологу с жалобами на резкое снижение зрения правого глаза, которое отметила 2 дня назад. Последние два месяца пациентку беспокоят сильные головные боли, преимущественно в височных областях. Консультирована неврологом в поликлинике, выставлен диагноз «Мигрень неуточненная», назначены: МРТ головного мозга, общий анализ крови, в котором выявлено повышение СОЭ до 36 мм/ч. Страдает артериальной гипертонией, принимает гипотензивную терапию. У сестры и мамы ревматоидный артрит.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,1 н/к

Visus OS = 0,8 н/к

Пневмотонометрия:

OD = 18 мм рт.ст.

OS = 19 мм рт.ст.

Биомикроскопия OU: передний отрезок без выраженных изменений.

Офтальмоскопия:

OD – ДЗН бледный, границы стушеваны, слегка проминирует в стекловидное тело в верхних отделах. Перипапиллярно отек, штрихообразные геморрагии;

OS – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, экскавация физиологическая, сосудистый пучок в центре;

OU – артерии сужены, вены расширены, извиты. Симптом Салюса-Гунна I, симптом Гвиста. В макуле и на периферии сетчатки без патологии.

Диагноз и краткая характеристика заболевания? Тактика ведения пациента?

Какое системное заболевание можно заподозрить у пациента?

Задача 3

На приеме у офтальмолога мама с 8-летним сыном, у которого постепенно в течение месяца снижается зрение левого глаза, особенно в условиях пониженной освещенности. Ежегодно проходят диспансеризацию, по данным предоставленной прошлогодней выписки острота зрения каждого глаза была равна 1,0. Травмы глаза отрицают. Ребенок родился в срок, растет и развивается в соответствии с возрастом. Наследственность не отягощена.

Данные осмотра:

Visus OD = 1,0

Visus OS = 0,8 н/к

Пневмотонометрия:

OU = 13 мм рт.ст.

Биомикроскопия OU: передний отрезок без особенностей.

Офтальмоскопия:

OD – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, сосудистый пучок в центре, экскавация физиологическая. Ход и калибр сосудов не изменены. В макуле световой рефлекс выражен. На периферии глазного дна в верхне-наружном квадранте единичные участки отложения пигмента по типу «костных телец»;

OS – ДЗН бледный, «восковидная бледность» с височной стороны, сосудистый пучок в центре, экскавация физиологическая. Артерии сужены, вены сужены, в макуле световой рефлекс выражен. На периферии глазного дна пигментация в виде «костных телец» и глыбок пигмента, запуселые вены на крайней периферии.

Компьютерная периметрия:

OD – границы поля зрения не изменены. Границы слепого пятна не изменены;

OS – концентрическое сужение поля зрения до 5–200 от точки фиксации.

ЭРГ:

OD – без отклонений;

OS – снижение амплитуды а- и b-волн максимальной ЭРГ. Субнормальная макулярная ЭРГ на красный стимул, снижение амплитуды b-волны макулярной ЭРГ на 60%, латентности а- и b-волн удлинены.

Предварительный диагноз? Тактика ведения пациента?

Задача 4

Женщина 35 лет обратилась к офтальмологу с жалобами на низкое зрение обоих глаз. Снижение зрения на правом глазу возникло резко, полгода назад, на фоне перенесенного Covid-19 в тяжелой форме. Офтальмологом при выписке из стационара не осматривалась, зрение правого глаза субъективно улучшилось. На левом глазу зрение снизилось 2 недели назад, не лечилась. Вчера зрение на левый глаз резко ухудшилось, появилось «искажение» предметов, туман перед глазом. Соматический анамнез и наследственность не отягощены.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,5 н/к

Visus OS = 0,05 sph -0,75 D = 0,1

Пневмотонометрия:

OD = 20 мм рт.ст.

OS = 19 мм рт.ст.

Биомикроскопия ОУ: передний отрезок без особенностей.

Офтальмоскопия:

OD – ДЗН бледный, границы стушеваны, проминирует в стекловидное тело, артерии сужены, вены извиты, ход сосудов из сосудистого пучка прерывистый. В макуле световой рефлекс отсутствует, отек нейроэпителия. На видимой периферии сетчатки без патологических изменений;

OS – ДЗН умеренно гиперемирован, границы стушеваны, умеренно проминирует в стекловидное тело, перипапиллярно между нижними сосудистыми аркадами штрихообразные геморрагии, артерии сужены, вены извиты, ход сосудов из сосудистого пучка прерывистый. В макуле выраженный отек нейроэпителия. На видимой периферии сетчатки без патологических изменений.

ОКТ:

OD – выраженный перипапиллярный кистозный отек нейроэпителия, дезорганизация внутренних слоев сетчатки. ДЗН проминирует в стекловидное тело. В центральной ямке кистозные изменения нейроэпителия с его высокой экссудативной отслойкой;

OS – перипапиллярно выраженный кистозный отек нейроэпителия. ДЗН проминирует в стекловидное тело. Профиль центральной ямки изменен за счет высокой экссудативной отслойки нейроэпителия с единичными кистами.

Компьютерная периметрия ОУ: концентрическое сужение поля зрения, центральная скотома.

Предварительный диагноз? Тактика ведения пациента?

Задача 5

Молодой человек 30 лет, работает фермером, обратился с жалобами на внезапное значительное снижение зрения правого глаза (видит только движение руки у лица), туман и появление непрозрачного темного «пятна» перед правым глазом. Жалобы появились утром, накануне была стрессовая ситуация и чрезмерная физическая нагрузка с переохлаждением. Месяц назад перенес тяжелый грипп. Также имеет очаги фокальных инфекций: синусит одонтогенный и хронический тонзиллит.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,02 н/к

Visus OS = 1,0

Пневмотонометрия:

OD = 19 мм рт.ст.

OS = 17 мм рт.ст.

Наружный осмотр и биомикроскопия OU:

на пораженном глазу нет прямой реакции зрачка на свет. Содружественная зрачковая реакция сохранена. Передний отрезок глаз не изменен.

Офтальмоскопия:

OD – ДЗН гиперемирован, полнокровен, увеличен в диаметре, проминирует в стекловидное тело. Границы ДЗН нечеткие, размытые, сливаются с отечной окружающей сетчаткой. Экссудат в проекции сосудистой воронки, петехиальные кровоизлияния на ДЗН. Перипапиллярные штрихообразные кровоизлияния. Сосуды извиты, расширены, вены полнокровны, по ходу сосудов единичные кровоизлияния;

OS – глазное дно в пределах нормы.

Периметрия:

OD – неравномерное концентрическое сужение периферических границ на 20° на ахроматический цвет, центральная скотома, нарушение цветоощущения;

OS – поле зрения в норме.

Диагноз? Тактика ведения пациента?

Тема 9.

Повреждения органа зрения

Задача 1

В приемное отделение обратился мужчина 40 лет с жалобами на боли в правом глазу, слезотечение, светобоязнь, невозможность открыть глаз. Жалобы появились накануне вечером, когда натягивал металлические струны на гитаре, и одна струна оборвалась и ударила по глазу. Сразу к врачу не обратился.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,4 н/к

Visus OS = 1,0

Биомикроскопия:

OD – умеренно выраженная смешанная инъеция, особенно в наружном отделе глазного яблока. Роговица отечна, на 8 часах в 3 мм от лимба линейная рана длиной 3 мм. Передняя камера средней глубины, в ней полоска крови в 2 мм. На радужке в проекции раны роговицы отверстие 2 мм, в этой же зоне сосуды радужки расширены. Хрусталик прозрачный;

OS – передний отрезок без особенностей.

Офтальмоскопия ОУ: глазное дно в пределах нормы.

Предварительный диагноз и его обоснование? Тактика ведения пациента?

Задача 2

В поликлинику обратился 15-летний подросток с жалобами на снижение зрения левого глаза, трудности при чтении. Жалобы появились накануне вечером, когда во время игры попали снежком в глаз.

Данные осмотра:

Visus OD = 1,0

Visus OS = 0,3 н/к

Биомикроскопия:

OD – передний отрезок без особенностей;

OS – небольшое субконъюнктивальное кровоизлияние в нижне-наружном квадранте. Роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, уровень крови 2 мм. Радужка в цвете и рисунке не изменена. Зрачок широкий, на свет не реагирует. Хрусталик прозрачный во всех слоях. Рефлекс с глазного дна ослаблен. В стекловидном теле определяются плавающие помутнения красного цвета.

Офтальмоскопия:

OD – глазное дно в пределах нормы;

OS – глазное дно не просматривается.

Предварительный диагноз? Тактика ведения пациента?

Задача 3

В приемное отделение обратился мужчина 50 лет с жалобами на снижение зрения, боли и покраснение правого глаза. День назад на даче при ремонте машины что-то попало в глаз. К врачу не обращался, в глаз ничего не капал.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,06 н/к

Visus OS = 1,0

Биомикроскопия:

OD – веки отечны, смешанная инъеция. На роговице на 4 часах в 4 мм от лимба линейная рана. Передняя камера мелкая, уровень гноя 3 мм. На радужке в зоне проекции раны роговицы округлое отверстие, радужка в этой зоне отечна. Хрусталик неравномерно белесоватого цвета;

OS – передний отрезок без особенностей.

Офтальмоскопия:

OD – детали глазного дна не просматриваются;

OS – глазное дно в пределах нормы.

Предварительный диагноз и его обоснование? Тактика ведения пациента?

Задача 4

В поликлинику обратился мужчина 40 лет с жалобами на снижение зрения левого глаза. Жалобы появились вчера вечером после сильного удара мячом по глазу во время игры с друзьями в волейбол.

Данные осмотра:

Visus OD = 1,0

Visus OS = 0,05 н/к

Наружный осмотр и биомикроскопия:

OD – передний отрезок без особенностей.

OS – веки отечны, небольшая гематома на нижнем веке, пальпаторно снижение ВГД. Обширное тотальное субконъюнктивальное кровоизлияние. Роговица прозрачная, передняя камера глубокая, уровень крови 2 мм. Радужка в цвете не изменена, с 9 до 11 часов отрыв у корня. Хрусталик прозрачный, подрагивает при движении глазного яблока. Рефлекс с глазного дна розовый.

Предварительный диагноз и его обоснование? Тактика ведения пациента?

Задача 5

В травмпункт обратился мужчина с жалобами на резкие боли в обоих глазах, слезотечение, светобоязнь, невозможность открыть глаза. На работе осуществлял сварку арматуры без сварочной маски.

Данные осмотра:

Visus OD = 1,0

Visus OS = 1,0

Биомикроскопия OU: конъюнктива гиперемирована во всех отделах, отделяемого нет. Роговица слегка отечна. Глубжележащие среды без патологии.

Диагноз и его обоснование? Тактика ведения пациента?

Задача 6

В приемный покой обратился мужчина с жалобами на снижение зрения правого глаза. Работает поваром. Накануне при ремонте профессиональной мясорубки что-то отскочило и ударило по глазу. Глаз промыл водой. Ничего не капал, к врачу не обращался.

Данные осмотра:

Visus OD = 1/∞ pr. l. certa

Visus OS = 1,0

Наружный осмотр и биомикроскопия:

OD – глазная щель сужена, веки отечны. Выраженная смешанная инъекция глазного яблока. Роговица отечна, в парацентральной области в 4 мм от лимба на 3-х часах определяется сквозная рана. Передняя камера мельче средней глубины. В нижнем отделе полоска гноя 2 мм. На радужке в этой же проекции – округлое отверстие, рисунок ее ступенчатый, цвет зеленоватый. Хрусталик – в секторе с 2 до 4 часов неравномерные помутнения.

Рефлекс с глазного дна желтоватый, детали не видны.

OS – передний отрезок без особенностей.

Предварительный диагноз и его обоснование? Тактика ведения пациента?

Задача 7

В травмпункт обратилась женщина с жалобами на боли в обоих глазах, слезотечение, светобоязнь, блефароспазм. Накануне во время запуска петард одна из них взорвалась рядом, и что-то попало в глаза. Глаза дома промыла, закапала какие-то глазные капли. К врачу не обращалась, думала, что все пройдет самостоятельно.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,4 н/к

Visus OS = 0,1 н/к

Наружный осмотр и биомикроскопия:

OD – веки отечны, на коже век небольшое количество инородных тел черного цвета (порошинки). Конъюнктивит – гиперемизирован, отечен, с небольшим количеством порошинок. Роговица – умеренно отечна. В поверхностных слоях небольшое количество порошинок. Передняя камера средней глубины, радужка – рисунок слегка ступенчатый, зрачок средней величины. Глубже лежащие среды не просматриваются.

OS – веки отечны, на коже на разной глубине большое количество порошинок. Конъюнктивит гиперемизирован, отечен, с большим количеством порошинок на и под ней. Роговица отечна, на разной глубине, вплоть до десцеметовой мембраны, большое количество порошинок. Глубина передней камеры не изменена. Детали глубже лежащих сред не просматриваются.

Диагноз? Тактика ведения пациента?

Задача 8

В приемный покой по «Скорой помощи» поступила женщина с жалобами на боли и жжение в левом глазу, невозможность его открыть. 2 часа назад доставала с верхней полки банки для заготовок и задела флакон с жидкостью «Крот» (для прочистки труб), который разбился, и частицы содержимого попали в глаз пациентки. Та промыла его водой и закапала какое-то лекарство.

Данные осмотра:

Visus OD = 1,0

Visus OS = 0,05 н/к

Биомикроскопия:

OD – роговица сферичная, прозрачная. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка в цвете и рисунке не изменена, зрачок нормальной величины. Хрусталик, глазное дно – без патологии.

OS – веки гиперемированы, отечны, с трудом размыкаются. Конъюнктива гиперемирована, хемоз. В нижнем отделе от лимба до конъюнктивального свода – зона ишемии. Роговица диффузно мутная, серого цвета. Глубжележащие среды не просматриваются.

Диагноз? Тактика ведения пациента?

Задача 9

Из поликлиники направлен пациент 35 лет с жалобами на снижение зрения правого глаза, слезотечение, светобоязнь. Жалобы ни с чем не связывает. Полгода года назад у пациента было проникающее ранение левого глаза, после которого зрение на этом глазу было сильно снижено. От операции энуклеации в тот момент отказался, несмотря на предупреждения врачей. В настоящее время от энуклеации также отказывается.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,2 н/к

Visus OS – 1/∞ pr. l. incerta

Биомикроскопия:

OD – смешанная инъекция глазного яблока, на эндотелии роговицы большое количество крупных преципитатов. Передняя камера средней глубины, в нижнем ее отделе полоска фибрина. Радужка зеленоватого цвета, рисунок ее ступеван. Видны сращения зрачкового края радужки с хрусталиком, зрачок неправильной формы, на свет не реаги-

рует, в его просвете легкая фибриновая пленка. Пальпаторно – болезненность в области проекции цилиарного тела.

OS – умеренно выраженная перикорнеальная инъекция. Грубый корнеосклеральный рубец через всю роговицу. Камера не определяется. Радужка, хрусталик отсутствуют. В стекловидном теле множественные плавающие помутнения.

Офтальмоскопия OU: детали глазного дна не просматриваются.

Предварительный диагноз? Тактика ведения пациента?

Задача 10

В стационар поступил пациент 25 лет с жалобами на отсутствие зрения, боль в левом глазу, покраснение, слезотечение, головную боль и общее плохое самочувствие. Жалобы появились накануне, а неделю назад было проникающее ранение левого глаза, которое обработали в стационаре, но от госпитализации пациент отказался, лекарства не принимал и ничего не капал.

Данные осмотра:

Visus OD = 0,3 sph – 3,50 D = 1,0

Visus OS = 0 (ноль)

Температура тела 39,3° С.

Наружный осмотр и биомикроскопия:

OD – передний отрезок без особенностей.

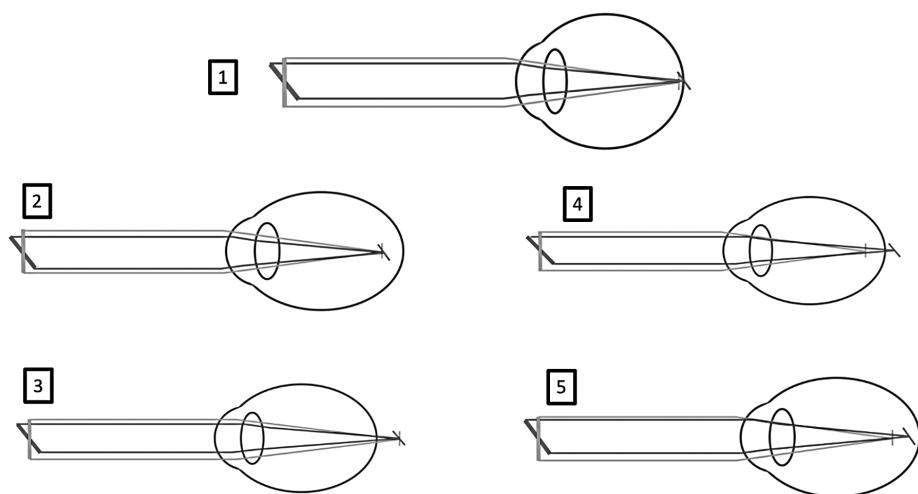
OS – экзофтальм, неподвижность глазного яблока. Глазная щель полуоткрыта, в ней ущемлена подсыхающая конъюнктивa. Роговица отечная, мутная. Парацентрально в 4 мм от лимба и параллельно ему – обработанная рана с 3-мя узловыми швами. Передняя камера средней глубины, почти полностью заполнена гноем. Глубже лежащие среды не просматриваются.

При пальпации глазного яблока боль усиливается.

Диагноз? Тактика ведения пациента?

Приложение 1

Схемы преломления световых лучей
оптической системой глаза при различных видах
клинической рефракции и астигматизме



СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Офтальмология: учебник / Е.А. Егоров, В.Н. Алексеев, С.Ю. Астахов [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2023. – 312 с. – ISBN 978-5-9704-7114-2. – DOI 10.33029/9704-7114-2-ОРН-2023-1-312. – EDN OZXVUY.
2. Глазные болезни: учебник под ред. Копаевой В.Г. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва: Издательство «Офтальмология», 2024. – 482 с.
3. Клинические рекомендации МЗ России «Астигматизм»
https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/625_2
4. Клинические рекомендации МЗ России «Врожденная глаукома»
https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/112_2
5. Клинические рекомендации МЗ России «Глаукомы вторичные»
https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/843_1
6. Клинические рекомендации МЗ России «Глаукома первичная закрытоугольная»
https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/631_2
7. Клинические рекомендации МЗ России «Глаукома первичная открытоугольная»
https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/96_2
8. Клинические рекомендации МЗ России «Инородное тело роговицы»
https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/630_2
9. Клинические рекомендации МЗ России «Катаракта старческая»
https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/284_2
10. Клинические рекомендации МЗ России «Конъюнктивиты»
https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/629_2
11. Клинические рекомендации МЗ России «Макулярная дегенерация возрастная»
https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/114_3
12. Клинические рекомендации МЗ России «Миопия»
https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/109_2
13. Клинические рекомендации МЗ России «Миопическая макулярная дегенерация (Миопическая макулопатия)»
https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/782_1
14. Клинические рекомендации МЗ России «Наследственные дистрофии сетчатки»
https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/798_1
15. Клинические рекомендации МЗ России «Ожоги глаз»
https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/106_2

16. Клинические рекомендации МЗ России «Сахарный диабет: ретинопатия диабетическая, макулярный отек диабетический»
https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/115_2
17. Клинические рекомендации МЗ России «Травма глаза закрытая»
https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/103_3
18. Клинические рекомендации МЗ России «Увеиты неинфекционные»
https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/787_1