

Диссертационный совет Д 14.22.649

при КГМИП и ПК им. С. Б. Даниярова и КГМА им. И. К. Ахунбаева
Протокол № 22.12.22 от заседания экзаменационной комиссии

Состав комиссии:

д.м.н., профессор, зав. кафедрой глазных болезней КГМА им. И. К. Ахунбаева
Джумагулов О.Д.,

к.м.н., доцент КРСУ Тургунбаев Н.А. ,

к.м.н. ассистент кафедры АзМи Имакеев Н.А.

к.м.н. Калчаев Б. Н. - ученый секретарь диссертационного совета

(14.01.15 - травматология и ортопедия).

Повестка заседания:

Прием кандидатского экзамена по специальности 14.01.07 - глазные
болезни от Алик кызы Элизы

Слушали: Алик кызы Элиза

Билет №4

Вопрос: Строение слезопroduцирующего аппарата, состав и функции
слезы.

Ответ: К секреторному аппарату относится слезная железа (функционирует
лишь в условиях эмоциональных всплесков и в ответ на рефлекторное
раздражение слизистых глаза и носа) и ряд мелких добавочных слезных
желез, рассеянных в сводах конъюнктивального мешка. Слезная железа
располагается под верхне-наружным краем орбиты в одноименной ямке.
Плоским листком тарзо-орбитальной фасции она разделяется на большую -
орбитальную (в норме недоступна для пальпации) меньшую - вековую
(можно видеть при вывороте верхнего века и резком повороте глаза книзу и
кнутри) части. Выводные протоки орбитальной части железы проходят
между дольками пальпебральной и вместе с ее протоками (общим числом
15-20) мельчайшими отверстиями открываются в наружной половине
верхнего конъюнктивального свода.

Кровоснабжение СЖ: слезная артерия (ветвь глазничной артерии).

Иннервация СЖ: чувствительная (слезный нерв - из первой ветви
тройничного нерва), секреторная (волокна лицевого нерва).

клещ поселяется в просветах мейбомиевых желез и ресничных фолликулах;
5) задний (краевой) блефарит (дисфункция мейбомиевых желез) – покраснение и утолщение краев век, образование телеангиэктазий у закупоренных отверстий мейбомиевых желез, их гипо- или гиперсекреция, скопление желтовато-серого пенистого секрета в наружных уголках глазной щели и у заднего ребра свободного края век, гиперемия пальпебральной конъюнктивы, нарушение прекорнеальной пленки.

Лечение блефаритов:

- 1) этиотропное – закапывают в конъюнктивальную полость 30% сульфацил натрия, 1% эритромицин, смазывают края век тетрациклиновой, эритромициновой мазями и т.д. При демодекозной блефарите – мазь с ихтиолом, 2% серная мазь. Одновременно устраняют неблагоприятные эндо- и экзогенные факторы, лечат сопутствующие заболевания.
- 2) местное – туалет век: чешуйки, корочки удаляют, края век обрабатывают антисептиками (фурациллин), после чего делают массаж век с помощью глазных стеклянных палочек, затем края век высушивают, обезжиривают спиртом и смазывают бриллиантовым зеленым. На ночь края век смазывают витаминизированной мазью с антибиотиками.
- 3) симптоматическое – закапывание в конъюнктивальную полость 5% новокаина, 2% амидопирина. (рода са, опоясывающего лишая) тонуса. При измерении тонометрами офтальмотонус повышается, поэтому тонометр

Ситуационная задача:

Пациентка 62 лет обратилась с жалобами на отсутствие предметного зрения правого глаза, значительное снижение зрения левого глаза. Постепенное снижение зрения на оба глаза отмечает в течение 2-х лет. Острота зрения OD = правильная проекция света; OS = 0,1 не корр. Глаза спокойны, роговицы прозрачны; зрачок на OD равномерно серого цвета, зрачковые реакции сохранены. При бифокальном освещении на OS зрачок темно-серого цвета хорошо реагирует на свет. При биомикроскопии передний отрезок глаз не изменен, хрусталик правого глаза диффузно мутный. Исследование его послойно невозможно. Глазное дно не визуализируется из-за отсутствия рефлекса. На левом глазу – при осмотре в диффузном и прямом фокальном свете выраженное помутнение серого цвета под передней капсулой хрусталика, рефлекс глазного дна ослаблен. Глазное дно под густым флером – без грубой патологии. ВГД OD = 19 мм рт.ст., OS = 20 мм рт.ст.

1. Что необходимо заподозрить у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика дальнейших действий?

Слеза – прозрачная жидкость слабо щелочной реакции, в состав которой входят 98-99% воды, соли, белки, липиды, мукополисахариды и другие органические компоненты.

Функции слезы:

- 1) защитная – удаление пылевых частиц, предупреждение повреждений мелкими инородными телами, бактерицидное действие (лизоцим слезы)
- 2) оптическая – сглаживает микроскопические неровности поверхности роговицы, обеспечивает ее влажность, гладкость и зеркальность, преломляет световые лучи
- 3) трофическая – участие в дыхании и питании роговицы

Вопрос: Кератиты. Классификация кератитов.

Ответ: По этиологии кератиты делятся на экзогенные и эндогенные, по глубине поражения – на поверхностные и глубокие.

А. Экзогенные кератиты:

Травматические, обусловленные механической, физической или химической травмой.

Гнойные – бактериального, грибкового и паразитарного происхождения.

Кератиты, вызванные заболеванием конъюнктивы, век, мейбомиевых желез.

Б. Эндогенные кератиты:

Инфекционные: герпетические, туберкулезные, сифилитические.

Неинфекционные, возникающие на фоне системных заболеваний соединительной ткани.

Нейропаралитические кератиты.

В. Кератиты невыясненной этиологии

Поверхностные кератиты характеризуются поражением поверхностных слоев роговицы с повреждением эпителиального покрова. Этиологией их может быть как экзогенная, так и эндогенная природа. Глубокие кератиты характеризуются воспалительной инфильтрацией в строме роговицы, при этом эпителиальный покров остается интактным. В их основе лежат эндогенные причины. Всякий кератит начинается с образования в роговице инфильтрата т.е. скопления клеток, проникающих в нее из краевой сосудистой сети — первая стадия патологического процесса. Клинически воспалительный фокус имеет серый или желтый цвет, нечеткие границы и окружен менее выраженным помутнением в виде молочной мути благодаря пропитыванию ткани отечной жидкостью. Инфильтрат может быть различной величины, разной формы и располагаться на разной глубине. Роговица в области инфильтрата теряет блеск. Сращение и ущемление радужки ведет к смещению и изменению формы зрачка. Возвращаются блеск и зеркальность роговицы, что означает переход кератита в

следующую стадию: выстланное эпителием углубление приобретает новое название – фасетка.

Вопрос: Формы блефаритов, этиология и патогенез, лечение.

Ответ: Блефарит – двустороннее воспаление краев век, почти всегда имеющее хроническое течение.

Этиология блефаритов:

а) инфекционная: чаще бактерии (*Staphylococcus aureus*, *Str. epidermidis*, *Haemophilus influenzae* и др.), реже вирусы (вирус простого герпеса, опоясывающего лишая), патогенными грибами (рода *Pityrosporum*) и т.д.

б) неинфекционная: при себорее, розовых угрях, экземе, полипозе носа, тонзиллите.

К развитию блефарита предрасполагают: некорригированные аномалии рефракции, нейроэндокринные сдвиги в период полового созревания, запыленность, длительное пребывание в атмосфере раздражающих соединений и т.д.

Патогенез блефаритов: микрофлора конъюнктивальной полости внедряется в сальные, мейбомиевы железы и волосяные мешочки ресниц и на фоне аутоиммунной сенсбилизации приводит к их воспалению.

Классификация блефаритов:

а) по характеру течения: острые и хронические

б) по локализации процесса: патология передней пластины и задней пластины век.

в) клинические формы:

1) простой блефарит – умеренно выраженное покраснение краев век; жалобы на зуд, ощущение засоренности в глазах, учащенное мигание с появлением едкого пенистого отделяемого в углах глазной щели, утомляемость глаз при зрительной нагрузке

2) чешуйчатый (себорейный) блефарит – появление большого количества мелких чешуек на коже края века и ресницах (наподобие перхоти); жалобы на зуд, жжение, тяжесть век, быструю утомляемость глаз; края век гиперемированы, утолщены; при прогрессировании процесса – сглаженность переднего и заднего ребер свободного края века и нарушение адаптации нижнего века к главному яблоку.

3) язвенный (стафилококковый) блефарит – образование гнойных корок, склеивание ресниц, изъязвление кожи краев век; при вовлечении фолликулов – укорочение и ломкость ресниц, рубцевание края века, неправильный рост, поседение или потеря ресниц.

4) демодекозный блефарит – покраснение и утолщение краев век, наличие чешуек, корочек, белых муфт на ресницах; жалоба на зуд в области век;

5. Возможно ли лечение данной патологии консервативно?

Ответ:

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

2. Прямая офтальмоскопия на щелевой лампе с помощью бесконтактных высокодиптрийных линз (по возможности), трехмерное ультразвуковое исследование глазных яблок.

3. С первичной открытоугольной глаукомой.

4. Направить к офтальмологу-хирургу для более детального обследования и принятия решения.

5. Нет, консервативное лечение в данной стадии катаракты OD неэффективно и надо решать вопрос об оперативном лечении.

Постановили: считать, что Алик кызы Элиза сдала кандидатский экзамен по специальности 14.01.07 — глазные болезни с оценкой «отлично».

д.м.н., профессор,

зав. кафедрой глазных болезней КГМА им. И. К. Ахунбаева

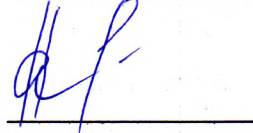
Джумагулов О.Д.,



к.м.н., доцент КРСУ Тургунбаев Н.А. ,



к.м.н. Имакеев Н.А.



к.м.н. Калчаев Б. Н. - ученый секретарь диссертационного совета

(14.01.15 - травматология и ортопедия).

