

שיחזור מבחן מעשי משרד הבריאות – קובץ 100 עמודים

1. רטינוסקופיה עין סכמית: $-3.75/+3.00*20$
2. המפריס: גלאוקומה – שאלות על הטופס.
3. מיפוי קרנית: קרטוקונוס, שואלים כמה צילינדר.
4. מה ההבדל בין פפילדמה לפפילטיס?

פפילדמה

פפילטיס

התנפחות ראש העצב, משני ללחץ תוך גולגולתי גבוה.	סוג של OPTIC NUIRITIS (זיהום) היפרהמיה ובצקת של ראש העצב
בד"כ בילטרלי	בד"כ יוניטרלי
נפוץ במבוגרים	בד"כ נפוץ בילדים
מראה-בתחילה אין סימפטומים ויזואליים. מעט היפרהמיה בדיסק, גבולות מטושטשים. אבדן SVP רק ב LONG STANDING יש אבדן ראייה ושדה ראייה חמור.	מראה-היפרהמיה ובצקת של העצב FLAME SHAPED HEMMO תאים בויטריוס. (כי זיהום)

1

5. התאמת ע"מ קשות לקרטוקונוס.

BC ראשי נקבע ע"פ תמונת פלורוסין. בד"כ 0.2 יותר סטיפ מ average K.

מרכז-מגע קל ע"י הליכה מסטיפ לפלאט.

הקימור ה-2 צריך להיות הרבה יותר פלאט מקימור ראשי כדי להתאים לפריפריה נורמלית.

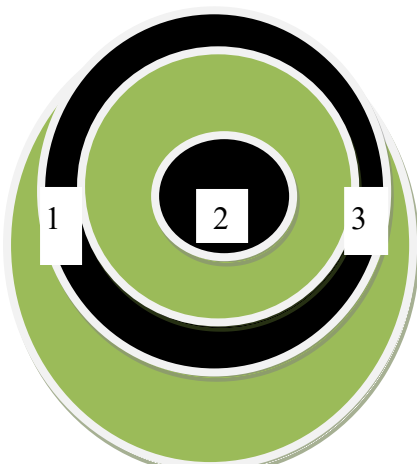
3 POINT TOUCH

מרכז- FEDER TOUCH במרכז הקונוס.

מסביב- (para central Pooling) CLEARNCE

MID PHERIPERAL ALIGNMENT

CLEARNCE=איזור ירוק
TOUCH=איזור שחור



פריפריה סטנדרטית.

לסיכום-צריך קימור סטיפ במרכז ופריפריה שטוחה אחרת זה יגרום למיד פריפרל טאצ'. יש להיזהר מ OZ קטן מידי אחרת יגרום להילות.

6. דיון קצר על גלאוקומה (אחרי ההמפריס).

7. מקרה: שמנה בת 17 סובלת מטשטוש ועברה בדיקות בביה"ס... מהשיחזורים.

8. כנראה מדובר ב-PSEUDO TUMOR CEREBELUM-PTC. מצב בו "כאילו" יש גידול

במוח. בד"כ נשים שמנות צעירות 20-50 שיש להן לחץ גבוה של נוזל סביב חוט השדרה.

סימפטומים-אסט' גבוהה, כאבי ראש, בחילות, הפרעה זמנית בראיה, הגדלת כתם

עיוור, דפלופיה, בצקת דו עינית של עצב הראיה.

טיפול-(דיאמוקס) ACETAZOLAMIDE והרזיה.

9. רטינוסקופיה 2.50 X45 -3.25, אישה בת 86, עברה ניתוח קטרקט בעין L לבד ורוצה

לעשות משקפיים. מה תשאל אותה לפני תחילת הבדיקה? אשאל לפני כמה זמן עשתה את

ניתוח. אחרי 3 חודשים המס' מתייצב.

- היא סיפרה לך שעברה את הניתוח לפני 3 חודשים. בנוסף סיפרה שעשו לה תפרים. הסבר על מהלך ניתוח הקטרקט, איך התפרים משפיעים על הרפרקציה?, איפה בד"כ עושים תפרים? למה דווקא שם?

מהלך הניתוח-כנראה מדובר ב-ICCE או ב-ECCE (הניתוחים הישנים בהם היו עושים פתח גדול בלימבוס 180 מעלות או 9-10 מ"מ).

ב-ICCE היו מוציאים את כל העדשה כולל קפסולות. משתילים עדשה חדשה בל. קדמית ועושים ירידוטומי(חתך בקשתית לניקוז נוזל תוך עיני) א"חכ תופרים לימבוס-מה שגורם לאסט'. יש חשש להפרדות רשתית בגלל הוצאת ק. אחורית. וכן חשש לגלאוקומה בגלל חסימת הזווית ע"י העדשה החדשה.

ב-ECCE היו משמרים קפסולה אחורית ומשתילים עדשה חדשה במיקום אנטומי. (ל. אחורית) עם זאת יש חשש לקריעת קופסית אחורית ונפילת עדשה לויטיריוס. יש ירידה של IOP מאוד חדה.

PHACO- עושים חתך של 3 מ"מ בלימבוס. יש שימור של ק. אחורית וחלק מק. קדמית. יתרון –החלמה מהירה, אין חשש לירידה חדה של IOP כי עובדים בעין סגורה. אבל צריך קרנית שקופה.