

1. Зоровий аналізатор, його значення у пізнанні зовнішнього світу.

Зор.аналізатор склад.з 4 відділів: 1)периферичний (око з сітківкою) 2)Провідниковий (зор.нерви, хіазма, зор.шляхи) 3)Підкіркові центри (колінчасті тіла, передні шляхи 4-горбкового тіла, зор.подушки) 4)Кіркові центри (через променистість Граціоле до 17,18,19 полів Бродмана). Значення: 90% інформації, За допомогою зору ми пізнаємо форму, величину, колір предмета, напрямок і відстань, на якому він знаходиться від нас.

2. Історія розвитку офтальмології. Засновники вітчизняної офтальмології. Київська школа офтальмології.

Історія: перший очний лікар егип.Пепі-Анк-Ірі, Гіпократ, Корнелій, Гален, Авіценна (Канон лік.науки), астроном Кеплер (описав кришталик), Жак Давель (видалив катаракту), Гельмгольц (офтальмоскоп, очне дно), Перші кафедри 1818 (Відень, С-Петербург), Гонен (лікув.відшарування сітківки), Філатов (пересадка рогівки), з 2 пол.20ст розвивається мікрохірургія ока.

Київська школа: Караваєв В.П.(видалення катаракти, організація кафедри в 1869), Іванов О.В. (перший завідувач, фліктена, набряк сітківки, будова кришталика і вій.тіла), Ходін А.В.(з1881 завідувач, журнал Вісник офтальмології, «Практична офт»), Шимановський О.Ф. («Про пересадку перднього відділу ока», можливість використання трупної рогівки), Левитський М.А. (1922-1941, локалізація змін ока на склері), Архангельський В.Н. (пата.ока), Плітас П.С. (кольоровий офтальмоскопічний атлас), Шлопак Т.В. (досліджувала обмін мікроелементів в оці), Жабоседов (з 1985р, нейроофтальмологія). Каф.№2: Шевальов В.Є)переміщення в кон'юнктивальний мішок стенової протоки привушної з-зи при сухому оці, відшар.сітківки), Сергієнко М.М. (центр мікрохірургії ока, моделі істраокулярних лінз, рефракційні операції).

Засновники вітчиз.офт-ії: Гіршман Л.Л.(харківська школа, кольорове відчуття), Київ (Караваєв та Іванов), Одеса (С.С.Головін; учень Філатов В.П. –трансплантація рогівки; потім Пучківська – удосконалення трансплантації рог, опіки очей, лазер, невідкладна допомога; Кальфа –трахома, глаукома).

3. Досягнення вітчизняної офтальмології. Видатні офтальмологи В.П.Філатов, Н.О.Пучковська, М.М.Краснов, С.М.Федоров.

Філатов В.П. (трансплантація рогівки, біогенні стимулятори, пластичні операції, засн.журнал). Пучківська Н.О. (удосконалення трансплантації рог, опіки очей, лазер, невідкладна допомога). Краснов М.М. (Мікрохірургія, імплантація кришталика, лазерне лікування). Федоров С.М. (мікрохірургія, радіальна кератотомія).

4. Поняття про абсолютну, професійну та громадську сліпоту. Головні причини сліпоти. Профілактика сліпоти у дорослих та дітей.

6 категорій: 1)0,1-0,3; 2)0,05-0,1(слабкий зір); 3)0,02-0,05; 4)0-0,02; 5)нема світловідчуття 6)ГЗ не уточнена. Абсолютна сліпота (ГЗ=0,око функціонально непридатне). Професійна сл (стан зору, котрий не дає виконувати професійну роботу). Громадянська сл (не лише виключає можливість виконувати професійну роботу, а й утруднює пересування та самообслуговування; не в змозі перелічити пальці з 3-х метрів). Причини: генетичні чин, тератогенні впливи при вагітності чи в перинатальний пер.на дитину, ушкодження, АГ, діабет, хв.ока (катаракта, глаукома, помутніння рогівки, трахома), інфекц.захв, хвороби ЦНС, отруєння. Профілактика: диспансеризація, профогляди, первинна та вторинна профілактика інвалідності.

5. Сліпота. Показник сліпоти. Навчання та працевлаштування (УТС).

Сліпота - найбільш різко виражений ступінь аномалій розвитку та порушень зору, коли стає неможливим або досить обмеженим зорове сприйняття внаслідок глибокого зниження гостроти центрального зору і звуження поля зору. Показники сліпоти: ГЗ (6 категорій: 1)0,1-0,3; 2)0,05-0,1(слабкий зір); 3)0,02-0,05; 4)0-0,02; 5)нема світловідчуття 6)ГЗ не уточнена.), Величина поля зору (5-10° - 3 категорія; менше 5 навіть з нормГЗ – 4категорія). УТС (Українське товариство сліпих, 1933, залучення до сусп.праці, професійних, освітніх і технічних знань, працевлаштування на учбово-виробничих об'єднаннях чи вдома, навчання в дошкільний період, в школах для дітей зі слабким зором (ГЗ 0,05—0,08-0,2) для сліпих дітей (ГЗ нижче 0,05-0,08); члени тов-ва– 1,2групи за зором).

6. Формування зорових образів. Роль кори головного мозку в акті зору. Критика агностичних теорій акту зору.

Форм.образів:Часткове перехрещення зорових нервів заб.те, що зорові імпульси сприймаються відповідними ділянками обох сітківки і надходять в одну півкулю, тобто це заб.створення спільного для обох очей ПЗ (окрім скроневого півмісяця, де зір монокулярний). Роль кори: Центр зору знах.в шпоровій борозні, що відповідає 17, 18, 19 полям Бродмана (сенсорний, моторний і змішаний центри). Кожне поле пов'язане із зовнішньою частиною сітківки однойменного боку та внутрішньою – протилежного. За Павловим, поле 17 містить центральну частину ядра аналізатора – орган найвищого синтезу і аналізу світлових подразнень. Мозок також забезпечує усунення сферичної та хроматичної аберації, ефекти сліпої плями, кольорокорекцію, формується стереоскопічне зображення. Окрім того в лобовій частині зліва є центр свідомого синхронного руху обох очей.

7. Рогівка, її живлення, властивості, будова, функції. Методи дослідження рогівки.

Частина фіброзної капсули. Властивості: сферична, без судин, волога, дзеркальна, блискуча, прозора і чутлива. 5 шарів: 1)багатошаровий плоский нероговіючий епітелій 2)передня погранична пластинка боуменова (каналіці з нервами, не регенерує) 3)паренхіма (синцитій клітин з фібрилами і відростками, є лейкоцити) 4)задня погранична пластинка десцеметова (регенерує, більш стійка до інфекцій) 5)ендотелій (великі плоскі клітини, при пошкодженні набряк і помутніння рогівки). Живлення: дифузія з крайової петлистої сітки (гілки пер.війкових судин) та осмотично з вологи пер.камери. 5 шарів і 5 нервових сплетень (голі осьові циліндри) – дуже чутлива, біль, також заб.трофіку. Ф-ії: захисна, світлопровідна, світлозаломлююча. Рогівковий рефлекс: блефароспазм, сльозотеча, світлобоязнь, почервоніння. Дослідження: огляд, бокове освітлення, мікроскоп з щільним освітленням, чутливість рогівки (ватка, альгезиметр).

8. Райдужка, її будова, кровопостачання, властивості та функції.

Передня частина судинного тракту, межує передню і задню камери, з отвором –зіниця. Ф-ії: регулює надходження світла, продукція в/о рідини, відтік її через зіницю в пердню камеру. Будова: Передня поверхня обмежена малим колом, що склад-ся з зіничного поясу (світлий, м'яз-звужувач зіниці) та війкового поясу (більш широкий, нерівний через судини та крипти між ними). Шари: товстий передній мезодермальний (губчастий, фібрили, судини, нерви, хроматофори сплітаються в передній пограничний шар, вкритий ендотелієм) та тонкий задній ектодермальний шар (пігментний епітелій, м'язи звужувач та розширювач зіниці).

9. Війкове (ціліарне) тіло та хоріоїдея. їх будова, функції.

Війкове тіло. Зубчастю лінією межує з хоріоїдеєю. Будова: 2 шари: 1)зовнішній м'язовий (mossiliaris) прилягає до склери 2)внутрішній судинний, вкритий 2 шарами епітелію сітківки. Форма кільцеподібна, внутрішня поверхня – війковий вінець – склад.з війкових відростків, переходить в плоску частину – війковий кружок, звідки та між відростками проходить циннова

зв'язка. Акомодация: м'яз з 3-х частин: меридіальна, колова і коса. m.tenore ch. (меридіальна та коса ч-ни, багаті на еласт.волокна) непорушно прикріплений в куті ока. Скорочення кролового м'яза Мюллера призводить до ослаблення війкового пояску. Судинний шар: строма, судини, склиста пластинка, хроматофори. Війкові відростки утв. камерну рідину. **Хоріоїдея.** від зубчатої лінії до зорового нерва, відмежов. від склери супрахоріоїдальним простором. Розташовані судини, нерви, відплив рідини. 5 шарів: 1) супрахоріоїдея (хроматофори в еластичних волокнах, вкрита ендотелієм) 2) шар великих венозних судин (вортикозні вени, пігмент визначає колір очного дна) 3) шар середніх судин 4) хоріокапілярний шар (капіляри) відокремлений від сітківки 5) склистою пластинкою з клітинами пігментного епітелію сітківки (захист пігментом сітківки).

10. Сітківка, її будова, функції паличок та колбочок.

Функціонально 2 шари: світлочутливий та світлопровідний (3 нейрони: нейроепітелій, біполярні клітини, гангліозні). 10 шарів: 1) шар пігментного епітелію (відшаровується з хоріоїдеєю) 2) шар паличок і колбочок 3) зовнішня погранична пластинка 4) зовнішній ядерний шар 5) зовнішній ретикулярний 6) внутрішній ядерний 7) внутрішній ретикулярний 8) шар мультиполярних чи гангліозних кл-н 9) шар нервових волокон 10) внутрішня погранична пластинка. Палички: елементи кількісного визначення інтенсивності світла, заб. периферійний зір, сутінковий зір і світловідчуття. Колбочки: якісне визначення, заб. кольоровий зір, денний, центральний зір (ГЗ).

11. Анатомія зорового нерва, особливості його будови і топографії.

Утворений осьовими циліндрами гангліозних клітин сітківки. Диск ЗН – місце сходження волокон, розташований асиметрично на сітківці. Потім окремі пучки пронизують решітчасту пластинку на 3мм назовні та 1мм вниз від заднього полюса. Волокна від жовтої плями наз-ся папіломакулярний пучок, спрочатк із зовнішнього боку ЗН, потім осьове положення. В орбіті ЗН S-подібний (не натягається). Через канал зорового нерва він проникає в череп. ЗН укривають 3 оболонки: 1) дура матер (вплітається в склеру, зростається з окістям орбіти) 2) павутинна і 3) м'яка, що щільно зрешена з нервом. Є інтервагінальний простір з ліквором, субдуральний та субарахноїдальний простори, що сполучені з пор. черепа. 15мм від полюса ока у нерв проникають судини сітківки і 2 артерії: передня і задня аа.ЗН, кожна кровопостачає або верхню, або нижню частину нерва, з чим пов'язують вин. верхньої або нижньої геміанопсії (при чому центральний зір не страждає, бо папіломакулярний пучок має свою артерію).

12. Кришталик, його функції, живлення, властивості.

Будова: Це прозоре сильно заломлююче тіло у виді двоопуклої лінзи, розташований у заглибині склистої тіла. Має передній та задній полюси, вісь, екватор (край). Радіус кривизни спереду 10мм, ззаду 6мм. Складається з капсули і волокон. Капсула (передня і задня сумки, з віком стовщується, зонулярна пластинка спереду, правильні меридіанальні ряди кубічного епітелію в центрі). Кришталикові зірочки (волокна меридіанальних рядів склеювані міжканиною рідиною, утв. шари лінзи). Після 40р. утв. ядро. Кришталик утримують циннові зв'язки війкового пояску, між якими є петитов канал. **Живлення:** дифузія з в/о рідини, осмос, власних судин і нервів не має. **Функції:** світлопропускна, світлозаломлююча, акомодация.

13. Кровопостачання очного яблука.

A. ophthalmica від вн. сонної артерії. Проникає в орбіту через канал зор. нерва і на внутрішній стінці орбіти розгалужується. Саме очне яблуко кровопостачають сама очна артерія та її гілки: довгі і короткі війкові, центральна артерія сітківки, м'язові арерії, аретрія зорового нерва. Вени: верхня та нижня орбітальна через верхню орбітальну щілину і впадають в печеристий синус.

14. Будова орбіти та її вміст.

Піраміда, 4 стінки, 7 кісток (лобова, основна, решітчаста, піднебінна, слізна, вилична, верхньощелепна). Incisura supraorbitalis, sulcus infraorbitalis, емісарії до верхньощелепної пазухи, носослізний канал, пер. і зад. решітчасті отвори, for. opticum (A. ophth. et n. opticus), fissure orbit. sup (nn. trochlearis et abducens et oculomotorius, r. ophth. n. trigemini, v. ophth. симпат. кор), fissure orb. inf (m orbitalis вкриває), for. rotundum (n. maxillaris, 2 ramus Vn, n. zygom, n. et a. Infraorbitalis). Фасція тарзоорбітальна це передня стінка. Тенонова фасція – піхва оч. яблука, що утримує його підвішеним. Є епісклеральний та ретробульбарний простори.

15. М'язи повік. Їх функція та іннервація.

M. orbicularis oculi pars palpebralis (змінна форми шліни) et orbitalis (міцне зажмурювання) – (частина м'яза це m. ciliaris Riolani біля цибулин вій сприяє виділенню з мейбомієвих залоз; m. orbicularis Hornei оточує слізні каналці), інн. лицевим нервом (лагофтальм).

M. levator palpebrae sup. (n. oculomotorius передне і задне відгалуження, перше пронизує тарзоорбітальну фасцію та передню поверхню хряща і досягає шкіри, друге до склепіння кон'юнктиви. Середнє відгалуження (m. tarsalis Mulleri) інн. симпатичним нервом, вплітається в верхній край хряща, що заб. одночасне піднімання шкіри, хряща і кон'юнктиви повік).

16. Будова кон'юнктиви. Клінічні ознаки її нормального стану.

Слизова оболонка. 3 частини: 1) к. хряща або повік 2) к. перехідної складки та склепіння 3) к. очного яблука. При заплещених очах утв-ся к. мішок. У вн. куті півмісяцева складка, назовні слізне місце. **Складається** з епітелію (1-плаский, кубічний, 2-багатошар. циліндричний, 3-багатошар. плоский), ретикулярної (аденоїдної) тканини, шару сполучної тк-ни. Секреторна ф-я (залози Краузе і Вальдеера). **Судини.** Аа. palpebrales et aa. perforantes is orcus tarseus, 3 види **ін'єкції:** 1) поверхнева (червоні судини, розширені, зсуваються, анемізація при натисканні; ексуд. запалення) 2) глибока (синюшність, згодом відступає на периферію, не зсувається, ексудації нема, при запаленні пер. ч-ни ока) 3) змішана. **Вени:** в с-му лицевих, передніх війкових вен. Водяні вени: сполучення між венозним синусом склери (шлемів канал) і передніми війковими венами. **Лім. суд-ни:** розвинені. **Чутливі нерви:** 1 і 2 гілки трійчастого н, рефлекторна р-я при стор. тілах з сльозотечею.

17. Анатомія слізних органів. Методи дослідження слізних шляхів.

Анатомія: Сльозопродукуючий апарат: 1) слезова залоза (заглибина верхньозов. стінки орбіти, кілька проток відкриваються у верх. зов. склепінні кон'юнктиви, a. et n. lacrimalis) 2) дод. слізні залози. **Сльозовідвідний апарат:** 1) слізні крапки (на вершинах слізних сосочків у вн. куті повік) 2) слізні каналці 3) слізний мішок (обмежений коловим м'язом ока, слізною ямкою і тарзоорбітальною фасцією, вкритий двошаровим циліндричним епітелієм), нижній кінець якого переходить у 4) носослізний канал, що відкривається під нижньою носовою раковиною. **Механізм слезовиділення:** слези виділяються у верхнє склепіння кон'юнктиви, стікають вниз і накопичуються в слізному струмку, морганія спрямовує їх до вн. кута ока у слізне озеро; при стулених повіках слези з нього потр. у мішок, при відкритих у носослізний канал. Дослідження: пальпація області проєкції слізного мішка, дослідження прохідності слізних шляхів (колірна проба Уєста з розчином коларголу) і рентгенографія слезовідвідних шляхів з введенням через слізну точку рентгеноконтрастного препарату йодичола (0,5 мл 30% розчину).

18. Зовнішні м'язи ока, їх іннервація та функції.

Всі 8 від annulus tendineus Zinni: mm.recti sup.et inf, mm.recti int.et ext, mm.obliquus sup.et inf, m.levator palpebrae, m.orbitalis. Іннервація: окорухова ф-я (n.oculomotorius 7 мязів крім m.Mulleri з симпатич), відвідна (n.abducens m.rectus ext), підняття ока догори і назовні (n.trochlearis m.obliquus sup). N.facialis m.orbicularis oculi.

20. Гостроту зору визначають за формулою: $visus=d/D$, де d- це відстань від таблиці, а D- літера з рядка найдрібніших, прочитана на відстані d.

21. Точно визначити гостроту зору можна за мінімальним його кутом для даного ока, тобто мінімальною відстанню між двома точками, за якої вони сприймаються окремо (minimum separabile). Також здатністю органа зору розрізняти дрібні деталі предмета (minimum visibile). саме на цих двох принципах була розроблена таблиця для визначення гостроти зору. Є таблиці складені за принципом геометричної прогресії (табл.Шевельова.)

22) **Переферичний (бінокулярний) зір**-означає зір обома очима. Під час зору обома очима участь кожного з них в акті зору може бути неоднаковою – від спільної гармонійної роботи до абсолютного переважання одного ока. При вадах бінокулярного зору, розрізняють кілька ступенів взаємодії.

Цілковитий (справжній) бінокулярний зір-завдяки двом двомірним зображенням створюється один тривимірний образ із глибиною, об'ємом, рельєфом, взаєморозташуванням і точною локалізацією предметів у просторі.

Неповний (зливальний) бінокул зір-образи обох очей зливаються в один, але плоский, без відчуття глибини.

Монокулярний зір- у бінокулярному акті бере участь лише одне око, сигнали від центральної частини сітківки другого пригнічуються.

Одночасний зір - обидва ока функціонують разом і рівноцінно, але немає взаємодії між ними.

Способи виявлення порушення бінок зору: а) *проба з двома олівцями* (пацієнт повинен сумістити кічик свого олівця з верхівкою олівця лікаря, щоб утворилась вертикальна лінія. Здорова людина, при обох відкритих очах виконує цю задачу, при одному закритому оці-промахається. Хвора людина промахається в обох випадках). б) *читання з олівцем* (за 5-6 см над сторінкою тексту перпендикулярно до рядків тримають олівець, прикриваючи частину тексту. голова не порушна при читанні. У разі пошкодження біокул зору, хворий буде зупинитися там, де літери закриті перешкодою). в) *проба з призмою*, г) *тест із кольоровим приладом*, д) *тест із смугастими скельцями Баголіні*.

Поле зору- це сукупність усіх точок простору, що їх сприймає непорушне око. Половинні обмеження поля на обох очах є ознакою *геміанопсії*.

Скотоми- обмежені дефекти в полі зору. За розташуванням- центральні і периферичні. За характером- позитивну і негативну. Позитивну, хворий відчуває як темну або кольорову пляму. У разі мікроскопом спостерігається випадіння окремих квадрантів і ліній. Негативну форму хворий не помічає, її виявляють під час дослідження поля зору. Приклад абсолютної негативної скотоми- сліпа пляма (зона диска зорового нерва).

25) Розрізняють поняття фізичної рефракції, котра належить до фізичних аспектів оптичної системи ока, та клінічної, що відбиває положення заднього фокуса відносно сітчастої оболонки, і це визначає стан зорової ф-ї. співвідношення між оптичною силою ока і передньо – заднім розміром очного яблука, за якого задній фокус лежить на сітківці, називається *еметропією*. Окрім *еметропії*, є *аметропія*, котра поділяється на *гіперметропію та міопію (аномалії рефракції)*. У *гіперметропічному* оці задній фокус розташований позаду сітківки. При *гіперметропії* оптична сила слабша, а фокусна відстань- довша. У *міопічному* оці, навпаки, задній фокус розташований перед сітківкою. У практиці офтальмолога трапляються аномалії рефракції – астигматизм і анізометропія.

26) **Рефрактометрія:** *об'єктивні та суб'єктивні*.

Суб'єктивні (набір лінз, пробна окулярна оправка і таблиця для визначення гостроти зору.)

1) **ДІАГНОСТИКА ЕМЕТРОПІЇ**. Найважливіша ознака еметропії – нормальна гострота зору вдалеч, визначення за допомогою таблиці. При еметропії зір вдалеч утруднений, знаки 10-го рядка таблиці Головіна-Сивцева розпізнавати важко або зовсім неможливо. Позитивна лінза спричинює зміщення заднього фокуса перед сітківкою. Ретинальне зображення стає не чітким, а розслаблений механізм акомодатії не в змозі повернути задній фокус на сітчасту оболонку.

2) **ДІАГНОСТИКА ГІПЕРМЕТРОПІЇ ТА ВИМІРЮВАННЯ ЇЇ СТУПЕНЯ**. Якщо зір нормальний, то слабке збиральне скло, приставлене до ока, не затуманює зору. Зорове сприйняття поліпшується, зумовлено це тим, що скло на якусь мить зміщує задній фокус і він опиняється перед сітківкою. Акомодатія в такому оці розслаблюється, і задній фокус залишається суміщеним із сітківкою. Ступінь гіперметропії вимірюють так. У пробну оправку перед досліджуваним оком вставляють збиральні лінзи в порядку зростання їх сили, доки не отримують чітке зображення знаків табл. Найсильніша збиральна лінза та за якої гострота зору найбільша.

3) **ДІАГНОСТИКА МІОПІЇ**. Перед оком у пробну оправку вставляють розсіювальні лінзи в порядку зростання їх оптичної сили. Найслабше розсіювальне скло, з яким зір найкращий, відповідає ступеню короткозорості. Нормальна гострота зору варіює від нижньої межі норми 1,0 до 2,0.

4) **ДІАГНОСТИКА АСТИГМАТИЗМУ**. Обстеження астигматичного ока включає методи для визначення положень осей астигматизму (осьові проби) і рефракції у двох головних меридіанах (силові проби).

Об'єктивні:

1) **СКІАСКОПІЯ** (ретиноскопія). Дослідження проводять у темній кімнаті, джерело світла розташовують ліворуч позаду пацієнта. Лікар сідає за 1 м від пацієнта і спрямовує світло від скіаскопа на дослідж. око. обертаючи ручку офтальмоскопа, відбитий промінь переміщують угору- вниз або ліворуч- праворуч і крізь отвір скіаскопа спостерігають за рухом скіаскопічного рефлексу в зіниці.

Можливі 3 варіанта цього руху:

- А) скіаскопічний рефлекс переміщ. Відповідно до руху дзеркала
- Б) скіаскопічний рефлекс переміщ. Протилежно до руху дзеркала
- В) за найменшого руху дзеркала зіниця стає темною.

У разі спів падання руху рефлексу і дзеркала мова може йти про око гіперметропічне, еметропічне або міопічне до 1 дпт. Другий варіант свідчить про міопію понад 1 дпт. Тільки при третьому варіанті руху рефлексу роблять висновок про міопію 1,0 дпт і вимірювання на цьому припиняють.

2) **РЕФРАКТОМЕТРИ**. Дають змогу вимірювати вид і ступінь аномалії рефракції, ступінь астигматизму і положення його головних осей.

3) ОФТАЛЬМОМЕТР призначений для вимірювання заломлюючої сили рогівки і визначення головних осей рогівкового астигматизму.

27)

28) **Коригуючі лінзи окулярів.** З метою оптичної корекції застосовують сферичні та циліндричні лінзи. Циліндричні лінзи для окулярів мають торичну поверхню- внутрішня поверхня скла ввігнута, а зовнішня в різних меридіанах має неоднакові радіуси кривини. Універсальна пробна оправа обладнана механізмами регулювання. На пробній оправі є шкали ТАВО для визначення положення осі циліндричних лінз.

Корекція контактними лінзами. Контактні лінзи накладають на центральну зону рогівки або на рогівку і кайму склери. Виготовляють лінзи із жорсткого або м'якого матеріалу, що містить від 30% до 95% води. Сучасні матеріали для лінз газу і рідино проникні, і це дає змогу користуватися ними багато днів не знімаючи.

32. Міопія(короткозорість)є найчастішою причиною зниження гостроти зору.Етіологія і патогенез не з'ясовані, тому говорять лише про чинники міопізації.

А)РОБОЧИЙ ЧИННИК-розглядають як наслідок тривалої праці очей на близькій відстані.

Б)СКЛЕРАЛЬНИЙ ЧИННИК-це ослаблення опірних властивостей склеральної капсули ока, яка набуває схильності до розтягнення під дією нормального внутрішнього тиску.

В)ГІДРОДИНАМІЧНИЙ ЧИННИК-проявляється вірогідним підвищенням тиску в оці, де міопія прогресує.У короткозорих з'являються зміни в куті передньої камери, які призводять до порушення відтоку рідини з ока і підвищ. Внутрочного тиску.

Г)СПАДКОВИЙ ЧИННИК.

Розрізняють 3 ступені міопії:легкий(від 0,25 до 2,75 дпт), середній(від 3 до 5,75 дпт), високий(6 дпт і більше).Клінічні ознаки короткозорості зумовлені розтягненням очного яблука Діаметр рогівки перевищує середні значення. У центральній зоні рогівка тонша, ніж в нормі.Глибина передньої камери збільш.розтягнені війкові зв'язки ослаблюють здатність до акомодатії.Відбувається розрідження склистого тіла та утворення помутнень.найнебезпечні ураження на дні ока.Поява міопічного конуса.далі може настати хоріоретинальна дистрофія навколо диска-задня стафілома.міопія може ускладнюватись появою сірого вогнища-плями Фукса в ділянці жовтої плями.Можливі геморагії, відшарування сітківки, астенопія,послаблена конвергенція, розвиток розбіжної спів дружньої косоокості.

33) Відбувається розрідження склистого тіла та утворення помутнень.найнебезпечні ураження на дні ока.Поява міопічного конуса.далі може настати хоріоретинальна дистрофія навколо диска-задня стафілома.міопія може ускладнюватись появою сірого вогнища-плями Фукса в ділянці жовтої плями.Можливі геморагії, відшарування сітківки, астенопія,послаблена конвергенція, розвиток розбіжної спів дружньої косоокості.

34)Астигматизму властиве неоднакове за силою заломлення в різних меридіанах. Астигматизм зумовлений не сферичністю заломлюючих елементів оптичної системи ока-рогівки та обох поверхонь кришталіка. Розрізняють астигматизм:прямий, зворотний та із скісними осями.У разі прямого астигматизму заломлююча сила вертикального меридіана більша, ніж горизонтального, при зворотньому-навпаки.залежно від розташування сітківки відносно фокальних ліній розрізняють: простий, складний і змішаний. У разі простого астигматизму в одному меридіані еметропія , в іншому – міопія або гіперметропія.При складному міопічному або складному гіперметропічному астигматизмі в обох меридіанах є однотипна аномалія рефракції, але різного ступеня. У практиці трапляється неправильний астигматизм, що характерний хаотичністю заломлення, коли взагалі не можна визначити головні меридіани.

35)

36) Розрізняють кілька типів хронічних запалень краю повік: а)блефарит простий, або лускоподібний,б)виразковий блефарит,в)мейбомієвий.

Ячмінь-гостре запалення волосяного мішечка вії або сальної залози, розташованої біля головки вії. Збудник-золотистий стафілокок. *Клініка*-набряк і гіперемія повіки, біля її краю щільний обмежений інфільтрат. Підвищення температури, привушних лімф вузлів. За 3-4 дня інфільтрат прориває і виділяється гній. Після цього біль зменш, запалення зникає, з'являється кірочка на місці прориву. Ускладнення: флегмона орбіти, тромбоз печеристої пазухи, менінгіт. *Лікування*: на початку захв вдаються до припікання інфільтрату(70% спиртом), застос сульфаніламідні препарати. У разі абсцедування призн сульфанілам всередину, інколи хірургічне втурчання. Забороняється видавлювати.

Халазіон –безболісний проліферативно гіперпластичний процес у мейбомієвій залозі, пов'язаний із затримкою виділення та наступним інфікуванням її секрету. *Клініка*- круглий новоутвір, що просвічує крізь шкіру або кон,активу(залежно від розташування).Грапляються поодинокі або множинні градини. *Лікування*-спочатку консервативне. Показані УВЧ-терапія, закладання за повіку 1% жовтої ртутної мазі, масаж повік, ін.,акція всередину халазіону кеналогу або емульсії гідрокортизону.Можливе хірург втурчання(видалення халазіону разом із сумкою).

37. Блефарити.клініка та лікування .

Блефарит (грец. βλέφαρον, blefaron — повіка) — запалення країв повік.

При простому блефариті спостерігається почервоніння та припухлість країв повік, утворення лусочок, стомлюваність очей, особливо при роботі увечері, та ін. При виразковому блефариті утворюються дрібні гнійники, пізніше — виразки, що спричиняються до випадіння вії.

Причини блефариту — подразнення очей, хронічні кон'юнктивіти, недокрів'я, туберкульоз, захворювання шлунково-кишкового тракту, порушення обміну речовин тощо.

Розвитку блефариту *сприяють* астигматизм, далекозорість.

Лікування

загальноукріплююче, усунення основної причини; місцеводезінфікуючі мазі, брильянтовий зелений, масаж повік з поживленням виділення секрету мейбомієвих залоз. При виразковому блефариті краї повік обробляють дезінфікуючим розчином (фурацилін 1:5000), видаляють кірочки, а краї змащують брильянтовим зеленим.

38. хронічний дакріоцистит. Етіологія, клініка, лікування.

Дакріоцистит - запалення слізного мішка.

Причини: стеноз носослізного каналу, травматичні ушкодження, інфікування оточуючих тканин.

Клініка – почервоніння шкіри, набряклість, гіперемія слизової оболонки поблизу вн. кута ока, сльозотеча, може виникати біль.

Лікування: – хірургічне – (дакріоцисториностомія – створ. Штучного співустя між слізним мішком і порожниною носа). Якщо не допомагає – проводять екстирпацію слізного мішка.

39. флегмонозний дакріоцистит.

Це запалення слізного мішка (флегмона слізного мішка)

Клініка – різка гіперемія, посилюється набряк, непокоїть біль, підвищується загальна і локальна температура, збільшуються привушні лімфатичні вузли.

Лікування: консервативне, масаж промивання слізного мішка дезрозчинами, якщо не допомагає – хірургічне – (дакріоцисториностомія – створ. Штучного співустя між слізним мішком і порожниною носа). Якщо не допомагає – проводять екстирпацію слізного мішка.

40. Дакріоцистит немовлят

дакріоцистит немовлят розвивається в тих випадках, коли нижній кінець носослізного протока закритий зародковою желатинозною перетинкою, що звичайно відкривається до моменту народження дитини. Характерна сльозотеча, можуть бути гнійні виділення, повторні кон'юнктивити. Дакріоцистити немовлят проявляються, як правило, наприкінці 1-го місяця життя. Головний симптом - виділення зі слізних крапок при натисненні (масажі) на область слізного мішка.

Лікування. Рекомендується голчкообразний масаж (зверху долілиць) області слізного мішка для проштовхування пробки й закапування барвника. Через 10-15 хвилин промокають тампоном нижню носову раковину. Якщо тампон пофарбований, то прохідність носової протоки відновлена. Якщо ні, протягом 3-4 днів повторюють голчкообразний масаж області слізного мішка з наступним введенням через верхню слізну крапку ферментного розчину (лидаза, протеаза й ін.). Якщо й при цьому рідина не виділяється під нижньою носовою раковиною, зондують носослезний протоку конічним тупокінцевим зондом під місцевою анестезією. Для закріплення ефекту через 1-2 години закопують у кон'юнктивальний мішок ферментно-анестетико-антибіотикові розчини й роблять масаж слізного мішка. Ефективність зондування 95%. Для зменшення клінічних явищ застосовують розчини антибіотиків, сульфаніламідів.

41. Запальні захворювання орбіти (остеоперіостит, флегмона орбіти, тромбоз печеристої пазухи), клініка та лікування

42. Методи дослідження переднього відрізка ока (фокальне, біфокальне освітлення, біомікроскопія)

43. Методи дослідження оптичних середовищ ока.

44. Клинические признаки и симптомы. Кон'юнктивити різної етіології мають схожу клінічну картину: починаються остро, супроводжуються вираженими суб'єктивними ощущениями. Больные жалуются на резь в глазах, зуд, отделяемое из кон'юнктивальной полости, иногда – светобоязнь. Поражаются оба глаза (нередко поочередно и с разной выраженностью воспалительного процесса).

Сочетание кон'юнктивита с аллергическими реакциями (ринорея, зяжжой кашель, атопическая экзема) свидетельствует о его возможной аллергической природе.

При осмотре выявляются гиперемия и отек кон'юнктивы век и переходных складок, кон'юнктивальная инъекция глазного яблока. В кон'юнктивальной полости может быть слизистое, слизисто-гнойное или гнойное отделяемое. Гнойное или слизисто-гнойное отделяемое свидетельствует о бактериальной или вирусной природе кон'юнктивита. Слизь в виде тонких полос наблюдается при аллергическом кон'юнктивите. Возможно появление петехиальных и обширных геморрагии, а также легко и трудно отделяемых пленок (см. клинику кон'юнктивитов різної етіології). При отдельных формах кератокон'юнктивитов на роговице появляются точечные и монетовидные поверхностные инфильтраты.

Основные принципы лечения

Запрещается накладывать повязку: она ухудшает эвакуацию отделяемого из кон'юнктивальной полости. Под повязкой возможно развитие кератита. Для предотвращения распространения инфекции необходимо соблюдать правила личной гигиены: часто мыть руки, использовать одноразовые салфетки и полотенца, отдельные пипеток для каждого глаза.

Для механического удаления отделяемого из кон'юнктивальной полости ее промывают раствором фурацилина (1:5000) или слабо-розовым раствором перманганата калия.

При остром кон'юнктивите в кон'юнктивальный мешок закладывают растворы антимикробных препаратов первые 3—5 дней каждые 2—4 ч. По мере стихания воспаления частоту закапывания уменьшают до 3—6 раз в сутки. Антибактериальные мази лучше закладывают на ночь. Днем мази применяют при отсутствии обильного отделяемого в кон'юнктивальной полости.

Выбор лекарственного препарата зависит от чувствительности к нему возбудителя; при неизвестном возбудителе используют антибиотики и антисептики широкого спектра действия.

45. Клінічні вияви, етіологія та методи лікування хронічних кон'юнктивітів

Хроніческий конъюнктивит развивается медленно, имеет периоды улучшения. Больных беспокоят светобоязнь, легкое раздражение и повышенная утомляемость глаз. Конъюнктивит (вирусный или бактериальный) может быть связан с сопутствующим заболеванием носоглотки, отитом, синуситом. У взрослых конъюнктивит часто возникает при хроническом блефарите, синдроме сухого глаза, поражении слезоотводящих путей. При *хроническом конъюнктивите* все симптомы выражены не столь ярко, как при остром. Заболевание связано с активацией сапрофитов, находящихся в конъюнктивальной полости. Причиной тому служат местные факторы: некорригированные аномалии рефракции, нарушение оттока слезы, заболевания век, ошибки в лечении острого конъюнктивита, а также системные факторы: гиповитаминоз, заболевания желудочно-кишечного тракта и ротовой полости, воспаление придаточных пазух носа. Больные жалуются на зуд, жжение, чувство инородного тела, повышенную зрительную утомляемость. Все симптомы усиливаются к вечеру. Конъюнктивита умеренно гиперемирована, разрыхлена, по краю век можно увидеть корочки (засохшее отделяемое). Возможны длительные периоды улучшения состояния.

лечение после инсталляции раствора анестетика обильное гнойное отделяемое удаляют путем промываний: конъюнктивального мешка дезинфицирующими растворами. Показаны сульфаниламиды и антибиотики широкого спектра действия.

Промывания антисептиками и инсталляции сульфаниламидов и антибиотиков делают ежедневно в течение 3 дней, затем через 2 ч еще в течение 3 дней и далее по показаниям.

В качестве анестетиков применяют 1—2% раствор лидокаина, 0,4% раствор инкаина или 0,5% раствор алкаина. В качестве антисептиков используют 0,05% раствора пиклоксидина, 2% раствор борной кислоты, мирамистин 0,01%, раствор перманганата калия 1:5000, раствор фурацилина 1:5000, риванол 1:1000. Сульфаниламиды применяют в виде 10—20% раствора сульфацил-натрия; сульфацил-натрия в составе пленок, стрептоцидовой мази.

46. Гонорейная конъюнктивит та дорослих. Профілактика

Гонорейный конъюнктивит может развиваться у взрослых больных гонореей мочеполовых путей в результате заноса инфекции в конъюнктивальную полость, у лиц, находящихся в контакте с больными, при несоблюдении правил гигиены. Новорожденные инфицируются в основном прохождении через родовые пути матери, болеющей гонореей. Крайне редко встречается метастатическое внутриутробное заражение.

Острый гнойный гонококковый конъюнктивит быстро прогрессирует. Веки отечные, отделяемое обильное, гнойное, конъюнктив резко гиперемирована, раздражена, собирается в выпячивающую складку. Нередко бывает резкий отек конъюнктивы склеры (хемоз). Кератит сначала поверхностный, а затем развивается язва роговицы, которая может привести к перфорации роговицы уже через 1—2 дня. Этому способствует сдавление краевой петлистой сети отечной конъюнктивой, в результате нарушается питание роговицы. Заболевание проявляется сначала в виде инфильтрата, которая затем быстро переходит в гнойную язву. Язва распространяется по поверхности роговицы и в глубину, нередко приводя к прободению с образованием в дальнейшем простого или сращенного бельма. Реже инфекция проникает внутрь глаза и вызывает паноптальмит.

В целях *профилактики* сразу после рождения ребенка протирают веки ватным тампоном, смоченным 2% раствором борной кислоты и закапывают 30% раствор сульфацил-натрия трехкратно в течение часа. Важным также является тщательное обследование женщин в период беременности, своевременное активное лечение в женской консультации.

47. Аденовірусні кон'юнктивити. Їх клініка та лікування.

Аденовирусные заболевания протекают в виде аденофарингоконъюнктивальной лихорадки и эпидемического кератоконъюнктивита.

Заражение происходит воздушно-капельным или контактным путем. Заболевание может возникнуть в любое время года.

Аденофарингоконъюнктивальная лихорадка часто сопровождается общей реакцией в виде поражений верхних дыхательных путей, повышения температуры, нарушения сна, диспепсии, болезненности и увеличения предушных лимфатических узлов. Сначала поражается, как правило, один глаз, а через 2—3 дня в процесс вовлекается и другой. Гиперемия конъюнктивы век, особенно нижней переходной складки и глазного яблока, бывает различной. При *катаральной форме* отмечаются отек век и конъюнктивы. При *пленчатой форме* имеется отделяемое в виде нежных тонких пленок, легко снимающихся ватным тампоном, но при тяжелых формах пленки могут быть грубыми, толстыми, плотно спаянными с подлежащей тканью. Редко бывают точечные кровоизлияния на тарзальной поверхности конъюнктивы.

При *фолликулярной форме* на фоне гиперемированной и несколько отечной конъюнктивы век и преимущественно нижней переходной складки обнаруживаются розовато-серые фолликулы и сосочки, мелкие и средние, без тенденции к слиянию. Роговица поражается часто, обычно на 5—9-й день заболевания, в виде точечного поверхностного субэпителиального кератита. Отделяемое скудное, серозное. При других формах аденовирусных конъюнктивитов отделяемое бывает в виде нитей, клубочков.

Эпидемический кератоконъюнктивит наблюдается главным образом у взрослых, это высококонтагиозное заболевание. Повышения температуры может не быть.

Больные жалуются на покраснение глаз, опущение инородного тела за веками, зуд, небольшое слезотечение, светобоязнь. Наблюдается выраженный отек век, а также конъюнктивы переходной складки и слезного мясца, который распространяется на конъюнктиву глазного яблока. Как правило, появляются мелкие фолликулы в нижней переходной складке. Явления конъюнктивита с выраженным отеком и гиперемией конъюнктивы сохраняются в течение 4—8 дней, после чего наступает улучшение. Вслед за периодом мнимого улучшения вновь появляются неприятные субъективные ощущения, в роговице образуются инфильтраты, видимые макроскопически. Затем они постепенно регрессируют, но помутнения в роговице могут сохраняться долго.

Эпидемический геморрагический кератоконъюнктивит. Возбудитель — энтеровирус-70. Относится к группе рибонуклеиновых вирусов, паразитирует в кишечнике и очень мал по размерам.

Инкубационный период составляет 12—48 ч. Заболевание продолжается 8—12 дней и заканчивается выздоровлением. В клинической картине постоянно присутствуют кровоизлияния от точечных обширных на конъюнктиве век и склеры. Роговица редко, но быстро вовлекается в процесс с появлением инфильтратов в эпителиальном слое. Слизисто-гнойное отделяемое обильное или умеренное. Общее состояние нарушается редко.

Лечение. Наиболее эффективным из препаратов, воздействующих на аденовирус, является полудан (биосинтетический полирибонуклеотидный комплекс полиадениловой и полиуридиловой кислот). Полудан обладает широким спектром противовирусного действия и иммуномодулирующими свойствами при отсутствии токсичности, неосложненных форм заболевания его назначают в виде инстилляций 6—8 раз в день, а при осложненных еще и в виде парабульбарного или под конъюнктивального введения в более высоких до 100-200 МЕ 1 раз в 2-3 дня.

Человеческий лейкоцитарный α -интерферон, реаферон (реальдирон) – генноинженерный человеческий $\alpha 2$ -интерферон высокой активности применяют в виде инстилляций 6—8 раз в день в концентрации 200 000 МЕ мл.

Синтетический низкомолекулярный индуктор интерферона – циклоферон вводят по 2,0 мл 12,5% раствора внутримышечно 1 сутки в течение 3 дней.

Выраженный противовирусный эффект дает новый комбинированный препарат офтальмоферон, в состав которого входят человеческий рекомбинантный интерферон альфа-2b, димедрол и борная кислота. Назначают в виде инстилляций 6—8 раз в сутки.

Применение альфа-интерферона инстилляций в сочетании с дексаметазоном (сначала 2 раза в день, а затем 3—4 раза в день) почти во всех случаях предупреждает появление субэпителиальных инфильтратов в роговице или делает их менее интенсивными. В лечении аденовирусных заболеваний глаз интерферон уменьшает продолжительность острой воспалительной реакции конъюнктивы в среднем на 2,7 дня, а общую продолжительность лечения – на 4,3 дня по сравнению с нативным интерфероном. Интерферон хорошо переносится тканями глаза, не вызывает побочных явлений.

Для предотвращения вторичной инфекции назначают антибиотики: 0,3% раствор тобрекса, 0,3% раствор гентамицина, 0,25% раствор левомицетина, 0,3% раствор ципрофлоксацина.

Наряду с указанным лечением применяют симптоматическую терапию: кератопластики, витамины, противоотечные препараты.

48. Дифтерия ока. Її клініка, діагностика, лікування.

Клініка: сухі, брудно-сірі, щільно спаяні з тією, що підлягає кровотоку поверхню, що гоїться зірчастим рубцем, - дифтерійний кон'юнктивіт.

Діагноз кон'юнктивіту встановлюють на підставі анамнестичних даних (контакти з хворими ГРВІ і іншими інфекційними захворюваннями, стан здоров'я в попередні дні, проведення яких-небудь контактних досліджень органу зору і т. д.), типовою клінічною картиною, дослідження гостроти зору, зовнішнього огляду (з виворотом повік)біомікроскопії (з фарбуванням рогівки флюоресцеином). Для уточнення етіології кон'юнктивіту і корекції лікування можуть знадобитися додаткові дослідження: 1) бактеріологічне дослідження мазків вмісту кон'юнктивального мішка (бактеріоскопія, посів на поживне середовище для визначення виду збудника і чутливості до антибіотиків) 2) дослідження соскобов з кон'юнктиви - цитологіческое, иммуоферментное, імуофлюоресцентне 3) дослідження крові - імунологічне, серологічне для виявлення антигенів до інфекційних і лікарським алергенам 4) внутрішньошкірних і осередкових проби 5) консультації фахівців - інфекціоніста, фтизіатра, дерматовенеролога, уролога, гінеколога, алерголога та ін.

Лікування: вводять протидифтерійну сироватку за Безредком.. потом лечение дифтерийного конъюнктивита проводят при обильном гнойном отделяемом назначают частые промывания 2% раствором борной кислоты. Закапывают глазные капли ломефлоксацин, ципрофлоксацина, тобрамицина, гентамицина, колбиоцина, сульфацила натрия, сульфацилпиридазина. В первые дни капли закапывают 6—8 раз, в дальнейшем до 3—4 раза в день по мере улучшения состояния. При конъюнктивите больные подлежат изоляции и лечению. При поражении роговицы проводится такое же лечение, как бактериальных кератитах.

49. Диференційна діагностика фолікулярних уражень кон'юнктиви (трахома, фолікулез, фолікулярний кон'юнктивіт).

50. Загальні принципи лікування трахоми.

. Это хронический инфекционный кератоконъюнктивит с появлением фолликулов и последующим их рубцеванием, васкуляризацией рого-вицы (паннусом), а в поздних стадиях –рубцовой деформацией век.

Лікування: Місцево застосовують 1% -ные мазі або розчини тетрацикліну, еритроміцину, олететрину, 10% -ные розчини сульфацилпиридазина натрію, 5% -ные мазі або 30-50% -ные розчини этазола 3-6 раз на день. При необхідності через 1-2 тижні від початку лікування виробляється експресія фолікулів.

У разі важкої трахоми показані загальне застосування антибіотиків, а також вітамінотерапія і усунення алергічних проявів. Якщо розвивається деформація століття, помутніння рогівки, може бути потрібна операція. У комплексній терапії використовують інтерферон і його індуктори і імуномодулятори.

При своєчасному і систематичному застосуванні антибіотиків і сульфаниламідів вдається добитися лікування і попередити ускладнення. При несвоєчасному лікуванні може розвинутися гнійна виразка рогівки, трихиаз, синдром сухого ока.

51. Стадії трахоми, їх клініка. Суспільна та особиста профілактика трахоми.

Стадія 1 гіперемія набряк кон'юнктиви повік, перехідних кладок та очного яблука. З'являються калмутно сірі фолікули в шарах кон'юнктиви, слюзово-гнійні виділення, світлобоязнь.

Стадія 2 велика кількість фолікулів, папілярна гіперплезія на фоні гіперемійованої та набряклої кон'юнктиви, початком рубцювання фолікулів. стадія триває декілька років. хворі є джерелом зараження.

Стадія 3 регресивний перебіг, зменш. Інфільтрація та гіперемія кон'юнктиви, рубцюються фолікули, регресує панус, але розвиваються ускладнення: трихиаз, порушення слюзовидлення, заворот повік, помутніння рогівки, кероз.

Стадія 4 період клінічного видужання: зникає гіперемія кон'юнктиви, виникає рубцювання, численні помутніння та рогівки та спорожнілі судини.

52. Ускладнення трахоми з боку повік та рогівки:

1. *Острый конъюнктивит*

2. Воспалительные процессы в слезных канальцах (*каналикулиты*), *дакриоцистит*

3. *Гнойная язва роговицы*, которая может вести к перфорации роговицы и развитию таких тяжелых осложнений как эндофтальмит и паноптальмит.

4. *Трихиаз* (неправильный рост ресниц в сторону глазного яблока, постоянно травмирующих роговицу) вследствие рубцовых процессов в регрессивном периоде.

5. *Мадароз* - выпадение ресниц.

6. Образование сращений между конъюнктивой век и глазного яблока (*симблефарон*) вследствие распространенного рубцевания конъюнктивы.

7. *Глубокий паренхиматозный кероз* (высыхание роговицы вследствие перерождения слизистых и серозных железок, расположенных в конъюнктиве)

53. Класифікація кератитів. Загальні принципи їх лікування.

Кератити діляться на екзогенні та ендогенні; по теченню – на гострі та рецидивуючі; по глибині поразення – на поверхнєвє та глибокі; по характеру воспєленнє – на гнєйні та не гнєйні; по локалізації – на центрєльні, парєцентральні, периферическіє; по розпространенності – на ограниченні та дифузні; по формє – на точечні, лєндкартообразні, монєтовидні, в видє вєточек та штри-хов; по исходу – с васкуляризєціє та безваскуляризєціє.

Екзогенні кератити: ерозія роговици; травматическіє кератити, обусловленні механическоє, физическоє или хим. травмоє (посттравматическіє кератити); инфекционні кератити бактеріального происхожденнє; кератити, вызванні заболєваннє конъюнктивє, век, мейбомиевых желез; грибокє кератити, или кератомикозы.

Ендогенні кератити: инфекционні кератити, туберкулезні, гематогенні, алергическіє; сифилитическіє; герпетическіє; нейропаралитическіє, авитаминознє.

54. Клініка та наслідки кератитів.

Большинство заболєваннє роговици приводят к раздраженню чувствительных нервов с триадой симптомов: светобоязнью, слезотечением, блефароспазмом (исключая нейротрофическіє кератити, когда перечисленные симптомы отсутствуют).

роговичный синдром.

Этот синдром обусловлен нарушением прозрачности роговицы и образованием воспалительного помутнения (инфильтрата), в основе которого лежит скопление в ткани роговицы лейкоцитов, лимфоцитов, гистиоцитов, плазматических и других клеток, поступивших сюда из краевой петливой сети. Цвет инфильтрата зависит от состава образующих его клеток. При небольшом скоплении лейкоцитов инфильтрат имеет сероватый цвет, при гнєйном распєвлєннє – желтый, при выраженной васкуляризєціє – ржавый оттенок. Границы всегда нечеткие, распєвчатые из-за выраженного отека окружающих участков ткани, имеющих вид молочного помутнения вокруг инфильтрата. Оптический срез роговицы в зоне инфильтрата утолщен. Роговица в области инфильтрата теряет блеск, становится тусклоє, матовоє, в месте воспєленнє она шероховата. В зоне инфильтрата чувствительность роговицы снижена в различной мере при различных кератитах. При нейрогенных кератитах (в том числе вирусных) чувствительность снижается во всех отделах роговицы, даже там, где нет инфильтратов. Со временем наступает распад инфильтрата с отторжением эпителия, некрозом ткани и образованием язвы роговицы.

Питання №55

Повзуча виразка роєвковоє оболонки, її клініка, лікування.

Це инфекційний гнєйний кератит бактеріального походження. Збудник: диплобацила Моракса-Аксєфельда. Агент може потрапити через кон'юнктиву, із слєзного мшєка. Клініка: початок-сильний рїжучий бїль в оєі, світлобоязнь, слєзотєча, блефароспазм, змїшана ин'єкція, гнєстєча та інколи хемоз кон'юнктивє., сїро-жовтий инфільтрат у роєвці, і в першу добу він розпадаєтьє та утв виразки дископодїбноє форми з гнєйним кратєроподїбним дном. Виразка має 2 крає: один-прогрєсуючий, пїдритий, інший-регресуючий, гладкий. З часом починаєтьє васкуляризєціє роєвкє. Виразка поширюєтьє також в глибину, аж до задньоє пограничноє пластинки з утв грижі-дестєметоцеле (у виглядї сїро-чорноє плями). Можлива перфорєціє та наступний паноптальмїт, або ж утв бїльма, зрошеного з райдужноє оболонкоє. На днї передньоє камери утв гїнопїон (смужка жовтого кольору рїдкоє консистєнції, який скєд з фїбрину та лейкоцитів). Розвиваєтьє іридоциклїт: змїн колїр райдужки, зїницє стає неправильноє форми, наростає бїль у оєі. Лікування: антибіотики, вїтамїннї краплї, крїо- та дермо коагуляціє, аналгєтики.

Питання №56

Парєнхиматозний кератит, його клініка та лікування.

Змїшана ин'єкція судин ока з перевагоє перикорнеальноє, незначноє світлобоязньо, слєзотєчею. роєвка полїморфно-дифузно мутна. пїд час бїомїкроскопїє видно окремі сїруватї-жовтї инфільтрати рїзних розмїрїв, до яких тягнутьє свїжо утворєні судини роєвкє. Бїля инфільтратів вони дихотомїчно дїлятьє і утворюють кошички. Цї инфільтрати можуть поширюватїє в глибокї шари з наступним виразкуваннєм. В кїнцї хвороби залишаютьє лєй коматознї рубці з вторинними змїнами. Зїр рїзко і

незворотно знижується. Лікування: туберкульозні препарати, тубазид, салюзид, стрептоміцин, рифа дин, цикосерин, етіонамід, канаміцин, тибон.

Питання №57

Герпетичні кератити. Їх діагностика та лікування.

Первинні: 1) герпетичний блефарокон'юнктивіт: дрібні міхурці між війми, кон'юнктивіт, аденопатія.

2) Епітеліальний кератит: точкові білі або сірі вогнища помутніння та утв міхурців з при піднятим епітелієм, на місці злушеного епітелія утв ерозії, які швидко загоюються. 3) Кератокон'юнктивіт зі звизракуванням та васкуляризацією рогівки: дифузне помутніння епітелію з наступною його деструкцією та відторгненням, паралельно некротизуються поверхневі шари строми рогівки, настає їх відторгнення та утв виразка, рання масивна васкуляризація рогівки.

Післяпервинні: для них характерно: часті рецидиви, втрата чутливості рогівки, сповільнена регенерація та незначна васкуляризація, розвиток стромальних кератитів та увеокератитів.

Види: 1) Епітеліальний та субепітеліальний точковий кератит: подібно до первинного, але без аденопатії та кон'юнктивіту. 2) Деревоподібний кератит: перикорнеальна ін'єкція, світлобоязнь, слезотеча, дрібні міхурці на рогівці в епітелії, вони зливаються виразкуються та утв сірі борозни-тріщини епітелію, що нагадують галочку дерева, роги оленя. 3) Метагерпетичний кератит: відноситься до глибоких форм, запальні інфільтрати розташовані в глибоких шарах строми і на великій її площі, рогівка являє собою ерозивну, мутно-сіру, ландкарто подібну поверхню, іридоцикліт, задній увеїт, рогівковий синдром. 4) Дискподібний кератит: набряк епітелію, який швидко поширюється на строму з формуванням чітко обмеженого круглої форми вогнища сірувато-білого кольору, інтенсивна біла пляма в центрі, ендотелій рогівки стовщується, пізня васкуляризація рогівки, іридоцикліт. 5) Глибокий дифузний кератит: іридоцикліт, дифузне помутніння рогівки, набряк епітелії, в стромі утв запальні некробіотичні фокуси, виражена складчастість задньої пограничної мембрани та стовщення заднього епітелію.

Діагностика: вірусологічні, цитологічні дослідження, метод імунофлюоресценції.

Лікування: 5-йод-2-дезоксіуридин, відарбін, трифлюоротимідин, ацикловір, інтерферон.

Питання №58

Серозний іридоцикліт. Його клінічні особливості, перебіг, діагностика, лікування.

Є різновидом туберкульозного іридоцикліту. Незначний корнеальний синдром і слабо виражена перикорнеальна ін'єкція-практично без болю. Проте преципітати великі, «сальні», у вигляді трикутника. На очному дні можуть бути явища папіліту. Перебіг хвороби в'ялий, тривалий та рецидивуючий. Зміни в кришталику та склистому тілі можуть бути причиною різкого зниження гостроти зору.

Питання №59

Клінічні ознаки фібринозного іридоцикліту, етіологія, патогенез, методи лікування.

Є формою туберкульозного іридоцикліту. Незначний корнеальний синдром і слабо виражена перикорнеальна ін'єкція-практично без болю, великі «сальні» преципітати, у вигляді трикутника, на очному дні явища папіліту, різке зниження гостроти зору.

Питання №60

Ускладнення та наслідки іридоциклітів.

1) Стрічкоподібна дегенерація рогівки, помутніння кришталика: розвивається в результаті порушення його трофіки із зміною в епітелії кришталика та дії токсинів. 2) Вторинна глаукома: розвив внаслідок зарощення зіниці, збільшення продукції внутрішньоочної рідини, порушення її відтоку, гіперпигментації кута передньої камери та утв гоніосинехій.

3) Гіпотонія ока: це результат пригнічення функції вікового епітелію та зменшення продукції внутрішньо очної рідини, зниження зорових функцій не спостерігається, це може призвести до субатрофії та атрофії очного яблука., ексудативне відшарування сітківки, різної величини крововиливи, фракційне відшарування сітківки, на фоні увеїту- запалення диску зорового нерва(неврит).

Питання №61

Лікування іридоциклітів. Засоби, які розширюють зіницю. Показання та протипоказання до їх застосування.

Мідріатики зменшують набряк райдужки, ексудацію та запобігають утворенню задніх синеній і зрошенню зіниці. 1% розчин атропіну сульфату-паралізує дію стискача(сфінктера) райдужки. Його застосовують у вигляді інстиляцій 3 рази на день або як 1% мазь на ніч. У разі індивідуальної непереносимості препарату призначають 0,25% розчин скополаміну гідроброміду. Тріада за Гредлі: інстиляції 3% розчину кокаїну, закладання в кон'юнктивальний мішок кришталиків атропіну та аплікації 0,1% розчину адреналіну за нижню повіку одночасно. При цьому необхідно затиснути вказівним пальцем слізні точки при закритих повіках. Якщо задні синехії при цьому не розриваються, то доцільно призначити мідріатики шляхом електрофорезу, іонофорезу або підкон'юнктивальні ін'єкції 1% розчину мезатону, фібринолізину чи 0,1% розчину адреналіну по 0,1мл. Хворим з серцево-судинною патологією та особам похилого віку застосування адреналіну протипоказане. При запальних процесах призначають сульфаніламідні препарати, при наявності туб інф-фтивазид, тубазид(всередину), стрептоміцин, канаміцин(в/м). При токсоплазмозних-хлоридин, сульфадимезином, при бруцельозі-вакцинотерапія.

Питання №62

Шляхи відтоку внутрішньо очної рідини.

Дренажна система ока-це структури кута передньої камери, котрий має передню стінку(що є корнеосклеральним сполученням), задню(утворена коренем райдужної оболонки) та вершину(війкове тіло). На передній стінці є склеральна зморшка, вперек якої розташована трабекула у формі кільця, котра склад з сполучної тканини й має шарувату будову(трабекулярна діафрагма). Пластини діафрагми вкриті епітелієм, щілини діафрагми вкриті епітелієм, щілини заповнені водянистою вологою та сполучаються між собою отворами, що перфорують трабекулярні пластинки. Водяниста волога проникає крізь діафрагму, накопичується у венозній пазус склери(шлеммов канал) і через 25-30 тонких колекторних каналців(випускачків) відпливає в

інтра- та епісклеральні венозні системи. Крім цього, є ще увеосклеральний шлях її впливу через передній відділ війкового тіла в супраорбітальний простір, звідки вона проходить емісарями крізь склеру або всасується у венозні відділи капілярів судинної оболонки ока.

Питання №63

Динамічна класифікація глаукоми

-первинна глаукома(закритокутова, відкритокутова, змішана)

-природжена глаукома

-вторинна глаукома(запальна, постзапальна, фактогенна(факотонічна, факоморфічна, факолітична), судинна(посттромботична, флеботергензильна), травматична(контузійна, ранова), дегенеративна(увеальна, гемолітична), неопластична).

Питання №64

Методи ранньої діагностики глаукоми. Значення диспансерного обстеження хворих на глаукому.

Раннє виявлення хворих на глаукому здійснюється шляхом профілактичних оглядів населення. Обстеженню підлягають, як правило, особи старше 40 років. Профілактичний огляд: 1. Відбір осіб з підозрою на глаукому(внутрішньоочний тиск 27 мм рт.ст. і більший, є скарги, типові для глаукоми, значна різниця в стані очей, відзначаються ознаки захворювання під час об'єктивного дослідження, мілка передня камера, бомбаж райдужної оболонки, розширення фізіологічної екскавації диска зорового нерва).

2. Детальне обстеження осіб з підозрою на глаукому в поліклініці, потім-у глаукомному кабінеті, а в разі необхідності-у стаціонарі. Диспанчеризація: системний контроль за станом хворих, раціональне лікування глаукоми й супутніх захворювань, працевлаштування хворих та оздоровлення побутових умов, санітарно-просвітницька робота з населенням. Диспансерне обслуговування включає: очний кабінет, глаукомний кабінет(перевіряють гостроту зору, рефракцію, поле зору, вимірюють внутрішньоочний тиск, здійснюють офтальмоскопію переднього відділу ока та очного дна), стаціонар.

Питання №65

Клінічні форми первинної глаукоми, лікування.

Закритокутова- постійна або періодична блокада куя передньої камери коренем райдужної оболонки. Відкритокутова- величина відкритого кута передньої камери коливається від 10 до 45 градусів, у зв'язку з погіршенням впливу водянистої вологи дренажною системою ока(блокада венозної пазухи склери, дистрофічні зміни в трабекулі) підвищується внутрішньо очний тиск. Змішаний тип глаукоми-поєднуються ознаки, властиві обом основним формам захворювання. Стадії: початкова(розширення фізіологічної екскавації диска зорового нерва і зміни поля зору-поява в пара центральній його частині невеликих скотом, збільшення сліпої плями), розвинена-крайова екскавація диска зорового нерва, значні дефекти центрального зору, звуження поля зору на 10 градусів і більше в носовій ділянці або його концентричним звуженням, глибока-стійке звуження поля зору(менш ніж 15градусів від точки фіксації за радіусами) або збереження окремих його ділянок, термінальна-втрата предметного зору(світловідчуття) або шкловита втрата зорових функцій. Лікування: 1. внутрішньокутової глаукоми(трусопт, препарати карбоангідрази, ангіопротектори: гіполіпідемічні(клофібрайт, нікотинова кислота), антиоксиданти(актове гін, аскорбінова кислота), антиагрегантні препарати(третал, алопурин, кавінтон), анаболічні стероїди). 2. закритокутова глаукома(В-блокатори(тимолол), інгібітори карбоангідрази(діакарб), гіпотензивні препарати).

Питання №66

Диференціальна діагностика первинної глаукоми та катаракти.

Питання №67

Гострий напад глаукоми, його клініка. Диференціальна діагностика з іридоциклітом.

Різка розширення судин на передній поверхні очного яблука, змішаний тип ін'єкції, рогова оболонка набрякла, райдужка-здута, передня камера мілка, зіниця розширена внаслідок парезу її стискача, спричиненого різким підвищенням внутрішньоочного тиску.

Диф діагностика: 1. Напад глаукоми-райдужні кола при погляді на джерело світла, переважає іррадіюючий біль, початку захворювання передують продромальні напади, ін'єкція змішана очного яблука, чутливість рогівки знижена, передня камера мілка, зіниця широка, внутрішньо очний тиск підвищений. 2. Гострий ірит-райдужний кіл немає, переважає біль в оці, початок захворювання раптовий, ін'єкція переважає корнеальна, чутливість рогівки не зменшена, передня камера середньої глибини, зіниця вузька, внутрішньо очний тиск знижений.

Питання №68

Невідкладна допомога при гострому приступі глаукоми.

Симпатоміметичні засоби(1-2% розчин пілокарпіну), впродовж 1-ї години інстиляції здійснюють кожні 15хв, потім-через 30хв і щогодини. У подальшому частоту закапування зменшують до 6 разів на добу, В-блокатори(тимолол), інгібітори карбоангідрази(діакарб), засоби осмотичної дії(сечовина, маніт, аскорбат натрію, гліцерол), гіпотензивні препарати.

Питання №69

Вторинна глаукома, її причини, клініка, лікування.

Виникає як наслідок інших хвороб очей. Форми: запальна глаукома-підвищення офтальмотонусу зумовлене запальним ексудатом, що блокує дренажну систему ока, пост запальна глаукома- блокада циркуляції водянистої вологи виникає внаслідок утворення гоніосинехій, зрошення і зростання зіниці, появи ексудату в трабекулярній зоні, розвитку сполучної тканини й судин у куті передньої камери. фактогенна форма-факотонічна-виникає в разі зміщення кришталика, факоморфічна-зумовлена набряком кришталикових волокон у разі незрілої старечої та травматичної катаракти, факолітична-має 2 різновиди: 1) із клінікою гострого нападу закрито кутової глаукоми, виникає внаслідок утворення молочної катаракти, що набрякає, 2) розвивається в умовах резорбційної перезрілої катаракти. Судинна: 1) посттромботична-розвивається після тромбозу

центральної вени сітківки, підвищення внутрішньоочного тиску зумовлене формуванням сполучної тканини й нових судин у куті передньої камери.2)флеботензильна-спричинена підвищенням тиску в системі передніх вортикозних вен внаслідок тромбозу цих вен.Травматична глаукома:1)контузійна- виникає внаслідок ушкодження війкового тіла та призводить до рецесії кута передньої камери.2)ранова- відзначається після перфорації виразок рогівки, проникаючих поранень, оперативних втручань, опіків.Дегенеративна глаукома:спостерігається при ретинопатіях різного походження, після крововиливів в око, в очах із задушенням відшаруванням сітківки та увеопатіями:1)увеальна глаукома-спричинена поширенням дистрофічних змін на кут передньої камери в умовах увеопатій, що призводять до порушення циркуляції водянистої вологи й підвищення внутрішньоочного тиску.2)Гемолітична гіпертонічна глаукома-пов'язана з великими внутрішньоочними крововиливами.Неопластична глаукома-розвивається в разі порушення дренажу водянистої вологи.
Лікування: має бути спрямоване на усунення причин, що призвели до захворювання.

Питання№70

Природжена глаукома, її причини, клініка, лікування.

Етіологія: недорозвиненість або неправильний розвиток дренажної системи ока. Аутосомно-рецесивний тип успадкування.Форми:1)внутрішньоутробна(розвивається в наслідок несприятливої дії зовнішніх, внутрішніх чинників)одна з основних причин цієї глаукоми є блокада трабекулярно зони кута передньої камери ембріональною тканиною, що не розсмоктується.Клініка: підвищення внутрішньоочного тиску, збільшення рогівки та всіх розмірів очного яблука порівняно з віковою нормою, поглиблення передньої камери, розширення зіниці й сповільнення її реакції на світло, зниження зорових функцій, глаукомазна екскавація диска зорового нерва.Набряк рогівки, збільшення її розмірів, фотофобія, блефароспазм, сльозотеча.Лікування: хірургічне(рання стадія- операції, спрямовані на відновлення природних шляхів відпливу водянистої вологи або створення додаткових, розвинена стадія- гоніотомія, пізні стадії- трабекулектомія, абсолютна стадія- хірургічне втручання спрямоване на зменшення продукції водянистої вологи).

Питання№71

Аномалії положення кришталика, діагностика, лікування, ускладнення.

У нормі діаметр кришталика-9мм.обидні поверхні сферичні, верхня-менш опукла.Відхилення у сферичності виявляють за видовженістю кришталика і позначають терміном «лептиконус».Розрізняють передній і задній лептиконуси, тобто деформацію передньої і задньої поверхонь кришталика. Сферофакія-захворювання, що характеризується наближенням форми кришталика до кола, при цьому діаметр його зменшується до 4-7мм. Сферо- і мікрофакія зумовлюють порушення зв'язкового апарату кришталика. Війкові зв'язки надриваються в одному або двох квадрантах, і кришталик зміщується в протилежний від надриву бік(ектопія кришталика).Якщо зіниця розширена, як правило, видно екватор кришталика. Така картина спостерігається в умовах синдрому Морфана. Із загального статусу характерне порушення кістково-м'язової системи: подовження верхньої кінцівки, фаланг, слабкість суглобів.Секторальна атрофія(колобома кришталика) і відсутність його(афакія) є рідко природженою аномалією.

Питання№72

Природжена катаракта, клініка, діагностика, методи лікування.

Має різноманітні морфологічні прояви. Гострота зору коливається від світловідчуття до нормального(наприклад, в умовах невеликої полярної катаракти). Найчастіше природжені катаракти не прогресують. Природжена катаракта як перешкода на шляху світла до сітківки не лише знижує гостроту зору, але й зумовлює функціональну бездіяльність зорового аналізатора, що зрештою спричинює розвиток необоротних форм амбліопії. Усунення монокулярної катаракти в 3-5-річному віці(не кажучи про більш пізній) функціонально малоефективне.

73.Стадії розвитку старечої катаракти. Діагностика та лікування

Стареча катаракт(cataracta senilis)-помутніння кришталика,що відзначають в осіб старших за 50 років.

Стадії:

- 1.**Початкова катаракта(Cataracta incipiens):** поява сірих помутнінь, у вигляді шпич.Розпочинається в середній або кірковій зоні.У більшості знижується гострота зору вдалеч.
- 2.**Незріла катаракта(cataracta nondum matura):** набрякання капсули внаслідок проникнення через неї рідини; кришталик стовщується, передня камера мілішає, а зіниця набуває сірого кольору. В передньому кірковому шарі виявляють вакуолі та розшарування кришталікових волокон. Хворий не може читати кольори сприймає ніби через сіру завісу. Орієнтування в приміщенні зберігається. Ущільнення ядра може призвести до появи бурого відтінку кришталика.
- 3.**Зріла катаракта(Cataracta matura):** помутніння кришталика завершується і зір знижується до світловідчуття з првилною проекцією світла. Буває накопичення бурого пігменту- кришталик становиться темним- «чорна катаракта».
- 4.**Перезріла катаракта(Cataracta hypermatura):** мутні кортикальні маси зрілої катаракти розріджуються, і щільне ядро вільно плаває в каламутній кришталіковій рідині.

Діагностика: біомікроскопія за допомогою щільної лампи; бокове освітлення; огляд у прохідному світлі.

Лікування: краплі Смирнова, тау фон,катахром,сенткаталін-як стримування подальшого розвитку катаракти.Хірургічне втручання:інтраокулярна корекція: - інтракапсулярно(усувають катаракту разом зкришталиком) або екстракапсулярно(зі збереженням задньої й частини передньої частини капсули кришталика) з імплантацією ІОЛ.Факоемульсифікація. . Корекція гостроти зору: окуляри або контактні лінзи.

74. Діагностика та лікування початкової стадії старечої катаракти

Діагностика: біомікроскопія за допомогою щільної лампи; бокове освітлення; огляд у прохідному світлі.

Лікування: краплі Смирнова, тау фон,катахром,сенткаталін-як стримування подальшого розвитку катаракти. Корекція гостроти зору: окуляри або контактні лінзи.

75. Травматична катаракта. Особливості її перебігу, клініка, лікування.

Розвивається як при тупих, так і при проникаючих uszkodженнях очного яблука. Виникає внаслідок поушення цілостності капсули кришталика колючими, ріжучими предметами, осколками. Внутрішньоочна рідина потрапляє всередину кришталика і спричиняє помутніння його фібрил. Клітини кришталика, не захищені капсулою, виявляють антигенні властивості й зумовлюють запальну реакцію.

Контузійна катаракта: у вигляді кільця, що відповідає діаметру зіниці в момент удару в перші дні після травми. Через декілька місяців помутніння можуть з'явитися на всьому кришталику.

Лікування: краплі Смирнова, тау фон, катахром, сенткаталін-як стримування подальшого розвитку катаракти. Хірургічне втручання: інтраокулярна корекція: - інтракапсулярно (усувають катаракту разом з кришталиком) або екстракапсулярно (зі збереженням задньої й частини передньої частини капсули кришталика) з імплантацією ІОЛ. Факоемульсифікація. . Корекція гостроти зору: окуляри або контактні лінзи

76. Ускладнена катаракта, її причини, клініка, лікування

Помутніння кришталика, пов'язане з будь-яким захворюванням ока (uveїт, глаукома, відшарування сітківки) або організму в цілому (цукровий діабет, порушення кальцієвого обміну).

Розвиток частіше розпочинається із заднього відділу кришталика. Мутні шари його формуються у вигляді келиха, «дно» якого відсунуте до заднього

полюса кришталика, а «край» орієнтовані вперед.

Лікування: краплі Смирнова, тау фон, катахром, сенткаталін-як стримування подальшого розвитку катаракти. Хірургічне втручання: інтраокулярна корекція: - інтракапсулярно (усувають катаракту разом з кришталиком) або екстракапсулярно (зі збереженням задньої й частини передньої частини капсули кришталика) з імплантацією ІОЛ. Факоемульсифікація. . Корекція гостроти зору: окуляри або контактні лінзи.

77. Вторинна катаракта. клініка, причини виникнення, хірургічне лікування

78. Афекія, її ознаки, корекція

Афекічне око, що має лише заломлюючу силу рогівки потребує оптичної корекції окулярами, контактними лінзами або штучним кришталиком. Гострота зору без коекції становит 0,02-0,04. Сильні (+12дп) товсті збиральні лінзи в окулярах оптично не досконалі, а при монокулярній афекії не переносяться взагалі. Контактні лінзи мають перевагу над окулярами. Оптимальне вирішення проблеми- інтраокулярна корекція. Імплантування штучного кришталика.

79. Головні умови бінокулярного зору. Значення у виборі професії.

Бінокулярний зір-завдяки двом двовимірним зображенням створюється один тривимірний образ із глибиною, об'ємом, рельєфом, взаєморозташуванням і точною локалізацією предметів у просторі. Не повинно бути паралічів, парезів очорухових м'язів, що спричинює зменшення рухливості очей, порушення їх симетричності і спільноти руху.

Зображення має потрапити на однакові ділянки сітківки (кореспондуючі точки), зорові осі обох очей мають бути спрямовані точно на об'єкт фіксації (моторний компонент), сенсорний компонент (зображення на сітківках не мають значно різнитися між собою за величиною, яскравістю, чіткістю за кутом нахилу)

80. Співдружна косоокість, її види, діагностика.

Косоокість- порушення бінокулярного зору, що звичайно супроводжується відхиленням зорової лінії ока від спільної точки фіксації.

Види: Природжена (у перші 6 місяців), набута-ознаки виявилися пізніше.

-за спрямованістю: збіжна (екзотропія)-відхилення ока до носа, розбіжна (екзотропія)-до скроні, суправергуюча (гіпертропія)-око косить догори, інфравергуюча (гіпотропія)-відхилення ока донизу. Можливе одночасне відхилення ока по вертикалі і горизонталі.

-Акомодаційна і неакомодаційна

-Альтернуюча (косять обидва ока по черзі) та монолатеральна (косить одне око)

Діагностика: визначення кута косоокості способом Гіршберга (порівнюють розташування світлових рефлексів на рогівках), тест з прикриванням призмами, на периметрі та синоптофорі за спеціальними методиками.

81. Прихована косоокість, клініка, діагностика.

Гетерофорія (прихована косоокість)-це відхилення ока в умовах, що виключають злиття зображень від обох сітківки (у разі затулення одного ока непрозорою заслінкою, внаслідок зниження гостроти зору під час катаракти, більма...). Коли не фіксувати погляд на якомусь предметі, то одне око мимоволі повертається під дією більш сильних очорухових м'язів.

Діагностика: під час погляду на предмет фіксації одне око затуляють непрозорою заслінкою на 10-15с, потім прибирають і спостерігають за рухом ока. (око має зробити так званий встановлювальний рух повертається у вихідне положення). Відхилення досередини-екзофорія, догори або донизу-гіпер і гіпофорія.

Лікування при появі скарг (спеціальні призматичні окуляри)

82. Уявна косоокість. Клініка, діагностика

Уявна косоокість не порушує ф-ції очей та не потребує лікування.

Із збільшенням кута гамма (кут між зоровою та оптичною віссю) до 7-10 градусів збільшується і відстань між зоровою лінією та центром рогівки, що й призводить до появи уявної косоокості. Якщо зорова лінія - на внутрішній половині рогівки, то враження наче обидва ока косять до скронь. А якщо зорові лінії назовні від центрів рогівки наче очі косять до носа.

Також складається раження уявної косоокості при різних умовах будови лицевого черепа (мала чи велика відстань між зіницями, глибокі чи мілкі орбіти, різна будова очної шілини)

83. Принципи лікування співдружної косоокості.

Корекція амметропії, виключення здорового ока, тренування центрального зору, розвиток бінокулярного зору, корекція окулярами, хірургічне лікування.

84. Паралітична косоокість, її ознаки, диференціальна діагностика, методи лікування.

Виникає, якщо порушене проходження нервових імпульсів до ококорухових м'язів унаслідок руйнування або стиснення ококорухових нервів або їх ядер.

Клініка: раптово, за кілька годин стає постійною, запаморочення, двоїння під час зору обома очима, яке посилюється при повертанні ока у бік дії ураженого м'яза, обмеження рухливості ока, кут первинного відхилення менший за кут вторинного, фіксація експцентральна.

Лікування: Лікування основного захворювання, корекція амметропії, виключення амбліопічного ока, тренування центрального зору, розвивання бінокулярного зору, хірургічне лікування.

85. Ознаки проникаючих поранень очного яблука. Невідкладна допомога

Вірогідні (абсолютні): зяюча рана рогівки або склери, випадіння внутрішніх оболонок ока, отвір у райдужній оболонці, стороннє тіло в оці.

Відносні ознаки: гіпотонія ока, зменшення глибини або цілковита відсутність передньої камери ока, зміна форми зіниці, заглиблення передньої камери ока.

Невідкладна допомога: закапати дезінфікуючі краплі, накласти бінокулярну пов'язку. Антибіотики широкого спектру дії, правцевий анатоксин. негайно відправити в горизонтальному положенні в спеціалізований стаціонар.

86. Проникаючі поранення очей, ускладнені наявністю стороннього тіла. Методи локалізації стороннього тіла в оці.

Локалізація: в пограничній зоні ока (в оболонках або безпосередньо поблизу них), у передньому відділі ока, в куті передньої камери, в кришталику, в задній камері ока.

87. Принципи видалення внутрішньочних сторонніх тіл під час проникаючих поранень очей

Треба уточнити місце розташування за допомогою методу рентгенолокалізації за Комбергом-Балтінім, додатково використовують УЗД, КТ.

Магнітні сторонні тіла видаляють будь-яким магнітом.

Є 3 способи видалення сторонніх тіл з кута передньої камери або кришталика. Відокремлюють кон'юнктиву від лімба і роблять пошаровий рогівково-склеральний розріз у ділянці лімба з утворенням козирка. Застосовують спеціальні цангові пінцети із зумеровою сигналізацією, ендоскопи та вітреоскопи з волоконною оптикою, видаляють тіло під контролем стереорентгеноскопії.

88. Ускладнення проникаючих порань.

Травматична катаракта, травматичні іридоцикліти (Сєорзний іридоцикліт, гнійний іридоцикліт, фібринозно-пластичний іридоцикліт, симпатичне запалення)

89. Симпатичне запалення. Його клініка, профілактика, лікування

Симпатичне запалення – це своєрідна форма хронічного, злоякісного запалення судинної оболонки неушкодженого ока, котре розвивається в разі млявого посттравматичного (симпатизуючого) іридоцикліту в другому оці.

Клініка: 3 форми запалення судинної оболонки – серозного (змішана ін'єкція очного яблука, біляві преципітати на задній поверхні рогівки, набряк і гіперемія райдужної оболонки, помутніння склистого тіла, гіперемія і розмитість меж диска зорового нерва, розширення вен), фібринозно-пластичного іридоцикліту (змішана ін'єкція очного яблука, швидке утворення задніх і передніх ін'єкцій, ексудат в передній камері та в ділянці зіниці з подальшим її зростанням, натає вторинна глаукома), хоріоїдиту (на очному дні утв. великі жовтаво-білі вогнища, прикриті набряклого сітківкою), нерідко поєднується з нейроретинітом (змішана форма).

Профілактика: ретельна хірургічна обробка проникаючих поранень ока на мікрохірургічному рівні та проведення інтенсивної протизапальної терапії в ранні строки після травми.

Лікування: Кортикостероїдні препарати – субкон'юнктивально, парабульбарні ін'єкції, інстиляції та всередину за схемою. Антибіотики під кон'юнктиву і внутрішньом'язово; сульфаніламідні препарати, десенсибілізуючі засоби, індометацин, вольтарен – усередину, мідріатики – місцево (атропін) або під кон'юнктиву. У міжрецидивний період за показанням здійснюють хірургічне лікування.

90. Контузія очного яблука, її прояви та лікування

Тупі травми ока. Частіше цілість зовнішніх покривів не порушується, ушкоджуться, як правило, тканини ока, розташовані глибше та придатки ока. Ушкодження залежать від сили та спрямування удару, від особливостей анатомічної с-ри ока, віку хворого та стану ока до контузії.

Класифікація: 1. Прямі (безпосередньо при ударі предмета в око), непрямі (наслідок стусу тулуба або лицевого скелета від ударної хвилі при вибухах), поєднана.

2. За важкістю ушкодження (3 ступеня):

1 ступінь – не спричиняють зниження зору під час одужання. це тимчасові оборотні зміни (набряк та ерозії рогівки, спазм акомодатії, кільце Фоссіуса.)

2 ступінь – призводять до стійкого зниження зору (глибокі ерозії рогівки, розрив стискача, сітківки)

3 ступінь – дуже важкі зміни, внаслідок яких можливе об'ємне збільшення ока у зв'язку із субкон'юнктивальним розривом склери, різкі гідродинамічні зсуви, стійка гіпертензія або гіпотонія ока.

3. За локалізацією: -очної ямки, -придатків ока та очного яблука.

У перші дні: біль у черепно-лицевій ділянці на боці ушкодження, головний біль, запаморочення, легка нудота, ускладнення

конвергенції під час читання.

Змішана ін'єкція судин-вона слабо виражена в перші години після травми, наростає протягом 1-ї доби, тримається на одному рівні 3-4 дні, а до кінця 1-го-початку 2-го тижня зменшується.

Реактивна гіперемія переднього відділу увеального тракту оболонки та розширення її судин. Можливі внутрішньоочні крововиливи. Зміна офтальмотонуса (реактивна гіпертензія та післяконтузійна гіпотензія).

Лікування в залежності які структури ушкодженні: рогівка (фібринолізин, фізіотерапевтичні процедури, гіпотензивні препарати, пересадка рогівки), райдужка та війкове тіло (спокій, ліжковий режим, біокулярна пов'язка, гемо статика у перші дні, 4-5 день-розсмоктувальна терапія, якщо ефекту немає-парацетез і промивання передньої камери), зоровий нерв (гемо статична та дегідратаційна терапія, ультразвук, судинорозширювальна та стимулювальна терапія), сітківка (осмотерапія, вітаміни в/м, фібринолітики, ферменти, кортикостероїди.)

93. Ендофт. - гнійне запал. вн.об.ока. Панот.-гнійне зап. всіх об. ока. Пр-ни: вірусні і зап. процеси, пневмонія, проникаючі поранення, виразка рогівки.

Кл-ка: загальноінтоксикац., біль, набряк, зниж. зору, гнійна інфільтр., перфорації.

Л-ня: протизапальна т-я (кортикостр: преднізолон), протиінф. т-я (антибіотики, сульфаніламиди), знеболюючі.

94. Хім. опіки: кислоти (коагуляція білка), основи (розрізує б.-важче) Кл-ка: 5 озн. запалення, помутніння, некроз, виразки. П.Д: промивання 15-20хв, нейтралізуючі р-ни (2-3% гідрокарбонат Na), основи- р-н оцтової, борної к-т, дезінфікуючі, мазі.

95. Терм. опіки-разжарений метал, рідини, полум'я. Кл-ка: помутніння, ерозії, сльозотеча, світлобоязнь, набряк, звуження. П.Д: 96.

97. До служби придатні: гострота-0,5 на здорове і 0,05 на слабше з корекцією. Рефракція не більше 6,0. При астигматизмі-різниця не вище за 3,0 дпт.

98. Стимуляція-вигадкування хвороби: тест фіксації за Шмідтом-Рімплером, введення в оману, наближення небезпечного предмета; проба з дзеркалом, зіничними рефл.

Агравация перебільшення існуючих порушен: досл реакц. На зіниці (прямої немає, спів дружня збережена на сліпе око) тест прикривання (чи є фіксація), проба Шмідта-Рімшера, метад Сандоміра (з сигаретою і запальничкою)

99.

100. Офтальмоскопія-досл. вн. середовища ока: пряма (дзеркальний або електр. офтальмоскоп, розглядають деталі ока при збільшен). зворотня (створюється уявне, обернене, збільшене зображення деталей ока). Звертають увагу на рефлекс, прозорість, на диск зорового нерва.

101

102. Причини: заг інф. (грип, герпес і тд), локальні зап. захв (носа, зубів, орбіти) розсіяний склероз. Кл-ка: біль при рухах, зниж. зір до світловідчуття, зникає пряма р-я, скотоми. Диф. д-ка: зміни на очному дні з'явл. через пару днів, тижнів., блідне лише деяка частина диска, падіння гостроти зору. При затійному диску-гіперемія, розмитість меж, зміна калібру судин, нема подіння зору.

103. Застійний диск-частий с-м пухлини, аневризми, абсцесу, зап., травм. Офт. картина: 1 стадія-гіперемія, 2ст-набряк, 3ст-ішемія, 4ст-гліозно-атрофічна. Це свідчить про зб. внутрішньочерепного тиску, тобто порушується циркуляція сп. рідини, а отже можливе здавлення пухлиною.

104. Зміни калібру арт. і вен, штопороподібно закручені, їх перехрещування, вигляд тяжів.; бліді вогнища. помутніння жовт. Плями. У пізніх стадіях-застій диска, атрофія

105. Ангіопатії-нерівномірність калібру судин. юмікроаневризми. Ретинопатії-склерозування а., дистрофічні зміни сітківки, тромбоемболічні зміни, аневризми, крововилив, помутніння сітківки і її відшарування.

106. Збліднення, жовтуватість і ціанотичність диска; покрученість і розширення судин крововиливи, поява венозного пульсу; набряк сітківки біля диска; плазморагії.

107. Зб. діаметра диска, зміна кольору блідо-сірий, креманий, ізольовані геморагії (Пляма Рота-білявий центр); ватоподібні вогнища. Стадії ретиніту: 1-серозна, 2-геморагічна, 3-атрофічна.

108. Етіологія: слабке з'єднання сітківки з глибше розташ. Тк. Первинне відшарув.-дистрофічні зміни; вторинне-пухлини, крововиливи, ретиніти. Кл-ка: фотопсії, відчуття зависи з боків, знижю зору, метаморфопсії, болу не має. Л-ня: оперативне, ліжковий режим, біокулярна пов'язка..

109. Етіологія: емболія-жирні реч., повітря, метастатичні пухлини в арт. Тромбоз-пошкодження стінки, ЦД, гіпертонічна хв.. Спазм-підвищення тиску, мігрені. Кл-ка: розлад зору, випадіння поля зору; сітківка набрякла, мутна, молочно-біла, зміна калібру арт. Л-ня: судинорозширювальні і тромболітичні препарати-зняти спазм. Еуфілін, діафілін в/в., АХ, нітрогліцерин.