

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Владимирский филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Специальность 31.08.59 Офтальмология

Квалификация врач-офтальмолог

Кафедра: глазных болезней

Форма обучения _ очная

Владимир
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Офтальмология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Офтальмология». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Офтальмология» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, УК-2, УК-3, УК-4,	Текущий	Раздел 1. Анатомия и физиология органа зрения, методы исследования в офтальмологии.	Тестовые задания, ситуационные задачи, вопросы для собеседования

УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7.		Раздел 2. Патология придаточного аппарата глаза.	Тестовые задания, ситуационные задачи, вопросы для собеседования
		Раздел 3. Патология роговицы и сосудистой оболочки глаза	Тестовые задания, ситуационные задачи, вопросы для собеседования
		Раздел 4. Патология хрусталика, глаукома.	Тестовые задания, ситуационные задачи, вопросы для собеседования
		Раздел 5. Патология сетчатки, стекловидного тела	Тестовые задания, ситуационные задачи, вопросы для собеседования
		Раздел 6. Патология зрительного нерва	Тестовые задания, ситуационные задачи, вопросы для собеседования
		Раздел 7. Патология орбиты.	Тестовые задания, ситуационные задачи, вопросы для собеседования
		Раздел 8. Травмы органа зрения	Тестовые задания, ситуационные задачи, вопросы для собеседования
	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6,	Промежуточный	Раздел 1. Анатомия и физиология органа зрения, методы исследования в офтальмологии.
Раздел 2. Патология придаточного аппарата глаза.			Вопросы для собеседования, тестовые задания, реферат
Раздел 3. Патология роговицы и сосудистой оболочки глаза			Вопросы для собеседования, тестовые задания, реферат
Раздел 4. Патология хрусталика, глаукома.			Вопросы для собеседования, тестовые задания, реферат
Раздел 5. Патология сетчатки, стекловидного тела			Вопросы для собеседования, тестовые задания, реферат
Раздел 6. Патология зрительного нерва			Вопросы для собеседования, тестовые

ПК-7.		задания, реферат
	Раздел 7. Патология орбиты.	Вопросы для собеседования, тестовые задания, реферат
	Раздел 8. Травмы органа зрения	Вопросы для собеседования, тестовые задания, реферат

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

4.1 Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: вопросов для собеседования и ситуационных задач

Перечень вопросов для собеседования для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7.

Раздел 1. Анатомия и физиология органа зрения, методы исследования в офтальмологии

1. Анатомия орбиты. Содержимое орбиты, сосуды и нервы орбиты.
2. Анатомия и гистология конъюнктивы.
3. Анатомия и гистология фиброзной капсулы глаза. Топографические особенности роговицы, склеры, слабые места склеры.
4. Анатомия и гистология сосудистой оболочки глазного яблока. Кровоснабжение, иннервация.
5. Анатомия и гистология хрусталика.
6. Анатомия и гистология сетчатки.
7. Сетчатка и диск зрительного нерва. Анатомия, гистология.
8. Структура зрительного анализатора.
9. Оптическая система лаза.
10. Типы оптических стекол.
11. Рефракция. Понятие и виды клинической рефракции.
12. Гиперметропия как вид клинической рефракции.
13. Миопия как вид клинической рефракции. Коррекции миопии.
14. Миопия. Правила подбора очков. Пример рецепта.
15. Астигматизм. Определение, классификация, диагностика, коррекция.
16. Пресбиопия, способы коррекции.
17. Особенности развития пресбиопии. Современные методы коррекции пресбиопии.
18. Аккомодация. Механизм аккомодации.
19. Спазм аккомодации.
20. Анизометропия. Диагностика и коррекция анизометропии.
21. Внутриглазное давление (циркуляция внутриглазной жидкости, пути оттока, методы исследования).
22. Современные методы диагностики в офтальмологии и возможности их применения (КТ, МРТ, ОКТ, УЗИ, УБМ, лазерная сканирующая офтальмоскопия, ЭФИ).
23. Методы исследования рефракции.
24. Субъективные методы диагностики рефракции.
25. Объективные методы диагностики рефракции.
26. Современные хирургические методы коррекции аметропий.
27. Амблиопия. Виды амблиопии, этиология, профилактика и лечение амблиопии.

Раздел 2. Патология придаточного аппарата глаза

1. Патология слезных органов. Методы диагностики.
 2. Острые бактериальные конъюнктивиты.
 3. Вирусные конъюнктивиты.
 4. Гонококковый конъюнктивит. Клиника, лечение.
 5. Хронические конъюнктивиты. Клиника, лечение.
 6. Опухоли век и конъюнктивы. Классификация, клиника, лечение.
- Раздел 3. Патология роговицы и сосудистой оболочки глаза**
1. Заболевания роговицы. Классификация.
 2. Ползучая язва роговицы.
 3. Офтальмогерпес. Классификация, клиника, подходы к лечению.
 4. Лечение травматических кератитов.
 5. Кератопластика и кератопротезирование. Виды кератопластики. Показания. Техника операции.
 6. Иридоциклиты. Этиология, клиника, лечение.
 7. Увеопатии. Патогенез, клиника, особенности диагностики и лечения.
 8. Склериты и эписклериты. Диагностика, лечение.
 9. Меланомы хориоидеи. Клиника, лечение. Дифференциальный диагноз.
- Раздел 4. Патология хрусталика, глаукома**
1. Врожденные и приобретенные катаракты (этиология, клиника, лечение).
 2. Современные аспекты хирургии катаракты.
 3. Хирургические методы лечения катаракты.
 4. Вторичная катаракта. Клиника, методы лечения.
 5. Афакия (клиника, коррекция).
 6. Артифакия. Ведение больных в послеоперационном периоде.
 7. Операционные и послеоперационные осложнения хирургического лечения катаракты.
 8. Глаукомная оптическая нейропатия.
 9. Открытоугольная глаукома. Патогенез, клиника, диагностика. Диспансеризация.
 10. Закрытоугольная глаукома. Дифференциальная диагностика острого приступа глаукомы и иридоциклита.
 11. Консервативное лечение глаукомы, критерии эффективности.
 12. Консервативное и лазерное лечение глаукомы.
 13. Хирургическое лечение глаукомы. Операционные и послеоперационные осложнения при хирургическом лечении глаукомы.
 14. Вторичная глаукома. Этиология, клиника, лечение.
 15. Диагностика и лечение редких форм глаукомы. (пигментная, Франк-Каменецкого, псевдоэкзофиативный синдром, иридокорнеальный эндотелиальный синдром).
- Раздел 5. Патология сетчатки, стекловидного тела**
1. Гемофтальм. Патогенез, клиника, лечение.
 2. Хориоретиниты. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
 3. Центральная серозная хориопатия. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
 4. Центральные хориоретинальные дистрофии. Клинические формы. Лечение.
 5. Возрастная макулярная дегенерация. Этиология, клиника, лечение.
 6. Пигментная абитрофия сетчатки.
 7. Периферические хориоретинальные дистрофии. Классификация, лечение.
 8. Первичная отслойка сетчатки. Клиника, диагностика, лечение.
 9. Регматогенная отслойка сетчатки. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
 10. Окклюзия центральной артерии сетчатки. Этиология, клиника, лечение, прогноз.
 11. Тромбоз центральной вены сетчатки. Патогенез, клиника, лечение.
 12. Изменения органа зрения при общих заболеваниях.
 13. Патология органа зрения при гипертонической болезни.
 14. Эндокринная офтальмопатия. Классификация, клиника, лечение.

15. Диабетическая ретинопатия. Классификация ВОЗ.
16. Лечение диабетической ретинопатии в зависимости от формы и стадии.
17. Внутриглазные опухоли. Клиника, диагностика, лечение.

Раздел 6. Патология зрительного нерва

1. Этиология, патогенез, клиника застойных дисков. Тактика офтальмолога.
2. Невриты зрительного нерва. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
3. Ретробульбарный неврит.
4. Передняя ишемическая оптиконеуропатия. Этиология, клиника, лечение.
5. Атрофия зрительного нерва. Этиология, клиника, методы лечения.

Раздел 7. Патология орбиты

1. Ретробульбарная гематома. Клиника, лечение.
2. Флегмона орбиты. Патогенез, клиника, лечение.
3. Новообразования орбиты. Клиника, диагностика, лечение.

Раздел 8. Травмы органа зрения

1. Классификация травм органа зрения.
2. Повреждения придаточного аппарата глаза. Клиника, лечение, осложнения.
3. Открытые травмы глаза.
4. Ранние и поздние осложнения открытой травмы глазного яблока.
5. Симпатическая офтальмия. Патогенез, клиника, лечение, профилактика.
6. Ранения орбиты.
7. Закрытые травмы глазного яблока.
8. Травматические повреждения хрусталика. Клиника, лечение.
9. Лечение травматического гемофтальма.
10. Травматические повреждения сетчатки.
11. Травматические повреждения зрительного нерва. Клиника, диагностика, лечение.

Прогноз.

12. Тупые травмы глазницы. Классификация по степеням тяжести, диагностика, лечение.
13. Контузионно-коммоционные повреждения глазного яблока. Классификация, лечение.
14. Осложнения контузионно-коммоционных повреждений глазного яблока.
15. Диагностика внутриглазных инородных тел.
16. Методы удаления внутриглазных инородных тел.
17. Ожоги глаз. Клиническая картина, стадии течения ожоговой болезни, тактика лечения.
18. Химические ожоги глазного яблока. Клиническая картина, первая помощь, тактика лечения, стадии ожоговой болезни, осложнения ожогов глаза.
19. Лучевые повреждения органа зрения.

Медико-социальная экспертиза больных с патологией органа зрения.

- 4.1.2 Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7.

1. В офтальмологическую клинику обратилась мама с ребенком 5 лет, который плохо видит вдаль, неусидчив, быстро утомляется на занятиях, капризничает, не может долго читать и рисовать. Проведено исследование рефракции в условиях циклоплегии, при котором обнаружены следующие данные: Правый глаз: +1,25 Д +3,5 Д 87°. Левый глаз: +1,75 Д +2,25 Д 177°. При исследовании бинокулярного зрения, биомикроскопического исследования и офтальмоскопии патологии не обнаружено.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Назовите критерии деления астигматизма на виды.
- 3) Определите тактику ведения пациента.
- 4) Назовите возможные осложнения некорригированной гиперметропии.

Какие методы коррекции правильного астигматизма за исключением очковой коррекции существуют сегодня?

2. На прием к офтальмологу привели 6 летнего мальчика с жалобами на слезотечение, чувство инородного тела за веками, покраснение правого глаза. Симптомы появились на фоне острого респираторного заболевания. При осмотре веки правого глаза отечны, выраженная гиперемия пальпебральной конъюнктивы, конъюнктивальная инъекция, в нижней переходной складке множество мелких фолликулов и точеных кровоизлияний. Небольшое количество отделяемого слизистого характера.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
- 4) Назовите средства медикаментозной терапии данной патологии.

С какими еще заболеваниями глаз, сопровождающимися гиперемией, следует проводить дифференциальный диагноз?

3. Тридцатидвухлетний мужчина обратился с жалобами на двоение, слезотечение, резкий отек и гиперемию верхнего века левого глаза. Отмечает также повышение температуры тела, слабость. Со слов больного, неделю назад переболел гриппом. При осмотре верхнее веко левого глаза резко отечно, гиперемировано, болезненно при пальпации, край века S-образно искривлен. Глазное яблоко ограничено в подвижности. Зрение не снижено.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Перечислите причины развития данного заболевания.
- 3) Какие меры включает первая врачебная помощь?
- 4) С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Какие осложнения возможны при данном заболевании?

4. К вам, участковому терапевту обратился молодой человек с жалобами на резкую болезненность, гиперемию и припухлость участка верхнего века правого глаза. Зрение не снизилось. При осмотре с латеральной стороны верхнего века определяется локальный отек и гиперемия кожи, дотрагивание вызывает резкую болезненность. У ресничного края инфильтрат из нескольких гнойных головок.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Какая первая врачебная помощь должна быть оказана?
- 3) К каким осложнениям может привести это заболевание?
- 4) Опишите стандартное течение процесса.

Назовите основные причины развития ячменя.

5. К детскому офтальмологу поликлиники привели ребенка 7 лет с жалобами на появление у него на коже век обоих глаз гнойничков, которые появляются, затем через 7 дней исчезают без следа. Процесс начался с верхнего века правого глаза, затем распространился на нижнее веко правого глаза, а затем и на веки левого глаза. При осмотре обнаружено: на коже век обоих глаз визуализируются множественные гнойнички величиной с просынное зерно с гиперемированным основанием и волоском в центре каждого гнойничка, кожа между гнойничками не изменена, безболезненна, зуд отсутствует.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
- 3) Какую местную терапию следует проводить при данном заболевании?
- 4) Какая системная терапия назначается при лечении импетиго кожи век?

Назовите основные этиологические факторы импетиго.

6. У ребенка 10 лет после детского праздника внезапно появился зуд и отек век правого глаза, быстро распространившийся на область щеки и угол рта, слабость,

повышение температуры до 37,2 °С. При осмотре: кожа век отечная, бледная с синеватым оттенком, мягкая на ощупь, болезненность при пальпации и спонтанные боли отсутствуют, глазное яблоко спокойное, оптические среды прозрачные, внутриглазное давление в норме.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
- 3) Какую экстренную помощь следует оказать в данном случае? В каких возрастных группах чаще наблюдается ангионевротический отек?

Какие осложнения со стороны органа зрения могут развиваться при распространении отека?

7. К Вам обратилась женщина 47 лет, у которой после перенесенного ячменя на нижнем веке правого глаза появилось образование, создающее косметическое неудобство и ощущение тяжести в веке. При осмотре обнаружено: в толще нижние века в средней трети пальпируется безболезненный узелок размером с горошину плотно-эластичной консистенции, не спаян с кожей. Конъюнктив в зоне узелка гиперемирована и гиперплазирована.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Какой метод лечения Вы порекомендуете данной пациентке?
- 4) Какие методы лечения халязиона применяются в детской практике?

С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?

8. В приемный покой районной больницы обратилась девушка 24 лет с жалобами на слезотечение, светобоязнь, покраснение, чувство «песка» в правом глазу. При биомикроскопии выявлена конъюнктивальная инъеция, обильное слизистогнойное отделяемое из полости конъюнктивы, отек переходной складки, роговица и другие оптические среды прозрачные.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Какую экстренную помощь следует оказать в данном случае?
- 4) Какие антибактериальные средства необходимо использовать при подтвержденной стафилококковой флоре?

Какие антибактериальные средства необходимо использовать при подтвержденной стрептококковой флоре?

9. На прием к офтальмологу обратился подросток 15 лет, у которого 2 дня назад заболел правый глаз, что сопровождалось покраснением, слезотечением, чувством «инородного тела» в правом глазу. Аналогичные жалобы появились сегодня утром на левом глазу. При осмотре обоих глаз выявлен небольшой отек век, блефароспазм, выраженная конъюнктивальная инъеция с отеком переходной складки, слизистая век покрыта тонкими белесоватыми пленками, которые легко удаляются ватным тампоном, оставляя под собой рыхлую, кровоточащую конъюнктиву. На роговице у лимба – точечные эпителиальные инфильтраты, преципитатов нет, зрачок средней ширины, розовый рефлекс с глазного дна, ВГД в норме.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Какую экстренную помощь следует оказать в данном случае?
- 4) Какие диагностические исследования применяют с целью идентификации возбудителя бактериальных конъюнктивитов и рационального выбора антимикробной терапии?

Какие еще формы конъюнктивитов могут сопровождаться появлением пленок на слизистой век?

10. К Вам, дежурному врачу приемного покоя, обратился мальчик 10 лет с жалобами на слезотечение, светобоязнь, зуд в глазах, покраснение. Находился на отдыхе в деревне с 1-го по 7-го мая, после чего резко появились указанные жалобы, а также частое чихание, отек носа. Обратился сначала к ЛОР врачу, который поставил диагноз острого аллергического ринита и назначил противоаллергические капли. Со слов мамы мальчика, похожие симптомы наблюдались прошлой весной во время цветения деревьев и трав. При объективном осмотре конъюнктивы верхнего века утолщена, матовая, молочного цвета с сосочковыми разрастаниями по типу «булыжной мостовой», покрыта нитеобразным вязким отделяемым. Вокруг роговицы определяется желатинозного вида валик розоватого цвета, роговица прозрачная.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Какую экстренную помощь следует оказать в данном случае?
- 4) Что в себя включает лабораторная диагностика аллергических конъюнктивитов?

Какие комбинированные противоаллергические глазные препараты Вам известны?

11. В родильном доме у двухдневного новорожденного мальчика резко возник двусторонний отек век, с выраженной их гиперемией и уплотнением. Открыть глазную щель полностью не представлялось возможным, из полости конъюнктивы вытекала кровянистая жидкости цвета мясных помоев. Гнойное отделяемое отсутствовало. Роды были срочные, через естественные родовые пути.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Какую экстренную помощь следует оказать в данном случае?
- 4) Какое самое грозное осложнение гонококкового конъюнктивита?

Какие клинические стадии характерны для гонобленнореи детей и взрослых?

12. У женщины 34 лет через 10 дней после посещения бассейна появились жалобы на слезотечение, светобоязнь, покраснение правого глаза, гнойное отделяемое. 2 недели лечилась самостоятельно альбуцидом без улучшения. При осмотре офтальмологом правого глаза выявлено: выраженный отек и гиперемия конъюнктивы переходных складок, на нижней переходной складке – сливные крупные фолликулы, гипертрофия сосочков конъюнктивы, обильное слизисто-гнойное отделяемое, региональные лимфузлы увеличены, безболезненны при пальпации, на роговице в зоне верхнего лимба – субэпителиальные точечные инфильтраты, микропаннус, чувствительность роговицы сохранена.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Проведите дифференциальную диагностику между острым аденовирусным эпидемическим кератоконъюнктивитом и острым эпидемическим хламидийным конъюнктивитом?
- 4) Какие лабораторные методы информативны в диагностике хламидийной инфекции органа зрения?

Каковы принципы терапии острого эпидемического хламидийного конъюнктивита?

13. К Вам, врачу поликлинического отделения ЦРБ, обратится пациент 32 лет с жалобами на снижение зрения правого глаза, слезотечение, светобоязнь, боли в правом глазу, усиливающиеся ночью, снижение зрения. Свое состояние связывает с сильным переохлаждением накануне. При осмотре выявлена гиперемия правого глазного яблока, более выраженная вокруг лимба и убывающая к конъюнктивальным сводам, на задней поверхности нижних отделов роговицы – мелкие точечные объекты белого цвета, зрачок сужен. Пальпация глазного яблока резко болезненна.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

- 2) С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
- 3) Какой объем первой врачебной помощи необходимо выполнить в данном случае? Определите тактику дальнейшего ведения пациента? Какие осложнения возможны при данном заболевании?

14. В районную поликлинику обратилась сельская жительница, 64 лет, с жалобами на боль в левом глазу, снижение зрения. Со слов пациентки, накануне работала в огороде и травмировала веткой левый глаз. При осмотре отмечаются: светобоязнь, слезотечение, блефароспазм обоих глаз. Гиперемия выражена на левом глазу, окружая лимб, по направлению к сводам ослабевает. Роговица диффузно мутная, в ее оптическом центре выявляется круглый оптически плотный инфильтрат желтоватого цвета с четкими границами. Чувствительность роговицы сохранена.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Какой препарат используется для оценки целостности эпителиального слоя роговицы?
- 3) Определите тактику лечения пациента.
- 4) Каковы возможные осложнения заболевания? Перечислите возможные исходы заболевания.

15. К Вам обратился молодой человек, 18 лет, по поводу светобоязни, слезотечения и блефароспазма, более выраженного слева. Эти симптомы появились вскоре после перенесенного им острого респираторного заболевания. При осмотре глазное яблоко гиперемировано, в роговице определяется инфильтрат серого цвета, дисковидной формы, располагающийся в ее оптической зоне. На поверхности инфильтрата эпителий истыкан, строма отечна, утолщена. При окрашивании 1% раствором флюоресцеина роговица не прокрашивается.

- 1) Какой вид чувствительности роговицы необходимо проверить для подтверждения диагноза?
- 2) С помощью чего это лучше сделать?
- 3) Чувствительность роговой оболочки оказалось сниженной, какой диагноз можно предположить?
- 4) Обоснуйте Ваш диагноз.
- 5) Назовите основные группы лекарственных средств, используемых в медикаментозной терапии данного заболевания.
- 6) Опишите местные побочные эффекты кортикостероидной терапии.

16. В поликлинику обратилась пациентка с жалобами на слезотечение, сильные боли в области правого глазного яблока, правой орбиты и правой височной области, снижение зрения правого глаза. Со слов больной, неделю назад отмечалось лихорадочное состояние с ознобом и выраженной слабостью. Одновременно на коже лица с правой стороны появились мелкие сгруппированные пузырьки с прозрачным содержимым. На момент осмотра: гиперемия, желтовато-коричневые корочки на коже волосистой части головы, лба, век справа. Гиперемия глазного яблока, более выраженная вокруг зоны лимба, на роговице визуализируется инфильтрат сероватого цвета в виде «веточки дерева». При окраске флюоресцеином 1% – участков дезэпителизации роговицы не выявлено.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте Ваш диагноз.
- 3) Какие местные лекарственные средства применяют в лечении заболевания?
- 4) Назовите факторы риска, способные спровоцировать рецидив заболевания.

Определите меры профилактики рецидивов заболевания.

17. К дежурному хирургу ЦРБ обратился пациент Г., сантехник. Во время замены труб произошла неисправность и работнику что-то попало в левый глаз. За медицинской помощью больной не обратился, т.к. зрение не снижалось, беспокоило

только чувство инородного тела за веками. Однако спустя несколько дней пострадавшего стали беспокоить боли в области левого глаза, слезотечение, светобоязнь, снизилось зрение. При осмотре левого глаза пациента обнаружено: выраженная смешанная инъеция глазного яблока. Роговица мутная, на 4-7 часах – инфильтрат серо-желтого цвета с изъязвлением в центре, на дне передней камеры гнойный экссудат. Зрачок сужен, на свет не реагирует. Пальпаторно тонус глазного яблока не изменен, но пальпация резко болезненна.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Укажите мероприятия первой врачебной помощи.
- 4) С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?

Какие лабораторные исследования могут быть использованы для верификации возбудителя?

18. Женщина в возрасте 28 лет обратилась к офтальмологу поликлиники с жалобами на слезотечение, светобоязнь, боли в правом глазу, снижение зрения. Страдает миопией средней степени обоих глаз, в связи с чем пользуется для коррекции мягкими контактными линзами плановой замены уже около 10 лет. На проверку к офтальмологу ходит редко. Иногда нарушает рекомендованный врачом режим ношения контактных линз. При осмотре выявлено: острота зрения правого глаза 0,06 не корригирует, смешанная инъеция глазного яблока, хемоз конъюнктивы, в центре роговицы – изъязвление до глубоких слоев стромы, вокруг язвы – инфильтрат в виде кольца без изъязвления, в передней камере – гной 1 мм, мелкие преципитаты на нижней половине роговицы, зрачок узкий, внутренние среды не просматриваются, ВГД в норме.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Что вы знаете о возбудителе заболевания и его течении?
- 4) В каком биологическом материале могут быть обнаружены акантамебы?

Каковы принципы терапии акантамебного кератита, осложненного язвой роговицы и передним увеитом?

19. Пациентка 32 лет обратилась к офтальмологу с жалобами на локальное покраснение левого глазного яблока, сопровождающееся небольшим слезотечением, светобоязнью, болевыми ощущениями. 2 недели назад переболела ОРЗ. При объективном исследовании обнаружено: острота зрения правого глаза 1,0, левого глаза – 1,0. Биомикроскопия OS: вблизи лимба на 3 часах визуализируется ограниченная припухлость наружных слоев склеры 6 мм с синюшным оттенком. Конъюнктив над этим узелком гиперемирована, подвижна. Пальпация пораженного участка резко болезненна, оптические среды прозрачные, глазное дно и внутриглазное давление в норме. Биомикроскопия OD не выявила видимой патологии.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Какие этиологические факторы могут привести к развитию эписклерита?
- 4) Какие клинические формы эписклерита Вы знаете и чем они характеризуются?

Каковы принципы терапии эписклерита?

20. Больной 48 лет поступил в офтальмологическую клинику с жалобами на снижение остроты зрения левого глаза, небольшое слезотечение, периодические боли в глазу. Болеет около 2-х недель. Из сопутствующей патологии отмечает урогенитальный хламидиоз (диагностирован 1 месяц назад), также периодически отмечает боли в мелких суставах нижних конечностей. Острота зрения правого глаза: 1,0, левого – 0,3 не корригирует. OS: смешанная инъеция глазного яблока средней степени, роговичные преципитаты, клеточная реакция влаги передней камеры 1+, в

стекловидном теле – выпот до 2+, глазное дно за флером, на средней периферии на 6-8 часах определяется проминирующий фокус с нечеткими границами белесоватого цвета, ВГД в норме.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Какие дополнительные методы исследования и консультации Вам потребуются для подтверждения синдрома Рейтера?
- 4) Какие принципы терапии увеита в данном случае?
Какие побочные эффекты местного применения кортикостероидов Вы знаете?

21. Больной 45 лет, азербайджанец, поступил в приемное отделение многопрофильной больницы с жалобами на резкое снижение зрения обоих глаз, наличие болей в глазах. Из анамнеза: заболевание началось 2 недели назад с резких головных болей, рвоты, снижения слуха. В течение 10 дней находился в инфекционной больнице с диагнозом менингоэнцефалит. При осмотре: VIS OD=0,05 не корр, VIS OS=0,1 не корр. OUT: роговичные преципитаты, во влаге передней камеры клетки 2+, в стекловидном теле клеточная реакция 3+ справа, 2+ слева. Глазное дно: справа не офтальмоскопируется, слева – в нижней половине определяется экссудативная отслойка сетчатки. При осмотре у пациента выявлено поседение волос и ресниц, снижение слуха.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Какие осложнения увеита при данном синдроме могут иметь место?
- 4) Какие принципы терапии увеита в данном случае?
Какие выделяют клинические стадии данного заболевания?

22. В поликлинику по месту жительства обратилась пациентка 35 лет с жалобами на обесцвечивание радужной оболочки на правом глазу, снижение остроты зрения правого глаза. Вышеуказанные жалобы появились около 7 месяцев назад, пациентка к врачу не обращалась. Хронические системные заболевания отрицает. Считает себя полностью здоровым человеком. При осмотре: острота правого глаза 0,4 не корр., левого глаза- 1,0. ОД: зрачковая зона радужки бледная, строма разволокнена, просвечивают сосуды радужки, деструкция пигментной каймы зрачка, зрачок 4 мм, на эндотелии роговицы – мелкие преципитаты с пушистыми краями, чувствительность роговицы снижена, гониоскопически – угол передней камеры открыт, широкий, гипопигментация трабекулы и полосы цилиарного тела по сравнению с парным глазом, хрусталик – заднеполярная катаракта, в стекловидном теле – выраженная нитчатая и зернистая деструкция, ВГД по Маклакову 20 мм рт.ст. OS: радужка серо-голубая, нормальной толщины и рисунка, роговица прозрачная, зрачок 3 мм, хрусталик прозрачный, легкая деструкция стекловидного тела, ВГД по Маклакову 19 мм. рт.ст.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Какие осложнения чаще всего развиваются при синдроме Фукса со стороны органа зрения?
Является ли синдром Фукса увеитом? Какие общие признаки всех увеопатий?

23. Из районной поликлиники к Вам, дежурному врачу офтальмологического стационара, направили мужчину 26 лет с жалобами на резко возникшую утром тяжесть в глазу, туман, радужные круги при взгляде на источник света, снижение зрения левого глаза. Диагноз направившего учреждения – острый приступ закрытоугольной глаукомы левого глаза. При осмотре: острота зрения правого глаза 1,0, левого – 0,3 не корр. OS: сосуды конъюнктивы глазного яблока расширены, поверхностный отек роговицы, буллез отсутствует, на эндотелии – беловатые

круглые преципитаты в центре, зрачок круглый 3 мм, реакция на свет сохранена, передняя камера средней глубины, глазное дно за флером – без патологии, ВГД по Маклакову 35 мм рт.ст.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Проведите дифференциальную диагностику между острым приступом закрытоугольной глаукомы и глаукомоциклитическим кризом.
- 4) Каков патогенез и этиология повышения внутриглазного давления при синдроме Краупа-Познера-Шлоссмана?
В чем заключается терапия глаукомоциклитического криза?

24. Девочка 14 лет обратилась на прием к детскому офтальмологу с жалобами на покраснение глаз, постепенное снижение зрения обоих глаз. В анамнезе- 2 года назад увеит обоих глаз невыясненной этиологии. Осмотрена отоларингологом: хронический тонзиллит. Консультирована ревматологом, клинических данных за активное ревматоидное поражение суставов не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости выявлена гепатоспленомегалия и лимфаденопатия. В общем анализе крови – повышение СОЭ, лейкоцитоз. При осмотре: острота правого глаза 0,3 не корр., левого – счет пальцев у лица. OUT: краевые помутнения роговицы на 3 и 9 часах, старые и свежие роговичные преципитаты, задние синехии (круговая на левом глазу), в стекловидном теле экссудат, детали глазного дна не видны, ВГД в норме.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Какие осложнения со стороны органа зрения имеют место при болезни Стилла?
- 4) Какие принципы терапии увеита в данном случае?

При каких синдромах еще наблюдается лентовидная дегенерация роговой оболочки?

25. В поликлинику по месту жительства обратилась пациентка 35 лет с жалобами на обесцвечивание радужной оболочки на правом глазу, снижение остроты зрения правого глаза. Вышеуказанные жалобы появились около 7 месяцев назад, пациентка к врачу не обращалась. Хронические системные заболевания отрицает. Считает себя полностью здоровым человеком. При осмотре: острота правого глаза 0,4 не корр., левого глаза- 1,0. ОД: зрачковая зона радужки бледная, строма разволокнена, просвечивают сосуды радужки, деструкция пигментной каймы зрачка, зрачок 4 мм, на эндотелии роговицы – мелкие преципитаты с пушистыми краями, чувствительность роговицы снижена, гониоскопически – угол передней камеры открыт, широкий, гипопигментация трабекулы и полосы цилиарного тела по сравнению с парным глазом, хрусталик – заднеполярная катаракта, в стекловидном теле – выраженная нитчатая и зернистая деструкция, ВГД по Маклакову 20 мм рт.ст. OS: радужка серо-голубая, нормальной толщины и рисунка, роговица прозрачная, зрачок 3 мм, хрусталик прозрачный, легкая деструкция стекловидного тела, ВГД по Маклакову 19 мм. рт.ст.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Какие осложнения чаще всего развиваются при синдроме Фукса со стороны органа зрения?
- 4) Является ли синдром Фукса увеитом?
Какие общие признаки всех увеопатий?

26. Во время вашего ночного дежурства у медсестры приемного отделения, 55 лет, внезапно развилась резкая боль в левом глазу, иррадирующая в левую половину головы, зубы, ухо. Имела место рвота, пульс замедлен, АД 180/100 мм ртутного столба. Со слов больной, в последнее время отмечались периодические приступы затуманивания зрения, радужные круги при взгляде на источник света, чувство тяжести и явления слезотечения обоих глаз. При внешнем осмотре выявилось

умеренное сужение левой глазной щели, покраснение левого глазного яблока, мутная роговица и расширенный зрачок слева, который почти не реагирует на свет. Большая различает этим глазом лишь предметы у лица. Пальпаторно левый глаз более плотный по сравнению с правым глазом.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Какие экстренные мероприятия необходимы в данном случае?

С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?

27. Больная К., 47 лет, обратилась к Вам, дежурному терапевту районной поликлиники с жалобами на интенсивные ломящие боли в обоих глазах, иррадиирующие в лобную область, затылок, однократно была рвота, не принеся облегчения. Со слов больной имеет низкое зрение с детских лет, пользуется «плюсовыми» очками для дали и для чтения. В дни, предшествующие ухудшению состояния, отмечала снижение остроты зрения даже при использовании очков, а также появление радужных кругов при взгляде на источник света. При осмотре: умеренная застойная инъекция обоих глазных яблок, роговицы непрозрачные, передняя камера обоих глаз мелкая, зрачки расширены, на свет не реагируют. При пальпации глазные яблоки «каменной» плотности.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Какой объем первой врачебной помощи необходимо выполнить в данном случае?
- 3) Какая группа препаратов имеет наибольшее значение в медикаментозном лечении данной патологии и почему?
- 4) Определите тактику дальнейшего ведения пациента.

Какие еще заболевания глаза могут сопровождаться развитием вторичной закрытоугольной глаукомы?

28. Пациентка 58 лет обратилась к офтальмологу районной поликлиники с жалобами на снижение зрения обоих глаз в течение последнего года. Стала замечать, что трудно читать в пресбиопических очках. Болевых ощущений в глазных яблоках не отмечает. Страдает артериальной гипертензией II стадии. При осмотре обнаружено: острота зрения правого глаза 0,3 не корригирует, левого глаза – 0,2 не корригирует. Биомикроскопически: глазные яблоки спокойные, небольшое расширение эписклеральных вен у входа в эмиссарий (симптом «кобры»), роговица прозрачная, зрачок средней ширины с деструкцией пигментной каймы, реакция на свет сохранена, факосклероз, на глазном дне – ДЗН деколорирован (больше слева), физиологическая экскавация расширена и с нижнем секторе доходит до края диска, а:в=1:2. При кинетической периметрии обнаружено сужение полей зрения обоих глаз с носовой стороны до 15 градусов. При измерении внутриглазного давления по Маклакову обнаружено: ВГД OD=26 мм рт. ст., ВГД OS=28 мм рт. ст.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Укажите стадию данного глаукоматозного процесса и степень повышения внутриглазного давления.
- 4) Какие дополнительные диагностические методы необходимы для подтверждения диагноза глаукомы?

Какую тактику ведения данной пациентки Вы выберете?

29. Пациент 70 лет обратился в офтальмологическую клинику с жалобами на слепоту правого глаза, боли в правом глазу. По данным амбулаторной карты, 10 лет назад был установлен диагноз первичной открытоугольной II «В» глаукомы правого глаза, I «А» глаукомы левого глаза. Пациенту были назначены гипотензивные препараты (тимолол, ксалатан), которые он капал нерегулярно. 2 года назад правый глаз ослеп. При осмотре правого глаза обнаружена застойная инъекция глазного

яблока, роговица отечная, буллезно изменена в центре, хрусталик мутный частично С2, рефлекс с глазного дна ослаблен, детали глазного дна не видны, ВГД правого глаза=36 мм рт.ст., острота зрения ОД=0. При осмотре левого глаза: острота зрения=0,3 н/к, глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, помутнение хрусталика С1, розовый рефлекс с глазного дна, на глазном дне – ДЗН сероватый, локальная краевая экскавация, ВГД=20 мм рт.ст., при периметрии – скотома Бьеррума, сужение периферических границ на 12 градусов с носовой стороны.

- 1) Сформулируйте полный клинический диагноз на момент исследования.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Определите тактику ведения данного пациента.
- 4) В чем заключается смысл проведения диодной транссклеральной циклокоагуляции правого глаза у данного пациента?

Какие побочные эффекты применения аналогов простагландинов F2-α Вы знаете?

30. Пациентка 64 лет, страдающая гипертонической болезнью около 10 лет, сахарным диабетом 2 типа в течение 3 лет, стала жаловаться на снижение зрения правого глаза, появление мушек перед правым глазом. Объективно: острота зрения правого глаза 0,5 не корр; глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, зрачок средней ширины, реакция на свет сохранена, в хрусталике – вакуолизация и частичные помутнения в экваториальных отделах коры хрусталика, рефлекс с глазного дна розовый, на глазном дне – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, артерии несколько сужены, вены расширены, извиты, а:в=1:2, ВГД в норме.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз
- 3) Какие виды катаракты называются осложненными?
- 4) Какие принципы терапии катаракты на данной стадии?

Какая форма катаракты называется вторичной и какие методы ее лечения?

31. К Вам, дежурному терапевту ЦРБ, обратилась пациентка В., 78 лет, с жалобами на резко развившуюся слепоту левого глаза, ощущение тумана и плавающих теней и мушек перед правым глазом. Больная страдает сахарным диабетом II типа на протяжении 25 лет, находится на заместительной инсулинотерапии последние 15 лет. Из сопутствующей патологии – гипертоническая болезнь 3ст, риск 4. При осмотре: глазные яблоки спокойны, роговица - гладкая, блестящая, рефлекс с глазного дна правого глаза ослаблен, рефлекс с глазного дна левого глаза отсутствует. Пациентка 2 недели назад проходила осмотр офтальмодиабетолога, которым был выставлен диагноз: Диабетическая пролиферативная ретинопатия обоих глаз. Осложненная незрелая катаракта обоих глаз. В плане лечения была рекомендована лазеркоагуляция сетчатки.

- 1) Что, по Вашему мнению, послужило причиной внезапной слепоты в данном случае?
- 2) Перечислите стадии диабетической ретинопатии (ДР) по классификации ВОЗ.
- 3) Назовите средства медикаментозной терапии, используемые при данной патологии.
- 4) Определите алгоритм офтальмологического ведения пациентов с сахарным диабетом.

Какие ещё заболевания глаза сопровождаются внезапным и значительным снижением зрительных функций?

32. Больная Ю., 28 лет, находится в отделении патологии беременных, полторы недели назад были естественные срочные роды. В анамнезе миопия обоих глаз, носила очки с десяти лет. При плановом обследовании на поздних сроках беременности офтальмологом был выставлен диагноз: Миопия средней степени обоих глаз, периферическая хориоретинальная дистрофия по типу «булыжной мостовой». К вам, дежурному врачу обратилась с жалобами на внезапное снижение зрения и ощущение колышущейся пелены с назальной стороны правого глаза.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте Ваш диагноз.
- 3) Какие неотложные мероприятия должны быть выполнены до осмотра узким специалистом?
- 4) Определите тактику дальнейшего ведения больной.

Назовите основные факторы риска, приводящие к развитию данного заболевания.

33. В поликлинику по месту жительства обратилась женщина 76 лет с жалобами на внезапную безболезненную потерю остроты зрения правого глаза. Страдает атеросклерозом и гипертонической болезнью II стадии около 20 лет, принимает гипотензивные препараты. Острота зрения правого глаза равна 0,001 н/к. OD: глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, начальное помутнение коры хрусталика C1-C2, на глазном дне при исследовании с широким зрачком определяется ишемический отек сетчатки, фовеальная зона ярко-красная, легкая ступенчатость границ ДЗН, артерии резко сужены, кровоток сегментарный, ВГД в норме.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Какие осложнения со стороны органа зрения имеют место при данном заболевании?
- 4) Какие принципы экстренной терапии заболевания?

Каковы возможные механизмы окклюзии центральной артерии сетчатки?

34. В дежурному офтальмологу приемного покоя обратилась женщина 73 лет, у которой на фоне резкого повышения артериального давления до 200/110 мм рт. ослеп правый глаз. Артериальное давление было снижено медикаментозно до 150/90 мм рт.ст., однако зрение не восстановилось. Гипертонической болезнью страдает около 30 лет, лекарства принимает, рабочее артериальное давление 150/80 мм рт.ст. Сахарным диабетом не страдает. Объективно при осмотре обнаружено: острота зрения правого глаза счет пальцев у лица, левого глаза 0,8 н/к. OD: глазное яблоко спокойное, начальное помутнение ядра хрусталика, на глазном дне – ДЗН отечен, гиперемирован, сливается с окружающей сетчаткой, вены темные, расширены, извиты, артерии сужены, а:в=1:3, масса интравитреальных кровоизлияний, покрывающих все глазное дно, очаги экссудации, макулярный отек, ВГД в норме. OS: глазное яблоко спокойное, начальные помутнения ядра хрусталика, на глазном дне – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, а:в=1:3, Salus I-II, ВГД в норме.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Какие типы нарушения венозного кровообращения выделяют при тромбозе центральной вены сетчатки?
- 4) Какой из них вероятнее всего имеет место в данной ситуации?
- 5) Какие принципы экстренной терапии заболевания?

Какие осложнения со стороны органа зрения имеют место при данном заболевании?

35. Пациентка 60 лет, страдающая гипертонической болезнью II стадии около 34 лет, обратилась к офтальмологу по месту жительства с жалобами на появление черных плавающих помутнений перед правым глазом, которые появились остро после гипертонического криза. Сахарный диабет, травмы органа зрения отрицает. Объективно: острота зрения правого глаза 0,1 не корр; глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, зрачок средней ширины, реакция на свет сохранена, в хрусталике – вакуолизация коры, в стекловидном теле – плавающие сгустки крови, глазное дно под флером, детали просмотретель не удается, ВГД в норме.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Какие возможные причины кровоизлияния в стекловидное тело?

4) Какие принципы экстренной терапии заболевания?

Какие осложнения со стороны органа зрения имеют место при данном заболевании?

36. К Вам на прием привели 18-летнюю девушку, которая жалуется на внезапное снижение остроты зрения правого глаза. Со слов пациентки, 2 недели назад перенесла правосторонний гнойный гайморит. При осмотре выявлено снижение зрения правого глаза до 0.05 н/к, сужение периферических границ поля зрения, зрение левого глаза в норме. Офтальмоскопическая картина правого глаза: диск зрительного нерва гиперемирован, границы сливаются с окружающей сетчаткой, вены несколько расширены, экссудативные очаги и мелкие кровоизлияния в перипапиллярной зоне сетчатки. Глазное дно левого глаза без патологических изменений.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) С какой патологией необходимо проводить дифференциальную диагностику?
- 3) Перечислите основные причины развития данной патологии.
- 4) Какие основные и дополнительные методы диагностики применяются при данном заболевании?

5) Определите тактику лечения.

37. Молодой мужчина 35 лет обратился к Вам, участковому терапевту, с жалобами на головную боль, шаткость походки, повторную рвоту. Подобные состояния отмечал и ранее, связывал их с употреблением крепкого алкоголя. Со слов больного последний раз выпивал в компании друзей 2 дня назад. В настоящее время симптомы сопровождаются снижением зрения. При осмотре больной считает пальцы только с расстояния 2 метра.

- 1) Какова острота зрения этого пациента?
- 2) Как её можно рассчитать?
- 3) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 4) Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
- 5) Какие изменения органа зрения могут быть выявлены при дальнейшем обследовании пациента?
- 6) Какие возможные исходы и прогноз данного заболевания?

38. Пациент 65 лет утром после сна почувствовал резкую потерю зрения левого глаза. Накануне вечером посещал сауну. Пациент страдает гипертонической болезнью около 20 лет, принимает гипотензивные препараты. Объективно: острота зрения левого глаза 0,05 н/к, глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, зрачок средней ширины, факосклероз, на глазном дне – ДЗН отечен, бледный, границы его размыты, на поверхности диска – полосчатые кровоизлияния, единичные ватные очаги ишемии нервных волокон, в макулярной области – отложения твердого экссудата в виде «фигуры звезды». В поле зрения – секторальные половинные зияния.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Какие причины наиболее часто вызывают данное заболевание?
- 4) Каков прогноз острой передней ишемической оптиконейропатии?

Какая первая помощь при данном состоянии?

39. У пациента 65 лет утром после сна кратковременно на несколько секунд исчезало предметное зрение на правом глазу, после чего исчезло совсем. В момент приступа – артериальное давление 100/65 мм рт.ст. (рабочее давление – 145/80 мм рт.ст.). Страдает гипертонической болезнью более 15 лет, препараты принимает нерегулярно. При осмотре: VIS OD=0,01 н/к, VIS OS=0,8 не корр. ОД: глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, начальные помутнения хрусталика, на глазном дне – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, артерии сужены, а:в=1,3, Salus II, MZ- без патологии. Периметрия ОД: секторальное выпадение в нижне-носовом отделе.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

- 2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- 3) Каков патогенез задней ишемической оптиконейропатии?
- 4) Какой зрительный прогноз при данном заболевании?

Какая первая помощь при данном состоянии?

40. К Вам, дежурному врачу офтальмологического стационара, обратилась пациентка 35 лет с жалобами на нарастающие боли в правой орбите, резкое снижение зрения правого глаза, головную боль, слабость, повышение температуры тела до 38,3 °С. Вышеуказанные жалобы появились на фоне обострения хронического правостороннего синусита, развившегося после сильного переохлаждения 2 дня назад. При осмотре - выраженный плотный отек и гиперемия век справа, экзофтальм 3 мм, отсутствие подвижности глазного яблока, хемоз конъюнктивы с ущемлением ее между краями век, раскрыть глазную щель справа не представляется возможным.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
- 3) Какие лечебные мероприятия необходимы в данном случае?
- 4) Какие осложнения со стороны органа зрения возможны при данном заболевании?

Какие критические осложнения возможны при данном заболевании?

42. Тридцатидвухлетний мужчина обратился с жалобами на двоение, слезотечение, резкий отек и гиперемию верхнего века левого глаза. Отмечает также повышение температуры тела, слабость. Со слов больного, неделю назад переболел гриппом. При осмотре верхнее веко левого глаза резко отечно, гиперемировано, болезненно при пальпации, край века S-образно искривлен. Глазное яблоко ограничено в подвижности. Зрение не снижено.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Перечислите причины развития данного заболевания.
- 3) Какие меры включает первая врачебная помощь?
- 4) С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Какие осложнения возможны при данном заболевании?

43. У ребенка 10 лет после детского праздника внезапно появился зуд и отек век правого глаза, быстро распространившийся на область щеки и угол рта, слабость, повышение температуры до 37,2 °С. При осмотре: кожа век отечная, бледная с синеватым оттенком, мягкая на ощупь, болезненность при пальпации и спонтанные боли отсутствуют, глазное яблоко спокойное, оптические среды прозрачные, внутриглазное давление в норме.

- 5) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 6) С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
- 7) Какую экстренную помощь следует оказать в данном случае? В каких возрастных группах чаще наблюдается ангионевротический отек?

Какие осложнения со стороны органа зрения могут развиваться при распространении отека?

44. К вам, врачу медицинского пункта на предприятии, обратился рабочий, которому при работе со шлифовальной насадкой угловой шлифовальной машины в левый глаз что-то попало. При осмотре – зрение снижено незначительно, гиперемия глазного яблока, форма его сохранена, блефароспазм, слезотечение, на периферии роговицы левого глаза видна ранка с выпавшими темными массами.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Обоснуйте диагноз.
- 3) Какие мероприятия первой помощи должны быть оказаны?
- 4) С какой целью накладывают биную повязку при прободном ранении одного глаза?

Какое исследование необходимо назначить пациенту при обследовании в стационаре для уточнения локализации инородного тела?

45. В приемный покой больницы обратился молодой человек с жалобами на резкую светобоязнь, слезотечение, снижение зрения обоих глаз. Со слов пациента несколько минут назад проходившие мимо двое подростков что-то брызнули ему в лицо. При осмотре обнаружена гиперемия слизистой оболочки глаз, поверхностное нежное помутнение роговицы правого глаза, в оптической части роговицы левого глаза небольшая эрозия.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Оцените тяжесть поражения.
- 3) От каких факторов будет зависеть тяжесть поражения глаз?
- 4) Какие меры неотложной помощи должны быть оказаны в данном случае?

Какой прогноз восстановления функций зрения у Вашего пациента?

46. В приемный покой районной больницы доставили ребенка десяти лет со свежими ожогами кожи лица и глаз пламенем вспыхнувшего бензина. Ресницы и брови обгорели, кожа лица гиперемирована, с отдельными пузырями и некротическими участками на щеках и веках. При осмотре глазных яблок выявлены: отек конъюнктивы, поверхностные пленки на конъюнктиве, помутнение роговицы с нарушением целостности эпителия.

- 1) Определите тяжесть поражения.
- 2) Какие мероприятия первой врачебной помощи должны быть оказаны?
- 3) С помощью какого медикамента можно диагностировать наличие повреждений эпителия роговицы?
- 4) Назовите стадии ожоговой болезни глаз.
- 5) От чего зависят исходы ожогов глаз?

47. Рабочий машиностроительного завода 2 недели назад перенес проникающее ранение левого глаза. Период стационарного лечения протекал неблагоприятно: в травмированном глазу наблюдалась стойкая гипотония. На данный момент больной предъявляет жалобы на выраженное снижение зрения правого глаза, слезотечение, светобоязнь последнего. Объективно: умеренная смешанная инъекция правого глазного яблока, влага передней камеры опалесцирует, на роговичном эндотелии — преципитаты в нижних отделах, зрачок сужен. Глазное дно правого глаза: ДЗН гиперемирован, границы его нечеткие, имеется перипапиллярный отек. Пальпаторно определяется гипотония глазного яблока.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Какие лечебные мероприятия могут быть рекомендованы?
- 3) Какие профилактические мероприятия могли бы предупредить развитие данного осложнения?
- 4) Назовите заболевания глаз, при которых возможно развитие данного осложнения.

Назовите другие возможные осложнения прободных ранений глазного яблока.

48. В пункт амбулаторной помощи обратился пациент Н., 34 лет, который, занимаясь ремонтом на собственной даче, ударился о край металлической лестницы областью правой орбиты. При осмотре выявлено отсутствие зрения правого глаза, гематома век, разрыв зрачкового края радужки, гифема 2 мм, гемофтальм.

- 1) Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2) Какие меры первой помощи должны быть оказаны?
- 3) Оцените степень повреждения глаза. Обоснуйте.
- 4) Какие диагностические мероприятия должны быть проведены в офтальмологическом стационаре?
- 5) Какие факторы влияют на прогноз заболевания?

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тестовые задания, вопросы для собеседования и реферат.

5.1.1 Перечень тестовых заданий:

Тестовые задания	Код компетенции, (согласно РПД)
Раздел 1. Анатомия и физиология органа зрения, методы исследования в офтальмологии Раздел 2. Патология придаточного аппарата глаза Раздел 3. Патология роговицы и сосудистой оболочки глаза Раздел 4. Патология хрусталика, глаукома	
1. САМОЙ ТОНКОЙ СТЕНКОЙ ОРБИТЫ ЯВЛЯЕТСЯ внутренняя наружная верхняя нижняя задняя 2. ВЕРХНЯЯ ГЛАЗНИЧНАЯ ЩЕЛЬ СОЕДИНЯЕТ ГЛАЗНИЦУ С средней черепной ямкой задней черепной ямкой передней черепной ямкой с дном третьего желудочка решетчатым лабиринтом 3. СЛЕЗОТВОДЯЩИЙ АППАРАТ ГЛАЗА НЕ ВКЛЮЧАЕТ слезную железу слезное озеро слезные точки носослезный проток слезное мясо 4. БОУМЕНОВА МЕМБРАНА РАСПОЛОЖЕНА МЕЖДУ эписклерой и собственным веществом склеры стромой и эндотелием роговицы стромой и десцеметовой мембраной эпителием роговицы и стромой за эндотелием 5. ВНУТРЕННИМ СЛОЕМ СКЛЕРЫ ЯВЛЯЕТСЯ бурая пластинка строма эпителий эписклера надсклеральная пластинка 6. БОЛЬШОЙ АРТЕРИАЛЬНЫЙ КРУГ РАДУЖКИ РАСПОЛОЖЕН в строме у края зрачка в мышцах радужки у корня радужки в пигментном эпителии 7. НАРУЖНОЙ ПОРЦИЕЙ ЦИЛИАРНОЙ МЫШЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ продольная радиальная	УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7.

<p>циркулярная наружная пограничная сетчатая</p> <p>8. ПУТЬ ОТТОКА ВНУТРИГЛАЗНОЙ ЖИДКОСТИ ЧЕРЕЗ НАРУЖНУЮ СТЕНКУ УГЛА ПЕРЕДНЕЙ КАМЕРЫ НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>задним передним боковым увеасклеральным угловым</p> <p>9. ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ЦЕНТРОМ СЕТЧАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>центральная ямка диск зрительного нерва зубчатая линия юкстапапиллярная зона слепое пятно</p> <p>10. СВЯЗЬ ХРУСТАЛИКА СО СТЕКЛОВИДНЫМ ТЕЛОМ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ</p> <p>связкой Вигера тарзоорбитальной фасцией Цинновой связкой зубчатой линией Клокетовым каналом</p> <p>11. ОСНОВНЫМ ПРЕЛОМЛЯЮЩИМ ЭЛЕМЕНТОМ ОПТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ГЛАЗА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>роговица радужка сетчатка стекловидное тело цилиарное тело</p> <p>12. ОПТИЧЕСКОЙ ОСЬЮ НАЗЫВАЮТ ЛИНИЮ, СОЕДИНЯЮЩУЮ</p> <p>узловую точку с центром роговицы и задним полюсом глаза узловую точку с центром роговицы главные фокусы оптической системы глаза узловую точку с центральной ямкой желтого пятна центр роговицы и фовеолу</p> <p>13. СКРЫТОЙ ГИПЕРМЕТРОПИЕЙ НАЗЫВАЮТ ЧАСТЬ АМЕТРОПИИ,</p> <p>полностью компенсированную аккомодацией частично компенсированную аккомодацией определяемую с помощью оптических стекол определяемую в пресбиопическом возрасте имеющую специфическую симптоматику</p> <p>14. СИЛА ОЧКОВ ДЛЯ ЧТЕНИЯ ПРИ МИОПИИ В 2 ДИОПТРИИ В ВОЗРАСТЕ 60 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ Д</p> <p>+1,0 +3,0 0,0 -2,0 -1,5</p> <p>15. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРМЕТРОПИИ ВЫШЕ 6 ДИОПТРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p>	
---	--

<p>интраокулярная коррекция лазерная коррекция очковая коррекция контактная коррекция склеральная хирургия</p> <p>16. ОДНИМ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ МИОПИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>отслойка сетчатки закрытоугольная глаукома аккомодативная астигматизация иридоциклит косоглазие</p> <p>17. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТОЧКА ЯСНОГО ЗРЕНИЯ ПРИ МИОПИИ СТЕПЕНЬЮ 2,0 D РАСПОЛОЖЕНА НА РАССТОЯНИИ _____ ОТ ГЛАЗА</p> <p>50 см 2 м 100 см 20 см 150 см</p> <p>18. В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЛОЖНОЙ И ИСТИННОЙ МИОПИИ ПОМОГАЮТ</p> <p>отрицательные очковые линзы м-холиоблокаторы М-холиномиметики В-адреноблокаторы миотики</p> <p>19. ТИП АСТИГМАТИЗМА, ПРИ КОТОРОМ НАИБОЛЕЕ СИЛЬНАЯ РЕФРАКЦИЯ НАХОДИТСЯ В ВЕРТИКАЛЬНОМ МЕРИДИАНЕ, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>сложным простым прямым обратным с косыми осями</p> <p>20. БИОПТИЧЕСКИЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ АМЕТРОПИЙ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КОМБИНАЦИЮ</p> <p>контактной и лазерной коррекции хирургического удаления хрусталика с насечками на роговице эксимерлазерной и интраокулярной коррекции контактной и интраокулярной коррекции очковой коррекции и лазерной</p> <p>21. СКИАСКОПИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ</p> <p>рефракции глаза аккомодации глаза внутриглазного давления степени протрузии глазного яблока из орбиты полей зрения</p> <p>22. ИСТИННОЕ ВНУТРИГЛАЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ</p> <p>пневмотонометрии тонометрии по Маклакову</p>	
--	--

<p>тонометрии по Боумену офтальмодинамометрии эластотониметрии</p> <p>23. АНОМАЛЬНОЕ ВОСПРИЯТИЕ СИНЕГО ЦВЕТА НАЗЫВАЕТСЯ трианомалией дейтераномалией трианопией протаномалией протанопией</p> <p>24. МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНУЮ ТОМОГРАФИЮ ОРБИТЫ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ мягкотканых поражений орбиты, внутричерепных структур и зрительного нерва мягкотканых поражений орбиты, патологии зрительного нерва любых поражений орбиты, патологии зрительного нерва, сочетанной патологии орбиты и внутричерепных структур мягкотканых поражений орбиты, сочетанной патологии орбиты и внутричерепных структур патологии костной орбиты</p> <p>25. ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОТОБРАЖАТЬ СТРУКТУРУ биологических тканей организма в поперечном срезе с высоким уровнем разрешения биологических тканей организма на клеточном уровне с высоким уровнем разрешения биологических тканей организма в поперечном срезе с низким уровнем разрешения костных тканей организма в поперечном срезе с высоким уровнем разрешения костных тканей организма в поперечном срезе с низким уровнем разрешения</p> <p>26. В ТАБЛИЦЕ ГОЛОВИНА-СИВЦЕВА ОПТОТИП ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОД УГЛОМ ЗРЕНИЯ 1 минута 1 градус 5 градусов 2 минуты 5 минут</p> <p>27. ТЕМНОВАЯ АДАПТАЦИЯ НАРУШЕНА У БОЛЬНЫХ С абиотрофией сетчатки миопией высокой степени возрастной макулярной дегенерацией дисбинокулярной амблиопией катарактой</p> <p>28. ГОМОНИМНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ зрительного пути выше хиазмы интракраниальной части зрительного нерва сетчатки и зрительного нерва глаукомной атрофии хиазмы</p> <p>29. У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ИСТИННОЕ ВНУТРИГЛАЗНОЕ</p>	
--	--

<p>ДАВЛЕНИЕ В НОРМЕ ИМЕЕТ РЕФЕРЕНТНЫЙ ИНТЕРВАЛ _____ММ РТУТНОГО СТОЛБА</p> <p>9-22 16-26 10-13 15-29 16-20</p> <p>30. НОРМАЛЬНАЯ СТЕПЕНЬ ПРОТРУЗИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ИЗ ОРБИТЫ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ _____ММ</p> <p>16-26 13-17 10-13 9-22 20-23</p> <p>31. К ПРИЗНАКАМ СОДРУЖЕСТВЕННОГО КОСОГЛАЗИЯ ОТНОСИТСЯ</p> <p>кривошея неравенство первичного и вторичного углов отклонения ограничение подвижности косящего глаза наличие диплопии отсутствие двоения</p> <p>32. ПРИ ТРИХИАЗЕ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ</p> <p>диатермокоагуляцию ресниц криопексию края века лазеркоагуляцию ресниц местную антибактериальную терапию кератопластику</p> <p>33. ГИДРОПС СЛЕЗНОГО МЕШКА ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ ОБЛИТЕРАЦИИ</p> <p>слезных точек общего слезного канальца носослезного протока и слезных канальцев носослезного протока и канала слезных точек и слезных канальцев</p> <p>34. ВТОРИЧНЫЙ СИНДРОМ ШЕГРЕНА ВОЗНИКАЕТ НА ФОНЕ</p> <p>системной аутоиммунной патологии черепно-мозговой травмы хронического дакриoadенита острого дакриoadенита опухоли слезной железы</p> <p>35. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЯЗВЕННОГО БЛЕФАРИТА ОТНОСЯТ</p> <p>кератит удвоение ресниц острый иридоциклит хронический дакриоцистит трихиаз, мадароз</p> <p>36. ДИПЛОБАЦИЛЛЯРНЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>подострым острым хроническим односторонним первично хроническим</p>	
--	--

<p>37. НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ГОНОБЛЕННОРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ язва роговицы острый передний увеит абсцесс века тромбоз кавернозного синуса отслойка сетчатки</p> <p>38. ПТЕРИГИУМОМ НАЗЫВАЮТ дегенеративное перерождение роговицы помутнение роговицы заболевание конъюнктивы инфекционной этиологии рубцевание конъюнктивы с переходом на роговую оболочку дистрофическое заболевание конъюнктивы</p> <p>39. ПРИ ЛАГОФТАЛЬМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ сухой кератоконъюнктивит васкуляризация роговицы экзофтальм со смещением повышение внутриглазного давления атрофия глазного яблока</p> <p>40. СЛОЙ СЛЕЗНОЙ ПЛЕНКИ, КОНТАКТИРУЮЩИЙ С РОГОВИЧНЫМ ЭПИТЕЛИЕМ, НАЗЫВАЕТСЯ липидным муциновым водянистым роговичным гликозаминогликановым</p> <p>41. К ВОЗБУДИТЕЛЯМ КОЛЬЦЕВИДНОГО КЕРАТИТА ОТНОСЯТ вирус Эпштейна-Бара акантамебу, аспергиллы палочку Моракса-Аксенфельда вирус простого герпеса золотистый стафилококк</p> <p>42. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ КЕРАТИТОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХСЯ РАЗВИТИЕМ ИНФИЛЬТРАТОВ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ, ЯВЛЯЮТСЯ стафилококки аденовирусы хламидии цитомегаловирусы герпес вирусы</p> <p>43. К ХАРАКТЕРНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПОРАЖЕНИЯ РОГОВИЦЫ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКОЙ ОТНОСЯТ наличие четко отграниченных изъязвлений резкое снижение чувствительности роговой оболочки в зоне поражения инфильтрат кольцевидной формы с неровными краями экссудат, плотно связанный с дном язвы инфильтрат в виде веточки дерева</p> <p>44. ОСЛОЖНЕНИЯМ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ ОТНОСЯТ РАЗВИТИЕ эндофтальмита задних синехий отслойки сетчатой оболочки вторичной неоваскулярной глаукомы</p>	
---	--

<p>флебогипертензивной глаукомы</p> <p>45. К СТРОМАЛЬНЫМ ДИСТРОФИЯМ РОГОВИЦЫ ОТНОСЯТ Фукса решетчатую Тиель-Бенке Рейса-Бюклерса Франческетти</p> <p>46. К ГЛАЗНЫМ СТРУКТУРАМ, СОДЕРЖАЩИМ УВЕИТОГЕННЫЕ АНТИГЕНЫ, ОТНОСЯТ хрусталик, сетчатку роговицу, стекловидное тело структуры сосудистой оболочки глаза стекловидное тело, сетчатку радужку, роговицу</p> <p>47. ОТЛОЖЕНИЯ НА РОГОВИЦЕ, НАПОМИНАЮЩИЕ КОМОЧКИ ПЕПЛА, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ острого иридоциклита синдрома пигментной дисперсии острого иридоциклита эссенциальной мезодермальной дистрофии радужки псевдоэксфолиативного синдрома</p> <p>48. HLA-27 АССОЦИИРОВАННЫЙ УВЕИТ СОЧЕТАЕТСЯ С анкилозирующим спондилитом неспецифическим язвенным колитом синдромом Рейтера болезнью Бехчета саркоидозом</p> <p>49. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ПЕРЕДНЕГО УВЕИТА ЯВЛЯЕТСЯ первичная глаукома отслойка сетчатки оптический неврит кровоизлияние в стекловидное тело вторичная глаукома</p> <p>50. СИСТЕМНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ УВЕИТОВ ПОКАЗАНО ПРИ аутоиммунной этиологии при всех формах увеита при заднем увеите периферической локализации при токсико-аллергическом переднем увеите при вирусном переднем увеите</p> <p>51. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ НАБУХАЮЩЕЙ КАТАРАКТЕ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ антиглаукоматозное вмешательство немедленное удаление хрусталика медикаментозное снижение офтальмотонуса выполнение периферической лазерной иридэктомии плановое удаление мутного хрусталика</p> <p>52. ПРИ ПОДВЫВИХЕ ХРУСТАЛИКА III СТЕПЕНИ В УСЛОВИЯХ МИДРИАЗА КРАЙ ХРУСТАЛИКА заходит за оптическую ось не заходит за оптическую ось не виден</p>	
---	--

<p>располагается в передней камере проминирует в стекловидное тело</p> <p>53. ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАНИЙ К ИНТРАКАПСУЛЯРНОМУ МЕТОДУ ЭКСТРАКЦИИ КАТАРАКТЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>иридодиализ зрелая стадия катаракты наличие плотности заднего эпителия роговицы ниже 1800 клеток на кв. мм</p> <p>помутнение стекловидного тела иридофакодонез</p> <p>54. YAG- ЛАЗЕРЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ ДЛЯ</p> <p>дисцизии вторичных катаракт коррекции аномалий рефракции коагуляции сетчатки при диабете и дистрофиях инкапсуляции инородных тел коррекции аметропий</p> <p>55. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАЧАЛЬНОЙ КАТАРАКТЫ ПРЕСЛЕДУЕТ СВОЕЙ ЦЕЛЬЮ</p> <p>ускорить созревание катаракты ликвидировать имеющиеся помутнения хрусталика замедлить прогрессирование процесса подготовить пациента к последующей хирургии катаракты обеспечить отсутствие в будущем показаний для хирургического метода лечения</p> <p>56. КАТАРАКТА НАЗЫВАЕТСЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА</p> <p>халязиона хронического блефароконъюнктивита набухания мутного хрусталика сложного гиперметропического астигматизма увеопатии</p> <p>57. НАБУХАНИЕ ХРУСТАЛИКА ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ _____ СТАДИИ КАТАРАКТЫ</p> <p>зрелой незрелой начальной морганиевой развитой</p> <p>58. МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ВРОЖДЕННОЙ КАТАРАКТЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>зонулярная ядерная корковая задняя субкапсулярная по типу «подсолнечника»</p> <p>59. НЕПРАВИЛЬНАЯ ПРОЕКЦИЯ СВЕТА У БОЛЬНОГО КАТАРАКТОЙ УКАЗЫВАЕТ НА</p> <p>зрелую стадию катаракты незрелую стадию катаракты помутнение других оптических сред патологию зрительного нерва перезрелую стадию катаракты</p>	
---	--

<p>60. ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> гиперметропическая рефракция эндокринные нарушения системные нарушения гемодинамики наследственная предрасположенность офтальмогипертензия <p>61. К ИЗМЕНЕНИЯМ ПОЛЯ ЗРЕНИЯ ПРИ РАЗВИТОЙ СТАДИИ ГЛАУКОМЫ ОТНОСЯТ</p> <ul style="list-style-type: none"> гемианопсию расширение слепого пятна и появление парацентральных скотом дугообразную скотому Бьеррума концентрическое сужение полей зрения сужение полей зрения с носовой стороны менее, чем на 10 градусов <p>62. ГЛАУКОМАТОЗНАЯ ЭКСКАВАЦИЯ ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ _____ УГЛУБЛЕНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> краевым характером цветом глубиной величиной формой <p>63. ПАТОГЕНЕЗ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ ПРЕДСТАВЛЕН</p> <ul style="list-style-type: none"> функциональным зрачковым блоком органической блокадой венозного синуса склеры постепенным закрытием угла передней камеры гониосинехиями витреохрусталиковым блоком функциональной блокадой шлеммова канала <p>64. В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ ПОЛЕ ЗРЕНИЯ СУЖЕНО ДО ____ ГРАДУСОВ</p> <ul style="list-style-type: none"> 20 10 30 15 40 <p>65. К ФОРМАМ ВТОРИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ ОТНОСЯТ</p> <ul style="list-style-type: none"> неоваскулярную простую со зрачковым блоком с витреохрусталиковым блоком пигментную <p>66. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ПРИСТУПА ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ ОТНОСЯТ</p> <ul style="list-style-type: none"> лентовидную дегенерацию роговицы развитие помутнения хрусталика формирование гониосинехий образование задних синехий формирование буллезной кератопатии <p>67. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА В КУПИРОВАНИИ ОСТРОГО ПРИСТУПА ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p>	
---	--

<p>пилокарпин атропина сульфат бринзоламида гидрохлорид тимолола малеат травопрост 68. РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПРИСТУПА ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ вitreктомия синустрабекулэктомия циклодеструкция консервативная терапия иридэктомия</p>	
<p>Раздел 5. Патология сетчатки, стекловидного тела Раздел 6. Патология зрительного нерва Раздел 7. Патология орбиты Раздел 8. Травмы органа зрения</p>	
<p>1. РЕТИНАЛЬНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ ВОЗНИКАЮТ между сетчаткой и хориоидеей при разрывах крупных ретинальных сосудов между слоем нервных волокон и внутренней пограничной пластинкой между пигментным эпителием и нейроэпителием при поражении сосудов крупного и среднего калибра 2. СИМПТОМ САЛЮСА-ГУННА НАБЛЮДАЮТ ПРИ диабетической ретинопатии диабетической ангиопатии гипертонической ангиопатии гипертоническом ангиосклерозе ретинопатии на фоне болезней крови 3. К ФОРМАМ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ ОТНОСИТСЯ допролиферативная пролиферативная непролиферативная препролиферативная атрофическая (сухая) 4. К ФОРМАМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ РЕТИНАЛЬНЫХ ДЕГЕНЕРАЦИЙ, ПРИ КОТОРЫХ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ОТСЛОЙКА СЕТЧАТКИ, ОТНОСЯТ решетчатую кистозную по типу «булыжной мостовой» патологическую гиперпигментацию врожденный ретиношизис 5. К МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ ОТНОСЯТ фотодинамическую терапию, ингибиторы ангиогенеза консервативную терапию вазодилататорами, ангиопротекторами применение пептидных биорегуляторов физиотерапевтическое лечение витректомию 6. ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ</p>	

<p>симптомом «серебряной проволоки» неоваскуляризацией сетчатки симптомом артериовенозного перекреста атрофией зрительного нерва отеком диска зрительного нерва</p> <p>7. ПРИЧИНОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>фокальный дефект пигментного эпителия наличие очага воспаления в хориоидее атрофические изменения хориоидеи дегенерация нейросенсорного слоя сетчатки меланомы хориоидеи</p> <p>8. СИНДРОМ ИРВИНА-ГАССА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ</p> <p>дистрофию сосудистой оболочки глаза сочетание простой атрофии зрительного нерва на одном глазу и застойного диска на другом макулярный отек после хирургии катаракты отек макулы после тромбоза центральной вены сетчатки врожденный периферический ретиношизис</p> <p>9. К НАСЛЕДСТВЕННЫМ МАКУЛЯРНЫМ ДИСТРОФИЯМ ОТНОСЯТ ДИСТРОФИЮ</p> <p>Штаргардта решетчатую инееподобную кистовидную по типу «белое без вдавления»</p> <p>10. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ТРОМБОЗА ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СЕТЧАТКИ ОТНОСЯТ</p> <p>ретиношизис вторичную катаракту лентовидную дегенерацию роговицы вторичную флебогипертензивную глаукому вторичную неоваскулярную глаукому</p> <p>11. ОТСЛОЙКА СЕТЧАТКИ, ВОЗНИКАЮЩАЯ НА ФОНЕ МЕЛАНОМЫ ХОРИОИДЕИ, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>регматогенной тракционной вторичной комбинированной первичной</p> <p>12. ПРИ ОСТРОЙ ЗАДНЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <p>секторальное выпадение поля зрения абсолютная центральная скотома концентрическое сужение полей зрения отсутствие изменений полей зрения в острый период гемианопсия</p> <p>13. К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ ЗАСТОЙНОГО ДИСКА ОТНОСЯТ</p> <p>нефропатию беременных острое нарушение кровообращения в системе зрительного нерва вторичную неоваскулярную глаукому</p>	
---	--

<p>периферическую хориоретинальную дистрофию ретиношизис</p> <p>14. АТРОФИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА НАЧИНАЕТ РАЗВИВАТЬСЯ НА ___ СТАДИИ ЗАСТОЙНОГО ДИСКА</p> <p>IV I III I V</p> <p>15. ПРИЧИНОЙ ДИСТРОФИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА МОЖЕТ БЫТЬ</p> <p>повышенное внутричерепное давление алкогольно-табачная интоксикация алиментарное ожирение черепно-мозговая травма гипертиреоз</p> <p>16. ПРИ НЕПОЛНОЙ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <p>сохранение зрительных функций при равномерном побледнении диска побледнение только квадранта диска зрительного нерва деколорация височной половины диска зрительного нерва тотальное побледнение диска с амаврозом и отсутствием прямой реакции зрачка на свет сохранение зрительных функций при неравномерном побледнении диска</p> <p>17. ОФТАЛЬМОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ ЛЕБЕРА ВКЛЮЧАЕТ</p> <p>краевую экскавацию тотальное побледнение диска зрительного нерва телеангиэктатическую микроангиопатию атрофию перипапиллярной зоны сетчатки и хориоидеи расширение физиологической экскавации диска зрительного нерва</p> <p>18. ЛОЖНЫЙ ЭКЗОФТАЛЬМ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ</p> <p>односторонней высокой миопии эндокринной офтальмопатии ретробульбарной гематоме переломе нижней стенки глазницы переломе скулоорбитального комплекса</p> <p>19. НАРУШЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ЭКЗОФТАЛЬМЕ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ</p> <p>астигматизма повышения внутриглазного давления сдавления глазничной артерии помутнения оптических сред глаза сдавления зрительного нерва</p> <p>20. К ПРИНЦИПАМ ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОНЫ ОРБИТЫ ОТНОСЯТ</p> <p>вскрытие и дренирование орбиты вскрытие орбиты назначение системной кортикостероидной терапии использование только местной антибактериальной терапии введение антибиотика в ретробульбарное пространство</p> <p>21. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ФЛЕГМОНЫ ОРБИТЫ</p>	
--	--

<p>ОТНОСЯТ офтальмоплегию, экзофтальм, хемоз крепитацию под кожей век смешанную инъекцию глазного яблока роговичные преципитаты на эндотелии экзофтальм со смещением</p> <p>22. ЭНДОКРИННАЯ МИОПАТИЯ ВОЗНИКАЕТ НА ФОНЕ гипогликемии гипотиреоза гипертиреоза сахарного диабета эндокринного ожирения</p> <p>23. К ВОЗМОЖНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ РОГОВИЦЫ, ВЫЗВАННЫМ УШИБОМ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА, ОТНОСЯТ грыжа десцеметовой оболочки разрыв роговицы отслойка десцеметовой оболочки десцеметоцеле отек роговицы</p> <p>24. САМОЙ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНЬЮ ПРОБОДНОГО РАНЕНИЯ ГЛАЗА ЯВЛЯЕТСЯ разрушение глаза отрыв зрительного нерва вывих глазного яблока сквозное ранение проникающее ранение</p> <p>25. ОКИСЛЕНИЕ МЕДНОГО ОСКОЛКА, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ГЛАЗУ, ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ сидероза симпатической офтальмии халькоза оптиконеуропатии глаукомы</p> <p>26. ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА ВЕК ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА внутренней стенки орбиты малого крыла клиновидной кости большого крыла клиновидной кости нижней стенки орбиты лобной кости</p> <p>27. СИМПАТИЧЕСКАЯ ОФТАЛЬМИЯ ПОСЛЕ ПРОБОДНОГО РАНЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ: 1 неделю 2 недели 1 месяц 2 месяца 6 месяцев</p> <p>28. ЧАСТИЧНЫЙ ОТРЫВ РАДУЖКИ ОТ КОРНЯ НАЗЫВАЕТСЯ иридодиализом иридодонезом циклодиализом аниридией</p>	
--	--

<p>иридотомией</p> <p>29. КОМБИНИРОВАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ КОЛИЧЕСТВОМ поражающих факторов пораженных органов раневых отверстий пораженных областей тела инородных тел</p> <p>30. НЕКРОЗ ТКАНЕЙ, ВЫЗЫВАЕМЫЙ КИСЛОТАМИ, НАЗЫВАЕТСЯ колликвационным глубоким поверхностным коагуляционным аутолитическим</p> <p>31. К ПОВРЕЖДЕНИЯМ ГЛАЗА, ВЫЗВАННЫХ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ, ОТНОСЯТ помутнение роговицы глаукому разрыв сетчатки разрыв хориоидеи катаракту</p> <p>32. К ПОВРЕЖДЕНИЯМ ГЛАЗА, ВЫЗВАННЫМ ИНФРАКРАСНЫМ ИЗЛУЧЕНИЕМ, ОТНОСЯТ хориоретинальный ожог помутнение роговицы ожог век кератит иридоциклит</p>	
---	--

5.1.2. Перечень вопросов для собеседования:

Вопросы для собеседования	Код компетенции, (согласно РПД)
<p>1. Анатомия орбиты. Содержимое орбиты, сосуды и нервы орбиты.</p> <p>2. Анатомия и гистология конъюнктивы.</p> <p>3. Анатомия и гистология фиброзной капсулы глаза. Топографические особенности роговицы, склеры, слабые места склеры.</p> <p>4. Анатомия и гистология сосудистой оболочки глазного яблока. Кровоснабжение, иннервация.</p> <p>5. Анатомия и гистология хрусталика.</p> <p>6. Анатомия и гистология сетчатки.</p> <p>7. Сетчатка и диск зрительного нерва. Анатомия, гистология.</p> <p>8. Структура зрительного анализатора.</p> <p>9. Оптическая система лаза.</p> <p>10. Типы оптических стекол.</p> <p>11. Рефракция. Понятие и виды клинической рефракции.</p> <p>12. Гиперметропия как вид клинической рефракции.</p> <p>13. Миопия как вид клинической рефракции. Коррекции миопии.</p> <p>14. Миопия. Правила подбора очков. Пример рецепта.</p> <p>15. Астигматизм. Определение, классификация, диагностика,</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6,</p>

<p>коррекция.</p> <p>16. Пресбиопия, способы коррекции.</p> <p>17. Особенности развития пресбиопии. Современные методы коррекции пресбиопии.</p> <p>18. Аккомодация. Механизм аккомодации.</p> <p>19. Спазм аккомодации.</p> <p>20. Анизометропия. Диагностика и коррекция анизометропии.</p> <p>21. Внутриглазное давление (циркуляция внутриглазной жидкости, пути оттока, методы исследования).</p> <p>22. Современные методы диагностики в офтальмологии и возможности их применения (КТ, МРТ, ОКТ, УЗИ, УБМ, лазерная сканирующая офтальмоскопия, ЭФИ).</p> <p>23. Методы исследования рефракции.</p> <p>24. Субъективные методы диагностики рефракции.</p> <p>25. Объективные методы диагностики рефракции.</p> <p>26. Современные хирургические методы коррекции аметропий.</p> <p>27. Амблиопия. Виды амблиопии, этиология, профилактика и лечение амблиопии.</p> <p>28. Патология слезных органов. Методы диагностики.</p> <p>29. Острые бактериальные конъюнктивиты.</p> <p>30. Вирусные конъюнктивиты.</p> <p>31. Гonoкокковый конъюнктивит. Клиника, лечение.</p> <p>32. Хронические конъюнктивиты. Клиника, лечение.</p> <p>33. Опухоли век и конъюнктивы. Классификация, клиника, лечение.</p> <p>34. Заболевания роговицы. Классификация.</p> <p>35. Ползучая язва роговицы.</p> <p>36. Офтальмогерпес. Классификация, клиника, подходы к лечению.</p> <p>37. Лечение травматических кератитов.</p> <p>38. Кератопластика и кератопротезирование. Виды кератопластики. Показания. Техника операции.</p> <p>39. Иридоциклиты. Этиология, клиника, лечение.</p> <p>40. Увеопатии. Патогенез, клиника, особенности диагностики и лечения.</p> <p>41. Склериты и эписклериты. Диагностика, лечение.</p> <p>42. Меланомы хориоидеи. Клиника, лечение. Дифференциальный диагноз.</p> <p>43. Врожденные и приобретенные катаракты (этиология, клиника, лечение).</p> <p>44. Современные аспекты хирургии катаракты.</p> <p>45. Хирургические методы лечения катаракты.</p> <p>46. Вторичная катаракта. Клиника, методы лечения.</p> <p>47. Афакия (клиника, коррекция).</p> <p>48. Артифакия. Ведение больных в послеоперационном периоде.</p> <p>49. Операционные и послеоперационные осложнения хирургического лечения катаракты.</p> <p>50. Глаукомная оптическая нейропатия.</p> <p>51. Открытоугольная глаукома. Патогенез, клиника, диагностика. Диспансеризация.</p> <p>52. Закрытоугольная глаукома. Дифференциальная диагностика острого приступа глаукомы и иридоциклита.</p> <p>53. Консервативное лечение глаукомы, критерии эффективности.</p> <p>54. Консервативное и лазерное лечение глаукомы.</p>	<p>ПК-7.</p>
--	--------------

- | | |
|---|--|
| <p>55. Хирургическое лечение глаукомы. Операционные и послеоперационные осложнения при хирургическом лечении глаукомы.</p> <p>56. Вторичная глаукома. Этиология, клиника, лечение.</p> <p>57. Диагностика и лечение редких форм глаукомы. (пигментная, Франк-Каменецкого, псевдоэксфолиативный синдром, иридокорнеальный эндотелиальный синдром).</p> <p>58. Гемофтальм. Патогенез, клиника, лечение.</p> <p>59. Хориоретиниты. Этиология, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>60. Центральная серозная хориопатия. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>61. Центральные хориоретинальные дистрофии. Клинические формы. Лечение.</p> <p>62. Возрастная макулярная дегенерация. Этиология, клиника, лечение.</p> <p>63. Пигментная абнотрофия сетчатки.</p> <p>64. Периферические хориоретинальные дистрофии. Классификация, лечение.</p> <p>65. Первичная отслойка сетчатки. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>66. Регматогенная отслойка сетчатки. Классификация, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>67. Окклюзия центральной артерии сетчатки. Этиология, клиника, лечение, прогноз.</p> <p>68. Тромбоз центральной вены сетчатки. Патогенез, клиника, лечение.</p> <p>69. Изменения органа зрения при общих заболеваниях.</p> <p>70. Патология органа зрения при гипертонической болезни.</p> <p>71. Эндокринная офтальмопатия. Классификация, клиника, лечение.</p> <p>72. Диабетическая ретинопатия. Классификация ВОЗ.</p> <p>73. Лечение диабетической ретинопатии в зависимости от формы и стадии.</p> <p>74. Внутриглазные опухоли. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>75. Этиология, патогенез, клиника застойных дисков. Тактика офтальмолога.</p> <p>76. Невриты зрительного нерва. Этиология, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>77. Ретробульбарный неврит.</p> <p>78. Передняя ишемическая оптиконеуропатия. Этиология, клиника, лечение.</p> <p>79. Атрофия зрительного нерва. Этиология, клиника, методы лечения.</p> <p>80. Ретробульбарная гематома. Клиника, лечение.</p> <p>81. Флегмона орбиты. Патогенез, клиника, лечение.</p> <p>82. Новообразования орбиты. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>83. Классификация травм органа зрения.</p> <p>84. Повреждения придаточного аппарата глаза. Клиника, лечение, осложнения.</p> <p>85. Открытые травмы глаза.</p> <p>86. Ранние и поздние осложнения открытой травмы глазного яблока.</p> <p>87. Симпатическая офтальмия. Патогенез, клиника, лечение, профилактика.</p> <p>88. Ранения орбиты.</p> <p>89. Закрытые травмы глазного яблока.</p> <p>90. Травматические повреждения хрусталика. Клиника, лечение.</p> <p>91. Лечение травматического гемофтальма.</p> | |
|---|--|

<p>92. Травматические повреждения сетчатки.</p> <p>93. Травматические повреждения зрительного нерва. Клиника, диагностика, лечение. Прогноз.</p> <p>94. Тупые травмы глазницы. Классификация по степеням тяжести, диагностика, лечение.</p> <p>95. Контузионно-коммоционные повреждения глазного яблока. Классификация, лечение.</p> <p>96. Осложнения контузионно-коммоционных повреждений глазного яблока.</p> <p>97. Диагностика внутриглазных инородных тел.</p> <p>98. Методы удаления внутриглазных инородных тел.</p> <p>99. Ожоги глаз. Клиническая картина, стадии течения ожоговой болезни, тактика лечения.</p> <p>100. Химические ожоги глазного яблока. Клиническая картина, первая помощь, тактика лечения, стадии ожоговой болезни, осложнения ожогов глаза.</p> <p>101. Лучевые повреждения органа зрения.</p> <p>102. Медико-социальная экспертиза патологии органа зрения.</p>	
--	--

5.1.3. Перечень тем рефератов:

Темы рефератов	Код компетенции, (согласно РПД)
<p>1. Топографическая анатомия органа зрения.</p> <p>2. Кровоснабжение органа зрения.</p> <p>3. Чувствительная и двигательная иннервация органа зрения.</p> <p>4. Эмбриогенез органа зрения.</p> <p>5. Астигматизм.</p> <p>6. Очковая коррекция аномалий рефракции.</p> <p>7. Контактная коррекция аномалий рефракцию.</p> <p>8. Лазерная коррекция аномалий рефракции.</p> <p>9. Хирургическая коррекция аномалий рефракции.</p> <p>10. Оптическая когерентная томография в диагностике патологии органа зрения.</p> <p>11. Методы исследования рефракции глаза.</p> <p>12. Электрофизиологические методы исследования в офтальмологии.</p> <p>13. Ультразвуковой метод исследования в офтальмологии.</p> <p>14. Методы ранней диагностики глаукомы.</p> <p>15. Дифференциальная диагностика острой воспалительной патологии орбиты.</p> <p>16. Офтальмохламидиоз.</p> <p>17. Патология нервно-мышечного аппарата век.</p> <p>18. Офтальмогерпес.</p> <p>19. Увеопатии.</p> <p>20. Синдром сухого глаза.</p> <p>21. Хирургическое лечение патологии роговицы.</p> <p>22. Паренхиматозные кератиты.</p> <p>23. Афакия. Современные методы коррекции.</p> <p>24. Врожденная катаракта.</p> <p>25. Современные технологии хирургического лечения катаракты.</p>	<p>УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7.</p>

26. Аномалии развития хрусталика. 27. Осложнения хирургического лечения катаракты и их профилактика. 28. Методы ранней диагностики глаукомы. 29. Консервативное лечение глаукомы. 30. Лазерное лечение глаукомы. 31. Хирургическое лечение глаукомы. 32. Редкие формы глаукомы. 33. Симпатическая офтальмия. 34. Закрытая травма глаза. 35. Внутриглазные инородные тела: методы диагностики и удаления. 36. Фототравмы. 37. Ожоги органа зрения. 38. Содружественное косоглазие. 39. Паралитическое косоглазие. 40. Амблиопия. 41. Нистагм. 42. Диабетическая ангиоретинопатия. 43. Отслойка сетчатки. 44. Врожденные дистрофические заболевания сетчатки. 45. Гемофтальм. 46. Изменения глазного дна при гипертонической болезни. 47. Опухоли орбиты. 48. Опухоли придаточного аппарата глаза. 49. Внутриглазные опухоли. 50. Органосохранное лечение опухолей органа зрения. 51. Дистрофические заболевания зрительного нерва. 52. Атрофия зрительного нерва.	
--	--

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы	Продемонстрированы основные умения.	Продемонстрированы все основные умения.	Продемонстрированы все основные умения,

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
	ованы основные умения. Имели место грубые ошибки	Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	решены все основные задачи с отдельными незначительными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристики сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Сметанкин Игорь Глебович, заведующий кафедрой глазных болезней ФГОУ ВПО

«ПИМУ» МЗ РФ, д.м.н., доцент

Белоусова Наталья Юрьевна, доцент кафедры глазных болезней ФГОУ ВПО «ПИМУ» МЗ

РФ, к.м.н.