Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 10.07.2025 13:32:41
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480271b3c1a975e6f

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»

Медицинский институт

Лечебный факультет

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

по дисциплине «Офтальмология»,

для обучающихся по программам подготовки кадров высшей квалификации

(Ординатура)

Майкоп 2022г.

УДК 617.7(07)
ББК 56.7
У 91

Рецензент: доцент, кандидат медицинских наук **Арутюнов А.К.**

Составитель: доцент, доктор медицинских наук **Малышев А.В.**

Учебно-методическое пособие по дисциплине «Офтальмология» содержит описание теоритических и практических вопросов, тематики самостоятельных работ, а так же перечень примерных контрольных вопросов, тестовые задания и ситуационные задачи для проведения текущего контроля знаний.

ВВЕДЕНИЕ

Цель дисциплины: приобретение углубленных теоретических знаний об общих закономерностях и конкретных причинах возникновения, развития патологических процессов в органе зрения и в придаточном аппарате и формирование, и развитие у обучающихся по специальности «Офтальмология» компетенций, направленных на решение проблем, связанных с этими состояниями, путем оказания надлежащего качества квалифицированной помощи.

Задачи дисциплины:

1. Формирование научных знаний об общих закономерностях и конкретных причинах возникновения, развития патологических процессов в органе зрения и в придаточном аппарате.
2. Приобретение и совершенствование знаний об иммунологических процессах, протекающих в организме человека при различных патологических состояниях, в том числе и при заболеваниях органа зрения.
3. Приобретение углубленных знаний по патологическим состояниям органа зрения в форме отдельных болезней и состояний, и в сочетании с поражением других органов и систем; в принципах их выявления, проведении диагностики, лечения (консервативной терапии) и профилактики.
4. Совершенствование методов диагностики состояний и заболеваний органа зрения и придаточного аппарата.
5. Ознакомление с высокотехнологичными методами исследования.
6. Совершенствование знаний по методам профилактики и этиопатогенетическим методам лечении заболеваний органа зрения и придаточного аппарата.

Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы компетенции, установленные программой ординатуры.

Универсальные компетенции выпускников ординатуры:

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им

УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции выпускников ординатуры:

ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности.

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность.

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность.

ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов.

ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

Профессиональные компетенции выпускников ординатуры:

ПК-1. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и /или состояний глаза, его придаточного аппарата и орбиты, установление диагноза.

ПК-2. Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме

ПК-3 Организация деятельности структурного подразделения медицинской организации

Формирование универсальных и профессиональных компетенций у обучающегося (ординатора) по специальности 31.08.59 Офтальмология в рамках освоения дисциплины Офтальмология предполагает овладение системой теоретических знаний по выбранной специальности и формирование соответствующих умений, навыков и владений.

Врач-ординатор -офтальмолог должен знать:

- Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; основы медико-социальной экспертизы; общие вопросы организации офтальмологической службы в Российской Федерации (в том числе лабораторной), систему взаимодействия со всеми службами практического здравоохранения (больнично-поликлиническими учреждениями, родильными домами, профильными кафедрами, другими врачами-специалистами, службами региональными и федеральными, организациями, в том числе страховыми компаниями, ассоциациями врачей идр.);
- формы планирования и отчетности своей работы;
- просветительскую работу среди медицинских работников и населения;
- принципы общей и специфической профилактики заболеваний органа

зрения ипридаточного аппарата;

- правила проведения экспертизы временной нетрудоспособности; порядок проведения медико-социальной экспертизы;
- особенности физиологии и течения патологических процессов в органе зрения и впридаточном аппарате;
- клинико-морфологические аспекты современной иммунологии, лабораторной диагностики;
- основные понятия и принципы классификации в офтальмологии;
- принципы комплексной оценки клинической картины, данных офтальмологических и лабораторных методов исследования в диагностике основных глазных заболеваний, методы их профилактики и лечения (патология век, конъюнктивы, слезных органов, роговицы, склеры, сосудистого тракта, хрусталика, стекловидного тела, зрительного нерва, сетчатки);
- современные методы исследования органа зрения с применением высокотехнологичных приборов;
- методы исследования органа зрения и их роль в современной клинике глазных заболеваний (общий осмотр, изучение жалоб и анамнеза, наружный осмотр глаза и его придатков – исследование орбиты и окружающих ее тканей, экзофтальмометрия, исследование век, конъюнктивы, слезных органов, исследование при боковом освещении и в проходящем свете, офтальмоскопия, биомикроскопия, гониоскопия, тонометрия, периметрия, эргография и эргометрия, эхобиометрия, УЗИ, исследование гемодинамики глаза и электрофизиологические методы исследования – ультразвуковая допплерография, реография, электроретинография, электроокулография, флюоресцентная ангиография, изотоподиагностика, рентгенодиагностика, компьютерная томография, МРТ, ГРТ, клинические методы исследования крови и мочи, иммунологические исследования, взятие мазков, соскобов с конъюнктивы и поверхности роговицы и оценка микроскопии);
- принципы постановки диагноза на основании проведенного исследования, в соответствии с международной классификацией заболеваний МКБ-10;
- принципы этиопатогенетического лечения;
- принципы подготовки больных (взрослых и детей) к операции и ведение послеоперационного периода;
- хирургический инструментарий, применяемый при различных хирургических операциях;

- принципы хирургического лечения и рациональные сроки его, принципы медикаментозного лечения, фармакокинетику и фармакодинамику основных групп лекарственных средств;
- хирургические и лазерные методы лечения (операции по поводу заворота и выворота век, дакриоцисториностомию, кератэктомию, кератопластику, кератопротезирование, интра- и экстракапсулярную экстракцию катаракты, дисцизию вторичной катаракты, операции по поводу отслойки сетчатки – фотокоагуляция, диатермокоагуляция, криопексия, пломбирование склеры, интравитреальные вмешательства, лазерные и хирургические методы лечения глаукомы – лазерная иридэктомия, лазертрабекулопластика, лазертрабекулоспазис, трабекулэктомия, непроникающая и проникающая глубокая склерэктомия, циклокриодеструкция, лазеркоагуляция, органосохранные операции по поводу удаления злокачественных опухолей радужки и цилиарного тела, энуклеация, эвисцерация и показания к ним;
- клиническую картину неотложных состояний в офтальмологии;
- методы предупреждения осложнений и неотложных состояний при хронических заболеваниях;
- порядок проведения реабилитационных мероприятий при офтальмологических состояниях и основных соматических заболеваниях;
- методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастных групп, частоты встречаемости заболеваний органа зрения и придаточного аппарата.

Врач-ординатор офтальмолог должен уметь:
- проводить санитарно-просветительскую работу среди медицинских работников и населения;
- осуществлять диспансеризацию больных офтальмологического профиля; владеть методами пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний; проводить санитарно-просветительную работу с населением и больными;
- оформлять необходимую документацию для проведения экспертизы временной нетрудоспособности;
- ориентироваться в общих вопросах нозологии, включая этиологию, патогенез;
- проводить наружный осмотр глаза и его придатков, исследование методом бокового освещения и в проходящем свете, биомикроскопию, обратную и

прямую офтальмоскопию, экзофтальмометрию, офтальмохромоскопию, гониоскопию, офтальмотонометрию и тонографию, определение размера, кривизны и чувствительности роговицы, производить выворот века;

- проводить исследование центрального, периферического, сумеречного, цветового ибинокулярного зрения у взрослых и детей;
- определять рефракцию субъективным и объективными методами, проводить исследование аккомодации, темновой адаптации и функционального состояния мышц глаза, проводить очковую коррекцию;
- определять угол косоглазия по гиршбергу и на синоптофоре, определять гетерофорию, проводить операции на экстраокулярных мышцах при косоглазии;
- закапывать капли, закладывать мазь и промывать конъюнктивальную полость, вы- полнять инъекции субконъюнктивальные, ретробульбарные, в теноново пространство;
- интерпретировать результаты офтальмологического исследования и методов лабораторной диагностики, для выявления патологических процессов в органе зрения и в других органах и системах;
- обосновать характер патологического процесса в органе зрения и в придаточном аппарата и его клинические проявления в динамике развития заболевания;
- диагностировать и проводить лечение основных патологий роговицы, сосудистого тракта, стекловидного тела, сетчатки и зрительного нерва;
- диагностировать катаракту, выполнять экстра- и интракапсулярную экстракцию катаракты с имплантацией интраокулярных линз, дисцизию вторичной катаракты;
- оказывать неотложную помощь при остром приступе глаукомы, проводить консервативное и хирургическое лечение (непроникающая и проникающая глубокая склерэктомия, периферическая иридэктомия);
- диагностировать патологию глаз при общих заболеваниях;
- оказывать первую помощь при проникающих ранениях глаза, при различных видах ожогов (термических, химических, щелочных), владеть техникой извлечения поверхностных инородных тел (конъюнктива, роговица), накладывать моно- и бинокулярную повяз- ку;
- обосновать и применять принципы этиотропной терапии заболеваний органа зрения и его придаточного аппарата;
- разработать план реабилитационных мероприятий пациентов с

заболеваниями органа зрения и придаточного аппарата и определять показания к санаторно-курортному лечению;

- составлять отчет о своей работе и проводить анализ ее эффективности;
- вести медицинскую документацию, применяемую в лечебно-профилактическом учреждении; анализировать свою работу, уметь составить отчет о проделанной работе с проведением анализа деятельности;
- анализировать информацию о показателях здоровья населения различных возрастных групп, частоту встречаемости заболеваний органа зрения и придаточного аппарата.

Врач-ординатор офтальмолог должен владеть:

- методами проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризаций, с выделением групп риска, осуществления диспансерного наблюдения за хроническими больными;
- методами консультативной и санитарно-просветительской работы по профилактике заболеваний, формированию здорового образа жизни;
- навыками сопоставления этиологических факторов и клинических проявлений болезни органа зрения;
- навыками постановки предварительного и заключительного диагноза на основании результатов диагностического исследования;
- медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, компьютерной техникой;
- навыками оценки офтальмологического статуса на основании стандартов осмотра пациентов с офтальмопатологией (сбор жалоб и анамнеза, осмотр);
- практическими навыками проведения гониоскопии с оценкой результатов;
- проведением специальных диагностических и лечебных манипуляций при патологии слезных органов (промывание и зондирование слезных путей, проба ширмера и пр.);
- проведением, интерпретацией и оценкой данных функциональных методов исследования органа зрения (флюоресцентная ангиография, ультразвуковое исследование, рентгеновское исследование, оптическая когерентная томография и т.д.);
- навыками проведения и интерпретации данных диагностического исследования: определение остроты зрения с коррекцией у взрослых и детей, определение рефракции и аккомодации у взрослых и детей, цветоощущения,

работа с полихроматическими таблицами, подбор простых и сложных очков для коррекции аномалий рефракции, проведение биомикроскопии глаза у взрослых и детей, проведение тонометрии у взрослых и детей, проведение прямой и обратной офтальмоскопии у взрослых и детей, исследование полей зрения у взрослых и детей, обследование пациента с косоглазием, исследование бинокулярных функций; - практическими навыками проведения различных манипуляций и первичной хирургической обработки глаза и его придатков;

- обоснованием принципов этиотропной, патогенетической терапии заболеваний органа зрения и придаточного аппарата;
- навыками интерпретации результатов иммунологического исследования и составления плана лечения в зависимости от полученных результатов исследования с учетом соматического состояния пациента;
- оказание первой офтальмологической помощи на догоспитальном этапе при ургентных состояниях (травмы глаза, острые нарушения кровообращения в сосудах глаза, острая офтальмогипертензия, острая потеря зрения);
- удалением инородных тел роговицы и конъюнктивы; применением глазных лекарственных средств (капли, мази);
- техникой проведения периокулярных инъекций;
- практическими навыками проведения различных манипуляций и первичной хирургической обработки глаза и его придатков, ассистенцией при оперативных вмешательствах;
- организацией и проведением лечебных и реабилитационных мероприятий;
- ведением медицинской документации (в стационаре, поликлинике);
- основными принципами организации офтальмологической помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях; ведением учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделения;
- методиками сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастных групп, частоты встречаемости заболеваний органа зрения и придаточного аппарата.

1. СТРУКТУРА ДИСЦИПЛИНЫ

№ п/п	Разделы/темы дисциплины
1.	**Раздел 1. Проблемы социальной гигиены в офтальмологии. Организация офтальмологической помощи населению.**
2.	1.1 Проблемы социальной гигиены в офтальмологии.
3.	1.2 Медицинская статистика и проблемы демографии.
4.	**Раздел 2. Основные принципы организации офтальмологической помощи**
5.	2.1 Организация помощи больным с заболеваниями органа зрения и придаточного аппарата глаза.
6.	2.2 Вопросы трудовой экспертизы больных с заболеваниями органа зрения и придаточного аппарата глаза.
7.	**Раздел 3. Клиническая офтальмология. Клиника и диагностика заболеваний органа зрения и придаточного аппарата глаза**
8.	3.1 Офтальмологическое обследование
9.	3.2 Веки
10.	3.3 Слезный аппарат
11.	3.4 Конъюнктива
12.	3.5 Роговица
13.	3.6 Склера
14.	3.7 Хрусталик
15.	3.8 Увеальный тракт
16.	3.9 Сетчатка
17.	3.10 Зрительный нерв
18.	3.11 Орбита
19.	3.12 Оптика и аномалии рефракции

20.	3.13 Подвижность глазного яблока и косоглазие
21.	3.14 Травмы органа зрения
22.	**Раздел 4. Лабораторные, функциональные методы диагностики заболеванийоргана зрения и придаточного аппарата глаза.**
23.	4.1 Острота зрения, контрастная чувствительность и устойчивость к слепящимзасветам
24.	4.2 Светоощущение и зрительная адаптация
25.	4.3 Цветоощущение
26.	4.4 Электроретинография
27.	4.5 Электроокулография
28.	4.6 Зрительные вызванные корковые потенциалы.
29.	4.7 Энтоптические феномены в диагностике функциональных нарушений
30.	**Раздел 5. Профилактика и лечение заболеваний органа зрения и придаточного аппарата глаза.**
31.	5.1 Профилактика и лечение заболеваний органа зрения и придаточного аппарата глаза.

2. СОДЕРЖАНИЕ РАЗДЕЛОВ ДИСЦИПЛИНЫ

2.1 Лекционный курс

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Содержание
1.	1.1 Проблемы социальной гигиены в офтальмологии	Характеристика состояния здоровья населения страны и задачи здравоохранения. Нормативные документы в области офтальмологии.
2.	1.2 Медицинская статистика и проблемы демографии.	Анализ офтальмологической помощи. Общие методические и статистические подходы.
3.	2.1 Организация помощи больным с заболеваниями органа зрения и придаточного аппарата глаза.	Принципы организации офтальмологической помощи в России и за рубежом. Историческая справка. Место в системе здравоохранения. Взаимосвязь медицинских учреждений.
4.	2.2 Вопросы трудовой экспертизы больных с заболеваниями органа зрения и придаточного аппарата глаза.	Определение понятия, цели и задачи экспертизы трудоспособности. Основные документы, удостоверяющие нетрудоспособность и общие правила их заполнения и выдачи.
5.	3.1 Офтальмологическое обследование	Оборудование, история болезни, оценка остроты зрения, исследование подвижности глазного яблока, оценка бинокулярного зрения, осмотр век и слезоотводящих путей, осмотр конъюнктивы, осмотр роговицы.
6.	3.2 Веки	Общие сведения, осмотр, аномалия развития (эпикантус, колобома, блефарофимоз, анкилоблефарон, деформация век, птоз, энтропион, эктропион, трихиаз, блефароспазм), заболевания кожи ресничного края век.
7.	3.3 Слезный	Общие сведения, осмотр слезных органов,

	аппарат	оценка слезопродукции, исследование слезотоведения, патология слезоотводящих путей: дакриоцистит, (острый, хронический).
8.	3.4 Конъюнктива	Общие сведения, методы исследования, дегенеративные и старческие изменения конъюнктивы (пингвекула, птеригиум, псевдоптеригиум, субконъюнктивальное кровоилияния, конкременты, ксероз).
9.	3.5 Роговица	Общие сведения, методы исследования, аномалии развития: эктазия (кератоконус, кератоглобус, плоская роговица), аномалии размера (микрокорнеа, мегалокорнеа), инфекционный: бактериальный, вирусный, грибковый, акантамебный кератит. неинфекционный кератит и кератопатии.
10.	3.6 Склера	Общие сведения, методы исследования, изменения цвета, стафиломы и эктазии, травмы, воспалительные заболевания: эписклерит, склерит.
11.	3.7 Хрусталик	Общие сведения, методы исследования, аномалии развития, катаракта (приобретенная: старческая, при системных заболеваниях, после хирургических вмешательств).
12.	3.8 Увеальный тракт	Общие сведения, анатомия, методы исследования, аномалии развития, аномалии пигментации, воспалительные заболевания (острый и хронический ирит и иридоциклит).
13.	3.9 Сетчатка	Общие сведения, методы исследовании: острота зрения, осмотр глазного дна, цветовое зрение, электрофизиологические методы исследования; сосудистая патология: диабетическая ретонопатия, тромбоз вен сетчатки, окклюзия цас, гипретоническая ретинопатия и склеротические изменения глазного дня.
14.	3.10 Зрительный нерв	Общие сведения, методы исследования, заболевания сопровождающиеся изменением границ дзн (врожденные, приобретенные: застойный дзн, неврит, передняя ишемическая нейропатия, отек дзн с инфильтрацией).

15.	3.11 Орбита	Общие сведения, методы исследования, аномалия развития, патология орбиты при аутоиммунных заболеваниях, воспалительные заболевания, сосудистая патология, опухоли, хирургия орбиты.
16.	3.12 Оптика и аномалии рефракции	Общие сведения, острота рения с коррекцией и без, рефракция: эмметропия, аметропия; аккомодация, адаптация к освещению разной интенсивности; методы исследования: аномалии рефракции.
17.	3.13 Подвижность глазного яблока и косоглазие	Общие сведения, содружественное косоглазие, гетерефория, псевдокосоглазие, офтальмоплегия, паралитическое косоглазие, нистагм.
18.	3.14 Травмы органа зрения	Методы исследования, классификация травм по механизму воздействия: механические повреждения, химический ожог глаз, повреждение химическими факторами, непрямые травмы глаза.
19.	4.1 Острота зрения, контрастная чувствительность и устойчивость к слепящим засветам	Оптико-анатомо-физиологические основы функции. Острота зрения. Контрастная чувствительность. Устойчивость к слепящим засветам. Основные методы функциональных исследований. Методы оценки остроты зрения. Методы исследования контрастной чувствительности. Методы оценки устойчивости к слепящим засветам.
20.	4.2 Светоощущение и зрительная адаптация	Основные фотометрические понятия и единицы О механизмах зрительного восприятия и физиологических возможностях зрения. Физиологические регуляторы светового потока, поступающего в глаз. Морфологические основы и субъективные проявления фото- и скотопического зрения. Пространственные аспекты световой чувствительности. Временные аспекты светочувствительности.
21.	4.3 Цветоощущение	Анатомо-физиологические основы цветового зрения. Трихроматичность цветового зрения. Цветовой треугольник и координаты цветов.

		Основные параметры цвета. Об одновременном и последовательном цветовом контрасте.
22.	4.4 Электроретинография	Общая электроретинограмма. Современные представления о происхождении ЭРГФакторы, влияющие на ЭРГ. Классификация ЭРГ. Метод регистрации ЭРГ. Роль ЭРГ в диагностике заболеваний сетчатки и зрительного нерва Локальная ЭРГ. Происхождение локальной ЭРГ. Методы регистрации локальной (макулярной) ЭРГ. Локальная ЭРГ в диагностике заболеваний макулярной области сетчатки.
23.	4.5 Электроокулография	Постоянный потенциал глаза. Физиологические основы и происхождение ЭОГ. Методы регистрации ЭОГ. Стандартная методика регистрации ЭОГ. Импульсная электроокулография.
24.	4.6 Зрительные вызванные корковые потенциалы.	Происхождение зрительных вызванных корковых потенциалов. Виды зрительных вызванных корковых потенциалов. Метод регистрации зрительных вызванных корковых потенциалов.
25.	4.7 Энтоптические феномены в диагностике функциональных нарушений	Роль особенностей структуры слезной пленки, роговицы и хрусталика. Роль особенностей структуры стекловидного тела. Роль особенностей витреоретинальных отношений. Фактор наличия непрозрачных кровеносных сосудов в нормально функционирующей прозрачной сетчатке.
26.	5.1 Профилактика и лечение заболеваний органа зрения и придаточного аппарата глаза.	Основные принципы и методы профилактики заболеваний органа зрения и придаточного аппарата глаза. Скрининг, как метод профилактики заболеваний органа зрения и придаточногоаппарата глаза.

2.2 Практические (семинарские) занятия, их наименование, содержание и объем в часах

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Содержание
1.	1.1 Проблемы социальной гигиены в офтальмологии	Характеристика состояния здоровья населения страны и задачи здравоохранения. Нормативные документы в области офтальмологии. Перспективы развития офтальмологической службы в России. Социальные аспекты офтальмологии. Офтальмология и научно-технический прогресс.
2.	1.2 Медицинская статистика и проблемы демографии.	Анализ офтальмологической помощи. Общие методические и статистические подходы. Учет, отчетность и ведение документации в офтальмологии.
3.	2.1 Организация помощи больным с заболеваниями органа зрения и придаточного аппарата глаза.	Принципы организации офтальмологической помощи в России и за рубежом. Историческая справка. Место в системе здравоохранения. Взаимосвязь медицинских учреждений. Задачи и функции поликлинической и стационарной службы. Оснащение. Организация труда врача-офтальмолога. Объем лабораторно-диагностической работы. Формы и методы пропаганды офтальмологических знаний среди медицинских работников и населения.
4.	2.2 Вопросы трудовой экспертизы больных с заболеваниями органа зрения и придаточного аппарата глаза.	Определение понятия, цели и задачи экспертизы трудоспособности. Основные документы, удостоверяющие нетрудоспособность и общие правила их заполнения и выдачи. Организация экспертизы временной нетрудоспособности. Показания и порядок направления на МСЭ. Правовые положения для больных с тяжелыми инвалидизирующими болезнями. Социальное обеспечение больных инвалидов по зрению.

5.	3.2 Офтальмологическое обследование	Оборудование, история болезни, оценка остроты зрения, исследование подвижности глазного яблока, оценка бинокулярного зрения, осмотр век и слезоотводящих путей, осмотр конъюнктивы, осмотр роговицы, осмотр передней камеры глаза, осмотр хрусталика, офтальмоскопия, ручной способ исследования поля зрения, измерение внутриглазного давления, инстилляция глазных капель, закладывание глазных мазей, наложение повязки.
6.	3.2 Веки	Общие сведения, осмотр, аномалия развития (эпикантус, колобома, блефарофимоз, анкилоблефарон, деформация век, птоз, энтропион, эктропион, трихиаз, блефароспазм), заболевания кожи ресничного края век (контактная экзема век, отек век, себорейный блефарит, герпетический блефарит, герпес зостер, абсцесс века, клещевое поражение век, поражение век вшами, нарушение секреции век, ячмень, халязион, опухоли век (доброкачественные, кисты, ксантелазмы, контагиозный моллюск, кожный рок, кератоакантома, гемангиома, нейрофиброматоз, злокачественные опухоли: базальноклеточный рак, плоскоклеточный рак, аденокарцинома).
7.	3.3 Слезный аппарат	Общие сведения, осмотр слезных органов, оценка слезопродукции, исследование слезотоведения, патология слезоотводящих путей: дакриоцистит, (острый, хронический),дакриоцистит новорожденных, каналикулит, опухоли слезного мешка, нарушение продукции слезы(сухой кератоконъюнктивит, слезотечение0Ю, заболевания слезной железы: острый дакриоаденит, хронический дакриоаденит,

		опухоли слезной железы).
8.	3.4 Конъюнктива	Общие сведения, методы исследования, дегенеративные и старческие изменения конъюнктивы (пингвекула, птеригиум, псевдоптеригиум, субконъюнктивальное кровоилияния, конкременты, ксероз) конъюнктивит, диагностика, этиология, клиника. Бактериальный, хламидийниый, тразома, вирусный, паразитарный, грибковый. Опухоли конъюнктивы эрибульбарный дермоид, гемангиома, эпителиальные опухоли, кисты, папилломы, рак. Меланоцитарные опухоли: меланоз уконъбнктивы, врожденный меланоз, невус. Лимфомы. Саркома Капоши.
9.	3.5 Роговица	Общие сведения, методы исследования, аномалии развития : эктазия (кератоконус, кератоглобус, плоская роговица), аномалии размера (микрокорнеа, мегалокорнеа), инфекционный: бактериальный, вирусный, грибковый, акантамебный кератит.неинфекционный кератит и кератопатии. поверхностный точечный, сухой кератоконъюнктивит, кератит при лагофтальме, нейропаралитический. патология роговицы, связанная с ношением контактных линз, буллезнаякератопатия. хирургическое лечение заболеваний роговицы: сквозная, послойная кератопластика, фототерапевтическая кераэктомия. рефракционная хирургия. лазерный кератомилез.
10.	3.6 Склера	Общие сведения, методы исследования, изменения цвета, стафиломы и эктазии, травмы, воспалительные заболевания: эписклерит, склерит.
11.	3.7 Хрусталик	Общие сведения, методы исследования, аномалии развития, катаракта (приобретенная:

		старческая, при системных заболеваниях, после хирургических вмешательств, травматическая, токсическая; врожденная. лечение катаракты: консервативное, хирургическое, вторичная катаракта; дислокация хрусталика).
12.	3.8 Увеальный тракт	Общие сведения, анатомия, методы исследования, аномалии развития, аномалии пигментации, воспалительные заболевания (острый и хронический ирит и иридоциклит, хориоидит, симпатическая офтальмия), неоваскуляризация радужки, опухоли радужки.
13.	3.9 Сетчатка	Общие сведения, методы исследовании: острота зрения, осмотр глазного дна, цветовое зрение, электрофизиологические методы исследования; сосудистая патология: диабетическая ретонопатия, тромбоз вен сетчатки, окклюзия цас, гипретоническая ретинопатия и склеротические изменения глазного дня, болезнь коатса, ретинопатия недоношенных; дегенеративные заболевания (отслойка, ретиношизис, пвхрд, цхрд, вмд, дегенеративная миопия); дистрофия сетчатки: наследственные макулярные дистрофии, токсическая ретинопатия, воспалительные заболевания, опухоли сетчатки и гамартомы.
14.	3.10 Зрительный нерв	Общие сведения, методы исследования, заболевания сопровождающиеся изменением границ дзн (врожденные, приобретенные: застойный дзн, неврит, передняя ишемическая нейропатия, отек дзн с инфильтрацией) заболевания зрительного нерва, не сопровождающиеся изменение границ диска: атрофия, ямка дзн, колобома дзн), опухоли.
15.	3.11 Орбита	Общие сведения, методы исследования, аномалия развития, патология орбиты при аутоиммунных заболеваниях, воспалительные

		заболевания, сосудистая патология, опухоли, хирургия орбиты.
16.	3.12 Оптика и аномалии рефракции	Общие сведения, острота рения с коррекцией и без, рефракция: эмметропия, аметропия; аккомодация, адаптация к освещению разной интенсивности; методы исследования: аномалии рефракции, нарушения аккомодации, коррекция аномалий рефракции, аберрации в контактных линзах очках.
17.	3.13 Подвижность глазного яблока и косоглазие	Общие сведения, содружественное косоглазие, гетерефория, псевдокосоглазие, офтальмоплегия, паралитическое косоглазие, нистагм.
18.	3.14 Травмы органа зрения	Методы исследования, классификация травм по механизму воздействия: механические повреждения, химический ожог глаз, повреждение химическими факторами, непрямые травмы глаза.
19.	4.1 Острота зрения, контрастная чувствительность и устойчивость к слепящимзасветам	Оптико-анатомо-физиологические основы функции. Острота зрения. Контрастная чувствительность. Устойчивость к слепящим засветам. Основные методы функциональных исследований. Методы оценки остроты зрения. Методы исследования контрастной чувствительности. Методы оценки устойчивости к слепящим засветам. Клинические проявления нарушений остроты зрения, контрастной чувствительности и устойчивости к ослеплению с учетом особенностей их этиологии и патогенеза. Основные варианты и причины нарушений остроты зрения в клинической практике. Варианты и возможные причины изменения пространственной контрастной чувствительности при заболеваниях

		зрительной системы. Клинические примеры нарушений устойчивости зрения к слепящим засветам.
20.	4.2 Светоощущение и зрительная адаптация	Основные фотометрические понятия и единицы О механизмах зрительного восприятия и физиологических возможностях зрения. Физиологические регуляторы светового потока, поступающего в глаз. Морфологические основы и субъективные проявления фото- и скотопического зрения. Пространственные аспекты световой чувствительности. Временные аспекты светочувствительности. Клинические проявления нарушений светоощущения и зрительной адаптации Клинические методы тестирования светочувствительности. Темновая адаптометрия. Световая адаптометрия. Исследование критической частоты слияния мельканий. Периметрия.
21.	4.3 Цветоощущение	Анатомо-физиологические основы цветового зрения. Трихроматичность цветового зрения. Цветовой треугольник и координаты цветов. Основные параметры цвета. Об одновременном и последовательном цветовом контрасте. Основные причины и признаки нарушений цветового зрения. Функциональные тесты на цветовое зрение. О классификации нарушений цветового зрения.
22.	4.4 Электроретинография	Общая электроретинограмма. Современные представления о происхождении ЭРГФакторы, влияющие на ЭРГ. Классификация ЭРГ. Метод регистрации ЭРГ. Роль ЭРГ в диагностике заболеваний сетчатки и зрительного нерва

		Локальная ЭРГ. Происхождение локальной ЭРГ. Методы регистрации локальной (макулярной) ЭРГ. Локальная ЭРГ в диагностике заболеваний макулярной области сетчатки. Паттерн-ЭРГ. Происхождение паттерн-ЭРГ. Методологические основы регистрации паттерн-ЭРГ. Паттерн-ЭРГ в диагностике заболеваний сетчатки и зрительного нерва Ритмическая ЭРГ. Происхождение ритмической ЭРГ. Методологические основы регистрации ритмической ЭРГ. Роль ритмической ЭРГ в диагностике заболеваний сетчатки. Электроретинография при катаракте.
23.	4.5 Электроокулография	Постоянный потенциал глаза. Физиологические основы и происхождение ЭОГ. Методы регистрации ЭОГ. Стандартная методика регистрации ЭОГ. Импульсная электроокулография. Другие методические подходы в электроокулографии. Методологические основы регистрации ЭОГ. Роль электроокулографии в диагностике заболеваний пигментного эпителия сетчатки и хороидеи.
24.	4.6 Зрительные вызванные корковые потенциалы.	Происхождение зрительных вызванных корковых потенциалов. Виды зрительных вызванных корковых потенциалов. Метод регистрации зрительных вызванных корковых потенциалов. Картирование зрительных вызванных корковых потенциалов. Зрительные вызванные корковые потенциалы и острота зрения. Роль зрительных вызванных корковых потенциалов в диагностике заболеваний зрительных путей.
25.	4.7 Энтоптические феномены в	Роль особенностей структуры слезной пленки, роговицы и хрусталика. Роль особенностей

	диагностике функциональных нарушений	структуры стекловидного тела. Роль особенностей витреоретинальных отношений. Фактор наличия непрозрачных кровеносных сосудов в нормально функционирующей прозрачной сетчатке. Фактор наличия дугообразности в нормальной топографии нервных волокон сетчатки. Фактор наличия в норме строго определенной (относительно центра макулы) ориентации молекул ксантофильного пигмента в наружном плексиформном слое сетчатки. Роль функционального состояния фоторецепторов сетчатки в происхождении энтопических явлений.
26.	5.1 Профилактика и лечение заболеваний органа зрения и придаточного аппарата глаза.	Основные принципы и методы профилактики заболеваний органа зрения и придаточного аппарата глаза. Скрининг, как метод профилактики заболеваний органа зрения и придаточного аппарата глаза. Основные принципы и подходы в лечении заболеваний органа зрения и придаточного аппарата глаза: терапевтические, хирургические, лазерные методы.

2.3 Самостоятельная работа ординаторов

№ п/п	Разделы/темы дисциплины	Форма текущего контроля
	Раздел 1. Проблемы социальной гигиены в офтальмологии. Организация офтальмологической помощи населению.	
	1.1 Проблемы социальной гигиены в офтальмологии.	Составление плана-конспект
	1.2 Медицинская статистика и проблемы демографии.	Поиск и анализ информации
	Раздел 2. Основные принципы организации офтальмологической помощи	
	2.1 Организация помощи больным с заболеваниями органа зрения и придаточного аппарата глаза.	Написание и заслушивание реферата
	2.2 Вопросы трудовой экспертизы больных с заболеваниями органа зрения и придаточного аппарата глаза.	Поиск и анализ информации
	Раздел 3. Клиническая офтальмология. Клиника и диагностика заболеваний органа зрения и придаточного аппарата глаза	
	3.1 Офтальмологическое обследование	Составление плана-конспекта
	3.2 Веки	Написание и заслушивание реферата
	3.3 Слезный аппарат	Составление плана-конспекта
	3.4 Конъюнктива	Поиск и анализ информации
	3.5 Роговица	Написание и заслушивание реферата
	3.6 Склера	Составление плана-конспекта
	3.7 Хрусталик	Поиск и анализ информации
	3.8 Увеальный тракт	Написание и заслушивание реферата
	3.9 Сетчатка	Поиск и анализ информации
	3.10 Зрительный нерв	Поиск и анализ информации

	3.11 Орбита	Написание и заслушивание реферата
	3.12 Оптика и аномалии рефракции	Поиск и анализ информации
	3.13 Подвижность глазного яблока и косоглазие	Написание и заслушивание реферата
	3.14 Травмы органа зрения	Составление плана-конспекта
	Раздел 4. Лабораторные, функциональные методы диагностики заболеванийоргана зрения и придаточного аппарата глаза.	
	4.1 Острота зрения, контрастная чувствительность и устойчивость к слепящимзасветам	Написание и заслушивание реферата
	4.2 Светоощущение и зрительная адаптация	Составление плана-конспекта
	4.3 Цветоощущение	Поиск и анализ информации
	4.4 Электроретинография	Составление плана-конспекта
	4.5 Электроокулография	Поиск и анализ информации
	4.6 Зрительные вызванные корковые потенциалы.	Поиск и анализ информации
	4.7 Энтоптические феномены в диагностике функциональных нарушений	Написание и заслушивание реферата
	Раздел 5. Профилактика и лечение заболеваний органа зрения и придаточного аппарата глаза.	
	5.1 Профилактика и лечение заболеваний органа зрения и придаточного аппарата глаза.	Написание и заслушивание реферата

Темы рефератов по дисциплине «Офтальмология»

1. Физиология и патология бинокулярного зрения, патология глазодвигательного аппарата.
2. Опухоли и опухолеподобные изменения век.
3. Патология слезоотводящего аппарата. Врожденные и приобретенные измененияслезоотводящих путей.
4. Бактериальные конъюнктивиты.
5. Особенности течения вирусных конъюнктивитов.

6. Хламидимйные конъюнктивиты. Трахома.
7. Бактериальная язва роговицы.
8. Герпетические кератиты. Особенности течения у детей разного возраста.
9. Исходы заболеваний сосудистой оболочки как причина слабовидения и слепоты.
10. Патология стекловидного тела.
11. Физиологическая оптика. Рефрактогенез. Клиническая рефракция.
12. Аномалии развития и врожденные изменения сетчатки
13. Ретинопатия недоношенных. Этиология, патогенез, клиника разных стадий ретинопатии недоношенных. Профилактика развития и прогрессирования.
14. Опухоли сетчатки у детей и взрослых. Ретинобластома.
15. Аномалии развития зрительного нерва.
16. Школьная близорукость. Современные теории патогенеза. Профилактика развития и прогрессирования.
17. Особенности обменных процессов в хрусталике, функции хрусталика, клиническое значение.
18. Кератиты туберкулезной этиологии. Клиника диффузной, очаговой, склерозируюшей форм. Лабораторная диагностика. Принципы и продолжительность местного и общего лечения.

3. Типовые контрольные задания и иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

3.1. Вопросы к зачету и экзамену для проведения промежуточной аттестации по дисциплине «Офтальмология»

1. Анатомия и физиология глаза и его вспомогательного аппарата. Методы исследования.

1. Общее строение органа зрения. Значение органа зрения в жизни человека.
2. Строение роговицы. Иннервация, питание, общие симптомы кератитов.
3. Передняя камера глаза, изменения ее глубины и содержимого при патологических состояниях.
4. Строение и функции радужной оболочки. Зрачковые реакции в норме и патологии. Мидриатики, показания к их назначению.
5. Цилиарное тело, строение. Функции, их патологические нарушения.
6. Строение и функции хрусталика, возрастные изменения. Особенности удаления мягких и твердых катаракт.
7. Анатомия орбиты. Связь ее заболеваний с патологией пограничных областей. Признаки тромбоза кавернозного синуса.
8. Отверстия глазницы и проходящие через них сосуды и нервы. Синдром верхнеглазничной щели.
9. Кровоснабжение глазного яблока и его придаточного аппарата.
10. Двигательная и чувствительная иннервация глазного яблока. Цилиарный узел. Анестезия и акинезия в глазной хирургии.
11 .Исследование глазного дна. Нормальная офтальмоскопическая картина. Изменения глазного дна при общих заболеваниях организма.
12 Периферическое зрение в норме и патологии. Значение его исследования для топической диагностики при поражении зрительных путей.
13. Таблицы для определения остроты зрения и принципы их построения. Контрольные методы исследования остроты зрения.
14. Цветоощущение. Диагностика расстройств цветного зрения при профотборе.
15. Бинокулярное зрение. Роль его нарушений в патогенезе содружественного косоглазия.
16. Прогностическое значение исследования светоощущения и его пространственной проекции при различной патологии глаза.

17. Функции органа зрения, механизм зрительного восприятия. Зрительные нарушения и их возможная причинная связь.
18.Функции зрительного анализатора и их значение.

2. Оптическая система глаза.

1. Рефрактогенез. Роль наследственности и внешней среды в формировании рефракции. Рефракционная хирургия, вклад отечественных ученых в ее развитие.
2. Физическая и клиническая рефракция глаза, методы их исследования.
3. Близорукость. Клиника, лечение, профилактика, профотбор.
4.Близорукость. Этиология, патогенез, глазная гимнастика, профилактика школьной близорукости.
5. Высокая прогрессирующая близорукость. Осложнения, профилактика, лечение.
6. Гиперметропия, клиника, коррекция, роль в развитии косоглазия.
7. Астигматизм, его виды, принципы коррекции.
8. Анизометрия. Причины, осложнения, принципы коррекции. Современные достижения в лечении.
9. Паралич и спазм аккомодации. Особенности исследования рефракции у детей.
10.Аккомодация, ее механизм. Физиологические и патологические расстройства.
11. Пресбиопия, ее клиника и коррекция при различных видах рефракции.
12. Современные направления в консервативном и хирургическом лечении близорукости.
13.Аномалии рефракции и принципы коррекции при них. Современные достижения рефракционной хирургии.
14. Контактные линзы, основные показания к их назначению.

3. Заболевания век, конъюнктивы и слезных органов.

1. Анатомия век, ячмень, клиника, осложнения, лечение. Халазион.
2. Блефариты, этиопатогенез, клиника, лечение
3. Доброкачественные и злокачественные новообразования век. Дифференциальный диагноз и лечение.
4. Гонококковый конъюнктивит. Клиника, лечение. Профилактика гонобленнореи новорожденных.
5. Острые аденовирусные конъюнктивиты. Клиника отдельных форм, дифференциальный диагноз, лечение.
6. Трахома. Этиология, клиника, дифференциальный диагноз.

7. Трахома дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика.
8. Трахома. Осложнения, последствия, их лечение.
9. Строение, функции, методы обследования конъюнктивы. Хронические конъюнктивиты.
10. Эпидемические острые конъюнктивиты. Этиология, клиника, лечение, профилактика.
11 .Анатомия век. Абсцесс и флегмона век. Клиника, этиология, неотложная помощь и дальнейшее лечение.
12. Строение слезных органов. Хронический дакриоцистит. Дакриоцистит новорожденных.
Дакриоаденит, клиника, диагноз, лечение.
13. Строение слезоотводящих путей. Флегмона слезного мешка /перидакриоцистит/. Клиника, диагностика, лечение.
14. Аллергические заболевания органа зрения: отек Квинке, весенний конъюнктивит, медикаментозный дерматит, блефароконъюнктивит.
15. Внешние изменения и их диагностическое значение при воспалительных заболеваниях защитно-вспомогательного аппарата глаза.
16.Паратрахома, этиология, клиника, дифференциальный диагностика, лечение.
17. Пленчатые конъюнктивиты.

4. Двигательный аппарат глаза и его патология.

1. Двигательный аппарат глаза. Иннервация мышц, паралитическое косоглазие и нистагм, диагностика и лечение.
2. Содружественное и паралитическое косоглазие. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Бинокулярное зрение, роль его нарушений в патогенезе содружественного косоглазия.

5. Заболевание роговицы и склеры.

1. Гнойные кератиты. Ползучая язва роговицы. Клиника, осложнения, лечение, исходы.
2. Ползучая гнойная язва роговицы. Этиология, клиника, осложнения, лечение.
3. Герпетические кератиты. Клиника, лечение, исходы.
4. Туберкулезные кератиты. Клинические формы, лечение, исходы. Дифференциальная диагностика с сифилитическим кератитом.
5. Паранхиматозный кератит при врожденном сифилисе. Клиника, лечение, исходы.

6. Кератопластика. Виды, показания к назначению. Рефракционные операции на роговице.
7. Общие симптомы кератитов.
8. Дифференциальная диагностика при заболеваниях, протекающих с покраснением глазного яблока (синдром «красного глаза»).

6. Заболевания увеального тракта.

1. Ирит и иридоциклит. Этиология, клиника, осложнения, лечение.
2. Иридоциклит, этиология, клиника, исходы, лечение.
3. Строение хориоидеи. Хронические увеиты и хориоидиты, этиология, клиника, лечение.

7. Заболевания хрусталика.

1. Старческая катаракта. Клиника, стадии развития, консервативное лечение и хирургическое лечение.
2. Врожденные катаракты, этиопатогенез, клиника, лечение.
3. Афакия. Принципы коррекции односторонней и двусторонней афакии.
4. Катаракты. Осложненные катаракты при общих заболеваниях, профессиональные катаракты. Вторичная катаракта.
5. Старческая катаракта, дифференциальный диагноз; осложнения, лечение.

8. Глаукома

1. Водянистая влага, ее состав, назначение, секреция. Пути оттока внутриглазной жидкости.
2. Дренажная система глаза. Исследование угла передней камеры.
3. Закрытоугольная глаукома. Патогенез, клиника, лечение.
4. Открытоугольная глаукома. Патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, лечение.
5. Острый приступ глаукомы. Клиника, неотложная помощь, дифференциальный диагноз и лечение острого приступа глаукомы.
6. Ранняя диагностика и профилактика глаукомы. Режим больного глаукомой.
7. Принципы консервативного и хирургического лечения глаукомы.
8. Врожденная, детская глаукома: этиопатогенез, клиника, лечение.
9. Вторичная глаукома. Причины, профилактика, лечение.
10. Патогенез глауком. Классификация первичной глаукомы.
11 .Зрительные расстройства и их патогенез при глаукоме.
12. Внутриглазная боль, причины, дифференциальный диагноз, неотложная помощь. Абсолютная болящая глаукома-

9. Заболевания сетчатки и зрительного нерва.

1. Строение сетчатки, её функции и их изменения при различных заболеваниях.
2. Отслойка сетчатки. Клиника, этиология, лечение.
3. Новообразования сетчатки и хориоидеи. Методы диагностики внутриглазных новообразований.
4. Застойный диск зрительного нерва. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика.
5. Воспалительные и токсические заболевания зрительного нерва. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

10. Повреждения глаза.

1. Контузия глазного яблока, контузии радужки и хрусталика. Клиника, лечение.
2. Поверхностные ранения и инородные тела роговицы и конъюнктивы. Диагностика, лечение, осложнения.
3. Проникающие ранения глаза, признаки. Объем неотложной помощи, оказываемой врачом общего профиля (не офтальмологом).
4. Проникающие ранения глаза, диагностика; объем неотложной помощи в условиях участковой больницы.
5. Внутриглазные инородные тела. Диагностика; способы излечения. Сидероз и халькоз глаза.
6. Осложнения проникающих ранений глаза при гнойном инфицировании.
7. Эндофтальмит и панофтальмит. Этиология, клиника, лечение.
8. Флегмона орбиты, этиология, клиника, лечение.
9. Симпатическая офтальмия. Этиология, клиника, лечение.
10. Энуклеация, эвисцерация глазного яблока, экзентерация орбиты. Показания к ним при различных заболеваниях глаз.
11. Химические ожоги глаза. Клиника, неотложная помощь, исходы.
12. Особенности военных повреждений глаз. Неотложная помощь на этапах медицинской эвакуации.
13. Химические ожоги, клиника, неотложная помощь, исходы. Патогенез ожоговой болезни глаз, лечение в разных периодах.
14. Контузии век («синдром очков»), дифференциальная диагностика «синдрома очков» при травмах органа зрения и пограничных областей.
15. Экзофтальм тиреотоксический и отечный, причины, дифференциальная диагностика, лечение.
16. Лучевые поражения глаз, (электроофтальмия, снежная офтальмия). Клиника, профилактика, лечение.

11. Общие вопросы.

1. Профессиональные заболевания переднего отрезка глаза, профилактика и лечение.
2. Профессиональные заболевания заднего отрезка глаза, профилактика и лечение. Профессиональные инфекции глаза.
3. Кортикостероиды в офтальмологии. Показания и противопоказания к назначению.
4. Объем офтальмологической помощи в общеврачебной практике.
5. Контактные линзы, основные показания к их назначению.
6. Изменения глазного дна при гипертонической болезни.
7. Изменения со стороны органа зрения при диабете.
8. Изменения глазного дна при болезнях крови и токсикозах беременных.
9. Неотложные состояния в офтальмологии.
10. Слепота, ее социальное значение, причины. Инвалидность по зрению, реабилитация и трудоустройство слепых в России.
11 .Изменения органа зрения при токсоплазмозе
12. Пигментная дистрофия сетчатки.
13.Глазные боли - периорбитальные, орбитальные, их причины и патогенез.
14. Зрительные пути и центры. Механизм зрительного восприятия.
15. Острая потеря зрения. Основные причины. Отслойка сетчатки. Клиника, этиология, лечение.
16. Доброкачественные и злокачественные опухоли орбиты, клиника, диагностика, лечение.
17.Применение лазеров, криотерапия в офтальмологии.

3.2 Тестовые задания для проведения текущего контроля знаний по дисциплине «Офтальмология»

1. Пациент с болями в области глаза, сниженным зрением, преципитатами на эндотелииироговицы, миозом и перикорнеальной инъекцией - диагноз:
а) острый конъюнктивит
б) острый иридоциклит
в) острый приступ глаукомы
г) флегмона слезного мешка
д) острый эписклерит

2. Где начинается процесс зрительного восприятия?
а) в слое колбочек и палочек
б) в слое биполярных клеток
в) в слое ганглионарных клеток
г) в хориоидее
д) в зрительном нерве

3. Если при окрашивании эрозии роговицы дефект имеет древовидный характер, мыпредполагаем диагноз:
а) глубокий герпетический кератит
б) поверхностный герпетический кератит
в) ползучая язва роговицы
г) туберкулезный кератит
д) сифилитический кератит

4. Основной функцией верхней прямой мышцы глаза является:
а) смещение глазного яблока книзу
б) поднятие глазного яблока кверху
в) приведение глазного яблока
г) отведение глазного яблока
д) расширение зрачка

5. Острый иридоциклит включает все следующие симптомы, кроме:
а) светобоязнь
б) перикорнеальная инъекция
в) боль в области глазного яблока
г) слезотечение
д) макулярный отек

6. Какая анатомическая структура глазного яблока имеет наибольшее количествочувствительных нервных волокон:
а) конъюнктива
б) роговица
в) склера
г) сетчатка
д) хориоидея

7. Основной фактор совместного вовлечения в патологический процесс цилиарного тела ирадужки при развитии воспаления:
а) анатомическая близость
б) общая васкуляризация
в) общая иннервация
г) повышение ВГД
д) общая лимфатическая сеть

8. Острота зрения у новорожденных приблизительно составляет:
а) несколько сотых
б) 0,1 и выше
в) 0,6 и выше
г) 0,8 и выше
д) 1,0 и выше

9. Больной, страдающий глаукомой, должен посещать офтальмолога:
а) каждую неделю
б) 1 раз в 3 месяца
в) 1 раз в год
г) 1 раз в 3 года
д) при появлении радужных кругов перед глазами

10. Диагноз больного «Полная обструкция (непроходимость) слезных путей». Наиболееэффективный метод лечения:
а) удаление палпебральной части слезной железы
б) конъюнктивориностомия
в) каналикулориностомия
г) дакриоцисториностомия
д) конъюнктиво-гайморостомия

11. К проявлениям катаракты относятся:

а) быстрое снижение остроты зрения
б) постепенное снижение остроты зрения
в) светобоязнь
г) изменение рефракции глаза в сторону ее увеличения (миопизация)
д) блефароспазм

12. К методам исследования орбиты относятся:
а) рентгенография
б) компьютерная томография
в) периметрия
г) тонометрия
д) биомикроскопия

13. Лечение иридоциклита включает:
а) дексаметазон в каплях
б) местное и общее применение нестероидных противовоспалительных средств
в) миотики
г) местные анестетики
д) мидриатики

14. Для лечения конъюнктивитов применяют все перечисленные средства, заисключением:
а) р-р тимолола
б) р-р хлорамфеникола
в) р-р пилокарпина
г) мазь оксациллиновая
д) мазь тетрациклиновая

15. Какие из перечисленных средств менее всего показаны при лечении поверхностного древовидного кератита, вызванного вирусом простого герпеса:
а) мазь ацикловир
б) интерферон
в) р-р пилокарпина 1%
г) р-р гентамицина
д) мазь тобрамицина 0,3%

16. Обязательные методы исследования при проникающем ранении глазного

яблока:
а) рентгенография по методике Комберга-Балтина
б) промывание слезных путей
в) биомикроскопия
г) экзофтальмометрия
д) рефрактометрия

17. Повышенное слезотечение наблюдается при:
а) хориоретинитах
б) аномалиях рефракции
в) катаракте
г) выворотe слезных точек
д) обструкции слезных путей

18. Какие из перечисленных симптомов характерны для кератитов:
а) боли в области глазного яблока
б) блефароспазм
в) радужные круги перед глазами
г) выраженное слезотечение
д) светобоязнь

19. Жалобы больного при начальной катаракте:
а) снижение остроты зрения, полиопия
б) наличие черных фиксированных точек перед глазами
в) боли в области глазного яблока
г) радужные круги при взгляде на источник света
д) слезотечение

20. Какие симптомы характерны для окклюзии центральной артерии сетчатки:
а) постепенное снижение остроты зрения по типу затуманивания
б) резкое снижение остроты зрения
в) в макуле – симптом «вишневой косточки» на фоне молочно-белой сетчатки
г) глаукоматозная экскавация ДЗН
д) симптом «раздавленного помидора»

21. Васкуляризация сетчатки:

а) задние длинные цилиарные артерии
б) задние короткие цилиарные артерии
в) центральная артерия сетчатки
г) передние цилиарные артерии
д) гиалоидная артерия

22. Какие утверждения в отношении паренхиматозного сифилитического кератитаявляются верными:
а) имеет три стадии развития
б) развитие глубокой васкуляризации роговицы
в) васкуляризация роговицы отсутствует
г) поражаются оба глаза
д) поражается один глаз

23. Сужение поля зрения в одном квадранте возможно при следующих заболеваниях:
а) первичная глаукома
б) отслойка сетчатки
в) астигматизм
г) гиперметропия
д) эмметропия

24. Приобретенная гемералопия может возникать вследствие:
а) недостаточного приема с пищей витамина А
б) атеросклероза
в) недостаточного приема с пищей витамина В
г) заболеваний печени
д) сахарного диабета

25. Местное и общее лечение, применяемое у больных с первичной открытоугольнойглаукомой:
а) стероидные противовоспалительные средства
б) мидриатики
в) миотики
г) бета-блокаторы
д) ингибиторы карбоангидразы

26. Субъективные симптомы острого приступа глаукомы:
а) сильные боли в области глаза и соответствующей части

головы
б) выраженное снижение остроты зрения
в) диплопия
г) тошнота
д) радужные круги при взгляде на источник света

27. Амблиопия может развиться при следующих заболеваниях:
а) врожденная катаракта
б) одностороннее косоглазие
в) альтернирующее косоглазие
г) возрастная катаракта
д) анизометропия

28. К симптомам проникающей раны роговицы относятся:
а) глубокая передняя камера
б) мелкая передняя камера вплоть до полного ее отсутствия
в) гипотония глазного яблока
г) выпадение радужки в роговичную рану
д) гифема

29. Симптомы инородного тела роговицы:
а) боли в области глазного яблока, чувство инородного тела
б) пониженная чувствительность роговицы
в) светобоязнь
г) слезотечение
д) блефароспазм

30. Диагноз первичной открытоугольной глаукомы ставится на основании следующихсимптомов:
а) повышение ВГД
б) сужение поля зрения
в) глаукоматозная экскавация ДЗН
г) наличие открытого угла передней камеры
д) проминеция ДЗН в стекловидное тело

31. Осложнениями проникающей раны глазного яблока являются:
а) посттравматическая катаракта
б) вторичная глаукома
в) первичная глаукома

г) симпатическая офтальмия
д) эндофтальмит

32. Ожог глазного яблока I степени характеризуется следующими симптомами:
а) гиперемия конъюнктивы
б) появление дефектов эпителия роговицы
в) выраженное побледнение конъюнктивы, зачастую с вкраплениями точечных кровоизлияний
г) «фарфоровая роговица»
д) глубокий некроз роговицы

33. Атрофия ДЗН характеризуется следующими проявлениями:
а) побледнение ДЗН
б) снижение остроты зрения
в) концентрическое сужение поля зрения
г) симптом «вишневой косточки»
д) симптом «раздавленного помидора»

34. Метод локализации внутриглазного металлического инородного тела:
а) рентгенографическое исследование в одной проекции
б) рентгенографическое исследование в двух проекциях
в) рентгенография по Комбергу-Балтину
г) ангиография сетчатки
д) рефрактометрия

35. Укажите симптом, характерный только для дифтерийного конъюнктивита:
а) выраженный отек, особенно верхнего века
б) боли в области глазного яблока
в) обильное гнойное отделяемое
г) наличие фибринозной мембраны, сращенной с конъюнктивой
д) появление конъюнктивальных фолликулов

36. Халязион – это:
а) врожденный дефект века
б) паразитарное заболевание века
в) хронический мейбомеит (с накоплением и инкапсуляцией секрета)
г) острый мейбомеит

д) злокачественная опухоль века

37. Максимальная плотность колбочек в зоне:

а) на периферии сетчатки

б) в макуле

в) в области ДЗН

г) распределены равномерно по всей сетчатке

д) в области зубчатой линии

38. Ребенок в возрасте 3 месяцев страдает врожденным гнойным хроническим дакриоциститом. Тактика врача:

а) массаж области слезного мешка

б) промывание слезного мешка фурациллином

в) закрытое зондирование слезных путей с последующим промыванием р-ромфурациллина

г) открытое зондирование носослезного канала

д) дакриоцисториностомия

39. Лагофтальм в подавляющем большинстве случаев связан с параличом:

а) n. abducens (отводящий нерв)

б) n. trochlearis (блоковый нерв)

в) n. facialis (лицевой нерв)

г) n. oculomotorius communis (глазодвигательный нерв)

д) n. trigeminus (тройничный нерв)

40. Выворот края века наружу называется:

а) лагофтальм

б) блефароспазм

в) эктропион

г) энтропион

д) птоз

41. Заворот края века внутрь называется:

а) лагофтальм

б) блефароспазм

в) эктропион

г) энтропион

д) птоз

42. Питание хрусталика осуществляется за счет:

а) сосудов радужки
б) сосудов цилиарного тела
в) сосудов хориоидеи
г) сосудов сетчатки
д) водянистой влаги

43. Лагофтальм – это:
а) невозможность поднятия верхнего века
б) выраженное закрытие глазной щели
в) невозможность закрытия глазной щели
г) выворот нижнего века
д) заворот нижнего века

44. Преломляющая сила хрусталика в состоянии покоя:
а) 1-5 Д
б) 18-20 Д
в) 40 Д
г) 44 Д
д) 60-64 Д

45. Какие сосуды питают вещество хрусталика у взрослого человека:
а) гиалоидная артерия
б) передние цилиарные артерии
в) задние короткие цилиарные артерии
г) задние длинные цилиарные артерии
д) хрусталик не получает питательные вещества непосредственно из кровеносныхсосудов

46. При обследовании больного выявлено: отсутствие рефлекса глазного дна, хрусталик серого цвета, острота зрения – правильная светопроекция (p.l.certa). Диагноз:
а) начальная катаракта
б) незрелая катаракта
в) зрелая катаракта
г) глаукома
д) неврит зрительного нерва

47. Основной метод лечения возрастной катаракты:
а) консервативный

б) хирургический
в) не нуждается в лечении
г) лазерное лечение
д) физиотерапевтическое лечение

48. В начале развития застойного ДЗН острота зрения:
а) не меняется
б) умеренно снижается
в) значительно снижается
г) падает до «0»
д) правильно в) и г)

49. В случае неврита зрительного нерва острота зрения:
а) не меняется
б) незначительно снижается
в) значительно снижается

50. Первая помощь в условиях поликлиники или медпункта при проникающей ранеглазного яблока:
а) репозиция ущемленных в ране оболочек глаза
б) иссечение ущемленных оболочек и герметизация раны
в) наложение повязки на глаз и срочный перевод больного в специализированныйглазной травматологический центр
г) амбулаторное лечение у врача-офтальмолога в условиях поликлиники
д) закапывание миотиков

51. Фиброзное кольцо Зинна берет начало от:
а) круглого отверстия
б) зрительного отверстия
в) верхней глазничной щели
г) нижней глазничной щели
д) овального отверстия

52. Задние кроткие цилиарные артерии питают:
а) роговицу
б) радужку
в) внутренние слои сетчатки
г) наружные слои сетчатки
д) цилиарное тело

53. Кровоснабжение цилиарного тела и радужки осуществляют:
а) задние длинные цилиарные артерии
б) задние короткие цилиарные артерии
в) передние цилиарные артерии
г) артерии век
д) центральная артерия сетчатки

54. Центральная артерия сетчатки обеспечивает кровоснабжение:
а) хориоидеи
б) внутренних слоев сетчатки
в) наружных слоев сетчатки
г) радужки
д) цилиарного тела

55. Зрительный нерв – это:
а) чувствительный нерв
б) двигательный нерв
в) смешанный нерв
г) симпатический нерв
д) парасимпатический нерв

56. Наружную прямую мышцу глаза иннервирует:
а) n. oculomotorius communis (глазодвигательный нерв)
б) n. facialis (лицевой нерв)
в) n. abducens (отводящий нерв)
г) n. trochlearis (блоковый нерв)
д) n. simpaticus (симпатический нерв)

57. Халязион – это хроническое воспаление:
а) желез Цейсса
б) Мейбомиевых желез
в) желез Генле
г) желез Краузе
д) желез Вольфринга

58. Какая из перечисленных опухолей век является злокачественной:
а) ангиома
б) дермоидная киста

в) невус
г) аденокарцинома
д) папиллома
59. Какая из перечисленных опухолей век является злокачественной: а) ксантелазма
б) гемангиома
в) базально-клеточная эпителиома
г) пигментный невус
д) папиллома

60. Какой симптом не характерен для конъюнктивита:
а) инъекция глазного яблока
б) чувство инородного тела под веком
в) жжение
г) выраженное снижение остроты зрения
д) зуд

61. Какой цвет не различают больные с протанопией:
а) зеленый
б) красный
в) синий
г) желтый
д) фиолетовый

62. Паралич какого нерва может вызвать птоз верхнего века:
а) n. facialis (лицевой нерв)
б) n. oculomotorius (глазодвигательный нерв)
в) n. trigeminus (тройничный нерв)
г) n. trochlearis (блоковый нерв)
д) n. opticus (зрительный нерв)

63. При остроте зрения, равной 1,0 (Vis=1,0), величина угла зрения, при которой различаются детали оптотипов в таблице для исследования остроты зрения, составляет:
а) 1 мин.
б) 2 мин.
в) 3 мин.
г) 4 мин.
д) 5 мин.

64. Если больной различает только первый ряд оптотипов на расстоянии в 1 метр, егоострота зрения составляет:
а) 0,1
б) 0,05
в) 0,02
г) 0,01
д) 0,03

65. Аккомодационная астенопия чаще всего встречается при:
а) гиперметропии
б) миопии
в) пресбиопии
г) афакии
д) эмметропии

66. Оказание первой помощи при остром иридоциклите включает закапывание раствора:а) пилокарпина
б) атропина
в) тимолола
г) гентамицина
д) дикаина

67. Эктропион – это:
а) помутнение хрусталика
б) помутнение стекловидного тела
в) выворот наружу ресничного края века
г) кровоизлияние в сетчатку
д) отслойка сетчатки

68. Какой симптом не характерен для блефаритов:
а) зуд
б) жжение
в) снижение остроты зрения
г) инъекция глазного яблока
д) гиперемия края века

69. У взрослого человека нижняя граница поля зрения на белый цвет составляет:

а) 35-40°
б) 45-50°
в) 80-90°
г) 60-70°
д) 20-30°

70. У взрослого человека темпоральная (височная) граница поля зрения на белый цветсоставляет:
а) 60-70°
б) 50-60°
в) 80-90°
г) 100-110°
д) 40-50°

71. У взрослого человека назальная граница поля зрения на белый цвет составляет:
а) 20-30°
б) 45-55°
в) 60-70°
г) 50-60°
д) 70-80°

72. Какое вещество в слезе обладает бактерицидными свойствами:
а) лидаза
б) химотрипсин
в) лизоцим
г) вода
д) фосфатаза

73. Амблиопия – это нарушение функции:
а) светоощущения
б) цветоощущения
в) периферического зрения
г) бинокулярного зрения
д) аккомодации

74. Диоптрия – это преломляющая сила линзы с фокусным расстоянием, равным:
а) 100 м

б) 10 м
в) 1 м
г) 10 см
д) 1 см

75. Преломляющая сила линзы с фокусным расстоянием 0,5 м:
а) 4,0 Д
б) 2,0 Д
в) 1,0 Д
г) 0,5 Д
д) 0,1 Д

76. Какой признак не характерен для весеннего катара:
а) является хроническим рецидивирующим заболеванием
б) двухстороннее поражение
в) обильное гнойное отделяемое
г) аллергический характер заболевания
д) обычно поражаются дети до 15-17 лет

77. Гонококковый конъюнктивит у взрослых проявляется:
а) в первые 3-7 дней после заражения
б) в первые 11-20 дней после заражения
в) в первые 21-26 дней после заражения
г) в первые 27-30 дней после заражения
д) спустя 1 месяц после заражения

78. Какой признак не характерен для дифтерийного конъюнктивита:
а) вызывается бактерией (палочкой) Леффлера
б) фибринозные мембраны, сращенные с конъюнктивой
в) болезненность предушных лимфоузлов
г) болезненность поднижнечелюстных лимфоузлов
д) повышение ВГД

79. Сферические собирательные линзы используются для коррекции:
а) миопии
б) простого гиперметропического астигматизма
в) сложного миопического астигматизма
г) простого миопического астигматизма
д) гиперметропии

80. Какие из перечисленных линз относятся к рассеивающим сферическим линзам:

а) вогнутые

б) выпуклые

в) плоско-выпуклые

г) двояковыпуклые

д) астигматические

81. Оптическая коррекция простой миопии производится с помощью:

а) самой слабой собирательной линзы

б) самой слабой рассеивающей линзы

в) самой сильной рассеивающей линзы

г) призм

д) самой сильной собирательной линзы

82. Возможное осложнение перезрелой катаракты:

а) вторичная факолитическая глаукома

б) фликтенулезный конъюнктивит

в) отслойка сетчатки

г) увеит

д) ретинит

83. Какой признак не характерен для застойного ДЗН:

а) является отеком неинфекционного происхождения

б) является отеком инфекционного происхождения

в) в дебюте заболевания - несоответствие выраженных изменений, определяемых при офтальмоскопии, минимальным функциональным нарушениям

г) ДЗН может проминировать (выстоять) в стекловидное тело

д) причиной этого заболевания могут быть опухоли головного мозга

84. Какой признак не характерен для хориоидитов:

а) фотопсии

б) боли в области глазного яблока

в) отсутствие боли в области глазного яблока

г) метаморфопсии

д) в большинстве случаев в воспалительный процесс вовлекается прилежащая сетчатка

85. Какой признак не характерен для окклюзии центральной артерии сетчатки:
а) быстрое снижение остроты зрения вплоть до светоощущения
б) миоз
в) мидриаз с отсутствием прямой реакции зрачка на свет
г) ишемия сетчатки в виде отека молочно-белого цвета, определяемого при осмотреглазного дна
д) симптом «вишневой косточки»

86. Какой признак не характерен для первичной отслойки сетчатки:
а) чаще развивается на фоне миопии высокой степени
б) появление затуманивания, тени в поле зрения
в) боли в области глазного яблока
г) возникновение аномальных светоощущений по типу вспышек и искр (фосфен)
д) метаморфопсии

87. Какой признак не характерен для ретробульбарного неврита:
а) выраженное снижение остроты зрения
б) сохранение высокой остроты зрения
в) центральная скотома в поле зрения
г) возможным осложнением может быть атрофия зрительного нерва
д) нарушения цветоощущения

88. К осложнениям хориоидита относятся:
а) заращение зрачка
б) кератопатия
в) нейроретинит
г) экссудативная отслойка сетчатки
д) окклюзия центральной артерии сетчатки

89. Врожденная глаукома развивается вследствие:
а) остаточной мезодермальной ткани в углу передней камеры
б) неоваскуляризации сетчатки
в) уменьшения продукции водянистой влаги
г) уменьшения передней камеры
д) увеличения продукции водянистой влаги

90. Сфинктер зрачка иннервируется:
а) симпатическими нервными волокнами
б) парасимпатическими нервными волокнами
в) волокнами тройничного нерва
г) волокнами лицевого нерва
д) волокнами зрительного нерва

91. Причиной снижения остроты зрения при задних увеитах является:
а) экссудативная реакция стекловидного тела
б) изменение рефракции роговицы
в) светобоязнь
г) блефароспазм
д) преципитаты на эндотелии роговицы

92. В каких единицах измеряется объем аккомодации:
а) радианы
б) диоптрии
в) метры
г) дециметры
д) дециграммы

93. Пациент 60 лет с гиперметропией +3,0Д. Выпишите очки для работы вблизи:
а) +3,0Д
б) +4,0Д
в) +5,0Д
г) +6,0Д
д) +2,0Д

94. Пациент 50 лет с миопией -2,0Д. Выпишите очки для работы вблизи:
а) +1,0Д
б) +2,0Д
в) он читает без очков
г) -2,0Д
д) -1,0Д

95. Причины вторичного (последовательного) блефароспазма:
а) эрозия роговицы
б) поражения зубов

в) кровоизлияния в головной мозг
г) перелом основания черепа
д) опухоли головного мозга

96. При лечении острых бактериальных конъюнктивитов противопоказано:
а) закапывание антибиотиков
б) закапывание антисептиков
в) закапывание сульфаниламидов
г) закапывание кортикостероидов
д) наложение повязки на глаз

97. Характерные признаки острого приступа глаукомы:
а) отек роговицы
б) мелкая передняя камера
в) мидриаз
г) миоз
д) повышение ВГД

98. Питание роговицы осуществляется посредством:
а) путем диффузии из перилимбальной сосудистой сети
б) путем осмоса из водянистой влаги
в) из слезы
г) задними длинными цилиарными артериями
д) задними короткими цилиарными артериями

99. Осложнениями иридоциклитов являются:
а) катаракта
б) отслойка сетчатки
в) вторичная глаукома
г) сращение и заращение зрачка
д) гипотония и субатрофия глазного яблока

100. Характерные жалобы при начальной возрастной катаракте:
а) снижение остроты зрения
б) полиопия
в) боли в области глазного яблока
г) радужные круги при взгляде на источник света
д) гемералопия (куриная слепота)

101. Методами локализации уровня обструкции (непроходимости) слезных

путейявляются:
а) промывание слезных путей
б) зондирование слезных путей
в) рентгенография слезного мешка
г) проба Веста
д) проба Ширмера

102. Для герпетического кератита характерно:
а) снижение иммунитета
б) нормальный иммунитет
в) сниженная чувствительность роговицы
г) длительный период развития (3-6 недель)
д) короткий период развития (1-3 дня)

103. Какие из перечисленных методов применяются для диагностики катаракты:
а) гониоскопия
б) биомикроскопия
в) рефрактометрия
г) тест Соколова
д) исследование при боковом (фокальном) освещении

104. Какие из перечисленных заболеваний могут осложниться развитием катаракты:
а) кератит
б) увеит
в) окклюзия центральной артерии сетчатки
г) глаукома
д) миопия высокой степени

105. Выберите оптимальные методы удаления инородного тела, частично вколоченного вслои роговицы:
а) с помощью одноразовой иглы
б) с помощью марлевого тампона
в) с помощью магнита (если инородное тело магнитное)
г) промывание роговицы антисептическими растворами
д) с помощью пинцета

106. Симптомы врожденной глаукомы:

а) увеличение размеров роговицы
б) увеличение размеров глазного яблока
в) повышение ВГД
г) глубокая передняя камера
д) мелкая передняя камера

107. Клиническими формами первичной глаукомы являются:
а) закрытоугольная
б) открытоугольная
в) неоваскулярная
г) увеальная
д) факоморфическая

108. Какие из перечисленных медикаментов являются гипотензивными средствами прилечении повышенного ВГД:
а) холиномиметики
б) антихолинэстеразные средства
в) бета-адреноблокаторы
г) ингибиторы карбоангидразы
д) сульфаниламиды

109. Симптомы острого иридоциклита:
а) светобоязнь и слезотечение
б) перикорнеальная инъекция
в) боли в области глазного яблока
г) изменение значений ВГД
д) метаморфопсии

110. Энтропион (заворот) века может осложняться развитием:
а) кератита
б) язвы роговицы
в) дакриоцистита
г) хронического конъюнктивита
д) иридоциклита

111. Дакриоаденит у детей может возникнуть как осложнение:
а) кори
б) скарлатины
в) эпидемического паротита (свинки)

г) ангины
д) отравлений

112. К возможным осложнениям нелеченного дакриоцистита новорожденных относятся:
а) флегмона слезного мешка
б) врожденная катаракта
в) флегмона орбиты
г) язва роговицы
д) врожденная глаукома

113. Осложнения врожденной катаракты:
а) пресбиопия
б) амблиопия
в) косоглазие
г) миопия
д) гиперметропия

114. Осложнениями миопии высокой степени являются:
а) отслойка сетчатки
б) глаукома
в) осложненная катаракта
г) эндогенный увеит
д) деструкция стекловидного тела

115. Какой из перечисленных препаратов не обладает профилактическим эффектом вотношении развития катаракты:
а) дексаметазон
б) сенкаталин
в) квинакс
г) катахром
д) витайодурол

116. Какие утверждения верны в отношении адаптации глаза к свету:
а) происходит на 1-6 минуте
б) происходит в течение 1 часа
в) происходит в течение 45 минут
г) происходят фотохимические реакции, направленные на восстановление зрительныхпигментов

д) происходит распад зрительных пигментов при фотохимической реакции

117. Для определения остроты зрения пациента необходимы:

а) светлая комната для исследования, позволяющая соблюсти необходимоерасстояние между пациентом и оптотипом

б) темная комната

в) освещенный оптотип или проектор оптотипов

г) биомикроскопд) офтальмоскоп

118. Наружная стенка орбиты сообщается с:

а) лобным синусом (пазухой)

б) височной ямкой

в) крыловидно-небной ямкой

г) клиновидным (основным) синусом (пазухой)

д) гайморовой пазухой (верхнечелюстным синусом)

119. Внутренняя стенка орбиты сообщается с:

а) клиновидным (основным) синусом (пазухой)

б) гайморовой пазухой (верхнечелюстным синусом)

в) лобным синусом (пазухой)

г) решетчатым синусом (пазухой)

д) носовой полостью

120. Через верхнюю глазничную щель проходят:

а) глазная ветвь тройничного нерва (n. trigeminus)

б) II ветвь тройничного нерва

в) глазодвигательный нерв (n. oculomotorius communis)

г) блоковый нерв (n. trochlearis)

д) отводящий нерв (n. abducens)

121. Перикорнеальная инъекция указывает на присутствие:

а) конъюнктивита

б) первичной глаукомы

в) воспаления сосудистого тракта (иридоциклит)

г) воспаления роговицы (кератит)

д) отслойки сетчатки

122. Гемералопия (куриная слепота) характеризуется следующими

признаками:

а) нарушение функции колбочек

б) нарушение функции палочек

в) нарушение зрительной адаптации в условиях пониженной освещенности

г) нарушение функции биполярных клеток

д) нарушение зрительной адаптации к свету

123. Противопоказания для местного назначения кортикостероидов:

а) ползучая язва роговицы

б) фликтенулезный кератоконъюнктивит

в) эрозия роговицы

г) увеит

д) проникающая рана глазного яблока

124. Какие из перечисленных заболеваний имеют тенденцию к рецидивирующемутечению:

а) герпетический кератит

б) катаракта

в) ползучая язва роговицы

г) фликтенулезный (скрофулезный) кератоконъюнктивит

д) сифилитический кератит

125. Какие утверждения относятся к старческой дуге роговицы:

а) встречается после 50 лет

б) встречается после 30 лет

в) имеет бактериальное происхождение

г) имеет вирусное происхождение

д) относится к дегенеративным процессам роговицы

126. Сифилитический кератит встречается:

а) в возрасте 6-20 лет

б) на фоне туберкулеза

в) на фоне врожденного сифилиса

г) на фоне сахарного диабета

д) на фоне ревматизма

127. Стадии сифилитического кератита:

а) инфильтрации

б) эволюционная
в) васкуляризации
г) резорбции
д) выраженная

128. Какие из перечисленных кератитов относятся к экзогенным:
а) туберкулезный
б) сифилитический
в) травматический
г) кератомикозный
д) аутоиммунный

129. Тромбоз центральной вены сетчатки характеризуется возникновением следующихсимптомов:
а) снижение остроты зрения
б) расширение и неравномерная извитость вен сетчатки
в) симптом «вишневой косточки»
г) симптом «раздавленного помидора»
д) выраженные боли в области глазного яблока

130. Какие симптомы характерны для ретробульбарного неврита:
а) выраженное снижение остроты зрения
б) сохранение высокой остроты зрения
в) центральная скотома в поле зрения
г) возможное осложнение - атрофия зрительного нерва
д) дисхроматопсии (нарушения цветоощущения)

131. При полном повреждении (пересечении) зрительного нерва отмечаются следующиесимптомы:
а) слепота
б) исчезновение прямой реакции зрачка на свет
в) мидриаз
г) миоз
д) сохранение содружественной реакции на свет

132. Основные характеристики хрусталика:
а) является двояковыпуклой линзой
б) прозрачное и упругое образование
в) фиксирован к цилиарному телу при помощи Цинновых связок

г) может быть вовлечен в воспалительный процесс

д) преломляющая сила в состоянии покоя 18,0-20,0 Д, при максимальном напряжении аккомодации – до 33Д

133. К снижению остроты зрения при заболеваниях роговицы приводят следующиепричины:

а) нарушение формы роговицы и изменение ее рефракции

б) роговичные инфильтраты

в) помутнения роговицы

г) васкуляризация роговицы

д) снижение чувствительности роговицы

134. Лазерное лечение в офтальмологии проводится при:

а) вторичной катаракте

б) остром конъюнктивите

в) остром иридоциклите

г) деструкции стекловидного тела

д) диабетической ретинопатии

135. Какие из перечисленных препаратов при закапывании вызывают мидриаз:

а) атропин

б) гоматропин

в) пилокарпин

г) адреналин

д) мезатон

136. Диск (головка) зрительного нерва в норме имеет следующие характеристики приосмотре:

а) прозрачный

б) бледно-розовый

в) с четкими границами

г) с нечеткими (стертыми) границами

д) деколорированный (бледный)

137. При остром конъюнктивите определяются следующие признаки:

а) изменение цвета конъюнктивы

б) изменение рельефа конъюнктивы

в) отек конъюнктивы

г) слезостояние

д) задние синехии (иридохрусталиковые)

138. Глазодвигательный нерв иннервирует следующие мышцы:
а) внутреннюю прямую
б) наружную прямую
в) верхнюю (большую) косую
г) нижнюю прямую и малую косую
д) верхнюю прямую

139. Какое из перечисленных травматических повреждений глазного яблока требуетнемедленного хирургического вмешательства:
а) проникающая рана глазного яблока размерами более 2 мм
б) внутриглазное инородное тело
в) вывих хрусталика в переднюю камеру
г) тяжелая контузия (ушиб) глаза с субконъюнктивальным разрывом склеры
д) гифема до 1/3 от объема передней камеры глаза

140. Характерными признаками пресбиопии являются:
а) утрата хрусталиком своей эластичности
б) уменьшение аккомодационной способности глаза
в) помутнение хрусталика
г) увеличение аккомодационной способности глаза
д) снижение ВГД

141. К характеристикам диабетической катаракты относятся:
а) двухсторонний характер заболевания
б) сочетание помутнений хрусталика и изменений глазного дна
в) увеличение ВГД
г) снижение остроты зрения
д) сохранение нормальной остроты зрения

142. Неправильная светопроекция (p.l.incerta) у больного с катарактой позволяетпредположить:
а) патологию радужки
б) патологию зрительного нерва
в) патологию сетчатки
г) патологию роговицы
д) патологию цилиарного тела

143. Стадия глаукомы определяется на основании показателей:

а) зрительных функций (поля зрения, острота зрения)

б) офтальмотонометрии

в) офтальмоскопической картины глазного дна (экскавация ДЗН)

г) гониоскопической картины

д) преломляющей силы роговицы

144. Причинами вторичной посттравматической глаукомы являются:

а) массивные внутриглазные кровоизлияния

б) смещение (дислокация) хрусталика

в) отслойка сетчатки

г) выраженный ожог глазного яблока

д) разрывы хориоидеи

145. Протез Комберга-Балтина используется:

а) в случае проникающей раны глазного яблока для локализации места повреждения

б) для рентгенологической локализации внутриглазного инородного тела

в) в случае контузии (ушиба) глазного яблока

г) для определения магнитных свойств инородного тела

д) для определения объема интравитреального кровоизлияния

146. Ребенок в возрасте 1 года страдает косоглазием. Семейный врач при осмотре отметил отсутствие розового рефлекса глазного дна и наличие бело-желтого рефлекса. Какие из следующих утверждений являются верными:

а) наличие бело-желтого рефлекса глазного дна является нормой у ребенка в возрасте 1 года

б) наличие бело-желтого рефлекса глазного дна является патологией

в) необходима срочная консультация врача-офтальмолога

г) у ребенка можно подозревать врожденную глаукому

д) у ребенка можно подозревать ретинобластому

147. Какие из следующих утверждений в отношении косоглазия являются верными:

а) при содружественном косоглазии движения глазного яблока ограничены

б) при содружественном косоглазии угол первичного отклонения равен вторичному

в) при паралитическом косоглазии движения глазного яблока ограничены

г) при содружественном косоглазии движения глазного яблока сохранены в полномобъеме

д) при паралитическом косоглазии присутствует диплопия (двоение)

148. Какие из следующих утверждений в отношении амблиопии являются верными:

а) проявляется в виде снижения остроты зрения

б) может развиться вследствие косоглазия

в) может развиться вследствие ранее недиагностированной анизометропии

г) может развиться вследствие конъюнктивита

д) может быть вылечена путем оптической коррекции и окклюзии

149. Бинокулярное зрение – это способность зрительного анализатора:

а) к видению объектов, расположенных на различном расстоянии

б) к восприятию цвета

в) к различению света различной интенсивности

г) к слиянию двух изображений от глазных яблок в единое изображение предмета

д) к распознаванию отдельных деталей предметов

150. Какие препараты используются для медикаментозной профилактики катаракты:

а) противовоспалительные средства

б) кортикостероиды

в) антиоксиданты

г) сосудорасширяющие средства

д) противовирусные средства

151. К характерным признакам паралитического косоглазия относятся:

а) отклонение глаза имеет постоянную величину при взгляде в любом направлении

б) наличие диплопии (двоения)

в) вынужденный поворот головы (тортиколис)

г) величина отклонения глаза меняется в зависимости от направления взгляда

д) ограничение движений глазного яблока

5.3 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОФТАЛЬМОЛОГИЯ»

ТЕМА: «РЕФРАКЦИЯ, АККОМОДАЦИЯ»

Задача № 1.

К Вам обратился мужчина 58 лет, у которого разбилось одно стекло в очках. Очками пользовался только для работы вблизи, видел в них достаточно хорошо, стекла в очках были одинаковыми по силе. На зрение вдаль не жалуется.

1. Какую патологию Вы заподозрите у пациента?
2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
4. Дальнейшая тактика Ваших действий?
5. Какие осложнения могут развиться при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 1.

1. Можно заподозрить пресбиопию - возрастное ослабление аккомодации.
2. Дифференциальная диагностика проводится между гиперметропией и пресбиопией.
3. Необходимо проверить остроту зрения вдаль и вблизи, провести ее коррекцию, то есть - определить рефракцию субъективным методом; определить положение точки ближайшего видения.
4. Методом нейтрализации с помощью набора стекол (линз) определить вид иоптическую силу целого стекла в очках и выписать рецепт на очки для близи. Можно сразу подобрать коррекцию для близи, ориентируясь, в том числе, на возраст и рефракцию пациента.
5. Без пресбиопической коррекции при работе на близком расстоянии больного будут беспокоить головные боли, усталость глаз, невозможность чтения и письма, то есть, явления астенопии.

Задача № 2.

Обратился пациент 24 лет с просьбой подобрать ему очки. С 13 лет пользовался очками силой в (-) 1,5 дптр на оба глаза. У офтальмолога не был более 3 лет, за это время заметил ухудшение зрения в очках и без них.

1. Какую патологию Вы заподозрите у пациента?
2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие методы обследования Вам необходимо провести

дополнительно?

4. Дальнейшая тактика Ваших действий?
5. Какие осложнения могут развиться при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 2.

1. Можно заподозрить спазм аккомодации или медленно прогрессирующую близорукость слабой степени.
2. Дифференциальная диагностика проводится между близорукостью и спазмом аккомодации, а также по степени близорукости.
3. Проверить остроту зрения вдаль без коррекции, определить вид и степень рефракции субъективным методом, определить положение ближайшей точки ясного видения, исследовать остроту зрения вдаль с очковой коррекцией.
4. Необходима консультация офтальмолога.
5. Может развиться стойкий спазм аккомодации на фоне близорукости слабой степени, будет прогрессирование близорукости.

Задача № 3.

В районной больнице имеется оборудование офтальмолога (таблицы для проверки остроты зрения, набор пробных очковых оправ и корригирующих стекол и др.), но сам офтальмолог отсутствует. Медсестра обратилась с просьбой проконсультировать ее семилетнего сына и, возможно, подобрать очки, так как он низко наклоняет голову, когда читает, постоянно щурится, близко садится к телевизору.

1. Какую патологию Вы заподозрите?
2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
4. Дальнейшая тактика Ваших действий?
5. Какие осложнения могут развиться при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 3.

1. У ребенка возможен спазм аккомодации или начало близорукости.
2. Необходимо проверить остроту зрения вдаль без коррекции, субъективным методом определить вид и степень рефракции, попробовать подобрать коррекцию для дали.
3. Спазм аккомодации следует дифференцировать с близорукостью или дальнозоркостью.
4. Сказать маме о необходимости консультации у офтальмолога.
5. Спазм аккомодации может перейти в истинную близорукость.

Задача № 4.

К Вам обратился тракторист 25 лет, у которого с 14 лет имеется близорукость. Вначале пользовался очками (-) 2,0 дптр на правый глаз и (-) 4,0 дптр - на левый. С 19 лет и до настоящего времени пользовался очками (-)3,5 дптр и (-) 6,5 дптр, соответственно. Зрение в очках неплохое, однако, глаза сильно устают к концу рабочего дня. Ему подбирали контактные линзы, видел в них хорошо, глаза не уставали, но пользоваться ими по условиям работы (пыль, копоть, грязные руки и др.) не смог.

1. Какую патологию Вы заподозрите?
2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
4. Дальнейшая тактика Ваших действий?
5. Какие осложнения могут развиться при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 4.

1. Близорукость (миопия) II степени правого глаза, близорукость (миопия) IIIстепени левого глаза. Миопическая анизометропия.
2. Иногда анизометропия может быть обусловлена опухолью глаза с большейстепенью близорукости.
3. Исследовать остроту зрения вдаль без коррекции и с коррекцией, субъективным методом определить степень близорукости на каждый глаз, исследовать остроту зрения в очках с максимальной и переносимой очковой коррекцией.
4. Рекомендовать консультацию офтальмолога - специалиста по хирургической коррекции аномалий рефракции с целью устранения анизометропии или сменить место работы и пользоваться контактными линзами.
5. Осложнениями могут быть расходящееся косоглазие, нарушение бинокулярного зрения, прогрессирование близорукости.

Задача № 5.

У пациента 48 лет, обратившегося к Вам, имеются жалобы на утомляемость глаз при чтении газет или книг буквы «сливаются», хочется отнести текст подальше от глаз. Вдаль видит хорошо обоими глазами.

1. Какую патологию Вы заподозрите у пациента?
2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
4. Дальнейшая тактика Ваших действий?

5. Какие осложнения могут развиться при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 5.

1. Возрастное, физиологическое ослабление аккомодации - пресбиопию.
2. Необходимо уточнить - сочетается ли пресбиопия с эмметропией или какой-либо аномалией рефракции.
3. Проверить остроту зрения без коррекции вдаль, субъективным методом определить вид и степень рефракции, остроту зрения вдаль с коррекцией.
4. Направить на консультацию к офтальмологу, так как, помимо подбора пресбиопических очков, после 40 лет необходимо контролировать внутриглазное давление.

Могут развиться хронический блефарит, блефароконъюнктивит, мышечная астенопия.

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК, КОНЪЮНКТИВЫ И СЛЕЗНЫХ ОРГАНОВ»

Задача № 1.

К Вам обратился пациент 21 года с жалобами на покраснение обоих глаз, склеивание ресниц по утрам, ощущение «песка» под веками, слезотечение. Глаза заболели через два дня после купания в пруду. При осмотре: конъюнктива век и глазных яблок выраженно инъецирована, имеется слизистое отделяемое в незначительном количестве.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 1.

1. У пациента имеется острый бактериальный конъюнктивит обоих глаз.
2. Необходимо провести осмотр переднего отдела глаз с помощью двух луп(бифокальным методом), проверить остроту зрения.
3. Дифференциальная диагностика проводится между конъюнктивитами другой этиологии.

4. Направить на консультацию к офтальмологу для назначения лечения. Лечение заключается в инстилляциях глазных капель с антибиотиками, глазныхдезинфицирующих капель.

5. Острый конъюнктивит может перейти в хронический и осложниться вовлечением в воспалительный процесс роговицы,

Задача № 2.

К Вам обратился больной 32-х лет, у которого на фоне подъема температуры до 37,7° катара верхних дыхательных путей, недомогания, насморка, появились отек век, гиперемия и отечность конъюнктивы (особенно в области нижней переходной складки), умеренное слизисто-гнойное отделяемое.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 2.

1. Можно заподозрить аденофаринго-конъюнктивальную лихорадку или эпидемический фолликулярный конъюнктивит обоих глаз.
2. Тщательно проанализировать анамнез заболевания, эпиданамнез; провести осмотр переднего отдела глаза с помощью двух луп (бифокальным методом), проверить остроту зрения; осмотреть горло и прощупать регионарные лимфоузлы.
3. Данную патологию нужно дифференцировать с другими конъюнктивитамибактериальной или вирусной этиологии.
4. Направить больного на консультацию к офтальмологу.
5. При любом из вышеуказанных конъюнктивитов в воспалительный процессможет быть вовлечена роговая оболочка.

Задача № 3.

В районной больнице временно отсутствует офтальмолог и Вас вызвали в родильное отделение, где сначала у одного новорожденного, а затем еще у трех детей появились отечность век, покраснение глаз, нарастающая отечность слизистой оболочки (конъюнктивы) век и глазных яблок, обильное слизисто-гнойное отделяемое.

1. Какое заболевание Вы заподозрите?

2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии?

4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?

5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 3.

1. Можно заподозрить у новорожденных вспышку гонобленнорреи.

2. Тщательно проанализировать анамнез заболевания, эпиданамнез; провести визуальную оценку состояния переднего отдела глаз у заболевших новорожденных.

3. Дифференциальная диагностика должна быть проведена с острым эпидемическим конъюнктивитом, острым дифтерийным или пневмококковым конъюнктивитом, с острым вирусным конъюнктивитом.

4. Срочно поставить в известность главного врача больницы, известить по телефону местное отделение Роспотребнадзора. Вызвать в родильное отделение врача акушера-гинеколога и педиатра, в отделении изолировать больных детей от здоровых, ввести карантинный режим, назначить в глаза больным новорожденным инстилляции дезинфицирующих капель и/или капель антибиотиков при соблюдении всех правил асептики и антисептики.

5. Опасные осложнения при гонобленнорее – гнойная язва роговой оболочки, ущемление отечной конъюнктивы веками.

Задача № 4.

Больная 34 лет жалуется на покраснение и боль в области внутренней части нижнего века левого глаза, повышение температуры до 37,4°, головную боль, недомогание. Симптомы возникли после того, как в домашних условиях лечила болевший зуб на верхней челюсти с этой стороны. Объективно отмечается выраженная гиперемия кожи и отек нижнего века левого глаза в проекции слезного мешка. Отмечается выраженная болезненность и выделение гноя через нижнюю слезную точку, умеренная инъекция сосудов конъюнктивы, отечность слизистой оболочки нижнего века и глазного яблока. Правый глаз здоров.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этой пациентки?

2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии?

4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?

5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 4.

1. Можно заподозрить острый дакриоцистит слева.
2. Методом фокального или бифокального осмотра обследовать передний отдел левого глаза, исследовать остроту зрения обоих глаз.
3. Данную патологию следует дифференцировать с начинающейся флегмоной нижнего века левого глаза и флегмоной слезного мешка.
4. Срочно направить больную к офтальмологу или непосредственно в офтальмологический стационар.
5. Может развиться флегмона слезного мешка, флегмона орбиты. Возможен переход острого дакриоцистита в хронический процесс с упорным слезотечением.

Задача № 5.

К Вам обратился больной 67 лет с жалобами на наличие ограниченного уплотнения у внутреннего угла нижнего века левого глаза. Оно не беспокоит больного в течение двух лет, но в последнее время поверхность образования стала легко травмироваться, покрываясь струпом, который вскоре отпадает и периодически изъязвляется.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 5.

1. Можно заподозрить новообразование нижнего века левого глаза.
2. Нужно осмотреть область новообразования и всего нижнего века левого глаза, пропальпировать регионарные лимфатические узлы.
3. Необходимо диагностировать - доброкачественное или злокачественное новообразование у больного? Также необходимо провести дифференциальную диагностику с хроническим дакриоциститом слева.
4. Срочно направить больного на консультацию к офтальмологу, либо в онкологический диспансер.
5. Если новообразование злокачественное, то может прорастать в орбиту, придаточные пазухи, метастазировать.

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ И СКЛЕРЫ»

Задача № 1. К Вам обратилась мать с девочкой 8 лет, у которой два дня назад появилось покраснение левого глаза, выраженная светобоязнь, слезотечение. При осмотре: девочка бледная, вялая, худенькая. В возрасте 6 лет у девочки была положительная реакция Манту, но от дальнейшего обследования родители девочки отказались. Локальный статус: веки OS умеренно отечны, отмечается наличие серого округлого инфильтрата в роговой оболочке у наружного лимба и ее отек. Правый глаз здоров. Острота зрения OD 1,0. На OS остроту зрения проверить не удалось ввиду выраженной светобоязни.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у пациентки?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 1.

1. Можно заподозрить острый фликтенулезный кератит левого глаза.
2. Тщательно проанализировать жалобы, анамнез заболевания, семейныйанамнез; проверить остроту зрения обоих глаз.
3. Провести бифокальный осмотр переднего отдела глаза и особое вниманиеуделить роговой оболочке левого глаза.
4. В данном случае следует дифференцировать с гематогенным туберкулезным кератитом или конъюнктивитами.
5. Необходимы консультации фтизиатра, офтальмолога, при необходимости

– консультация и лечение фтизиоокулиста. Поскольку заболевание склонно к рецидивам, постепенно может мутнеть вся роговая оболочка, при этом зрение значительно снижается. Может быть, перфорация роговой оболочки и процесс осложняется кератоувеитом. При рецидивах образуется бельмо роговой оболочки.

Задача № 2.

Ввиду отсутствия окулиста к Вам обратилась женщина с мальчиком 11 лет, которого беспокоят снижение остроты зрения, боли в левом глазу,

отдающие в зубы и ухо с левой стороны. Боль в глазу появилась вчера днем, к вечеру - усилилась, и мама ребенка заметила изменение цвета радужной оболочки и сужение зрачка на больном глазу. При обследовании: OD спокоен; OS - глазная щель умеренно сужена, отмечается выраженная светобоязнь, перикорнеальная инъекция, радужная оболочка отечна, рисунок ее стушеван, зрачок узкий, слегка овальной формы, реакция на свет снижена. В проходящем свете рефлекс с глазного дна виден, но нечетко.

1. Какие дополнительные методы обследования Вы используете в данномслучае?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?
4. В чем будет заключаться Ваша помощь больному?
5. Какие возможны осложнения при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 2.

1. Необходимо уточнить анамнез заболевания, проверить остроту зрения обоих глаз, определить, имеются ли циклитные (цилиарные) боли при пальпации левого глазного яблока.
2. Можно предположить острый иридоциклит левого глаза.
3. Данное заболевание следует дифференцировать с острым кератитом левогоглаза (объясните - почему и в чем различие).
4. Направить в офтальмологический стационар, дополнительно проконсультировать с педиатром, стоматологом и ЛОР – врачом.
5. При остром иридоциклите возможно сращение и заращение зрачка, позднее – развитие осложненной (постувеальной) катаракты, вторичной (постувеальной) глаукомы, переход воспаления на внутренние среды глаза - стекловидное тело; хронизация процесса.

Задача № 3.

Во время Вашего дежурства по районной больнице обратился комбайнер 43 лет, которому 2 дня тому назад на улице что-то попало в правый глаз. Пытался дома несколько раз промыть глаз водой, но чувство инородного тела и боль под верхним веком ОД остались. Со слов пациента, раньше вдаль и вблизи видел хорошо. При обследовании OD - глазная щель сужена, светобоязнь, слезотечение, сосуды переднего отдела глаза инъецированы. На отечной роговой оболочке на 12 часах видна язвочка диаметром около 3 мм, в передней камере экссудат серовато-желтого цвета. Рисунок радужной оболочки OD стушеван, зрачок сужен до 2 мм в диаметре, вяло реагирует на

свет.

1. Что Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 3.

1. Можно заподозрить гнойную язву роговой оболочки правого глаза.
2. Проверить остроту зрения обоих глаз, тщательно осмотреть роговую оболочку OD с помощью глазных луп фокально и бифокально. Оценить состояние прозрачных сред глаза (роговой оболочки, хрусталика и стекловидного тела) в проходящем свете.
3. Необходимо дифференцировать с глубокими кератитами разной этиологии.
4. На правый глаз наложить асептическую повязку и срочно направить больного на консультацию к офтальмологу или в офтальмологиче ский стационар (отделение).
5. Перфорация язвы роговой оболочки; развитие кератоувеита, эндофтальмита, панофтальмита с последующей атрофией глазного яблока.

Задача № 4.

Вечером во время Вашего дежурства в районной больнице обратился мужчина 54 лет, который вчера при работе на приусадебном участке веткой малины поцарапал роговую оболочку левого глаза. Его беспокоят боль, резь, светобоязнь, слезотечение, снижение зрения в левом глазу. При осмотре OS отмечается сужение глазной щели, слезотечение, выраженная смешанная инъекция сосудов глазного яблока. В оптической зоне роговой оболочки имеется царапина неправильной линейной формы длиной около 3 мм с выраженным отеком в этой области. Остальные структуры глаза не изменены.

1. Какие методы обследования Вы используете в данномслучае?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие возможны осложнения при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 4.

1. Необходимо проверить остроту зрения обоих глаз. По

возможности окрасить роговицу 1% раствором метиленовой синьки с целью определения глубину поражения роговой оболочки и внимательно осмотреть ее с по- мощью бифокального освещения.

2. Можно предположить эрозию роговой оболочки левого глаза.

3. Следует дифференцировать с поверхностным посттравматическим кератитом и проникающим ранением роговой оболочки.

4. Внутримышечно ввести ПСС или анатоксин по Безредке и направить больного на консультацию к офтальмологу, в офтальмотравматологический пункт или глазной стационар.

5. Возможны осложнения в виде развития кератита (в том числе, учитывая условия получения травмы – грибковой этиологии) и кератоувеита.

Задача № 5.

К Вам обратился больной 54 лет с жалобами на боль, слезотечение, покраснение, светобоязнь, значительное снижение зрения OD. Из анамнеза - в тюремном заключении перенес туберкулез легких, после чего это третий рецидив заболевания глаза. При наружном осмотре: OS - здоров; OD- выраженная перикорнеальная инъекция, роговая оболочка диффузно отечная, мутная, видны отдельные крупные желтовато-серые инфильтраты, отмечается выраженная неоваскуляризация роговой оболочки.

1. Какие методы диагностики Вы используете в данном случае?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. С чем дифференцируется это заболевание?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Каков прогноз при данной патологии?

<u>Эталон ответа к задаче № 5.</u>

1. Проверить остроту зрения, фокально и бифокально осмотреть роговуюоболочку и весь передний отдел OD. Посмотреть в проходящем свете другие прозрачные среды глаза (хрусталик, стекловидное тело), попальпировать глазное яблоко для выявления циклитных (цилиарных) болей в нем.

2. Можно предположить хронический рецидивирующий кератит туберкулезной этиологии правого глаза.

3. Туберкулезный кератит необходимо дифференцировать с другими специфическими воспалениями роговой оболочки (паренхиматозным сифилитическим, токсоплазмозным, бруцеллезным и др. кератитами), кератоувеитом этой же этиологии.

4. Направить больного на консультацию к фтизиоокулисту в

тубдиспансер или офтальмологический стационар.

5. Прогноз неблагоприятный, так как процесс рецидивирующий и приводит к формированию стойкого помутнения роговой оболочки - бельма. Кроме того, в воспаление может вовлекаться радужная оболочка и цилиарное тело с развитием кератоувеита.

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСУДИСТОГО ТРАКТА»

Задача № 1.

Родители ребенка 7 лет заметили у него припухлость и покраснение в области обоих коленных суставов. Накануне у него покраснел левый глаз, зрение снизилось, и появились боли. По поводу суставов родители обращались к фельдшеру, который рекомендовал провести обследование ребенка, однако этого сделано не было. При наружном осмотре OS: выражена перикорнеальная инъекция, роговая оболочка отечная, цвет радужной оболочки изменен по сравнению со здоровым глазом, рисунок ее смазан, зрачок сужен, форма неправильная, реакция на свет снижена. OD спокоен.

1. Какую патологию Вы заподозрите у ребенка?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо дифференцировать заболевание левого глаза?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения возможны при данной патологии?

<u>Эталон ответа к задаче № 1.</u>

1. Можно заподозрить острый иридоциклит левого глаза.

2. Проверить остроту зрения обоих глаз. Бифокальным методом исследовать OS: роговую оболочку, переднюю камеру, радужную оболочку, зрачок,провести исследование в проходящем свете. Пальпаторно определить наличие или отсутствие циклитных (цилиарных) болей в левом глазу.

3. Данное заболевание следует дифференцировать с острым кератитом или симптомокомплексом с поражением суставов и переднего отдела увеального тракта.

4. Следует срочно направить больного на консультацию к офтальмологу, педиатру, ревматологу.

5. Вовлечение в воспалительный процесс стекловидного тела, сращение или заращение зрачка, позднее – развитие осложненной (постувеальной) катаракты, вторичной (постувеальной) глаукомы.

Задача № 2.

Пациентка 47 лет жалуется на боли в левом глазу, покраснение и значительное снижение зрения. Около 5 дней назад болела ОРЗ, лечилась дома, была высокая температура, насморк, кашель. Левый глаз заболел накануне. Объективно: OS выраженная перикорнеальная инъекция, в передней камере виден горизонтальный уровень гноя высотой 1,5 мм, радужная оболочка отечна, изменена в цвете в сравнении со здоровым глазом, зрачок неправильной формы, практически не реагирует на свет. При пальпации в области проекции цилиарного тела отмечается выраженная болезненность. OD здоров.

1. Какое заболевание можно заподозрить у этой пациентки?
2. Дополнительные методы исследования, которые необходимо провести?
3. С чем необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Ваша дальнейшая тактика действий?
5. Какие осложнения могут развиться при данном заболевании?

Эталон ответа к задаче № 2.

1. Можно заподозрить острый иридоциклит левого глаза.
2. Проверить остроту зрения обоих глаз, провести осмотр левого глаза (роговой и радужной оболочек, зрачка, влаги передней камеры), пропальпировать глазное яблока в проекции цилиарного тела (циклитные, цилиарные боли).
3. Острый иридоциклит необходимо дифференцировать с острым кератитом.
4. Больная нуждается в консультации офтальмолога, необходимо срочно направить в офтальмологический стационар.
5. Наиболее частые осложнения: сращение или заращение зрачка, в более позднем периоде могут развиться осложненная (постувеальная) катаракта или вторичная (постувеальная) глаукома. Утяжеление процесса – развитие эндофтальмита или панофтальмита с исходом в субатрофию глазного яблока и слепоту. Может быть переход в хроническую форму заболевания.

Задача № 3.

К Вам обратилась мама с сыном-подростком 13 лет. Мальчика беспокоит боль, светобоязнь, слезотечение, ощущение инородного тела в левом глазу. Вышеперечисленные жалобы возникли накануне. При обследовании: острота зрения OD-0,6 не корр., OS-1,0; OD - глазная щель сужена, умеренно выражены перикорнеальная инъекция глазного яблока, светобо язнь, слезотечение, зрачок сужен, реакция на свет практически

отсутствует.

1. Какое заболевание можно заподозрить у подростка?
2. Какие методы обследования желательно провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику в данномслучае?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения можно ожидать при данной патологии?

Эталон ответа № 3.

1. Можно заподозрить острый иридоциклит левого глаза.
2. Необходимо фокально и бифокально провести осмотр роговой оболочки, передней камеры, радужной оболочки, ее зрачкового края. В проходящем свете попытаться определить состояние хрусталика и стекловидного тела.
3. Острый иридоциклит следует дифференцировать с острым кератитом.
4. Больная нуждается в срочной консультации и лечении в офтальмологическом стационаре.
5. Возможно сращение или заращение зрачка, утяжеление процесса с развитием эндофтальмита, панофтальмита с исходом в субатрофию глазного яблока и слепоту. В более поздние сроки возможно развитие осложненной (постувеальной) катаракты, вторичной (постувеальной) глаукомы. Острый процесс может перейти в хронический.

Задача № 4.

На консультацию обратился больной 32 лет с жалобами на повторяющиеся покраснения глаз, снижение остроты зрения. Болен в течение 3 лет, неоднократно лечился в стационаре и амбулаторно; обострения бывают с частотой до 4-6 раз в год. В течение последней недели стал отмечать прогрессирующее ухудшение зрения обоих глаз. Имеются симптомы язвенного поражения слизистой полости рта, со слов больного – язвенные поражения половых органов, эритема кожи туловища. Со стороны OU - признаки обострения хронического иридоциклита с наличием гноя в передней камере.

1. Какую патологию можно заподозрить у пациента?
2. Методы диагностики, которые можно применить в данной ситуации?
3. С чем проводится дифференциальная диагностика предполагаемого заболевания?

4. Дальнейшая тактика Ваших действий?
5. Чем может осложниться это заболевание?

Эталон ответа к задаче № 4.

1. Можно заподозрить синдром Бехчета.
2. Необходимо проверить остроту зрения обоих глаз без коррекции и с коррекцией, фокально и бифокально осмотреть роговую оболочку, переднюю камеру и ее содержимое (гипопион), радужную оболочку и ее зрачковый край, определить реакцию зрачков на свет, в проходящем свете попытатьсяоценить состояние хрусталика и стекловидного тела.
3. Предполагаемый синдром Бехчета дифференцируют с синдромом Стивенса – Джонсона, синдромом Рейтера, СПИДом.
4. Больной нуждается в консультации офтальмолога, уролога, ревматолога и других специалистов. Необходимо направить к офтальмологу или в офтальмологический стационар.
5. Осложнения со стороны глаз при синдроме Бехчета – развитие осложненной катаракты, помутнение стекловидного тела, вовлечение в процесс собственно сосудистой оболочки (хориоидеи) и сетчатой оболочки с возникновением хориоретинита.

Задача № 5.

На прием обратился молодой человек 28 лет с жалобами на покраснение и боли в правом глазу, значительно усиливавшиеся ночью. Заболел остро. Из анамнеза - длительно страдает ревматизмом. При осмотре: OD - смешанная инъекция сосудов глазного яблока, на задней поверхности роговой оболочки видны мелкие серые преципитаты, в передней камере - гнойный экссудат. Радужка отечна, зрачок сужен, реакция на свет вялая.

1. Какую патологию Вы заподозрите у пациента?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
4. Ваша тактика действий?
5. Какими осложнениями чревато это заболевание?

Эталон ответа к задаче № 5.

1. Можно предполагать наличие острого гнойного иридоциклита ревматоидной этиологии правого глаза.
2. Необходимо выяснить анамнез общего заболевания, проверить

остроту зрения без коррекции и с коррекцией, провести фокальный и бифокальный осмотры переднего отдела обоих глаз, в проходящем свете попытаться оценить состояние хрусталика и стекловидного тела, пальпаторно проверить, имеются ли циклитные (цилиарные) боли в правом глазу. Дифференциальная диагностика проводится с острым кератоконъюнктивитом, острым кератитом, острым приступом закрытоугольной глаукомы.

3. Больной нуждается в срочной консультации офтальмолога и лечении в офтальмологическом стационаре.

4. Острый иридоциклит может довольно быстро привести к возникновению сращений между зрачковым краем радужной оболочки и передней капсулой хрусталика (синехиям), сращению и заращению зрачка, утяжелению процесса с вовлечением в воспаление стекловидного тела (эндофтальмит) или всех оболочек глаза (панофтальмит), с последующим исходом в субатрофию глаза и слепоту. В более позднем периоде развивается осложненная (постувеальная) катаракта и вторичная (постувеальная) глаукома.

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ ХРУСТАЛИКА И СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА»

Задача № 1.

К Вам обратилась мать полугодовалого ребенка в связи с тем, что, по мере роста ребенка, она заметила пленку серого цвета в области зрачков на обоих глазах. При взгляде на окружающие предметы ребенок смотрит как-то боком. При бифокальном осмотре у ребенка в центре зрачков видны темно-серого цвета помутнения округлой формы.

1. Какую патологию Вы заподозрите у ребенка?
2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут развиться при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 1.

1. Необходимо заподозрить у ребенка врожденную катаракту обоих глаз.

2. Надо выяснить анамнез, особенности течения беременности, перенесенные матерью во время беременности заболевания (особенно вирусные и в первом триместре беременности). Выяснить вопросы наследственности со стороны родителей ребенка. Было ли что-то подобное у старших детей этой пары, если этот ребенок не единственный? Провести

исследование в проходящем свете, пальпаторное исследование внутриглазного давления на обоих глазах.

3. Дифференцировать эту патологию глаз нужно с ретинобластомой обоих глаз, ретинопатией недоношенных, врожденной патологией сетчатки и зрительного нерва.

4. Направить ребенка на консультацию к детскому офтальмологу или в детскую офтальмологическую больницу.

5. Если не удалить врожденную катаракту обоих глаз, разовьется амблиопия обоих глаз со снижением остроты зрения до слабовидения и слепоты; может развиться нистагм, вторичное косоглазие.

Задача № 2.

Больная 67 лет предъявляет жалобы на отсутствие предметного зрения правого глаза и значительное снижение зрения левого глаза. Постепенное снижение зрения на оба глаза отмечает на протяжении последних 3 лет. Острота зрения OD - правильная проекция света; OS - 0,3 не корригирует. Глаза спокойны, при бифокальном осмотре роговые оболочки прозрачные, зрачок на OD равномерно серого цвета, зрачок на OS черного цвета.

1. Какую патологию можно заподозрить у больной?
2. С чем необходимо дифференцировать заподозренную патологию?
3. Какие методы обследования надо провести дополнительно?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут развиться при данном состоянии?

Эталон ответа к задаче № 2.

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

2. Провести осмотр в проходящем свете, пальпаторно исследовать внутриглазное давление на обоих глазах.

3. Дифференцировать данную патологию глаз следует с первичной открыто- угольной глаукомой, при этом общим является только снижение остроты зрения, все остальные симптомы разные.

4. Направить к офтальмологу для более детального обследования и решения вопроса об удалении катаракт.

5. Возрастная катаракта может перезреть, что приведет к возникновению вторичной факолитической или факотопической глаукомы; возникновению катаракты Морганьи; иридоциклиту, как аутоимунному ответу на нарушение барьерной функции капсулы хрусталика и попаданию хрусталиковых белков во внутреннюю среду глаза.

Задача № 3.

К Вам обратился охотовед 34 лет с жалобами непереносимость очковой коррекции. На левом глазу 3 года назад ему удалили осложненную посттравматическую катаракту, искусственный хрусталик не имплантировали ввиду тяжелого состояния глаза на момент операции. Правый глаз здоров, видит хорошо. Острота зрения OD-1,0; OS-0,02 с коррекцией (+) 11,0 дптр 0,3.

1. Какую патологию можно заподозрить у пациента?
2. С чем необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Какие методы обследования надо провести дополнительно?
4. Какова тактика дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут развиться при данном состоянии?

Эталон ответа к задаче № 3.

1. Афакия (отсутствие хрусталика) левого глаза, анизометропия.
2. Необходимо провести бифокальный осмотр и исследование в проходящем свете, пальпаторно (ориентировочно) определить уровень внутриглазного давления на обоих глазах и сравнить его.
3. Можно дифференцировать афакию левого глаза с его дислокацией (вывихом в стекловидное тело).
4. Направить на консультацию к офтальмологу для решения вопроса о коррекции зрения левого глаза с помощью отсроченной имплантации искусственного хрусталика или подбора контактной линзы.
5. Может развиться вторичное косоглазие левого глаза.

Задача № 4.

За советом к Вам обратился 67-летний отец знакомого. Он жалуется на мелькание «мушек» перед глазами, ощущение «тоненькой пленки перед глазами, которую хочется смахнуть». Правый глаз видит хуже левого. Более года назад обращался к терапевту в поликлинику по месту жительства. Страдает гипертонической болезнью, по поводу которой терапевтом было назначено гипотензивное лечение, однако глазные жалобы не исчезли. Объективно: острота зрения OD - 0,3; OS - 0,5; не корригируют. Глаза спокойные, роговая и радужная оболочки не изменены, зрачки черного цвета, реакция на свет сохранена, живая, в проходящем свете на фоне красного рефлекса с глазного дна видны темно-серые помутнения с периферии.

1. Какую патологию можно заподозрить у пациента?
2. С чем проводится дифференциальная диагностика?
3. Какие методы обследования нужно провести дополнительно?

4. Ваши рекомендации пациенту?
5. Можно ли данную патологию глаз лечить консервативно?

Эталон ответа к задаче № 4.

1. У пациента, скорее всего, имеются возрастные катаракты обоих глаз в незрелой стадии.
2. Дифференцировать возрастную катаракту необходимо с осложненными катарактами.
3. Уточнить некоторые данные анамнеза, выяснить, нет ли, помимо гипертонической болезни, сахарного диабета II типа или других соматических заболеваний. Ориентировочно (пальпаторно) определить уровень внутриглазного давления обоих глаз.
4. Необходимо направить пациента к офтальмологу для комплексного обследования.
5. Консервативное лечение возрастной катаракты существует, но эффективность его невелика, основной способ лечения – хирургический.

Задача № 5.

За консультацией обратилась пациентка 27 лет, у которой после автомобильной аварии двухлетней давности и проникающего ранения правого глаза, прооперированного в офтальмологическом стационаре, за последние полгода значительно снизилось зрение на нем. При осмотре: острота зрения OD – 0,1; OS – 1,0. OD – спокоен, зрачок сероватый, не совсем правильной формы, реакция на свет живая, рефлекс с глазного дна отсутствует. OS - без патологии.

1. Какую патологию Вы заподозрите у пациентки?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. Можно ли данную патологию лечить консервативно?
5. Ваши рекомендации пациенту?

Эталон ответа к задаче № 5.

1. У пациентки имеется полная осложненная (посттравматическая) катаракта правого глаза.
2. Уточнить анамнез травмы, провести наружный осмотр глаз, ориентировочно (пальпаторно) определить уровень внутриглазного давления обоих глаз.
3. Для уточнения диагноза направить больную на обзорную R-графию орбит в двух проекциях, УЗИ глаз.

4. Эта патология консервативно не лечится. Показано удаление катаракты правого глаза с соответствующей интраокулярной коррекцией для восстановления функции бинокулярного зрения.

5. Направлю пациентку на консультацию офтальмолога в поликлинику или непосредственно в офтальмологический стационар.

ТЕМА: «ГЛАУКОМЫ»

Задача № 1. К Вам обратилась пациентка 62 лет, в течение 19 лет страдающая инсулинозависимым сахарным диабетом. Беспокоит снижение остроты зрения обоих глаз. Объективно OU: атрофия радужной оболочки, при бифокальном осмотре определяются новоообразованные сосуды в радужной оболочке (рубеоз); при осмотре в проходящем свете в хрусталиках обоих глазах видны неравномерные помутнения, рефлекс с глазного дна снижен; острота зрения OD - 0,08 не корр., OS - 0,2, не корр., внутриглазное давление (ВГД) OD - 34 мм рт. ст., OS – 29 мм рт. ст.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у пациентки?
2. Какие методы обследования необходимо сделать дополнительно?
3. С чем проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Каков прогноз в плане сохранения зрения при данном состоянии?

Эталон ответа к задаче № 1.

1. Можно предполагать наличие вторичной (диабетической) глаукомы в сочетании с неполной осложненной катарактой обоих глаз. Кроме того, учитывая анамнез, можно думать о наличии у пациентки диабетической ретинопатии обоих глаз (?).

2. Необходимы дополнительные исследования – осмотр глазного дна, где это возможно, исследование полей зрения (периметрия), флюоресцентная ангиография, электрофизиологические методы исследования зрительного нерва и сетчатой оболочки. Все это проводится врачом-офтальмологом.

3. Необходима дифференциальная диагностика с первичной открытоугольной глаукомой обоих глаз.

4. Больная нуждается в срочной консультации офтальмолога и постоянном диспансерном наблюдении.

5. Прогноз в плане сохранения зрения неблагоприятный.

Задача № 2.

Пациент 28 лет обратился спустя 1,5 года после травмы правого глаза. Тогда была контузия глаза во время драки. За медицинской помощью обращался. В настоящее время беспокоит снижение зрения правого глаза. Объективно определяется: OD - спокоен, зрачок неравномерно расширен, неправильной формы, в хрусталике неравномерно выраженные помутнения, на глазном дне диск зрительного нерва (ДЗН) серого цвета, экскавирован. OSбез патологии. Острота зрения OD - 0,09, не корр., OS - 1,0. Внутриглазное давление OD - 37 мм рт. ст., OS - 21 мм рт. ст.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при даннойпатологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Каков прогноз заболевания правого глаза?

<u>Эталон ответа к задаче № 2.</u>

1. Предположительный диагноз: вторичная (посттравматическая) глаукома, неполная осложненная (посттравматическая) катаракта, посттравматический мидриаз правого глаза.
2. Пальпаторно (ориентировочно) определить уровень внутриглазного давления обоих глаз, посмотреть среды глаз в проходящем свете.
3. С другими видами вторичных глауком, определение стадии глаукомы правого глаза.
4. Направить больного на консультацию к офтальмологу для лечения и диспансерного наблюдения.
5. Неблагоприятный исход заболевания – необратимая слепота.

Задача № 3.

Обратился пациент 28 лет, перенесший, со слов больного, в новорожденном состоянии воспаление левого глаза. Беспокоит снижение зрения левого глаза, постепенно отмечаемое в течение нескольких лет. Кроме того, беспокоят боли в левом глазу, в виске слева, в левой половине головы, ноющего характера, несильные. Объективно на OS определяется: роговая оболочка в пределах глазной щели непрозрачная, отечная. Зрачок неправильной формы, неравномерно серого цвета, реакции зрачка на свет нет,

зрачок сужен до 3 мм. Глазное дно на OS не просматривается, ВГД - 37 мм рт. ст. Правый глаз здоров.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при даннойпатологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Каков прогноз при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 3.

1. У пациента предполагается вторичная (постувеальная) глаукома, частичная (осложненная) катаракта, лентовидная дегенерация роговой оболочки левого глаза.
2. Больному необходимо обследование в офтальмологическом стационаре (УЗИ – исследование левого глаза, электрофизиологические исследованияобоих глаз).
3. Со вторичными глаукомами другой этиологии.
4. Срочно направить пациента к офтальмологу или в офтальмологический стационар, учитывая уровень внутриглазного давления на левом глазу.
5. Прогрессирование глаукомы и дистрофического процесса в роговой оболочке приведет к необратимой слепоте левого глаза, прогноз неблагоприятный.

Задача № 4.

Обратилась женщина 35 лет, постоянно находящаяся на учете по поводу туберкулеза. Несколько раз лечилась в тубдиспансере и больнице внелегочных форм туберкулеза на курорте «Озеро Тагарское». Беспокоит снижение зрения на обоих глазах. Перенесла неоднократные обострения воспалений глаз в течение последних 10 лет. Объективно: OU спокойны, передняя камера мелкая, зрачки сужены до 1,5 мм, неправильной формы, реакции на свет нет, отмечается выбухание радужной оболочки в переднюю камеру, рефлекса с глазного дна при осмотре в проходящем свете нет, передняя ка- мера мелкая на обоих глазах. Внутриглазное давление: OD - 38 мм рт. ст., OS

- 42 мм рт. ст.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этой больной?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику

при даннойпатологии?

4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какой исход может быть при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 4.

1. У больной имеется вторичная (постувеальная, туберкулезной этиологии) глаукома обоих глаз. Окклюзия зрачков, бомбаж радужной оболочки обоихглаз.
2. Проверить остроту зрения без коррекции и с коррекцией; по – возможности, ориентировочно определить границы полей зрения, фокально и бифокально осмотреть роговую оболочку, переднюю камеру, радужную оболочку, зрачки. Учитывая анамнез заболевания, пропальпировать глазные яблоки на наличие циклитных (цилиарных) болей.
3. Со вторичными глаукомами другой этиологии.
4. Срочно направить на консультацию к офтальмологу, в лазерное отделение офтальмологического стационара для решения вопроса о возможности лазерной иридэктомии на обоих глазах, затем – под наблюдение фтизиоокулиста и фтизиатра.
5. Прогноз и исход заболевания неблагоприятные, слепота.

Задача № 5.

На прием обратился солдат срочной службы 18 лет с жалобами на значительное снижение зрения в сумерках и ночью. Был призван в ряды армии 6 месяцев назад, служил в ВДВ. Во время дневных прыжков проблем не возникало, во время ночных прыжков почувствовал себя совершенно беспомощным. Объективно: острота зрения OU - 1,0. Поля зрения сужены до 5- 10º от точки фиксации на обоих глазах. На глазном дне OU: диски зрительных нервов серые, субтотальная глубокая экскавация. Внутриглазное давление: OD - 45 мм рт. ст., OS - 42 мм рт. ст.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Каков прогноз для зрения при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 5.

1. У пациента далекозашедшая стадия юношеской глаукомы обоих глаз.

2. Выяснить анамнез заболевания – семейный и личный. Особое внимание обратить на наличие неблагоприятной наследственности по мужской линии –страдает ли кто-либо из кровных родственников (отец, дядя, брат) аналогичным заболеванием.

3. Дифференциальная диагностика должна проводиться с атрофиями зрительного нерва другой этиологии.

4. Срочно направить пациента к офтальмологу для решения вопроса о хирургическом лечении юношеской глаукомы. Далее – для постоянного диспансерное наблюдения и лечения.

5. Так как у больного уже далекозашедшая стадия глаукомы, прогноз неблагоприятный, и после хирургического лечения возможно прогрессирование с исходом в необратимую слепоту вследствие атрофии зрительного нерва.

ТЕМА: «ТРАВМЫ ОРГАНА ЗРЕНИЯ»

Задача № 1.

Обратился пострадавший 18 лет по поводу «свежей» контузии правого глазного яблока. Острота зрения OD - 0,6 не корр., OS - 1,0. Беспокоит значительный отек и гематома век, затруднено открытие глазной щели правого глаза. При пальпации век правого глаза Вы отметили выраженную крепитацию.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этого пострадавшего?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. С чем проводится дифференциальная диагностика при данной патологии?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения можно ожидать при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 1.

1. Контузия правого глаза 1 степени тяжести. Возможно, имеется нарушениецелостности костей внутренней стенки правой орбиты.
2. Осторожно пропальпировать края правой орбиты, провести фокальный и бифокальный осмотры, а также исследование в проходящем свете.
3. Дифференцировать следует по степени тяжести травмы правого глаза.
4. Следует срочно («скорой помощью») отправить пострадавшего в

офтальмотравматологический пункт.

5. Могут быть подвывих или вывих хрусталика, отек роговой, радужной и/или сетчатой оболочек, отек зрительного нерва, надрывы зрачкового края радужной оболочки, отрыв корня радужной оболочки.

Задача № 2.

К Вам обратился мужчина с жалобами на опущение верхнего века правого глаза спустя 6 месяцев после сильной контузии век и глазного яблока.

1. Какую патологию можно предположить у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова Ваша дальнейшая тактика?
5. Какие осложнения могут быть при данном состоянии?

Эталон ответа к задаче № 2.

1. Можно предположить травму леватора верхнего века или повреждениеглазодвигательного нерва, в результате чего развилось опущение верхнего века (птоз).
2. Дополнительно необходимо проверить остроту зрения, объем движений правого глазного яблока.
3. Данное состояние дифференцируют только по степени опущения верхнего века.
4. Направить пациента на консультацию к офтальмологу.
5. Снижение остроты зрения за счет опущенного века.

Задача № 3.

Спустя один месяц после сильной контузии левого глаза к Вам обратился больной с жалобами на упорное слезотечение.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 3.

1. Можно заподозрить разрыв слезного канальца (скорее всего, нижнего) левого глаза в результате контузии века, но может быть и надрыв или отрыв нижнего века левого глаза, выворот нижней слезной точки.

2. Дополнительно необходимо провести фокальный и бифокальный осмотры слезных точек и век левого глаза, пропальпировать слезный мешок, провести канальцевую и носовую пробы (объяснить их принципы).

3. Дифференцировать следует с выворотом века, окклюзией слезной точки,хроническим дакриоциститом.

4. Необходима консультация офтальмолога, дать направление.

5. Данная патология может осложняться упорным слезотечением, хроническим конъюнктивитом, мацерацией и дерматитом кожи век.

Задача № 4.

К Вам обратился молодой человек спустя два часа после того, как получил сильный удар кулаком по правому глазу. При обследовании пострадавшего: на травмированном глазу обширная гематома век, кровоизлияние под конъюнктиву, сосуды переднего отдела глаза расширены, роговая и радужная оболочки отечны, зрачок черного цвета, широкий, реакция на свет отсутствует, в передней камере небольшое количество свежей крови.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии.

<u>Эталон ответа к задаче № 4.</u>

1. Контузия правого глаза (предположительно, тяжелой степени).

2. Пропальпировать края обеих орбит, провести фокальный и бифокальный осмотры, осмотр в проходящем свете, проверить остроту зрения, сделать обзорную рентгенограмму проекции орбит.

3. Данную травму правого глаза следует дифференцировать с проникающим ранением глазного яблока, переломом костей внутренней стенки орбиты.

4. Срочно направить больного к офтальмотравматологический пункт или в глазной стационар.

5. Нарушение целостности внутренних структур глаза, кровоизлияние в сетчатку, стекловидное тело, подвывих или вывих хрусталика, отрыв корня радужки, разрыв и отслойка сетчатки, отрыв зрительного нерва.

Задача № 5.

К Вам обратился пациент, который вчера случайно поцарапал веткой роговицу левого глаза. Предъявляет жалобы на сильную боль в глазу, светобоязнь, слезотечение, снижение зрения.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем надо проводить дифференциальную диагностику данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 5.

1. У пациента имеется эрозия роговой оболочки или посттравматический кератит левого глаза.
2. Необходимо проверить остроту зрения обоих глаз, провести фокальный и бифокальный осмотры травмированного глаза, обращая особое внимание на состояние роговой оболочки, осмотр в проходящем свете.
3. Эрозию роговой оболочки левого глаза дифференцируют с проникающим ранением роговой оболочки и с посттравматическим кератитом.
4. Направить больного на консультацию и лечение к офтальмологу.
5. Если это эрозия роговицы, то может развиться посттравматический кератит; если уже развился кератит, то возможно присоединение воспаления радужной оболочки и цилиарного тела (иридоциклит).

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕТЧАТКИ И ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА»

Задача № 1.

Вы направили на консультацию к офтальмологу больную 62 лет, которая страдает гипертонической болезнью на протяжении 15 лет. В заключении врач написал, что на глазном дне обоих глаз пациентки имеется незначительное сужение и неравномерность калибра артерий, умеренное расширение и извитость вен, соотношение их калибра составляет 1:3.

1. Какой стадии гипертонической болезни соответствуют описанные офтальмологом изменения глазного дна пациентки?
2. Как называется эта стадия изменений на глазном дне?

3. Указывают ли описанные изменения на нарушение гемодинамики в сетчатой оболочке?

4. Характерен ли для этой стадии изменений симптом «медной и серебрянойпроволоки»?

5. Приводят ли отмеченные офтальмологом изменения к значительному снижению зрительных функций?

Эталон ответа к задаче № 1.

1. Указанные изменения соответствуют стадии функциональных сосудистыхрасстройств, гипертонической болезни IA или IIA.

2. Описанные изменения соответствуют стадии гипертонической ангиопатии.

3. Несомненно, указанные изменения свидетельствуют о нарушениях гемодинамики сетчатой оболочки.

4. Для описанной стадии изменений сосудов сетчатой оболочки симптом

«медной и серебряной проволоки» не характерен - он соответствует стадиигипертонического ангиосклероза.

5. Отмеченные изменения не приводят к значительному снижению зрительных функций.

Задача № 2.

Вы направили на консультацию к офтальмологу больную 49 лет, более 10 лет страдающую гипертонической болезнью (ГБ). В своем заключении офтальмолог отметил, что на глазном дне обоих глаз имеется значительное сужение, извитость и уплотнение стенок артерий, при этом калибр их неравномерный. Артерии изменены по типу «медной и серебряной проволоки». Крупные вены расширены и извиты, симптом Салюса - Гунна I u II степени.

1. Какой стадии гипертонической болезни соответствуют указанные офтальмологом изменения на глазном дне у данной пациентки?

2. Как называется эта стадия изменений на глазном дне?

3. Характерно ли для этой стадии изменений сосудов сетчатой оболочки появление кровоизлияний, белых ватообразных очагов и картины застойного диска зрительного нерва?

4. Характерно ли для этой стадии изменений сетчатой оболочки появление в области желтого пятна «фигуры звезды»?

5. Приводят ли отмеченные окулистом изменения к снижению зрительных функций?

Эталон ответа к задаче № 2.

1. Указанные изменения соответствуют фазе устойчивого повышения систолического и диастолического АД и наблюдаются обычно при II А и II Б стадиях гипертонической болезни.
2. Описана стадия гипертонического ангиосклероза.
3. Эти изменения характерны для стадии гипертонической ангионейропатиии нейроретинопатии.
4. Появление в области желтого пятна «фигуры звезды» для описанной стадии не характерно. Ее появление соответствует стадии гипертонической ангиоретинопатии, нейроретинопатии или позднего гестоза беременных.
5. Отмеченные изменения приводят к снижению зрительных функций различной степени.

Задача № 3.

Вы направили на консультацию к офтальмологу больную 60 лет, которая в течение 15 лет страдает гипертонической болезнью. В своем заключении офтальмолог констатирует, что на глазном дне обоих глаз отмечается выраженное сужение, неравномерность калибра, извитость и уплотнение стенок артерий. Артерии имеют вид «медной и серебряной проволоки», вены расширены и извиты; имеется симптом Салюса-Гунна П-Ш степени. Отмечены также кровоизлияния в сетчатой оболочке, ее отек, наличие белых ватообразных очагов и желтовато-белых экссудативных очагов. В области желтого пятна видна «фигура звезды». Имеется отек сетчатой оболочки в области макулы, отек и нечеткость границ диска зрительного нерва с кровоизлияниями вокруг него.

1. Какой стадии гипертонической болезни более соответствуют описанныеофтальмологом изменения на глазном дне?
2. Как называется эта стадия изменений сетчатой оболочки у данной больной?
3. Врачей каких специальностей, помимо терапевта и офтальмолога, целесообразно привлечь к консультации больной?
4. Может ли развиться атрофия зрительного нерва в исходе этой стадии изменений на глазном дне?
5. Приводят ли отмеченные офтальмологом изменения к снижению зрительных функций?

Эталон ответа к задаче № 3.

1. Указанные изменения соответствуют IIIА–IIIБ стадиям гипертоническойболезни, но иногда могут встречаться и при IIА и IIБ стадиях.
2. Это стадия гипертонической ангиоретинопатии и нейроретинопатии.
3. Целесообразно привлечь к консультации больной невролога и, по – возможности, нейрохирурга.
4. В исходе этой стадии изменений сетчатки может развиться атрофия зрительного нерва.
5. Отмечается значительное снижение остроты зрения и темновой адаптации, сужение полей зрения, появляются скотомы, нарушается цветное зрение.

Задача № 4.

Вы направили на консультацию к офтальмологу беременную женщину 24 лет с симптомами позднего гестоза. В своем заключении офтальмолог написал, что на глазном дне имеются: выраженное сужение калибра артерий, рыхлые, ватоподобные очаги в сетчатой оболочке, отек диска зрительного нерва, кровоизлияния и наличие «фигуры звезды» в области макулы.

1. Какие офтальмологические методы исследования Вы можете провести приданной патологии органа зрения?
2. Отмечают ли беременные при указанной патологии глазного дна снижениезрительных функций?
3. Носит ли снижение зрительных функций в данном случае стойкий характер?
4. Может ли возникнуть отслойка сетчатки у этой беременной женщины приописанной патологии глазного дна?
5. Что может служить прямым показанием к прерыванию беременности?

Эталон ответа к задаче № 4.

1. Исследование остроты зрения, ориентировочное определение границ полейзрения двух глаз.
2. При такой патологии беременной женщины отмечают значительное снижение зрительных функций.
3. После прерывания беременности, если нет отслойки сетчатки или кровоизлияния в нее и стекловидное тело, зрительные функции восстанавливаются.
4. Вследствие выпота под сетчатку из сосудов хориоидеи может

произойтиотслойка сетчатки.

5. Отслойка сетчатки и/или увеличение патологических изменений на глазном

дне, наряду с ухудшением общего состояния, являются прямыми показания-ми к прерыванию беременности.

Задача № 5.

Вы направили на консультацию к офтальмологу больную 63 лет, страдающую в течение 8 лет сахарным диабетом 2 типа. В своем заключении офтальмолог написал, что на глазном дне обоих глаз отмечено расширение и извитость вен, микроаневризмы, мелкоточечные геморрагии, единичные восковидные экссудаты.

1. Как называется эта стадия диабетических изменений сетчатой оболочки и её сосудов?
2. Какой метод исследования дает возможность регистрировать самые начальные проявления сахарного диабета на глазном дне?
3. Характерны ли для этой стадии диабетической ретинопатии кровоизлияния в глубоких слоях сетчатки, отек сетчатки и дегенеративные изменения в ней?
4. Целесообразно ли в эту стадию диабетической ретинопатии проводить лазеркоагуляцию пораженных участков сетчатки?
5. Нарушаются ли зрительные функции при этой стадии диабетической ретинопатии?

Эталон ответа к задаче № 5.

1. Это стадия называется «непролиферативная диабетическая ретинопатия».
2. Выявить ранние изменения при сахарном диабете на глазном дне можно спомощью метода флюоресцентной ангиографии.
3. Эти изменения в сетчатке характерны для стадии препролиферативнойдиабетической ретинопатии.
4. В стадии непролиферативной диабетической ретинопатии целесообразнопроводить лазеркоагуляцию пораженных участков сетчатки.
5. В стадию непролиферативной диабетической ретинопатии зрительныефункции, как правило, не нарушены или нарушены незначительно.

ТЕМА: «ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ БИНОКУЛЯРНОГО ЗРЕНИЯ»

Задача № 1.

К Вам обратился пациент 23 лет с жалобами на стойкое отклонение правого глаза кнаружи и периодическое двоение, особенно при попытке свести глаза, после сильной контузии правого глаза около одного года назад.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этого пациента?
2. Дополнительные методы обследования, с Вашей точки зрения?
3. Дифференциальная диагностика патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 1.

1. Вероятнее всего, у данного пациента имеется паралитическое расходящееся косоглазие правого глаза.
2. Проверить остроту зрения вдаль без коррекции и с коррекцией, субъективным методом исследовать вид и степень рефракции, определить объем движений глазных яблок, вид косоглазия и величину его угла, вид зрения - монокулярное или одновременное.
3. Дифференциальную диагностику нужно проводить между содружественным и паралитическим видами косоглазия.
4. Рекомендовать консультацию невролога и офтальмолога для определениятактики лечения.
5. Может развиться двоение и стойкое нарушение бинокулярного зрения.

Задача № 2.

К Вам за советом обратилась мать с девочкой 4 лет, у которой около года назад стал периодически отклоняться кнаружи сначала левый глаз, а затем и правый.

1. Какую патологию Вы заподозрите у девочки?
2. Дополнительные методы обследования, с Вашей точки зрения?
3. В чем состоит дифференциальная диагностика данной патологии?
4. В чем будет заключаться тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут наблюдаться при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 2.

1. У девочки имеется, вероятно, содружественное монокулярное, либо альтернирующее расходящееся косоглазие.
2. Проверить остроту зрения вдаль каждого глаза без коррекции;

субъективным методом определить вид и степень рефракции, остроту зрения вдаль с субъективно определенной коррекцией. Определить объем движений глазных яблок, вид косоглазия и величину его угла, а также характер зрения (монокулярное, бинокулярное, одновременное).

3. Дифференцировать надо между явным и кажущимся косоглазием, между содружественным и паралитическим видами.

4. Направить на консультацию к офтальмологу.

5. Может развиться амблиопия косящего глаза, если это не альтернирующее косоглазие, стойкое нарушение бинокулярного зрения.

Задача № 3.

К Вам за советом обратилась мать подростка 14 лет, у которого, с ее слов, периодически косят кнутри попеременно правый и левый глаз. До момента обращения не лечились.

1. Какую патологию Вы заподозрите в данном случае?
2. Необходимые дополнительные методы обследования, с Вашей точки зрения?
3. В чем состоит дифференциальная диагностика данной патологии?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут наблюдаться при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 3.

1. У подростка имеется, вероятно, альтернирующее косоглазие.
2. Тщательно проанализировать жалобы и анамнез заболевания, проверить остроту зрения вдаль без коррекции и с коррекцией, таким образом, субъективно определить вид и степень рефракции. Определить объем движений глазных яблок и вид косоглазия.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить между явным и кажущимся косоглазием, между содружественным и паралитическим.
4. Рекомендовать консультацию офтальмолога.
5. Если у подростка альтернирующее косоглазие, амблиопии, как правило, не бывает. Может развиться стойкое нарушение бинокулярного зрения.

Задача № 4.

К Вам обратился пациент 17 лет с жалобами на стойкое двоение, особенно беспокоящее его при попытке посмотреть вправо, которое при повороте головы вправо исчезает.

1. Какую патологию Вы заподозрите в данном случае?

2. Дополнительные методы обследования, с Вашей точки зрения?
3. В чем состоит дифференциальная диагностика данной патологии?
4. В чем будет заключаться тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут наблюдаться при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 4.

1. Вероятнее всего, у больного имеется паралич наружной прямой мышцы правого глаза.
2. Проверить остроту зрения вдаль для каждого глаза с коррекцией и без коррекции, определить субъективно (с помощью подбора корригирующих очковых стекол из набора) вид и степень рефракции, определить объем движений глазных яблок, конвергенцию, вид косоглазия и ориентировочно - величину его угла, вид зрения – монокулярное или одновременное.
3. Дифференциальная диагностика проводится между содружественным и паралитическим косоглазием.
4. Больному показана консультация офтальмолога и невролога.
5. Может развиться стойкое нарушение бинокулярного зрения.

Задача № 5.

К Вам за советом обратился подросток 11 лет, у которого при взгляде вдаль появляется расходящееся косоглазие, но больше беспокоит то, что устают глаза при чтении.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при даннойпатологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 5.

1. У подростка, скорее всего, имеется некомпенсированная экзофория.
2. Проанализировать жалобы и анамнез заболевания, проверить остроту зрения вдаль каждого глаза, вид и степень рефракции, при необходимости –остроту зрения вдаль с субъективно определенной коррекцией. Определить объем движений глазных яблок, характер (вид) зрения – монокулярное, одновременное или бинокулярное.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить между

явными и кажущимся косоглазием, а также – между содружественным и паралитическим.

4. Рекомендуется консультация офтальмолога для диагностики и лечения.

5. Больше будет беспокоить мышечная астенопия.

4. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

4.1. Основная литература

1. Аветисова, С. Э. Офтальмология : национальное руководство / под ред. С. Э. Аветисова, Е. А. Егорова, Л. К. Мошетовой, В. В. Нероева, Х. П. Тахчиди. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 904 с. -URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970465851.html
2. Егорова, Е. А. Офтальмология : учебник / под ред. Е. А. Егорова. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 272 с. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459768.html
3. Тахчиди, Х. П. Справочник врача-офтальмолога / Х. П. Тахчиди, Н. А. Гаврилова, Н. С. Гаджиева [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 224 с. - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461532.html
4. Тахчиди, Х. П. Клинические нормы. Офтальмология / Х. П. Тахчиди, Н. А. Гаврилова, Н. С. Гаджиева и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 272 с. - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457283.html

4.2. Дополнительная литература

1. Лоскутов, И. А. Симптомы и синдромы в офтальмологии / Лоскутов И. А., Беликова Е. И. , Корнеева А. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 256 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461792.html
2. Сидоренко, Е. И. Офтальмология. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. Е. И. Сидоренко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 304 с.. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970450529.html
3. Аветисов, С. Э. Офтальмология. Национальное руководство / под ред. Аветисова С. Э. , Егорова Е. А. , Мошетовой Л. К. , Нероева В. В. , Тахчиди Х. П. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 752 с. - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451250.html
4. Муртазин, А. И. Офтальмология. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник / сост. А. И. Муртазин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 512 с. - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448403.html
5. Минеева, Л. А. Офтальмология для врача общей практики : учебно-методическое пособие / Минеева Л. А. [и др.] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 200 с. - / URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448250.html

4.3. Информационно-телекоммуникационные ресурсы сети «Интернет»

1. Образовательный портал ФГБОУ ВО «МГТУ» - https://mkgtu.ru/
2. Официальный сайт Правительства Российской Федерации - http://www.government.ru
3. Научная электронная библиотека www.eLIBRARY.RU - http://elibrarv.ru/
4. Электронный каталог библиотеки - http://lib.mkgtu.ru:8004/catalog/fol2;
5. Единое окно доступа к образовательным ресурсам - http://window.edu.ru/
6. Федеральная электронная медицинская библиотека - http://www.femb.ru/
7. Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России - https://www.edu.rosminzdrav.ru/
8. Социальная сеть для врачей - https://vrachivmeste.ru/
9. Лучшие медицинские сайты: Режим доступа: https://links-med.narod.ru/

Содержание

Введение 3-10

1. Структура дисциплины для очной формы обучения 11-12

2. Содержание разделов дисциплины

2.1. Лекционный курс 13-16

2.2. Практические (семинарские) занятия, их наименование, содержание и объем в часах 17-24

2.3. Содержание и объем самостоятельной работы ординаторов 25-27

3. Типовые контрольные задания и иные материалы

3.1. Вопросы к зачету и экзамену для проведения промежуточной аттестации по дисциплине «Офтальмология» 28-33

3.2. Тестовые задания для проведения текущего контроля знаний по дисциплине «Офтальмология» 34-62

3.3. Ситуационные задачи по дисциплине «Офтальмология» 63-96

4. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины 97-98