|  |
| --- |
| **ШЕНТАЛИНСКИЙ ФИЛИАЛ ГБПОУ «ТОЛЬЯТТИНСКИЙ МЕД. КОЛЛЕДЖ»**  **УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**  **МДК 02.01.08 Сестринский уход в офтальмологии.**  **Тема: «Сестринский уход при заболеваниях глаз и придаточного аппарата.»**  Картинки по запросу заболевание глаз у взрослых  ***ДЛЯ СПЕЦИАЛЬНОСТИ:***  ***060501«СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»***  **ШЕНТАЛА**  **2015** |

**Одобрено ЦМК Составлено в соответствии с**

**«Обще-профессиональных Государственными требованиями кдисциплин и профессиональных модулей»минимуму содержания и уровню**

**подготовки выпускников по**

**специальности:**

**060501 Сестринское дело**

**Председатель ЦМК: Зам. директора по УР:**

**«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 г. «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 г.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_ Н.В. Павлова\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.В. Курганская**

**Методист:**

**«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 г.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.Д. Богданова**

**Составитель: Гарифуллина Д.А.**

**Содержание**

1.Пояснительная записка……………………………………………………………....…..4

2 Рекомендации для студентов по работе с учебным пособием………………....…...…6

3. Информационный материал

3.1. Сестринская помощь при заболеваниях придаточного аппарата глаз: ячмене, блефарите, конъюнктивите .….………….………………………………………….….....7

3.2. Сестринская помощь при заболеваниях придаточного аппарата глаз: вывороте, завороте век, лагофтальме, дакриоцистите, флегмоне слезного мешка……………………………………………………………………………...……….10

3.3. Сестринская помощь при заболеваниях глазного яблока: кератите, язве роговицы, склерите…………………………………………………………………………………....12

3.4. Сестринская помощь при заболеваниях глазного яблока: иридоциклите, катаракте, глаукоме…………………………………………………………………….…13

4. Самоконтроль………………………………………………………………..……….…16

5. Алгоритмы практических манипуляций…………………………………….………..24

6. Эталоны ответов………………………………………………….…………………….26

7. Медикаментозные средства, применяемые в офтальмологии……………………...29

8. Список используемой литературы………………………………………………….…31

**Пояснительная записка.**

Данное учебно-методическое пособие составлено в соответствии с Федеральным Государственным образовательным стандартом по специальности среднего профессионального образования 060501 Сестринское дело и рабочей программы профессионального модуля ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах и предназначено для организации самостоятельной работы студентов при изучении темы «Сестринский уход при заболеваниях глаз и придаточного аппарата».

Основная цель учебно-методического пособия – организовать и повысить качество самоподготовки студентов, а также оптимизировать проведение занятий по ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах, МДК 02.01.08 Сестринский уход в офтальмологии, тема: «Сестринский уход при заболеваниях глаз и придаточного аппарата».

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и со­ответствующими профессиональными компетенциями обучающийся в ходе освое­ния профессионального модуля должен:

**иметь практический опыт:**

**иметь практический опыт:**

**–**  осуществления ухода за пациентами при различных заболеваниях и состояниях;

-  проведения реабилитационных мероприятий в отношении пациентов с различной патологией

**уметь:**

**-**  готовить пациента клечебно-диагностическим вмешательствам;

-       осуществлять сестринский уход за пациентом при различных заболеваниях и состояниях;

-       консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;

-       осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях ПМСП и стационара;

-        осуществлять фармакотерапию по назначению врача;

-        проводить комплексы упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;

-        проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;

-    осуществлять паллиативную помощь пациентам;

-    вести утвержденную медицинскую документацию;

**знать:**

- причины, основные клинические проявления и симптомы заболеваний;

- возможные осложнения и их профилактику;

- методы диагностики проблем пациента;

- организацию и оказание сестринской помощи;

- подходы к лечению, уходу, принципам рационального и диетического питания;

- пути введения лекарственных препаратов

- роль сестринского персонала при проведении реабилитационных процессов – виды, формы и методы реабилитации

- правила использования оборудования, аппаратуры, изделий медицинского назначения

В процессе освоения ПМ студенты должны овладеть профессиональными компетенциями:

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** | **Наименование результата обучения** |
| ПК 2.1. | Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств |
| ПК 2.2. | Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса |
| ПК 2.3. | Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами |
| ПК 2.4. | Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования |
| ПК 2.5. | Соблюдать правила пользования аппаратурой, оборудованием и изделиями медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса |
| ПК 2.6. | Вести утвержденную медицинскую документацию |
| ПК 2.7. | Осуществлять реабилитационные мероприятия |

В учебно-методическом пособии представлены информационный материал, задания различных уровней сложности: контрольные вопросы, тестовые задания, таблицы по сестринскому процессу, алгоритмы практических манипуляций; рекомендации по работе с пособием, рисунки, эталоны ответов к самоконтролю; список литературы.

Знания и умения, полученные студентами после изучения темы, позволят выпускнику применять их в повседневной деятельности медсестры при работе в лечебно-профилактических учреждениях.

**Учебно – методическое пособие состоит из двух частей:**

1. **Теоретический информационный материал** содержит информацию по данной теме и дает возможностьознакомиться с сестринским уходом при заболеваниях глаз и придаточного аппарата.

2**. Самоконтроль:** подготовка ответов на тестовые задания, морфофункциональные и ситуационные задачи.

Как работать с учебно – методическим пособием.

Учебно – методическое пособие предназначено для оказания методической помощи преподавателям медицинских колледжей, а так же для самостоятельной подготовки студентов к теоретическим и практическим занятиям. Учебно – методическое пособие призвано помочь студентам в организации усвоения нового учебного материала, в его систематизации и закреплении полученных знаний. Сначала следует внимательно прочитать изучаемый теоретический материал, затем просмотреть задания и вопросы, предложенные к теоретическому материалу в учебно – методическом пособии, формулируя устно краткие ответы, и таким образом оценить степень усвоения вами учебного материала. При затруднении в ответе, на какой – то вопрос следует вернуться к тексту пособия и с его помощью выполнить это задание устно. После чего уже без помощи пособия письменно оформить ответы в рабочей тетради.

*Желаю успеха!*

3.Теоретический информационный материал.

Известно, что глаз является частью мозга, вынесенной на периферию. Это важнейшая составная часть так называемой оптико-вегетативной или фотоэнергетической системы, которая с первых минут жизни и до глубокой старости обеспечивает активное ее участие в гармоничной адаптации внутренних органов к внешним условиям. По состоянию глаз и зрительных функций больше, чем по состоянию какого-либо другого органа, можно судить об общем здоровье человека, его болезней и их течение под влиянием лечения, о клиническом выздоровлении, а также прогнозировать болезни различных органов и систем.

**3.1. Сестринская помощь при заболеваниях придаточного аппарата глаз: ячмене, блефарите, конъюнктивите.**

ЯЧМЕНЬ. **Острое гнойное воспаление волосяного мешочка или сальной железы края век.**  Симптомы и течение. На крае век появляется резко болезненная, ограниченная припухлость, сопровождающаяся отеком и гиперемией кожи века, конъюнктивы. На 2-3 день формируется гнойная головка желтоватого цвета. Через 3-4 дня инфильтрат гнойно расплавляется, при его прорыве выделяется гной и частицы омертвевшей ткани. Ячмени могут быть множественными, тогда присоединяется головная боль, температура, отек лимфоузлов.  Распознавание. Ячмень вызывается обычно стафилококковой инфекцией. Острое начало, быстрое разрешение позволяют отличить его от халязиона, блефарита, конъюнктивита.  Лечение. В первые дни — смазывание кожи век раствором йода, бриллиантового зеленого, 70 % спиртом. Закапывание в глаз 20-30 % раствора сульфацил-натрия (альбуцида). 10 % раствора сульфапиридазин-натрий, 1 % раствора пенициллина, 1% раствора эритромицина, 0,1 % раствора дексаметазона, 0,3% раствора преднизолона, 1 % эмульсии гидрокортизона 3-4 раза в день (растворы сульфаниламидов или антибиотиков обязательны). Закладывание за веко мазей сульфаниламидов, антибиотиков. 1 % желтой ртутной мази. Местно: сухое тепло (горячее вареное яйцо, завернутое в полотенце, синяя лампа с рефлектором), УВЧ. При повышении температуры — внутрь сульфаниламиды, антибиотики. Рецидивирующим ячменям способствуют заболевания желудочно-кишечного тракта, сухарный диабет, анемии. В этих случаях рекомендуется аутогемотерапия, витаминотерапия, особенно группа В (пивные дрожжи), лечение основного заболевания.  Профилактика. Соблюдение правил гигиены, тщательное мытье руке мылом, закаливание организма, при хронических заболеваниях, способствующих возникновению ячменей, соблюдение рекомендаций терапевта. БЛЕФАРИТ. Часто встречающееся заболевание, склонное к хроническому течению, встречается у лиц любого возраста, так, блефариты у детей являются наиболее частым заболеванием глаз. При блефарите глаз в целом может оставаться без изменений, что часто ведет к ошибочному мнению, что заболевание это пустяковое, и не требует лечения. На самом деле это не так, и при длительном течении блефарита глаза подвергаются постоянному инфекционному воздействию, что может вызывать значительные проблемы, включая и ухудшение зрения. Причины развития блефарита Обычно заболевание вызывается инфекционным (бактерии, грибки, клещи) или аллергическим агентом. Блефарит может быть вызван различными причинами, но какой бы ни была непосредственная причина воспаления века, в развитии блефарита первостепенное значение имеет пониженный иммунитет, в результате недавно перенесенных или имеющихся общих заболеваний. Часто блефарит развивается у людей, страдающих диабетом, гельминтозами (глистными инвазиями), туберкулезом, онкологическими заболеваниями, и др. Причиной блефарита у детей часто бывает нарушение гигиены (занесение инфекции грязными руками). **Виды блефарита** По месту расположения блефарит бывает: Переднекраевой. При этом виде блефарита поражается только передний, ресничный край века. Заднекраевой. Поражается задний край века, содержащий мейбомиевы железы. Угловой, или ангулярный. Воспалительные явления сосредоточены в углах глаз. В зависимости от вызывавшей причины различают: Себорейный (чешуйчатый) блефарит.Часто сочетается с проявлениями себореи на бровях, волосистой части головы. Язвенный блефарит, вызывается стафилококковой инфекцией в волосяных фолликулах ресниц, в результате чего появляется их гнойное воспаление, затем переходящее в изъязвление. Демодекозный блефарит. Вызывается клещом Demodex folliculorum или Demodex brevis, попадающим в ресничные фолликулы и мейбомиевы железы. Аллергический блефарит. Проявляется обычно в сочетании с аллергическим поражением слизистой оболочки других участков тела. В качестве аллергена могут выступать микрочастички кожи домашних животных, пыльца цветущих растений, лекарственные средства, пыль, бытовая химия и др. Розацеа, или угревой блефарит. Обычно сопутствует розовым угрям. Симптомы блефарита. К общим симптомам блефарита относят покраснение и отечность края века, зуд или неприятное жжение в области поражения, а также появление различных воспалительных образований. Для язвенного блефарита свойственно образование язвочек по краям век, для себорейного – серых сальных чешуек, для демодекозного – появление липких выделений из фолликулов ресниц, при аллергическом блефарите появляются обильные слизистые выделения, для блефарита розацеа характерно появление мелких серовато-красных узелков, впоследствии переходящих в пустулы. При блефарите глаза быстро утомляются, появляется повышенная светочувствительность, иногда переходящая в светобоязнь. Поскольку проявления заболевания часто связаны с ресничными фолликулами, одним из характерных симптомов блефарита являются изменения ресниц, которые могут обесцвечиваться, выпадать, принимать неправильное направление роста. Диагностика обычно не вызывает затруднений ввиду характерных симптомов блефарита. Диагноз ставится на основании исследования века с помощью щелевой лампы. Уточнение необходимо для определения инфекционного агента, для чего проводится соскоб с конъюнктивы и корней ресниц с последующим лабораторным исследованием полученного материала. Если установлена аллергическая природа блефарита, проводят аллергопробы для выявления аллергена. Лечение блефарита. Блефарит относится к заболеваниям, с трудом поддающимся терапии, и склонен к хроническому рецидивирующему течению. Поэтому лечение блефарита должно быть упорным и последовательным, а также включать в себя, помимо местных процедур, общеукрепляющие методы, направленные на усиление иммунитета. Для этого из медикаментозных средств используют витаминотерапию и прием иммуностимулирующих препаратов мягкого действия, например, «Иммунала» –препарата растительного происхождения, в состав которого входит сок эхинацеи пурпурной. Если обнаружена дальнозоркость, следует обязательно принять меры по ее устранению при помощи корректирующих линз или очков. Синдром сухого глаза также необходимо устранить, для чего нужно делать перерывы в занятиях с компьютером каждые полчаса, максимум час. В случае уже развившегося синдрома сухого глаза используют закапывание адреналинсодержащих капель, например, «Визина». Местно для лечения блефарита применяются противовоспалительные препараты в виде примочек, мазей и капель. Если выявлен специфический инфекционный агент в виде стафилококка или демодекса, используют антибиотики или противоклещевые средства. Необходимо тщательное соблюдение гигиены глаз и отказ от использования косметики на все время лечения блефарита. Лечение блефарита народными средствами Поскольку лечение блефарита иногда может длиться в течение многих месяцев, прием медикаментозных препаратов столь длительно может быть нежелательным, либо требуется их периодическая смена, для профилактики возникновения аллергических реакций. В этом случае хорошей альтернативой является применение для лечения блефарита народных средств. Наиболее часто из народных средств при блефарите используют промывание глаз и примочки с помощью отваров и настоев лекарственных трав. Для этой цели применяют цветы ромашки, календулы, василька, листья шалфея, эвкалипта. Одним из часто употребляемых народных средств для блефарита является отвар репчатого лука с добавлением небольшого количества борной кислоты, которым промывают глаза несколько раз в день. Также хороший эффект оказывает промывание глаза настоем взятого в равных пропорциях черного и зеленого чая. При лечении блефарита народными средствами необходимо учитывать два момента. Первый это то, что растительные препараты так же, как и медикаментозные средства, могут вызывать нежелательную реакцию (например, аллергию или раздражение), и перед их применением желательно посоветоваться с офтальмологом. И второе - применение при блефарите народных средств для достижения лечебного эффекта должно быть частым (несколько раз в день) и длительным.

КОНЪЮНКТИВИТЫ. Воспалительные заболевания слизистой оболочки глаз различной этиологии.  Бактериальные конъюнктивиты, вызванные тем или иным возбудителем (стафилококки, стрептококки и др.). К ним относятся:  **Неспецифический катаральный конъюнктивит.** Возникает на фоне длительно отрицательных факторов: пыль, грязь, аэрозоли, химические вещества, нарушение обмена веществ, авитаминозы, заболевание век (блефарит, мейбомит), нарушение рефракции (дальнозоркость, астигматизм, близорукость), заболевания носа и его придаточных пазух.  Симптомы. Течение хроническое и острое. Жалобы на чувство засоренности, зуд, резь, жжение, утомляемость глаз. К вечеру явления значительнее. При хроническом течении конъюнктива несколько рыхлая, сосуды ее расширены, в конъюнктивальной полости небольшое слизистое или гнойное отделяемое (особенно по утрам). При остром процессе симптомы усиливаются, присоединяется слезотечение, обильное гнойное отделяемое, конъюнктива красного цвета, может быть светобоязнь.  Распознавание. Конъюнктивит возникает при активизации стафилококковой флоры. Характерная картина слизистой оболочки, наличие отделяемого, субъективные ощущения, особенно при острой форме, не вызывают сомнений в диагнозе. При хронической — берется посев конъюнктивы, который позволяет уточнить возбудителя и его чувствительность к антибиотикам. Посев берется в утренние часы до умывания. Стерильной проволочной петлей отделяемое с конъюнктивы переносится на специальную стерильную питательную среду и ставится на несколько дней в термостат.  Лечение. Закапывание: раствора фурацилина (1:5000), перманганата калия (1:5000), риванола (1:5000); 2 % раствора борной кислоты; 20-30 %сульфацила натрия (альбуцида); 10 % раствора норсульфазола; 0,25 % раствора левомицетина; 0,5 % раствора гентамицина. Применяются также мази с антибиотиками.  **Пневмококковый конъюнктивит.** Возбудитель — пневмококк. Заболевание возникает остро на фоне протекающей инфекции, может приобретать эпидемический характер. Сопровождается отеком век, мелкими кровоизлияниями в конъюнктиву и легко снимающимися с нее белесовато-серыми пленками.  Лечение — типичное для конъюнктивитов.  **Конъюнктивит доброкачественный (уголковый)**. Вызывается диплобациллой Моракса-Аксенфельда. Отличительная особенность — тягучее, несколько пенистое отделяемое, покраснение конъюнктивы, мелкие трещины на воспаленной коже в области наружного угла.  Лечение. Действует раствор сульфата цинка в концентрации 0,25 — 0,5-1 %. Дополнительно можно применять растворы антибиотиков.  **Конъюнктивит дифтерийный.** Возбудитель — палочка дифтерии Клебса-Леффлера. Поражаются чаще дети дошкольного возраста. Веки отечны, красные, болезненны при пальпации, из конъюнктивальной полости — серозно-кровянистое отделяемое, на конъюнктиве — с трудом снимаемые сероватые пленки, после удаления которых остается кровоточащая поверхность. Диагноз подтверждается лабораторно.  Лечение. Изоляция больного, внутримышечное введение противодифтерийной сыворотки (6000-10000 ЕД). Местно: растворы, мази сульфаниламидов, антибиотиков, витаминов.  **Конъюнктивит бленнорейный.**  Возбудитель — гонококк. Переносится грязными руками, у новорожденных — при прохождении через родовые пути болеющей гонореей матери. Конъюнктива красная, отечна, кровоточит, обильное гноетечение. Может присоединяться кератит (см).  Лечение. Обязательно общее и местное.  Каждые 1-2 часа растворы — 30 % сульфацил-натрия, 20 % сульфапиридазин-натрия, пенициллина (200000 ЕД на 10 мл изотонического раствора) или других антибиотиков**.  Вирусные конъюнктивиты.**  В зависимости от типа вируса и течения заболевания различают:  Конъюнктивит аденовирусный (фарингоконъюнктивальная лихорадка).  Вирус передается воздушно-капельным или контактным путем. Заболеванию предшествует или сопутствует катар верхних дыхательных путей. Поражается сначала один глаз, через 2-3 дня — другой. Появляется слезотечение, светобоязнь. Конъюнктива отечна, красного цвета, могут быть расширены ее сосочки. Скудное слизистое отделяемое, иногда тонкие, легко снимаемые пленки. Нередко присоединяется точечный поверхностный кератит, который бесследно проходит. Продолжительность заболевания около 2 недель.  Лечение. Раствор интерферона 6-8 раз в сутки (готовится из порошка перед применением каждый день), 0,1 % дезоксирибонуклеаза 4-5 раз в день. Раствор полудана 4-5 раз в день. Пирогенал 6 раз в день в первые дни заболевания, затем, 2-3 раза в день. Мази 0,25-0,5 % теброфеновая, флореналевая, бонафтоновая 2-4 раза в день. Для профилактики вторичной микробной инфекции добавляют растворы антибиотиков, сульфаниламидов.  Эпидемический кератоконъюнктивит. Начало заболевания острое, поражается сначало один, через 2-3 дня другой глаз, проявления напоминают аденовирусный конъюнктивит, но более выражен фолликулез. Может возникнуть общее недомогание, головная боль, легкие катаральные явления. Через 2 недели на фоне стихания клинических симптомов ухудшается зрение, появляются светобоязнь, слезотечение. На роговице заметны точечные помутнения. Заболевание продолжается до 2 месяцев. Поверхностные помутнения и ухудшение зрения сохраняются до 1-2 лет.  Лечение. Применяются противовирусные препараты как при аденовирусном конъюнктивите. Помутнения роговицы рассасываются самостоятельно.

# 3.2. Сестринская помощь при заболеваниях придаточного аппарата глаз: вывороте, завороте век, лагофтальме, дакриоцистите, флегмоне слезного мешка.

ВЫВОРОТ НИЖНЕГО ВЕКА НАРУЖУ (эктропион) приводит к потере глазной жидкости. Вследствие недостаточного увлажнения слезами соединительной оболочки глаза начинается конъюнктивит (воспаление соединительной оболочки глаза). ЗАВОРОТ ВЕКА (энтропион) встречается реже, чем выворот. В этом случае край века повернут в направлении к глазному яблоку. Ресницы глаза направлены внутрь, они постоянно трутся о соединительную оболочку глаза, что в итоге вызывает хроническое воспаление соединительной оболочки (хронический конъюнктивит). Симптомы выворота век: Отвисание нижнего века глаза, покраснение и болезненность конъюнктивы глаза, слезотечение. Симптомы заворота век: Заворот нижнего века, трение ресниц о глазное яблоко, покраснение и болезненность конъюнктивы глаза. Причины выворота и заворота век. Наиболее распространенная причина выворота века - снижение тонуса мышц и соединительной ткани. Старческий выворот обычно обусловлен возрастной слабостью мышцы века и дряблостью кожи, наблюдаемыми на фоне хронического воспаления конъюнктивы. Выворот века может произойти вследствие очагового спазма глазной мышцы, паралича лицевого нерва, а также рубцевого стягивания кожи век после ранений, ожогов и др. Энтропион также наиболее характерен для людей пожилого возраста. Мышцы, расположенные кольцом вокруг глаза, со временем стягиваются, мышечные волокна, находящиеся возле века, укорачиваются и заворачивают край века внутрь. Энтропион может проявиться и из-за рубца, оставшегося после перенесенной трахомы, дифтерии, а также ожога химическими веществами или ранения. Лечение выворота и заворота век При эктропионе в первую очередь лечат вызвавшую его болезнь, иногда проводится операция по удалению нижней части века. Коррекция энропиона также осуществляется оперативным способом - слишком короткие мышечные волокна, расположенные возле века, делят на несколько частей,увеличивают эластичность волокон, отдаленных от века. Помочь может только врач-окулист. Если вследствие эктропиона конъюнктива глаза подвергается постоянному раздражению, необходимо обратиться к врачу-окулисту. Впрочем, любая стадия энтропиона - это серьезная причина, по которой следует обратиться к окулисту, так как ресницы уже с самого начала сильно раздражают соединительную оболочку глаза. Операция по поводу энтропиона целесообразна только в том случае, если болезнь перестала прогрессировать, иначе после операции симптомы заболевания могут возникнуть снова. Прежде всего, врач попытается обойтись без операции. Он назначит глазные капли, которыми чаще всего удается успешно вылечить воспаление соединительной оболочки глаза (конъюнктивит). При энтропионе можно попытаться восстановить нормальное положение ресниц, зафиксировав нижнее веко в нужном положении лейкопластырем. Течение болезни Обе эти болезни не очень опасны. В случае выворота века, в отличие от энтропиона, необходимость в операции стоит не так остро. При завороте века механическое раздражение конъюнктивы и роговицы может привести к тяжелому поражению глаза и потере зрения.

ЛАГОФТАЛЬМ.  **Неполное закрытие глаза.** Возникает при параличе лицевого нерва, иннервирующего круговую мышцу века.  Симптомы и течение. Проявляется неполным смыканием век. Нижнее веко отвисает вниз, больного беспокоит слезотечение, при попытке закрыть глаз глазная щель остается открытой. Глаз остается открытым и ночью. Лагофтальм приводит к высыханию конъюнктивы и роговицы, которое может осложниться эрозией, изъязвлением роговицы (кератитом), ее помутнением. Развивается лагофтальм на фоне неврита, иногда после травмы век, может явиться следствием врожденного укорочения век.  Распознавание не вызывает затруднений. Кроме жалоб на слезотечение, чувство засоренности, несмыкание век является явным косметическим дефектом. Дифференциальная диагностика с выворотом века.  Лечение. Закапывание в глаз обеззараживающих капель (30 % сульфацил-натрия, 0,02 % раствор фурацилина), "искусственной слезы". Для предотвращения высыхания и профилактики инфекции на ночь в глаз закладывают мазь с антибиотиками, облепиховое масло, стерильное вазелиновое масло. При тяжелых формах возможно хирургическое вмешательство, заключающееся в частичном ушивании глазной щели.

ДАКРИОЦИСТИТ.  **Воспаление слезного мешка.**  Симптомы и течение. Чаще наблюдается хроническая форма заболевания. Пациента беспокоит слезотечение, гнойное отделяемое в конъюнктивальной полости, конъюнктива красная, пальпируется эластичное образование в области слезного мешка, при надавливании на него через слезные точки может выделяться гной. При длительном течении процесса мешок может сильно растягиваться и становится заметен через кожу. Заболевание осложняется острым дакриоциститом и флегмоной слезного мешка. Появляется выраженная припухлость, уплотнение слезного мешка, глазная щель узкая. Через несколько дней может сформироваться гнойный фокус, который самопроизвольно вскрывается.  Распознавание. Основной причиной дакриоцистита является нарушение оттока слезной жидкости через слезноносовой канал. Установить это можно с помощью пробы с красителем (колларгол). В конъюнктивальный мешок закапывают 2 капли раствора колларгола, через 1-2 минуты должна произойти эвакуация жидкости в конъюнктивальный мешок, еще через 3-5 минут она должна проникнуть в носовую полость и окрасить чистую салфетку, К более сложным методам относится рентгенография слезного мешка с предварительным введением в него контраста (йодолипол и т.д.). Острый дакриоцистит требует срочного обращения к врачу.  Лечение. Радикальным способом лечения хронического дакриоцистита является хирургическое соединение слезного мешка с полостью носа. Для предупреждения осложнений и уменьшения нагноения употребляют: 20-30 % раствор сульфацил-натрия; 0,25 % левомицетипа: 0,5 % гентамиципа; 0,25 % раствор сульфата цинка с 2 % борной кислотой, раствор перманганата калия и фурацилина (1:5000). Для лечения острого процесса применяется интенсивная терапия (см. лечение флегмоны слезного мешка).  **Дакриоцистит новорожденных** — возникает в результате нерассасывания эмбриональной ткани в устье слезноносового канала. В норме к моменту рождения слезные пути свободны.  Клинически проявляется слезотечением, может быть гнойное отделяемое, повторяющиеся конъюнктивиты. Конъюнктива гиперемирована, при надавливании на область слезного мешка может быть обильное гнойное отделяемое. Заболевание возникает в первый месяц жизни младенца. От окружающих требуется внимательное отношение к состоянию глаз новорожденного.  Лечение. Основной способ — толчкообразный массаж слезного мешка сверху вниз. Слизистая пробка может пробить эмбриональную пленку, закрывающую слезноносовой ход. Для уменьшения клинических явлений применяют растворы антибиотиков, сульфаниламидов. При отсутствии эффекта от массажа проводят зондирование через слезную точку (процедура осуществляется врачом).

**Флегмона слезного мешка.** Острое гнойное воспаление слезного мешка и окружающих тканей.  Симптомы и течение. Появляется резкая болезненность в области слезного мешка, кожа багрового цвета, отек распространяется на веки, кожу щеки и носа. Глазная щель узкая или закрыта. В конъюнктивальной полости гнойное отделяемое, беспокоит слезотечение. Температура тела повышена, головные боли, общее недомогание. Через несколько дней формируется абсцесс, который (через несколько дней) иногда самопроизвольно вскрывается. Возможно формирование постоянной фистулы, через которую выделяется слеза и гной.  Распознавание. Флегмона слезного мешка развивается, как правило, на фоне хронического воспаления. Для процесса типична локализация. При пальпации в этом месте возникает резкая боль, под пальцами ощущается овальное уплотнение.  Лечение. Проводится интенсивная антибактериальная терапия, как и при флегмоне век. Местно: в начальной стадии сухое тепло, УВЧ, электрофорез с пенициллином, химотрипсином. Когда формируется абсцесс, его вскрывают и дренируют. В конъюнктивальную полость интенсивно закапывают антибиотики, сульфаниламиды. После стихания процесса производят хирургическое восстановление сообщения слезного мешка с полостью носа (дакриоцисториностомия).

## 3.3. Сестринская помощь при заболеваниях глазного яблока: кератите, язве роговицы, склерите.

КЕРАТИТЫ.  **Воспалительные заболевания роговой оболочки.** Причиной могут быть травмы, бактериальные и вирусные инфекции, грибки, хронические заболевания (туберкулез, сифилис и т.д.), авитаминозы, дистрофические изменения. Кератиты являются серьезным заболеванием и могут приводить к стойкому снижению зрения в результате образования помутнения роговицы (бельма), спаек в области зрачка и т.д. В тяжелых случаях может развиться эндофтальмит и панофтальмит (см.). Длительность заболевания — несколько недель или месяцев.  Кератит поверхностный катаральный (краевой). Развивается на фоне конъюнктивита, блефарита, хронического дакриоцистита. Появляется светобоязнь, слезотечение, боль в глазу. Конъюнктива вокруг роговицы краснеет. По краю роговицы появляются единичные или сливные инфильтраты, которые могут изъязвляться. В дальнейшем роговица прорастает сосудами.  Для этого кератита характерно длительное течение без выраженной динамики.  Лечение. В первую очередь устраняется основная причина заболевания. Местно растворы: пенициллина, 1 % тетрациклина, 0,25 % левомицетина, 0,5 % гентамицина, 20-30 % сульфацил — натрия, 10-20 % сульфапиридазин-натрия. Мази: 1 % тетрациклиновая, 1 % эритромициновая, 1 % эмульсия синтомицина, актовегин, солкосерил. Растворы, расширяющие зрачок: 1 % гоматропина, 1 % платифиллина гидротартрата. Витаминные капли — цитраля, глюкозы. Раствор гидрокортизона — осторожно. Внутрь: 10 % р-р кальция хлорида, димедрол, пипольфен, супрастин.  ПОЛЗУЧАЯ ЯЗВА РОГОВИЦЫ.  Чаще всего возникает после травмы или микротравмы роговицы. Начало острое. Появляется сильная боль в глазу, светобоязнь, слезотечение, гнойное отделяемое. Конъюнктива красная, отечная. На роговице серовато-желтый инфильтрат, который быстро изъязвляется. Образуется дефект, один край которого выглядит подрытым, процесс начинает распространяться на здоровую ткань. В передней камере определяется уровень гноя (гипопион). Процесс может быстро захватывать внутренние оболочки глаза. Возможно прободение (разрыв) роговицы. Даже при благоприятном исходе остается стойкое помутнение.  Лечение. Обязательно в стационаре. Местно: частое закапывание растворов антибиотиков, сульфаниламидов, средств, расширяющих зрачок. Антибиотики вводятся под конъюнктиву. Общее лечение: внутримышечное, внутривенное введение антибиотиков, внутрь — сульфаниламиды, десенсибилизирующие средства. В тяжелых случаях проводится криоаппликация (т.е. при низкой температуре, минус 90-180ЬС), диатермокоагуляция (током высокой частоты), туширование 10% спиртовым раствором йода, покрытие язвы биологически активными тканями (конъюнктива, плацента, донорская роговица).

СКЛЕРИТЫ. **Воспалительное заболевание склеры** различного происхождения.  Симптомы и течение. На склере между роговицей и экватором глаза появляется ограниченная припухлость красно-фиолетового цвета. Пальпация этого места резко болезненна, возможна светобоязнь, слезотечение. Иногда присоединяется кератит или иридоциклит (см.). Поражаются обычно оба глаза. Процесс может захватывать большую поверхность. Если в него вовлекается радужка, то в результате заращения зрачка может присоединиться вторичная глаукома. Иногда воспаление принимает гнойный характер: на месте припухлости появляется гнойный инфильтрат, который вскрывается через конъюнктиву. Склерит склонен к рецидивам, в результате которых может развиться выбухание склеры, а это, в свою очередь, привести к снижению зрения или отслойке сетчатки.  Распознавание. При подозрении на склерит необходимо обратиться к врачу. Причиной его являются системные заболевания, аллергии, вирусные поражения, хронические инфекции (туберкулез, сифилис, ревматизм и т.д.).  Лечение. Местно: 1 % суспензия гидрокортизона; 0,3 % раствор преднизолона; 0,1 % дексаметазона — 3-4 раза в день. Глазные лекарственные пленки, содержащие дексаметазоп (1-2 раза вдень). Подконъюнктивальные инъекции по 0,3 % раствора дексазона; 0,4 % раствора дексаметазона — 2-3 раза в неделю. К этому добавляют 2 % раствор амидопирина с 0,1 % раствором адреналина гидрохлорида — 4-5 раз в день. Хороший результат дает электрофорез с 0,1% раствором гидрокортизона, 2 % раствором кальция хлорида, с 1 % раствором димедрола, ежедневно, курс 15-20 процедур. Местно — тепло. В стадии рассасывания закапывают 0,1 % раствор лидазы. Общее лечение: противоаллергическая, противовоспалительная терапия, при хронической инфекции — специфическая.

ЯЗВА РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ**. Поражение роговой оболочки.**  Симптомы и течение. Заболевание начинается остро, появляется сильная боль, резь в глазу, слезотечение, светобоязнь, зрение снижено. Предшествует заболеванию микротравма роговицы, конъюнктивит, блефарит, заворот века, дакриоцистит. Конъюнктива гиперемирована, отечна. На месте травмы появляется серо-желтый инфильтрат, который быстро изъязвляется. Образуется гнойная язва с подрытыми краями, окруженная полоской гнойного инфильтрата. Роговица вокруг отечна. Передняя камера частично заполнена гноем. Радужка отечна, зрачок узкий. Вовремя начатое лечение через 6-8 недель приводит к рубцеванию и образованию на месте язвы стойкого интенсивного помутнения — бельма. В нелеченых случаях или при тяжелом течении наступает вскрытие глазного яблока, распространение инфекции внутрь глаза (эндофтальмит, панофтапьмит), в исходе-субатрофия глазного ябпска (уменьшение глаза в размере с лотереи зрительный функций).  Распознавание. Клиническая картина достаточно характерна. Осмотр при боковом ярком освещении позволяет поставить диагноз. На ранних стадиях — прокрашивание флюоресцеином.  Лечение. Проводится обязательно в стационаре. Местно применяются растворы сульфаниламидов, антибиотиков, глазные лекарственные пленки с антибиотиками (0,25-1 % растворы неомицина, мономицина, канамицина, левомицетина, гентемицина назначаются 6-8 раз в день, 20-30 % сульфацил-натрия, 10 % раствор норсульфазола 3-4 раза в день). Для улучшения эпителизации назначают 1 % раствор хинина гидрохлорида 5-6 раз в день, витаминные капли (рибофлавин с аскорбиновой кислотой и глюкозой). Для расширения зрачка — 1 % раствор атропина, гоматропина. Внутрь назначают антибиотики: тетрациклин по 0,2 г, олететрин по 0,25 г, эритромицин по 0,25 % 3-4 раза в день.

**3.4. Сестринская помощь при заболеваниях глазного яблока: иридоциклите, катаракте, глаукоме.**

ИРИТ. ЦИКЛИТ. **Воспаление радужной оболочки (ирит) и цилиарного тела (циклит).**  Отдельно эти заболевания встречаются редко, чаще в клинике приходится иметь дело с иридоциклитом, так как радужка и цилиарное (ресничное) тело анатомически составляют одно целое.  Симптомы и течение. Начало заболевания внезапное. Появляются ломящие боли, светобоязнь, слезотечение, может быть блефароспазм, снижение зрения. Глаз красный, возможен отек и покраснение век. Радужка приобретает грязноватый оттенок, рисунок ее стушеван. Зрачок сужен, реакция его на свет замедленная. В дальнейшем на дне передней камеры оседает гной (гипопион), иногда кровь (гифема). При осмотре с помощью лупы или микроскопа на задней поверхности роговицы видны преципитаты, образующиеся из продуктов воспаления и элементов крови. В области зрачка возникают спайки с хрусталиком, которые значительно снижают зрение. Глазное давление снижено.  Распознавание. Причиной заболевания могут быть: ревматизм, артрит, коллагенозы, бруцеллез, туберкулез, сифилис, аллергические заболевания, тонзиллиты, гаймориты, отиты. Из местных заболеваний иридоциклитом могут сопровождаться кератиты, склерит, ретинит, травмы глазного яблока (см.). Диагноз ставится на основании симптомов и жалоб больного. Для уточнения причины часто приходится прибегать к консультации терапевта и других специалистов, особенно при рецидивирующих иридоциклитах.  Лечение. Местно применяются: суспензия гидрокортизона, дексаметазона, преднизолона. Для профилактики спаек в области зрачка закапывают 1 % атропин, гоматропин, мезатон. Общая антибиотикотерапия, сульфаниламиды, противовоспалительные и десенсибилизирующие средства. Если установлена причина заболевания, то проводится дополнительно специфическая терапия. При своевременном обращении зрение удается сохранить.

**ГЛАУКОМА**

***Какова общая характеристика заболевания и его основные формы?***

Глаукома — заболевание, характеризующееся повышением внутриглазного давления, нарушением зрительных функций (сужение поля зрения, понижение остроты зрения) и развитием атрофии зрительного нерва. Является одной из главных причин слепоты.

В зависимости от степени компенсации внутриглазного давления и нарушения зрительных функций различают компенсированную, субкомпенсированную, некомпенсированную и декомпенсированную глаукому.

***Каковы клинические признаки острого приступа глаукомы?***

При декомпенсированной глаукоме у больных может возникнуть острый приступ болезни, который медицинская сестра должна дифференцировать и уметь оказать первую помощь. Возникновению острого приступа часто предшествуют эмоциональные переживания, нервные потрясения, тяжелая физическая работа, перенесенные заболевания, умственное переутомление, сильное охлаждение или перегревание тела. Возникает чаще ночью или в ранние утренние часы и сопровождается резкими болями в глазу, орбите, голове, тошнотой и рвотой, упадком сил, общей слабостью. Веки отечны, глазная щель сужена, характерно слезотечение.

***Как оказывается неотложная помощь при остром приступе глаукомы?***

При остром приступе закапывают 1 % раствор пилокарпина и 0,25 % раствор эзерина через каждые 15— 30 минут, комбинируя с отвлекающей терапией (горячие ножные ванны, пиявки на область виска, солевые слабительные), с приемом диамокса по 0,25 г 4 раза в сутки, нейролептических препаратов (аминазин), болеутоляющих (амидопирин, анальгин). В последние годы при лечении острого приступа применяют средства осмотического действия: мочевину и глицерин внутрь в дозе 1—1,5 г/кг массы. Если энергичная консервативная терапия не снимает острого приступа в течение 24 часов, показана операция.

**Катаракта.**

**Катаракта** является одним из самых распространенных заболеваний глаз среди людей пожилого возраста. Хрусталик человеческого глаза — это "естественная линза" пропускающая и преломляющая световые лучи. Хрусталик расположен внутри глазного яблока между радужкой и стекловидным телом. В молодости хрусталик человека прозрачен, эластичен — может менять свою форму, почти мгновенно "наводя фокус", за счет чего глаз видит одинаково хорошо и вблизи, и вдали. **При катаракте** происходит частичное или полное помутнение хрусталика, теряется его прозрачность и в глаз попадает лишь небольшая часть световых лучей, поэтому зрение снижается, и человек видит нечетко и размыто. С годами болезнь прогрессирует: область помутнения увеличивается и зрение снижается. Если своевременно не провести лечение  может привести к слепоте. Встречается в любом возрасте. Бывает [врожденная катаракта](http://www.excimerclinic.ru/cataract/congenital),**травматическая, осложненная, лучевая, катаракта, вызванная общими заболеваниями организма.** Но чаще всего встречается **возрастная (старческая) катаракта,** которая развивается у людей после 50 лет.

К факторам, способствующим развитию катаракты, относятся:

* генетическая предрасположенность;
* травмы глаза (химические, механические, контузионные травмы);
* различные глазные заболевания (в том числе глаукома, близорукость высоких степеней);
* эндокринные расстройства (нарушение обмена веществ, сахарный диабет, авитаминоз);
* лучевое, СВЧ и ультрафиолетовое облучение;
* длительный прием ряда лекарственных препаратов;
* повышенная радиация;
* неблагоприятная экологическая обстановка;
* токсическое отравление (нафталином, динитрофенолом, таллием, ртутью, спорыньей);
* курение.

Симптомы: Еще древние греки называли эту болезнь — **kataraktes**, что в переводе означает водопад. **При катаракте** зрение затуманивается, и человек видит, как бы сквозь падающую воду или через запотевшее стекло. С развитием заболевания все острее ощущается мелькание перед глазами полосок, штрихов и пятен, ореолы вокруг предметов при ярком свете, светобоязнь, двоение изображения. Часто возникают затруднения при чтении, письме, работе с мелкими деталями, шитье. По мере **«созревания» катаракты** цвет зрачка вместо черного становится белым.

**Диагностика катаракты**. Катаракта — коварное заболевание и определить, наличествует ли оно у вас под силу только квалифицированному специалисту. К сожалению, многие пациенты обращают внимание на здоровье своих глаз, только тогда, когда оно начинает их беспокоить. Основным методом диагностики катаракты является осмотр глазного дна при хорошем освещении. Иногда такой осмотр уже указывает на определенные проблемы. Более углубленное изучение проходит при помощи световой (щелевой) лампы — биомикроскопия глаза, которая дает направленное освещение и увеличение. Ее световой луч имеет форму щели.

Основой развития данной технологии послужило открытие шведского физика Гульдштрандта. В 1911 году он создал прибор, предназначающийся для освещения глазного яблока, который в последствии получил название щелевой лампы. Для освещения глаза ученый использовал не сам источник света, а его действительное обратное изображение, проецировавшееся в области щелевидной диафрагмы. Узко ограниченный пучок света давал возможность создавать четкую контрастность между исследуемыми (освещенными) и неосвещенными участниками глаза пациента, что в дальнейшем специалисты стали называть световой активностью. Биомикроскопия позволяет офтальмологу видеть все детали глазного яблока и подробно обследовать не только наружные, но и глубоко расположенные тканевые структуры глаза.

Помимо осмотра глазного дна при помощи щелевой лампы в диагностику катаракты входят: методики, позволяющие подсчитать силу искусственного хрусталика (интраокулярной линзы). Индивидуальный расчет параметров осуществляется благодаря уникальному в России прибору — «ИОЛ-мастер» (фирмы ZEISS). Такой прибор позволяет одновременно измерить не только длину глаза, кривизну роговицы, глубину передней камеры, оценить состояние естественного хрусталика, но и оптимально рассчитать параметры искусственного хрусталика.

**Лечение катаракты.** Осуществляется при помощи методики факоэмульсификации (ультразвуковой или с использованием фемтосекундного лазера) с имплантацией искусственной интраокулярной линзы. Такая операция заключается в замене мутного, пораженного катарактой хрусталика искусственной интраокулярной линзой.

**4. Самоконтроль.**

1. **Задание.**

**Допишите в тексте пропущенные слова.**

**«СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА»**

Вставьте пропущенные слова или допишите предложения.

ИРИТ. ЦИКЛИТ – ЭТО 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отдельно эти заболевания встречаются редко, чаще в клинике приходится иметь дело с иридоциклитом.

**Симптомы и течение**. Начало заболевания 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Появляются 3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, может быть блефароспазм, снижение 6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Глаз красный, возможен 7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_и 8. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Радужка приобретает грязноватый оттенок, рисунок ее стушеван. Зрачок сужен, реакция его на свет замедленная.

В дальнейшем на дне передней камеры оседает 9. \_\_\_\_\_\_\_\_(гипопион), иногда 10. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (гифема).

При осмотре с помощью лупы или микроскопа на задней поверхности роговицы видны преципитаты, образующиеся из продуктов воспаления и элементов 11. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

В области зрачка возникают спайки с хрусталиком, которые значительно 12. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зрение. Глазное давление 13. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Распознавание.** Причиной заболевания могут быть: 14. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, артрит, коллагенозы, бруцеллез, 15. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, сифилис, 16. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тонзиллиты, гаймориты, отиты.

Диагноз ставится на основании 17. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_и 18. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ больного. Для уточнения причины часто приходится прибегать к консультации терапевта и других специалистов, особенно при рецидивирующих иридоциклитах.  **Лечение**. Местно применяются: суспензия гидрокортизона, дексаметазона,19. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Для профилактики спаек в области зрачка закапывают 1 % 20. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, гоматропин, 21. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Общая22. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, сульфаниламиды, противовоспалительные и 23. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ средства. Если установлена причина заболевания, то проводится дополнительно 24. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_терапия. При своевременном обращении зрение удается сохранить.

1. **Задание.**

**«СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА»**

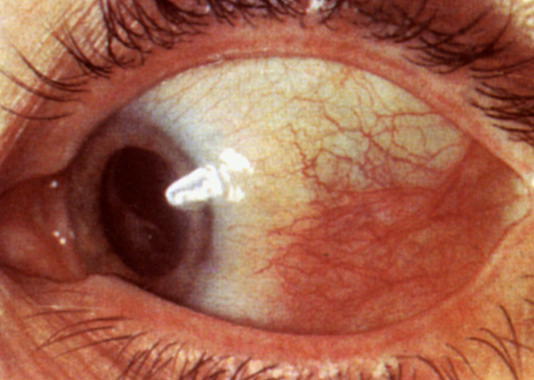
Вставьте пропущенные слова или допишите предложения.

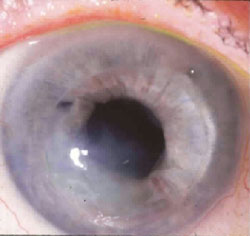
КЕРАТИТЫ - ЭТО 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. **.** Причиной могут быть 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и 4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ инфекции, грибки, 5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (туберкулез, сифилис и т.д.), авитаминозы, дистрофические изменения. Кератиты являются серьезным заболеванием и могут приводить к стойкому снижению зрения в результате образования 6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (бельма), спаек в области зрачка и т.д. В тяжелых случаях может развиться эндофтальмит и панофтальмит. Длительность заболевания — несколько недель или месяцев.  Кератит поверхностный катаральный (краевой). Развивается на фоне 7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, блефарита, хронического дакриоцистита. Появляется 8. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 9. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 10. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Конъюнктива вокруг роговицы краснеет. По краю роговицы появляются единичные или сливные инфильтраты, которые могут изъязвляться. В дальнейшем роговица прорастает сосудами.  Для этого кератита характерно длительное течение без выраженной динамики.  Лечение. В первую очередь устраняется основная причина заболевания. Местно растворы:11. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 1 % тетрациклина, 0,25 % левомицетина, 0,5 % гентамицина, 20-30 %12. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 10-20 % сульфапиридазин-натрия. Мази: 1 % 13.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 1 % эритромициновая, 1 % эмульсия синтомицина, актовегин, солкосерил. Растворы, расширяющие зрачок: 1 % гоматропина, 1 % платифиллина гидротартрата. Витаминные капли — цитраля, глюкозы. Раствор гидрокортизона — осторожно. Внутрь: 10 % р-р кальция хлорида, димедрол, пипольфен,14. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

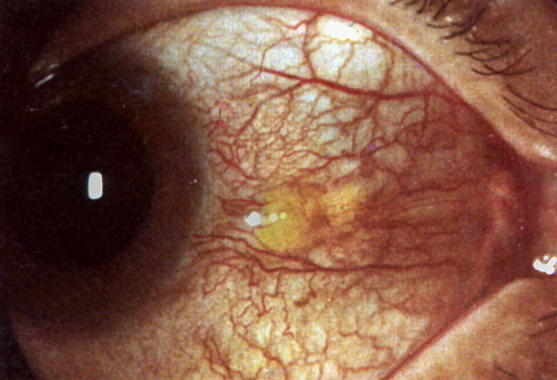
**3 Задание.**

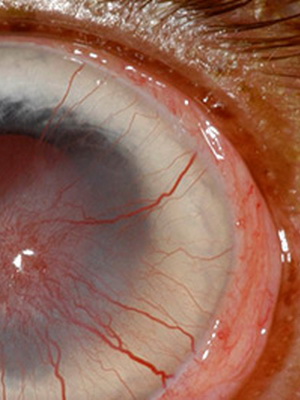
Подпишите фотографии с изображениями заболеваний глазного яблока.

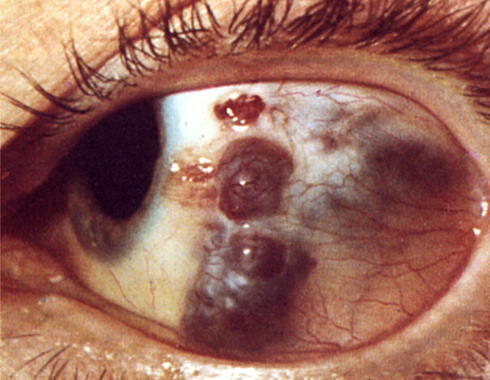
(возможные заболевания: склерит, кератит, ирит, иридоциклит)

 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

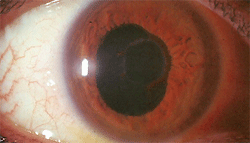
 3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 6.. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 8.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4 Задание.**

Тестовые задания по теме:

«Сестринский уход при заболеваниях глаз и придаточного аппарата»

*Инструкция по выполнению тестовых заданий: 1-8 выберите цифру, соответствующую правильному варианту ответа и запишите ее в рабочую тетрадь.*

Вариант 1.

1. Острота зрения определяется при помощи  
   1) периметра   
   2) таблицы Рабкина Е.Б.  
   3) таблицы Сивцева Д.А.  
   4) рефрактометра
2. За норму принята острота зрения, равная  
   1) 0,9  
   2) 1,0  
   3) 0,5  
   4) 0,8
3. Периферическое зрение характеризует  
   1) острота зрения  
   2) поле зрения  
   3) темновая адаптация  
   4) световая адаптация
4. Помутнение хрусталика называется   
   1) микрофакией  
   2) катарактой  
   3) макрофакией  
   4) миопией
5. Характерная жалоба при зрелой катаракте  
   1) отсутствие предметного зрения  
   2) выделение из глаза  
   3) улучшение ранее сниженного зрения  
   4) боль в глазу
6. Воспаление слизистой оболочки глаза называется   
   1) дакриоциститом  
   2) конъюнктивитом  
   3) дакриоаденитом  
   4) блефаритом
7. Характер отделяемого из глаз при дифтерийном конъюнктивите  
   1) мутное с хлопьями  
   2) слизисто-гнойное, гнойное  
   3) цвета мясных помоев  
   4) отделяемое отсутствует
8. Характер отделяемого при гонобленнорее  
   1) мутное с хлопьями  
   2) слизисто-гнойное, гнойное  
   3) цвета мясных помоев  
   4) слезотечение

Тестовые задания по теме:

«Сестринский уход при заболеваниях глаз и придаточного аппарата»

*Инструкция по выполнению тестовых заданий: 1-8 выберите цифру, соответствующую правильному варианту ответа и запишите ее в рабочую тетрадь.*

Вариант 2.

1. Гонобленнорея новорожденного, если заражение произошло при прохождении ребенка через родовые пути, начинается после рождения  
   1) на 5-й день  
   2) через 2-3 дня  
   3) сразу   
   4) через 2 недели
2. Для профилактики гонобленнореи новорожденным закапывают в глаза раствор  
   1) 0,25% левомицетина  
   2) 30% сульфацил-натрия  
   3) 3% колларгола  
   4) фурацилина 1:5000
3. Повязку на глаз накладывают при  
   1) конъюнктивите  
   2) кератите  
   3) ранении глаза  
   4) блефорите
4. К заболеваниям век относятся  
   1) дакриоцистит, дакриоаденит  
   2) блефарит, ячмень, халазион  
   3) кератит, конъюнктивит  
   4) катаракта, афакия
5. К заболеваниям слезного аппарата относятся  
   1) дакриоцистит, дакриоаденит  
   2) блефарит, ячмень, халазион  
   3) кератит, конъюнктивит  
   4) катаракта, афакия
6. Причиной возникновения ячменя является   
   1) травма  
   2) инфекция  
   3) аллергия  
   4) анемия
7. Воспаление роговицы — это  
   1) ирит  
   2) кератит  
   3) циклит  
   4) блефарит

8.Симптом, характерный для конъюнктивита  
1) отек век  
2) гиперемия век  
3) перекорниальная инъекция сосудов  
4) гиперемия конъюнктивного свода

**5. Задание.**

**Запишите все этапы сестринского процесса для пациента с острым бактериальным конъюнктивитом.**

Проблемы пациента с острым бактериальным конъюнктивитом

I. Настоящие проблемы:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* отек переходной складки;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* склеивание ресниц по утрам;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. Потенциальные проблемы:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. Приоритетная проблема: слизисто-гнойное отделяе­мое из глаза.

Цель сестринских вмешательств:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **План сестринских вмешательств** | **Мотивация** | |
| **1. Провести с пациентом индивидуаль­ную беседу о сути заболевания, о необ­ходимости изоляции от коллектива и соблюдении личной гигиены:**   * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **1. Для создания психологи­ческого покоя и прекраще­ния распространения заболевания** | |
| **2. Провести индивидуальную беседу с родственниками, \_-------------------------** | | **2. Обеспечить психологи­ческую поддержку пациента и предупредить распростра­нение заболевания в семье** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **План сестринских вмешательств** | | **Мотивация** |
| **3. По согласованию с врачом дать паци­енту направление на бактериологичес­кое исследование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | **3. Для -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **4. Обучить пациента:**   * ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------, * ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------- | | **4. Для проведения туалета век** |
| **5. По назначению врача: \_** | | **5. ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------** |
| **6. По назначению врача закладывать -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**   * ------------------------------------------ | | **6. Лечение заболевания** |
| **7. После получения результатов лабора­торного исследования в лечение по на­значению врача -------------------------------------------------------------------------** | | **7. -------------------------------------------------------------------------------------------------------------** |
| **План сестринских вмешательств** | **Мотивация** |
| **8. Объяснить пациенту причину противопоказания наложения повязки на больной глаз:**   * **-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------** | **8. Профилактика развития ------------------------------------------------------------------------------------------------------------------** |

Необходимо знать:

* препараты оксацин, ципромед, ципролет нельзя на­значать из-за их токсичности детям, беременным женщинам и кормящим грудью матерям;
* все комбинированные препараты, содержащие кор­тикостероиды (макситрол, софрадекс) противопока­заны пациентам с вирусными, грибковыми, гнойны­ми, туберкулезными заболеваниями глаз и глаукомой.

**5. АЛГОРИТМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ**.

**Инстилляция глазных капель** – так по-научному называется закапывание глаз. Эта манипуляция часто применяется в офтальмологии при лечении глазных болезней.

Процедура закапывания капель в глаза. Цель - воздействие на слизистую глаза. Показания - заболевания глаз (конъюнктивит, блефарит, глаукома, катаракта и др.). Также капли закапывают перед проведением диагностических исследований (например, перед измерением внутриглазного давления). Противопоказания - непереносимость препарата.

Оснащение: глазные капли по назначению врача, подогретые до комнатной температуры, стерильная пипетка с тупым концом, стерил. салфетки 2 шт. Техника выполнения процедуры закапывания глаз.

1. [Медицинская сестра](http://sestrinskoedelo.ru/) тщательно моет руки с мылом.  
2. Набирают в пипетку две-три капли назначенного лекарства.  
3. Просят пациента слегка запрокинуть голову.  
4. Взяв стерильную салфетку левой рукой, оттягивают нижнее веко и просят пациента посмотреть вверх.  
5. Взяв пипетку правой рукой, держат ее параллельно глазному яблоку и закапывают в конъюнктивальную складку ближе к внутреннему углу глаза одну-две капли.  
6. Просят пациента закрыть глаз и салфеткой промокают остатки лекарства от наружного угла глаза к внутреннему.  
7. Повторяют процедуру с другим глазом.

Примечания. Во избежание переноса инфекции с одного глаза на другой для каждого глаза обязательно используют разные салфетки. Глазные капли хранят в холодильнике.

**ЗАКЛАДЫВАНИЕ ГЛАЗНОЙ МАЗИ В КОНЪЮНКТИВАЛЬНЫЙ МЕШОК**

1. Пациент сидит, слегка отклоняет голову кзади и смотрит вверх.

2. На плоский конец стеклянной палочки набрать глазную мазь.

3. Оттянуть большим пальцем левой руки нижнее веко больного глаза книзу.

4. Погрузить лопаточку за нижнее веко так, чтобы плоскость с мазью была обращена в сторону глазного яблока.

5. Отпустить нижнее веко.

6. Попросить пациента без усилия сомкнуть веки.

7. Вывести глазную палочку из конъюнктивального свода по направлению к наружной спайке век.

8. Стерильным ватным шариком произвести легкий круговой массаж по векам, чтобы снять избыток мази и равномерно распределить мазь по глазному яблоку.

**Измерение внутриглазного давления.**

***Как можно определить примерное значение внутриглазного давления?***

Внутриглазное давление можно исследовать пальпа-торным способом. Больной закрывает глаза и смотрит вниз. Указательным пальцем одной руки без особого усилия прижимают веко сбоку глаза выше хряща. Указательным пальцем другой руки надавливают на глазное яблоко с другой стороны. При нормальном давлении каждый палец ощущает толчки при надавливании с другой стороны. При высоком давлении требуется большее усилие, чтобы надавить на склеру, а толчка почти не ощущается на противоположной стороне глазного яблока.

***Как проводится точное измерение внутриглазного давления?***

Для точного измерения внутриглазного давления используют тонометр Маклакова. Площадки его протирают спиртом, насухо вытирают и омывают тонким слоем краски. В глаза закапывают 0,5 % раствор дикаина. Больной лежит на спине, фиксируя взгляд на своем указательном пальце, поднятом перед глазами. Медицинская сестра пальцами расширяет глазную щель исследуемого глаза, проводит грузик тонометра к глазу и ставит его на центр роговицы, которая должна быть расположена строго прямо. Осторожно опускают держалки грузика, чтобы тот оказал давление на роговицу, затем быстро поднимают держалку и убирают грузик. В месте соприкосновения площадки с роговицей остается светлый кружок, который отпечатывают, приставляя площадку тонометра к бумаге, смоченной спиртом. Линейкой измеряют диаметр отпечатка. Результат измерения соответствует давлению в миллиметрах ртутного столба. В норме внутриглазное .давление не превышает 27 мм рт. ст.

**Туалет век и конъюнктивальной полости.**

 Ватный тампон смачиваем слабо розовым раствором марганца, или чайной заваркой, или кипяченой водой и протираем веки закрытого глаза от наружного угла к внутреннему. Повторяем, меняя тампон, пока не очистим ресницы полностью.  Последним движением очищаем угол глаза, где скапливается обычно гнойное отделяемое.  Промывание глаз. Для промывания можно использовать слабо розовый раствор марганца, риванол, фурацилин, чайную заварку или просто кипяченую воду. Любую из этих жидкостей набираем в резиновый баллончик («груша») или в 5-мл шприц без иглы. К щеке прижимаем миску (в глазном кабинете используют так называемый почковидный тазик), оттягиваем пальцами оба века и струей поливаем глазное яблоко круговыми движениями. Повторяем, пока полностью не очистим конъюнктивальную полость.

**Выворачивание век и осмотр век и глазного яблока.**

I способ (по методу Н. А. Плетневой)

1. Попросить пациента смотреть вниз.

2. Захватить ресницы верхнего века, если они отсутствуют — край века указательным и большим пальцами правой руки.

3. Оттянуть верхнее веко от глазного яблока.

4. Разместить указательный палец левой руки (можно стеклянную палочку) у верхнего края хряща века.

5. Отвести указательным пальцем левой руки (или стеклянной палочкой, которую удерживаете в левой руке) верхний край хряща вниз.

6. Одновременно правой рукой оттянуть ресницы вверх.

7. После выворота века немедленно убрать палец левой руки (или палочку), а вывернутое веко прижать к глазному яблоку.

8. Осмотреть поверхность конъюнктивы (соединительной оболочки) верхнего века.

II способ (по методу А. И. Дашевского)

1. Попросить пациента смотреть вниз.

2. Большим пальцем левой руки (для левого глаза — правой руки), поставленным под бровью, оттянуть вверх верхнее веко.

3. Большим и указательным пальцами правой руки (для левого глаза — левой руки) захватить ресничный край века и слегка оттянуть его вперед.

4. Большим пальцем левой руки (для левого глаза — правой руки) сдвинуть кожную складку века вниз, одновременно оттягивая правой рукой (для левого глаза — левой) ресничный край вверх.

5. На образовавшийся кожно-мышечный валик вывернуть веко.

6. Осмотреть поверхность конъюнктивы верхнего века.

7. Оценить результат исследования.

8. Вымыть и осушить руки.

9. Занести данные в медицинскую документацию.

**МАССАЖ ГЛАЗ**

1. Сядьте за стол и установите на нем локти. 2. Соедините мизинцы и ударные стороны ладоней. Опустите голову так, чтобы ладони легли на закрытые глаза нижней своей частью, а лоб упирался в верхнюю часть ладоней и пальцы. 3. Расслабьте мышцы шеи. Точкой опоры становится лоб, а нижняя часть ладоней лишь прикасается к глазам. 4. Легко массируйте глаза нижней частью ладоней. Чередуйте поглаживание, вращение, надавливание и вибрацию в течение 1-2 минут. Признаком того, что вы делаете массаж правильно, будет появление в глазах ощущения тепла. 5. Расслабьте глаза.

**6. Эталоны ответов.**

* + 1. **задание.**

**Ответы:** 1. Воспаление радужной оболочки (ирит) и цилиарного тела (циклит), 2. внезапное, 3. ломящие боли, 4. светобоязнь, 5. слезотечение, 6. Зрения, 7. отек и 8. покраснение, 9. гной (гипопион), иногда 10. кровь (гифема), 11. Крови, 12. снижают, 13. Снижено, 14. ревматизм, артрит, коллагенозы, бруцеллез, 15. туберкулез, сифилис, 16. аллергические заболевания, 17. симптомов и 18. Жалоб, 19. Преднизолона, 20. атропин, гоматропин, 21. Мезатон, 22. Антибиотикотерапия, 23. Десенсибилизирующие, 24. специфическая

* + 1. **задание.**

Ответы: 1. **Воспалительные заболевания роговой оболочки, 2.** травмы, 3. Бактериальные, 4. вирусные, 5. хронические заболевания, 6. помутнения роговицы (бельма), 7. конъюнктивита, 8. светобоязнь, 9. слезотечение, 10. боль в глазу, 11. пенициллина, 12. сульфацил — натрия, 13. 1 % тетрациклиновая, 14. супрастин.

**3задание.**

1. Склерит, 2. Кератит, 3. Склерит, 4. Кератит, 5. Склерит, 6. Ирит, 7. Ирит, 8. Иридоциклит.

**4 Задание.**

Ответы на тестовые задания по теме:

«Сестринский уход при заболеваниях глаз и придаточного аппарата»

1 вариант:1-3,2-2,3-2,4-2,5-1,6-2,7-1,8-3.

2 вариант: 1-2,2-2,3-3,4-2,5-1,6-2,7-2,8-4.

**5 Задание.**

Проблемы пациента с острым бактериальным конъюнктивитом

I. Настоящие проблемы:

* чувство «песка», жжение в глазу;
* слезотечение;
* отек переходной складки;
* покраснение глаза;

— склеивание ресниц по утрам;

— слизисто-гнойное отделяемое из глаза.

II. Потенциальные проблемы:

— развитие воспаления роговой оболочки;

— нарушение зрения;

— распространение заболевания среди здорового насе¬ления.

III. Приоритетная проблема: слизисто-гнойное отделяе-мое из глаза.

Цель сестринских вмешательств:

— в результате проводимых мер в течение недели у па¬циента прекратится выделение гнойного отделяемо¬го из конъюнктивальной полости;

— заболевание не распространится среди родственни-ков и коллег пациента.

|  |  |
| --- | --- |
| **План сестринских вмешательств** | **Мотивация** |
| **1. Провести с пациентом индивидуаль­ную беседу о сути заболевания, о необ­ходимости изоляции от коллектива и соблюдении личной гигиены:**   * **не касаться глаз немытыми рутами;** * **не носить контактные линзы;** * **использовать индивидуальные полотенце и носовые платки;** * **ежедневная смена полотенца, постельного белья, носовых платков до прекращения выделения гнойного отделяемого;** * **протирать очки мыльным раствором 2—3 раза в день** | **1. Для создания психологи­ческого покоя и прекраще­ния распространения заболевания** |
| **2. Провести индивидуальную беседу с родственниками, обучить их мерам профилактики заболевания в семье, рекомендовать с профилактической целью в течение 2—3 дней закапывать в глаза 30%-ный раствор сульфацил- натрия, пользуясь индивидуальными флаконом с каплями и пипеткой** | **2. Обеспечить психологи­ческую поддержку пациента и предупредить распростра­нение заболевания в семье** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **План сестринских вмешательств** | | **Мотивация** | |
| **3. По согласованию с врачом дать паци­енту направление на бактериологичес­кое исследование содержимого конъ­юнктивальной полости, предупредив о необходимости исключить умывание, не закапывать капли, не закладывать мазь до взятия мазков** | | **3. Для выявления микробной флоры** | |
| **4. Обучить пациента:**   * **обработке век ватным тампоном, смоченным раствором фурацилина 1:5000 или раствором перманганата калия 1:5000 3-4 раза вдень;** * **перед закапыванием капель промыванию конъюнктивальной полости раствором фурацилина 1:5000 из пипетки (шприца)** | | **4. Для проведения туалета век** | |
| **5. По назначению врача: закапывать в больной глаз капли, содержащие антибиотики, 6 раз в день:**   * **0,05%-ный раствор витабакга;** * **0,3%-ный раствор гентамицина;** * **0,3% -ный ципромед;** * **0,3% -ный раствор гентамицина;** * **колбиоцин** | | **5. Лечение заболевания** | |
| **6. По назначению врача закладывать на ночь за веки болящего глаза одну из антибиотических мазей:**   * **1%-нуютетрациклиновую;** * **0,1%-ную тентамициновую;** * **0,5% -ную эритромициновую** | | **6. Лечение заболевания** | |
| **7. После получения результатов лабора­торного исследования в лечение по на­значению врача внести определенные коррективы** | | **7. Лечение заболевания** | |
| **План сестринских вмешательств** | | **Мотивация** |
| **8. Объяснить пациенту причину противопоказания наложения повязки на больной глаз:**   * **под повязкой невозможны мига­тельные движения век, способствую­щие эвакуации гнойного отделяемого из конъюнктивальной полости;** * **под повязкой создаются благопри­ятные условия для развития микроб­ной флоры и осложнений со стороны роговой оболочки** | | **8. Профилактика развития воспаления роговой обо­лочки и нарушение зрения** |

Необходимо знать:

* препараты оксацин, ципромед, ципролет нельзя на­значать из-за их токсичности детям, беременным женщинам и кормящим грудью матерям;
* все комбинированные препараты, содержащие кор­тикостероиды (макситрол, софрадекс) противопока­заны пациентам с вирусными, грибковыми, гнойны­ми, туберкулезными заболеваниями глаз и глаукомой.

###### **7. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА,**

###### **ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ**

**Противовоспалительные средства.**

##### Rp: Sol. Cipromed 0,3% - 5,0 ml

D.S. Глазные капли. По 2 капли 3 – 4 раза в день в оба глаза

##### Rp: Sol. Furacilini 1: 5000 – 10 ml

D.S. Глазныекапли. Для обработки ресничного края век обоих глаз

##### Rp: Sol. Sulfacyli – natrii 20-30% - 10 ml

D.S. Глазные капли. По 2 капли 3 – 4 раза в день в оба глаза

##### Rp: Sol. Laevomycetini 0,25% - 10 ml

D.S. Глазные капли. По 2 капли 3 – 4 раза в день в оба глаза

##### Rp: Sol. Diclo-F 0,1% - 5,0 ml

D.S. Глазные капли. По 2 капли 3 – 4 раза в день в оба глаза

##### Rp: Ung. Sulfacyli – natrii 10% - 10,0

D.S. Глазная мазь. Для смазывания кожи век ресничного края или закладывания за нижнее веко обоих глаз

##### Rp: Ung. Tetracyclini 1% - 10,0

D.S. Глазнаямазь. Для смазывания кожи век и закладывания за нижнее веко обоих глаз

**Противовирусные препараты.**

Rp: OftanIdu – 0,1% - 10,0

D.S. Глазные капли. По 2 капли 3 раза в день в оба глаза

##### Rp: Ung. Florenali 0,25 – 0,5% - 10,0

D.S. Глазнаямазь. Для обработки ресничного края век обоих глаз

##### Rp: Ung. Aciclovir 0,5% - 10,0

D.S. Глазная мазь.

**Витамины.**

##### Rp: Oftan – Catachrom – 10,0

M.D.S. Глазные капли. По 2 капли 3 раза в день в оба глаза

##### Rp: Quinax -15,0

D.S. Глазные капли. По 2 капли 3 раза в день в оба глаза

##### Rp: Лютеин – 500 мг

D.S. По 1 капсуле 3 раза в день

**Адреномиметические средства.**

##### Rp: Sol. Adrenalinihydrochloridi 0,1% - 10 ml

D.S. Глазные капли. По 2 капли 3 раза в день в оба глаза для расширения зрачка

##### Rp: Sol. Mesatoni 1% - 10 ml

D.S. Глазные капли. По 2 капли в оба глаза для расширения зрачка

##### **Гипотензивные препараты.**

##### Rp: Sol. Pilocarpinihydrochloridi 1 – 2% - 10 ml

D.S. Глазные капли. По 1-2 капли 2 раза в день в оба глаза

##### Rp: Sol.Arutimoli 0,25-0,5% -10 ml

D.S. Глазные капли. По 1-2капли 2 раза в день в оба глаза

##### Rp: Sol.Timololi 0,25-0,5% - 5 ml

D.S. Глазные капли. По 2капли 2 раза в день в оба глаза

##### Rp: Sol.Fotili - 5 ml

D.S. Глазные капли. По 2капли 2 раза в день в оба глаза

**Местные анестетики**

##### Rp: Sol. Dicaini 0,25 – 0,5% -10 ml

D.S. Глазные капли. По 2 капли 3-4 раза вдень в оба глаза

##### Rp: Sol. Inokaini 0,4% - 5,0 ml

D.S. Глазные капли. По 2 капли 3 раза в день в оба глаза

##### Rp: Sol. Lidokaini 2% - 2,0 ml

D.S. Глазные капли. По 2 капли 3 раза в день в оба глаза

**Гормональные препараты.**

##### Rp: Sol. Dexamethasoni 0,1% - 10 ml

D.S. Глазные капли. По 2 капли 3-4 раза вдень в оба глаза

##### Rp: Sol. Hydrocortisoni 0,5 – 1% - 5 ml

D.S. Глазные капли. По 2 капли 3-4 раза вдень в оба глаза

**Диагностические препараты.**

##### Rp: Sol. Fluoresceini 1% - 10ml

D.S. Глазные капли. По 2 капли в оба глаза

Rp: Sol. Collargoli 2% -10 ml

D.S. Глазныекапли. По 2 капли в оба глаза

**Антиаксиданты.**

Rp: Sol. Emoxypini 1% -5,0 ml

D.S. Глазные капли. По 2 капли 3 раза в день в оба глаза

Rp: Sol. Taufoni – 4%- 10,0 ml

D.S. Глазные капли. По 2 капли 3 раза в день в оба глаза

**8.Список используемой литературы**

I. Обязательная литература:

1. Ерошевский Т.И. [Глазные болезни: учебное пособие](http://www.mmbook.ru/index.php?page=shop.product_details&flypage=shop.flypage&product_id=3841&category_id=24&manufacturer_id=0&option=com_virtuemart&Itemid=34) (под ред. Нестерова А.П., Малова В.М.). Москва, 2008. 316 с.
2. Петров С.Ю. «Анатомия глаза и его придаточного аппарата» (под ред. Аветисова С.Э.), 2003г.

II. Дополнительная литература:

1. Бровкина А.Ф., Вальский В.В., Гусев Г.А. «Офтальмоонкология», 2002г.
2. Волков В.В. «Глаукома открытоугольная», 2008г.
3. Кацнельсон Л.А., Танковский В.Э. «Увеиты (клиника, лечение)», 1998г.
4. Кански Дж. Дж. «Клиническая офтальмология. Систематизированный подход.», 2009г.
5. Михеева Е.Г. и др. "Скорая и неотложная помощь в офтальмологии" (учебно-методические указания), 1988г.
6. Морозов В.И., Яковлев А.А. «Фармакотерапия глазных болезней», 2001г.
7. Федоров С.Н., Ярцева Н.С., Исманкулов А.О. «Глазные болезни», 2005г.