

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 01.11.2023 15:36:47
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480271b3c1a975e6f

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»
Медицинский институт**

Факультет

Послевузовского профессионального образования

Кафедра

Офтальмологии

УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по научной работе
и инновационному развитию

Т.А. Овсянникова

« 26 » 10 2023 года



**ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.59 ОФТАЛЬМОЛОГИЯ
(ОРДИНАТУРА)**

Майкоп

Матрица и таблицы компетенций обучающихся, формируемые в результате освоения в соответствии с рабочими программами дисциплин при реализации ОПОП специальности 31.08.59 Офтальмология

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

Программа ординатуры устанавливает универсальные, общепрофессиональные и профессиональные компетенции.

Универсальные компетенции выпускников ординатуры и индикаторы их достижения

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпуск	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессионально м контекст	иУК-1.1. Знать теорию системного подхода; последовательность и требования к осуществлению поисковой и аналитической деятельности для решения поставленных задач; возможные варианты и способы решения задачи; способы разработки стратегии достижения поставленной цели иУК-1.2. Уметь находить, критически анализировать и выбирать информацию, необходимую для решения поставленной задачи; выделять этапы решения и действия по решению задачи; рассматривать различные варианты решения задачи, оценивая их преимущества и риски; грамотно, логично, аргументировано формулировать собственные суждения и оценки; определять и оценивать практические последствия возможных решений задачи; разрабатывать последовательность действий решения поставленных задач иУК-1.3. Владеть методами системного и критического анализа проблемных ситуаций; навыками разработки способов решения поставленной задачи; оценкой практических последствий возможных решений поставленных задач.
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	иУК-2.1. Знать алгоритмы поиска оптимальных решений в рамках поставленной цели; способы определения взаимосвязи задач в рамках поставленной цели работы, обеспечивающих ее достижение; технологию проектирования ожидаемых результатов решения поставленных задач. иУК-2.2. Уметь проектировать решение конкретной задачи проекта, выбирая оптимальный способ ее решения, исходя из действующих правовых норм и имеющихся ресурсов и ограничений; качественно решать конкретные задачи (исследования, проекта, деятельности) за установленное время; публично

		<p>представлять результаты решения задач исследования, проекта, деятельности.</p> <p>иУК-2.3. Владеть</p> <p>навыком управления и координации работы участников проекта, представлением результатов решения задач исследования, проекта и путей внедрения в практику.</p>
Командная работа и лидерство	<p>УК-3. Способен</p> <p>руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению</p>	<p>иУК-3.1. Знать</p> <p>методы эффективного руководства коллективом при организации процесса оказания медицинской помощи населению (планирование, организация, управление, контроль); основные теории лидерства и стили руководства; нормативные законодательные акты по организации деятельности структурного подразделения медицинской организации.</p> <p>иУК-3.2. Уметь</p> <p>планировать последовательность действий команды (коллектива) для достижения заданной цели работы на основе понимания результатов (последствий) личных действий; эффективно взаимодействовать с другими членами команды; участвовать в обмене информацией и опытом с другими членами команды знаниями; проводить публичные выступления; управлять трудовыми ресурсами структурного подразделения медицинской организации; осуществлять отбор и расстановку работников в структурном подразделении медицинской организации; презентовать результаты работы команды; организовать процесс оказания медицинской помощи населению во взаимодействии с членами коллектива медицинских работников; осуществлять контроль работы подчиненного медицинского персонала.</p> <p>иУК-3.3. Владеть</p> <p>навыками планирования командной работы; навыками делегирования полномочия членам команды; навыками организации работы персонала медицинской организации в целях оказания медицинской помощи населению; навыками руководства работниками медицинской организации; навыками контроля выполнения должностных обязанностей подчиненным персоналом медицинской организации.</p>
Коммуникация	<p>УК-4. Способен</p> <p>выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности</p>	<p>иУК-4.1. Знать</p> <p>современные методы и технологии коммуникации; этические и деонтологические нормы общения; психологические и социологические закономерности и принципы межличностного взаимодействия</p> <p>иУК-4.2. Уметь</p> <p>выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности с учетом социально-культурных особенностей, этнических и конфессиональных различий.</p> <p>иУК-4.3. Владеть</p>

		навыками взаимодействия с людьми разных возрастных, социальных, этнических и конфессиональных групп.
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	<p>иУК-5.1. Знать свои ресурсы и их пределы (личностные, психофизиологические, ситуативные, временные); технологию перспективного планирования ключевых целей деятельности с учетом условий, средств, личностных возможностей; этапы карьерного роста и изменения карьерной траектории в связи с временной перспективой развития деятельности и требованиями рынка труда; ключевые принципы непрерывного медицинского образования.</p> <p>иУК-5.2. Уметь применять знание о своих ресурсах и их пределах; планировать достижение перспективных целей деятельности с учетом условий, средств, личностных возможностей; реализовывать намеченные цели деятельности с учетом условий, средств, личностных возможностей; критически оценивать эффективность использования времени и других ресурсов при решении поставленных задач, а также относительно полученного результата; планировать профессиональную траекторию с учетом особенностей профессиональной деятельности, принципов непрерывного медицинского образования и требований рынка труда.</p> <p>иУК-5.3. Владеть навыками саморазвития и осознанного обучения с использованием предоставляемых возможностей для приобретения новых знаний и навыков; навыками планирования профессиональной траектории, используя инструменты непрерывного медицинского образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда</p>

Общепрофессиональные компетенции выпускников ординатуры и индикаторы их достижения

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции (ОПК)/ Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции (иОПК)	Соответствие (ПС – ТФ, анализ опыта)
Деятельность в сфере	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной	ПС 02.017 – А/06.8.

информационных технологий	<p>деятельности и соблюдать правила информационной безопасности.</p>	ПС 02.022
	<p>иОПК-1.1. Знать</p> <ul style="list-style-type: none"> - современные информационные технологии и программные средства, применяемые в профессиональной деятельности; - правовые справочные системы; - актуальные библиографические ресурсы, электронные библиотеки, используемые в профессиональной сфере; - профессиональные базы данных; - базовые правила и требований информационной безопасности. <p>иОПК-1.2. Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - выбирать современные информационные технологии и программные средства, библиографические ресурсы, профессиональные базы данных для эффективного поиска информации; - осуществлять поиск информации, необходимой для решения профессиональных задач, с использованием правовых справочных систем, профессиональных баз данных; - применять требования информационной безопасности в профессиональной деятельности; - корректно использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну. <p>иОПК-1.3. Владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - алгоритмом решения профессиональных задач с использованием информационно-коммуникационных технологий; - алгоритмами решения организационных задач с использованием информационных технологий, библиографических ресурсов, медикобиологической терминологии; - навыком соблюдения правил информационной безопасности. 	<p>A/01.7 C/01.8, C/02.8, C/03.8, F/01.8 F/02.8 F/03.8 F/04.8</p>
Организационно управленческая деятельность	<p>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</p> <p>иОПК-2.1. Знать</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы трудового законодательства, законодательства в сфере здравоохранения, нормативные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения в Российской Федерации; - показатели, характеризующие деятельность медицинской организации; - показатели здоровья населения; - программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; 	<p>ПС 02.017 – A/06.8. ПС 02.022 A/01.7 C/01.8, C/02.8, C/03.8, F/01.8 F/02.8 F/03.8 F/04.8</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи в соответствии с профилем деятельности медицинской организации; - основы менеджмента; - основы бизнес-планирования; - принципы организации медицинской помощи; - стандарты менеджмента качества; - принципы управления качеством оказания медицинской помощи; - принципы оценки качества оказания медицинской помощи; - вопросы экспертизы качества оказания медицинской помощи, нормативную документацию по вопросам экспертизы качества медицинской помощи населению; - основные медико-статистические показатели, характеризующие качество оказания медицинской помощи; - порядок создания и деятельности врачебной комиссии. <p>иОПК-2.2. Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - использовать принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях; - применять основные подходы к анализу, оценке, экспертизе качества медицинской помощи для выбора адекватных управленческих решений; - проводить расчет и анализировать показатели качества медицинской помощи; - проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинской помощи; - разрабатывать мероприятия, направленные на повышение качества медицинской помощи. <p>иОПК-2.3. Владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками организации и управления в сфере охраны здоровья; - навыком анализа деятельности различных подразделений медицинской организации; - навыками расчета и анализа основных показателей качества медицинской помощи медицинских организаций с использованием основных медико-статистических показателей; - навыками обеспечения внутреннего контроля качества медицинской деятельности; - навыками руководства созданием системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации, а также обеспечения его внедрения и совершенствования. 	
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность.	Анализ опыта
	и ОПК-3.1. Знать	

	<ul style="list-style-type: none"> - основные педагогические категории; - общепедагогические основы профессионального обучения в организациях медицинского профиля; - компетентностно-ориентированные образовательные технологии; - нормативно-правовые акты, регламентирующие деятельность в сфере образования в Российской Федерации; - содержание основных нормативных документов, необходимых для проектирования образовательной программы и требования к ней. <p>иОПК-3.2. Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - использовать знания о структуре и принципах организации педагогического процесса в профессионально-педагогической деятельности; - моделировать и конструировать образовательные процессы в образовательных организациях медицинского образования; - разрабатывать традиционные и инновационные модели обучения; - применять основные нормативно-правовые акты в сфере образования и профессиональной деятельности с учетом норм профессиональной этики; - выявлять актуальные проблемы в сфере образования с целью предложения тем научного исследования обучающимся; - осуществлять выбор и использовать оптимальные методы преподавания. <p>иОПК-3.3. Владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками педагогического общения и использования компетентностно-ориентированного подхода в педагогической деятельности; - действиями по соблюдению правовых, нравственных и этических норм, требований профессиональной этики в условиях реальных педагогических ситуаций; - технологией проектирования образовательного процесса. 	
Медицинская деятельность	<p>ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.</p> <p>иОПК-4.1. Знать</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядок оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) патологическими состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты; - стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты; - клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) патологическими состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты; 	ПС 02.017 – А/01.8.

	<ul style="list-style-type: none"> - методику сбора информации и методику осмотра и обследования у пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты и их законных представителей; - анатомо-функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у взрослых и детей в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях; - этиологию и патогенез заболеваний и (или) патологических состояний глаза, его придаточного аппарата и орбиты; - современные классификации, симптомы и синдромы заболеваний глаза, его придаточного аппарата и орбиты; - профессиональные заболевания глаза, его придаточного аппарата и орбиты; - медицинские показания, ограничения и медицинские противопоказания к использованию современных методов инструментальной и лабораторной диагностики у взрослых и детей с заболеваниями и (или) патологическими состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты; - медицинские показания для оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах пациентам с заболеваниями и (или) патологическими состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты; - МКБ; - алгоритм постановки диагноза с учетом МКБ, - методы дифференциальной диагностики пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты. <p>иОПК-4.2. Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять сбор анамнеза и жалоб у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) патологическими состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты; - интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов; - обосновывать и планировать объем инструментального обследования и лабораторного исследования пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - применять методы дифференциальной диагностики пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты. <p>иОПК-4.3. Владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками осмотра пациента с заболеваниями и (или) патологическими состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты, сбора анамнеза и жалоб; 	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> - интерпретацией и клинической оценкой результатов лабораторных исследований и инструментальных обследований; - интерпретацией результатов осмотров врачами-специалистами, пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты; - навыком формулировки основного, сопутствующих заболеваний и осложнении пациентов с заболеваниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты и (или) патологическими состояниями, с учетом МКБ. 	
	<p>ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность.</p> <p>иОПК-5.1. Знать</p> <ul style="list-style-type: none"> - стандарты первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты; - порядок оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) патологическими состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты; - медицинские показания и медицинские противопоказания для применения хирургических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты; - клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) патологическими состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты; - цели, задачи и методику проведения предоперационной подготовки и послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты; - патогенез, клинику, диагностику заболеваний и (или) патологических состояний глаза, его придаточного аппарата и орбиты; - медицинские показания к проведению хирургических вмешательств при заболеваниях и (или) патологических состояниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты; - методику и хирургическую технику проведения хирургических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты; - механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты, медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением; - современные методы немедикаментозной терапии и лечебной физкультуры пациентам с заболеваниями и 	ПС 02.017 – А/02.8.

	<p>(или) патологическими состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты;</p> <ul style="list-style-type: none"> - признаки эффективности и безопасности действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, немедикаментозной терапии. <p>иОПК-5.2. Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - определять последовательность применения лекарственных препаратов, диагностических или лечебных манипуляций, медицинских изделий, немедикаментозной терапии, хирургического вмешательства у пациентов; - разрабатывать план лечения пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - определять медицинские показания и медицинские противопоказания к применению современных методов хирургического лечения заболеваний и (или) патологических состояний глаза, его придаточного аппарата и орбиты с учетом диагноза, возраста и клинической картины; - проводить работу по оформлению протокола оперативного вмешательства; - проводить работу по организации планового послеоперационного обследования; - обосновывать применение лекарственных препаратов, диагностических или лечебных манипуляций, медицинских изделий, и применение хирургического вмешательства у пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты; - обосновать немедикаментозные методы лечения; - проводить мониторинг эффективности и безопасности использования лекарственных препаратов и медицинских изделий, немедикаментозной терапии для пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты <p>иОПК-5.3. Владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками назначения лечения пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты с учетом диагноза, возраста и клинической картины; - навыками предотвращения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных; - навыками определения медицинских показаний к оказанию медицинской помощи в условиях стационара или в условиях дневного стационара; 	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - навыками мониторинга заболевания и (или) состояния пациента после хирургического вмешательства, корректировать план лечения; - методами планирования послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты; - навыками предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших в результате проведенных хирургических вмешательств; - навыками назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий пациентам; - навыками назначения немедикаментозного лечения пациентам; - методами оценки эффективности и безопасности примененного метода лечения у пациентов с заболеваниями и (или) патологическими глазами, его придаточного аппарата и орбиты 	
	<p>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.</p> <p>иОПК-6.1. Знать</p> <ul style="list-style-type: none"> - признаки временной нетрудоспособности и стойкого нарушения функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм или дефектами; - медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации; - виды и методы медицинской реабилитации; - порядок организации медицинской реабилитации, понятие эффективности медицинской реабилитации <p>иОПК-6.2. Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - составлять программы реабилитации; - выполнять мероприятия медицинской реабилитации пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями; - назначать санаторно-курортное лечение пациенту; - использовать критерии оценивания эффективности реабилитации. <p>иОПК-6.3. Владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками составления плана реабилитации, направления на санаторно-курортное лечение; - способами контроля медицинской реабилитации и оценки ее эффективности. 	ПС 02.017 – А/03.8.
	<p>ОПК-7. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p> <p>иОПК-7.1. Знать</p>	ПС 02.017 – А/05.8.

	<ul style="list-style-type: none"> - формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни; - основы профилактической медицины, организацию профилактических мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья пациентов с учетом их возраста; - нормативные документы по профилактике заболеваний, в том числе социально - значимых; - нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов; - принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди пациентов; - правила проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий; - принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний. <p>иОПК-7.2. Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - организовывать и проводить профилактические и санитарно-противоэпидемиологические мероприятия среди населения с учетом их возрастных категорий; - проводить медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с нормативными правовыми актами; - проводить диспансеризацию населения с целью раннего выявления хронических заболеваний, основных факторов риска их развития; - производить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими заболеваниями; - назначать профилактические мероприятия пациентам с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний; - определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу-специалисту; - контролировать эффективность мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. <p>иОПК-7.3. Владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками осуществления санитарно-просветительской работы с населением, направленной на пропаганду здорового образа жизни и профилактику заболеваний; - методами борьбы с вредными привычками; - методикой проведения медицинских осмотров, диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями в соответствии с нормативными правовыми актами; 	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - навыками проведения диспансеризации населения с целью раннего выявления заболеваний и основных факторов риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами; - навыком назначения профилактических мероприятий и ведения ограничительных мероприятий. 	
	<p>ОПК-8. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p> <p>иОПК-8.1. Знать</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы медицинской статистики, учета и анализа основных показателей деятельности медицинской организации; - статистические методы обработки данных, в том числе с использованием информационно-аналитических систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"; - методики проведения сплошных и выборочных исследований мнения населения (пациентов); - законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников; - правила оформления медицинской документации в медицинских организациях; - показатели, характеризующие деятельность медицинской организации и показатели здоровья населения; - порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи в соответствии с профилем деятельности медицинской организации; - основы менеджмента. <p>иОПК-8.2. Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - представлять данные статистической отчетности; использовать в своей работе информационно-аналитические системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет"; - вести медицинскую документацию, в том числе в электронном виде; - работать с персональными данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну; - составлять план работы и отчет о своей работе; - управлять трудовыми ресурсами медицинской организации (структурного подразделения); - осуществлять отбор и расстановку работников в медицинской организации (структурном подразделении). <p>иОПК-8.3. Владеть</p>	<p>ПС 02.017 – A/06.8.</p> <p>ПС 02.022 – A/01.7</p> <p>C/01.8, C/02.8, C/03.8, F/01.8</p> <p>F/02.8</p> <p>F/03.8</p> <p>F/04.8</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - методами ведения статистического учета и подготовки статистической информации о деятельности медицинской организации; - навыками составления различных отчетов, оформления официальных медицинских документов, ведения первичной медицинской документации; - навыками работы с информационными ресурсами для поиска профессиональной информации; - навыками планирования, организации, управления и контроля деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала; - анализирует результаты работы находящегося в распоряжении медицинского персонала с целью повышения их качества данных результатов; - навыками расчета и анализа основных показателей качества оказания медицинской помощи в медицинских организациях с использованием основных медико-статистических показателей; - навыком оптимизации сбора, представления и анализа медико-статистической информации. 	
	<p>ОПК-9. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p> <p>иОПК-9.1. Знать</p> <ul style="list-style-type: none"> - клинические признаки острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующие срочного медицинского вмешательства. - клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания; - правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации; - лекарственные препараты и медицинские изделия, используемые при оказании медицинской помощи в экстренной форме. <p>иОПК-9.2. Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - определить внезапные острые заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний требующие срочного медицинского вмешательства; - оценить состояние пациента, требующего оказания медицинской помощи в экстренной формах; - выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации; - оказывать медицинскую помощь пациентам в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)); - применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме. <p>иОПК-9.3. Владеть</p>	<p>ПС 02.017 – А/07.8.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - навыками оказания неотложной медицинской помощи при острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующие срочного медицинского вмешательства; - методами оценки состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи экстренной формам; - распознаванием состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме; - методикой базовой сердечно-легочной реанимации. 	
--	---	--

Профессиональные компетенции выпускников ординатуры и индикаторы их достижения

Область профессиональной деятельности	Типы задач профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной деятельности	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Основание (ПС, анализ опыта)
Здравоохранение (в сфере офтальмологии)	Медицинский	ПК-1. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и /или состояний глаза, его придаточного аппарата и орбиты, установление диагноза.	иПК-1.1. Знать методику сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и/или состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты; методику осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и/или состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты; методы лабораторных и инструментальных исследований для диагностики заболеваний и/или состояний глаза, его придаточного аппарата и орбиты, медицинские показания к их проведению, правила интерпретации результатов; этиологию и патогенез, патоморфологию, клиническую картину, классификацию, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и/или патологических состояний глаза, его придаточного аппарата и орбиты у взрослых и детей. иПК-1.2. Уметь	ПС 02.017 – А/01.8

		<p>осуществлять сбор жалоб и анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты; формулировать предварительный диагноз и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациентов с заболеваниями и/или состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты; интерпретировать и анализировать результаты комплексного обследования пациентов с заболеваниями и/или состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты; оценивать анатомо-функциональное состояние глаза, его придаточного аппарата и орбиты в норме, при заболеваниях и/или патологических состояниях.</p> <p>иПК-1.3. Владеть методами осмотра и обследования взрослых и детей с заболеваниями и/или состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	
	<p>ПК-2. Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме</p>	<p>иПК-2.1. Знать методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей); методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания; правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации.</p>	<p>ПС 02.017 – А/07.8</p>

			<p>иПК-2.2. Уметь выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания; оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)); применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме</p> <p>иПК-2.3. Владеть методикой сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей); методикой физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); правилами проведения базовой сердечно-легочной реанимации; оказанием медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)).</p>	
Административно-управленческая и офисная деятельность (в сфере здравоохранения)	Организационно-управленческий	<p>ПК-3 Организация деятельности структурного подразделения медицинской организации</p>	<p>иПК-3.1. Знать принципы и методы мотивации работников структурного подразделения медицинской организации; программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; порядки оказания медицинской помощи,</p>	<p>ПС 02.022 – С/01.8</p>

		<p>стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи в соответствии с профилем деятельности медицинской организации; методологию анализа и оценки показателей, характеризующих деятельность медицинской организации, и показателей здоровья населения; порядок создания и деятельности врачебной комиссии; требования к оформлению документации; навыки делового общения: деловая переписка, электронный документооборот</p> <p>иПК-3.2. Уметь</p> <p>формировать отчеты о деятельности структурного подразделения медицинской организации; использовать методы мотивирования работников структурного подразделения медицинской организации; управлять ресурсами структурного подразделения медицинской организации; осуществлять отбор и расстановку работников в структурном подразделении медицинской организации; использовать в работе информационно-аналитические системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет"</p> <p>иПК-3.3. Владеть</p> <p>организацией работы структурного подразделения медицинской организации; организацией документооборота в структурном подразделении медицинской организации; разработкой системы мотивации работников структурного подразделения медицинской организации; взаимодействием с руководством медицинской организации и другими подразделениями медицинской организации; организацией</p>	
--	--	---	--

			предоставления информационно-справочных материалов по профилактике социально значимых заболеваний, курения, алкоголизма, наркомании, включая просвещение и информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формированием мотивации к ведению здорового образа жизни; формированием и поддержанием корпоративной культуры медицинской организации	
--	--	--	---	--

Матрица формирования компетенций по специальности 31.08.59 Офтальмология

Индекс	Наименование дисциплины	Формируемые компетенции																
		УК-1	УК-2	УК-3	УК-4	УК-5	ОПК-1	ОПК-2	ОПК-3	ОПК-4	ОПК-5	ОПК-6	ОПК-7	ОПК-8	ОПК-9	ПК-1	ПК-2	ПК-3
Б1.О.01	Офтальмология	+			+			+		+	+	+	+	+	+	+	+	
Б1.О.02	Медицина чрезвычайных ситуаций	+													+		+	
Б1.О.03	Информационные технологии в здравоохранении	+					+											
Б1.О.04	Клиническая фармакология	+									+					+		
Б1.О.05	Общественное здоровье и здравоохранение		+	+		+		+						+				+
Б1.О.06	Педагогика								+									
Б1.О.07	Инфекционные болезни										+			+		+		
Б1.В.01	Онкопатология в практике офтальмолога	+								+	+					+		
Б1.В.ДЭ.01.01	Офтальмогенетика	+			+					+	+		+		+	+		
Б1.В.ДЭ.01.02	Современные проблемы офтальмологии в неонатальном периоде	+			+					+	+		+		+	+		
Б2.О.01(П)	Производственная (клиническая) практика №1	+		+	+			+		+	+	+			+	+	+	
Б2.В.01(П)	Производственная (клиническая) практика №2	+		+	+			+		+	+	+			+	+	+	
Б3.О.01	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ФТД.В.01	Физиотерапия в офтальмологии	+										+						

Перечень вопросов для проведения государственного экзамена

Ситуационные задачи

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. Светоощущение. 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.
19. Рефрактогенез. Роль наследственности и внешней среды в формировании рефракции. Рефракционная хирургия, вклад отечественных ученых в ее развитие.
20. Физическая и клиническая рефракция глаза, методы их исследования.
21. Близорукость. Клиника, лечение, профилактика, профотбор.
22. Близорукость. Этиология, патогенез, глазная гимнастика, профилактика школьной близорукости.
23. Высокая прогрессирующая близорукость. Осложнения, профилактика, лечение.
24. Гиперметропия, клиника, коррекция, роль в развитии косоглазия.
25. Астигматизм, его виды, принципы коррекции.
26. Анизометрия. Причины, осложнения, принципы коррекции. Современные достижения в лечении.
27. Паралич и спазм аккомодации. Особенности исследования рефракции у детей.
28. Аккомодация, ее механизм. Физиологические и патологические расстройства.
29. Пресбиопия, ее клиника и коррекция при различных видах рефракции.

30. Современные направления в консервативном и хирургическом лечении близорукости.
31. Аномалии рефракции и принципы коррекции при них. Современные достижения рефракционной хирургии.
32. Контактные линзы, основные показания к их назначению.
33. Анатомия век, ячмень, клиника, осложнения, лечение. Халазион.
34. Блефариты, этиопатогенез, клиника, лечение
35. Доброкачественные и злокачественные новообразования век. Дифференциальный диагноз и лечение.
36. Гонококковый конъюнктивит. Клиника, лечение. Профилактика гонобленнореи новорожденных.
37. Острые аденовирусные конъюнктивиты. Клиника отдельных форм, дифференциальный диагноз, лечение.
38. Трахома. Этиология, клиника, дифференциальный диагноз.
39. Трахома дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика.
40. Трахома. Осложнения, последствия, их лечение.
41. Строение, функции, методы обследования конъюнктивы. Хронические конъюнктивиты.
42. Эпидемические острые конъюнктивиты. Этиология, клиника, лечение, профилактика.
43. .Анатомия век. Абсцесс и флегмона век. Клиника, этиология, неотложная помощь и
44. дальнейшее лечение.
45. Строение слезных органов. Хронический дакриоцистит. Дакриоцистит новорожденных.
46. Дакриoadенит, клиника, диагноз, лечение.
47. Строение слезоотводящих путей. Флегмона слезного мешка /перидакриоцистит/. Клиника, диагностика, лечение.
48. Аллергические заболевания органа зрения /отек Квинке, весенний конъюнктивит,
49. медикаментозный дерматит, блефароконъюнктивит/
50. Внешние изменения и их диагностическое значение при воспалительных заболеваниях защитно-вспомогательного аппарата глаза.
51. Паратрахома, этиология, клиника, дифференциальный диагностика, лечение.
52. Пленчатые конъюнктивиты.
53. Двигательный аппарат глаза. Иннервация мышц, паралитическое косоглазие и нистагм, диагностика и лечение.
54. Содружественное и паралитическое косоглазие. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
55. Бинокулярное зрение, роль его нарушений в патогенезе содружественного косоглазия.
56. Гнойные кератиты. Ползучая язва роговицы. Клиника, осложнения, лечение, исходы.
57. Ползучая гнойная язва роговицы. Этиология, клиника, осложнения, лечение.
58. Герпетические кератиты. Клиника, лечение, исходы.
59. Туберкулезные кератиты. Клинические формы, лечение, исходы. Дифференциальная диагностика с сифилитическим кератитом.
60. Паранхиматозный кератит при врожденном сифилисе. Клиника, лечение, исходы.
61. Кератопластика. Виды, показания к назначению. Рефракционные операции на роговице.

62. Общие симптомы кератитов.
63. Дифференциальная диагностика при заболеваниях, протекающих с покраснением глазного яблока /синдром «красного глаза»/.
64. Ирит и иридоциклит. Этиология, клиника, осложнения, лечение.
65. Иридоциклит, этиология, клиника, исходы, лечение.
66. Строение хориоидеи. Хронические увеиты и хориоидиты, этиология, клиника, лечение.
67. Старческая катаракта. Клиника, стадии развития, консервативное лечение и хирургическое лечение.
68. Врожденные катаракты, этиопатогенез, клиника, лечение.
69. Афакия. Принципы коррекции односторонней и двусторонней афакии.
70. Катаракты. Осложненные катаракты при общих заболеваниях, профессиональные катаракты. Вторичная катаракта.
71. Старческая катаракта, дифференциальный диагноз, осложнения, лечение.
72. Водянистая влага, ее состав, назначение, секреция. Пути оттока внутриглазной жидкости.
73. Дренажная система глаза. Исследование угла передней камеры.
74. Закрываютугольная глаукома. Патогенез, клиника/лечение.
75. Открытотугольная глаукома. Патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, лечение.
76. Острый приступ глаукомы. Клиника, неотложная помощь, дифференциальный диагноз и лечение острого приступа глаукомы.
77. Ранняя диагностика и профилактика глаукомы. Режим больного глаукомой.
78. Принципы консервативного и хирургического лечения глаукомы.
79. Врожденная, детская глаукома; этиопатогенез, клиника, лечение.
80. Вторичная глаукома. Причины, профилактика, лечение.
81. Патогенез глаукомы. Классификация первичной глаукомы. 11 .Зрительные расстройства и их патогенез при глаукоме. 12.Внутриглазная боль, причины, дифференциальный диагноз, неотложная помощь. Абсолютная болящая глаукома-
82. Строение сетчатки, её функции и их изменения при различных заболеваниях.
83. Отслойка сетчатки. Клиника, этиология, лечение.
84. Новообразования сетчатки и хориоидеи. Методы диагностики внутриглазных новообразований.
85. Застойный диск зрительного нерва. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика.
86. Воспалительные и токсические заболевания зрительного нерва. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
87. Контузия глазного яблока, контузии радужки и хрусталика. Клиника, лечение.
88. Поверхностные ранения и инородные тела роговицы и конъюнктивы. Диагностика, лечение, осложнения.
89. Проникающие ранения глаза, признаки. Объем неотложной помощи, оказываемой врачом общего профиля /не офтальмологом/.
90. Проникающие ранения глаза, диагностика; объем неотложной помощи в условиях участковой больницы.
91. Внутриглазные инородные тела. Диагностика; способы излечения. Сидероз и халькоз глаза.
92. Осложнения проникающих ранений глаза при гнойном инфицировании.
93. Эндофтальмит и панфтальмит. Этиология, клиника, лечение.
94. Флегмона орбиты, этиология, клиника, лечение.
95. Симпатическая офтальмия. Этиология, клиника, лечение.

96. Энуклеация, эквисцерация глазного яблока, экзентерация орбиты. Показания к ним при различных заболеваниях глаз.
97. Химические ожоги глаза. Клиника, неотложная помощь, исходы.
98. Особенности военных повреждений глаз. Неотложная помощь на этапах медицинской эвакуации.
99. Химические ожоги, клиника, неотложная помощь, исходы. Патогенез ожоговой болезни глаз, лечение в разных периодах.
100. Контузии век / «синдром очков» /, дифференциальная диагностика «синдрома очков» при травмах органа зрения и пограничных областей.
101. Экзофтальм тиреотоксический и отечный, причины, дифференциальная диагностика, лечение.
102. Лучевые поражения глаз, /электроофтальмия, снежная офтальмия/. Клиника, профилактика, лечение.
- а. 11. Общие вопросы.
103. Профессиональные заболевания переднего отрезка глаза, профилактика и лечение.
104. Профессиональные заболевания заднего отрезка глаза, профилактика и лечение. Профессиональные инфекции глаза.
105. Кортикостероиды в офтальмологии. Показания и противопоказания к назначению.
106. Объем офтальмологической помощи в общеврачебной практике.
107. Контактные линзы, основные показания к их назначению.
108. Изменения глазного дна при гипертонической болезни.
109. Изменения со стороны органа зрения при диабете.
110. Изменения глазного дна при болезнях крови и токсикозах беременных.
111. Неотложные состояния в офтальмологии.
112. Слепота, ее социальное значение, причины. Инвалидность по зрению, реабилитация и трудоустройство слепых в России.
113. Изменения органа зрения при токсоплазмозе
114. Пигментная дистрофия сетчатки.
115. Глазные боли - периорбитальные, орбитальные, их причины и патогенез.
116. Зрительные пути и центры. Механизм зрительного восприятия.
117. Острая потеря зрения. Основные причины. Отслойка сетчатки. Клиника, этиология, лечение.
118. Доброкачественные и злокачественные опухоли орбиты, клиника, диагностика, лечение.
119. Применение лазеров, криотерапия в офтальмологии.
120. Физиология и патология бинокулярного зрения, патология глазодвигательного аппарата.
121. Опухоли и опухолеподобные изменения век.
122. Патология слезоотводящего аппарата. Врожденные и приобретенные изменения слезоотводящих путей.
123. Бактериальные конъюнктивиты. Особенности течения вирусных конъюнктивитов.
124. Хламидийные конъюнктивиты. Трахома.
125. Бактериальная язва роговицы.
126. Герпетические кератиты. Особенности течения у детей разного возраста.
127. Исходы заболеваний сосудистой оболочки как причина слабости зрения и слепоты.

128. Патология стекловидного тела.
129. Физиологическая оптика. Рефрактогенез. Клиническая рефракция.
130. Аномалии развития и врожденные изменения сетчатки
131. Ретинопатия недоношенных. Этиология, патогенез, клиника разных стадий ретинопатии недоношенных. Профилактика развития и прогрессирования.
132. Опухоли сетчатки у детей и взрослых. Ретинобластома.
133. Аномалии развития зрительного нерва.
134. Школьная близорукость. Современные теории патогенеза. Профилактика развития и прогрессирования.
135. Особенности обменных процессов в хрусталике, функции хрусталика, клиническое значение.
136. Кератиты туберкулезной этиологии. Клиника диффузной, очаговой, склерозирующей форм. Лабораторная диагностика. Принципы и продолжительность местного и общего лечения.
137. Врожденные аномалии склеры. Аномалии цвета и формы склеры. Синдром голубых склер, меланоз, стафиломы, причины появления этих изменений. Клиника, методы лечения, исходы.
138. Патология сосудистого тракта. Возрастные особенности строения сосудистого тракта (оболочка). Основные виды врожденной и приобретенной патологии.
139. Врожденные аномалии – аниридия, колобома радужки, поликория, корректопия, гипоплазия и аплазия мышц радужки.
140. Микрокория. Мезо- дермальный дисгенез роговицы и радужки (болезнь Ригера).
141. Врожденные формы гипоплазии и гиперплазии стромы радужки (синдром Франка-Каменецкого и др.). Аномалии пигментной зрачковой каймы радужки.
142. Экстрамакулярные колобомы сосудистой оболочки.
143. Ангиома сосудистой оболочки.
144. Патология хрусталика.
145. Врожденные катаракты. Этиология и патогенез врожденных катаракт.
146. Классификация врожденных катаракт. Простая катаракта, осложненная, с сопутствующими местными и общими изменениями.
147. Передняя аксиально-эмбриональная катаракта
148. Катаракта хрусталикового шва.
149. Передняя и задняя полярные катаракты, коралловидная, веретенообразная, дисковидная, голубая, венечная катаракты, диффузная, пленчатая, зоннулярная катаракты и др.
150. Врожденные катаракты в сочетании с другими аномалиями развития.
151. Показания к оперативному лечению в зависимости от состояния катаракты, ее локализации, остроты зрения, возраста ребенка, при односторонних и двусторонних врожденных катарактах.
152. Подготовка больных к операции в условиях поликлиники и стационара. Предоперационная подготовка. Обезболивание.
153. Особенности премедикации и общего наркоза при врожденных катарактах у детей. Осложнения во время операции и в послеоперационном периоде.
154. Сроки и методы операций оптической коррекции двух- и односторонней афакии.
155. Лечение амблиопии, устранение косоглазия и другой патологии.
156. Катаракта при наследственных заболеваниях, устранение косоглазия и другой патологии.
157. Катаракта при наследственных заболеваниях, вызываемых хромосомными,

геномными и генными мутациями (болезнь Блоха-Сульцберга, синдром Ротмунда, Марфана, Марчезани, хондродистрофия, гомоцистинурия, синдром Лоу, болезнь Дауна, синдром Ригера, Халлермана, Кокейна, Эрлса-Данлоса, синдром Лобштейна, Конради, Хюнерманна, синдром Аксенфельда).

158. Классификация врожденной глаукомы. Классификация врожденной глаукомы по Е.И., простая – с остатками мезодермы в углу передней камеры, с сопутствующими изменениями.

159. Простая врожденная, сочетанная, вторичная, инфантильная глаукома.

160. Стадии глаукоматозного процесса и степень компенсации внутриглазного давления.

161. Принципы, сроки и методы лечения врожденной глаукомы.

162. Дифференциальная диагностика врожденной глаукомы с мегалокорнеа, конъюнктивитом, паренхиматозным кератитом, вторичной глаукомой, вторичной глаукомой при ретинобластоме, болезни Коатса.

163. Принципы и методы лечения врожденной глаукомы. Виды операций.

164. Ретинопатия недоношенных: терминология, клиника, классификация, диагностика, лечение, профилактика, группа риск

165. Атрофия зрительных нервов.

166. Строение, функции, офтальмоскопическая картина, возрастные особенности развития зрительного нерва.

167. Аномалии развития, воспалительные, дистрофические и сосудистые поражения зрительного нерва.

168. Атрофии зрительного нерва. Первичные и вторичные атрофии, офтальмоскопическая картина, состояние зрительных функций.

169. Рентгенологические исследования зрительного нерва (компьютерная томография, ЯМРТ). Данные обследования других специалистов. Восходящая и нисходящая атрофии зрительного нерва.

170. Атрофия зрительных нервов семейно-наследственная (Лебера).

Перечень заданий для проведения государственного экзамена

ТЕМА № 1: «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 развиваться 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 и оптическую силу целого стекла в очках и выписать рецепт на очки для близости. Можно сразу подобрать коррекцию для близости, 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 развиваться 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 развиваться 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 развиваться 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 развиваться при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 4.

1. Близорукость (миопия) II степени правого глаза, близорукость (миопия) III степени левого глаза. Миопическая анизометропия.

2. Иногда анизометропия может быть обусловлена опухолью глаза с большей степенью 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 развиваться при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 5.

1. Возрастное, физиологическое ослабление аккомодации - пресбиопию. 2. Необходимо уточнить - сочетается ли пресбиопия с эметропией 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. 5. Могут развиваться хронический блефарит, блефароконъюнктивит, мышечная астенения.

Задача № 6. К Вам за советом обратилась мать подростка 14 лет, у которого с ее слов, в настоящее время имеется близорукость в (-) 7,0 дптр на обоих глазах. Близорукость в (-) 3,0 дптр была выявлена у сына в 11 лет. Ему ежегодно подбирали очки более сильные на (-) 1,0 дптр, чем предыдущие. 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 развиваться при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 6.

У подростка имеется быстро прогрессирующая близорукость обоих глаз. 2. Необходимо дифференцировать близорукость по скорости прогрессирования – медленная или быстрая. 3. Проверить остроту зрения вдаль без коррекции, субъективным методом определить степень близорукости; проверить остроту зрения вдаль с коррекцией, соответствующей степени выявленной близорукости. 4. Необходимо рекомендовать консультацию офтальмолога для решения вопроса о хирургическом лечении прогрессирующей близорукости (операция склеропластики). 5. При прогрессирующей близорукости могут развиваться миопический конус и миопическая стафилома, другие дистрофические изменения в собственно сосудистой оболочке (хориоиде) и/или в сетчатой оболочке; отслойка сетчатой оболочки.

Задача № 7.

К Вам обратилась воспитательница детского сада 56 лет с жалобами на утомляемость глаз при работе вблизи, «сливание» текста, неприятные ощущения в надбровных дугах, головные боли. С 16 лет в течение всего дня пользуется очками (-) 2,0 дптр на оба глаза. Вдаль в этих очках видит хорошо до сих пор, но работать вблизи в них не может. 1. Какую патологию Вы заподозрите у пациентки? 2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику? 3. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно? 4. Дальнейшая тактика Ваших действий? 5. Какие осложнения могут развиваться при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 7.

1. В данном случае у пациентки имеется стационарная (не прогрессирующая), близорукость слабой степени обоих глаз, пресбиопия, мышечная астенопия. 2. Дифференциальная диагностика проводится между разными аномалиями рефракции и их сочетаниями. 3. Проверить остроту зрения вдаль и вблизи без очков и с очковой коррекцией, определить субъективным методом степень близорукости. 4. Рекомендовать пациентке консультацию офтальмолога, пользоваться очками (-) 2,0 дптр только для дали, вблизи работать в очках с пресбиопической коррекцией. 5. Может появиться головная боль, боль в глазах, чувство усталости в них (мышечная астенопия), развиваться хронический конъюнктивит или блефарит.

Задача № 8. Обратился менеджер 36 лет с жалобами на непереносимость очковой коррекции (-) 3,0 дптр на оба глаза. Готовые очки приобрел без рецепта, подобрал их себе сам. Через некоторое время стал отмечать, что видит в них нечетко и глаза быстро устают, 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 развиваться при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 8.

Возможно, у пациента, помимо аномалии рефракции, имеется один из видов астигматизма. 3. Проверить остроту зрения каждого глаза вдаль без очков, определить субъективным методом вид и степень аномалии рефракции; проверить остроту зрения обоих глаз вдаль с очковой коррекцией, подобранной субъективно. 4. Дифференцировать данную патологию следует между видами рефракции и наличием астигматизма, кроме того, необходима диагностика вида и степени астигматизма, а также – развития кератоконуса. 5. Обязательно обратиться к офтальмологу для решения вопросов дифференциальной диагностики и обследования на наличие кератоконуса, подбора коррекции (очковой, контактной или хирургической). 6. Прогрессирование аномалии рефракции; присоединение хронических конъюнктивита и/или блефарита.

Задача № 9.

К Вам обратился пациент 63 лет с жалобами на снижение зрения вдаль без очков и быструю утомляемость глаз при работе в корригирующих очках вблизи. С 52 лет пользуется очками для близи (+) 2,0 дптр. 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 развиваться при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 9. 1. У данного пациента имеется пресбиопия обоих глаз. 2. Необходимо провести дифференциальную диагностику между пресбиопией и развитием катаракты, учитывая возраст больного. 3. Проверить остроту зрения вдаль и вблизи без коррекции и с подобранной с помощью субъективного метода очковой коррекцией. 4. Рекомендовать пациенту консультацию офтальмолога для выявления катаракты и подбора новой очковой коррекции для близи. 5. Развитие мышечной астенопии, хронического конъюнктивита, блефарита.

Задача № 10.

К Вам за советом обратилась девушка 22 лет, которая считает, что очки в (-) 1,5 дптр, которыми она комфортно пользуется с 15 лет, «портят ее внешность», но видит она в них довольно хорошо. Ее интересует - можно ли вместо очков пользоваться контактными линзами, о которых она узнала много хорошего от подруги? 1. Какую патологию Вы заподозрите у пациентки? 2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику? 3. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно? 4. Дальнейшая тактика Ваших действий? 5. Какие осложнения могут развиваться при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 10.

1. Вероятно, у пациентки имеется близорукость легкой (I) степени - это следует уточнить при обследовании. 2. Дифференцируют по степени близорукости и по течению – не прогрессирующая (стационарная) или прогрессирующая. 3. Доступное обследование должно включать исследование остроты зрения без коррекции, определение степени рефракции субъективным методом, исследование остроты зрения с субъективно подобранной очковой коррекцией. 4. Обратиться к офтальмологу для подбора контактной коррекции зрения. 5. Приобретать контактные линзы вне салонов «Оптика» не следует, так как они подбираются индивидуально после обследования пациента, иначе возможно развитие различных осложнений (конъюнктивит, кератит и пр.).

ТЕМА № 2: «ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК, КОНЬЮНКТИВЫ 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, глазных дезинфицирующих 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 конъюнктивитами бактериальной или вирусной этиологии.

4. Направить больного на консультацию к офтальмологу.

5. При любом из вышеуказанных конъюнктивитов в воспалительный процесс может 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 гонобленнореи.

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 инстилляцию 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 развиваться 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 прорасти в орбиту, придаточные пазухи, метастазировать.

Задача № 6.

Больной 62-х лет с жалобами на покраснение, ограниченную болезненную припухлость и отечность по краю верхнего века правого глаза в течение двух дней. При осмотре отмечается умеренный отек верхнего века, гиперемия и отечность конъюнктивы верхнего века. За последние 1,5 года это повторяется уже неоднократно.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у 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 № 6.

1. Можно заподозрить острый ячмень верхнего века правого глаза.
2. Провести осмотр области поражения, направить больного на дополнительные обследования (развернутый анализ крови, глюкоза крови и др.).
3. Данную патологию следует дифференцировать с гнойничком на коже века, начинающейся флегмоной века.
4. Направить к офтальмологу или непосредственно в офтальмологический стационар. Ни в коем случае не выдавливать ячмень.
5. Острый ячмень может осложниться развитием флегмоны века и орбиты, тромбозом кавернозного синуса, тромбозом орбитальных вен, гнойным менингитом, тромбозом кавернозного синуса.

Задача № 7.

К Вам обратилась больная с жалобами на сухость, жжение зуд, резь в глазах, светобоязнь, снижение зрения обоих глаз, почти полное отсутствие слезы даже во время плача, сухость кожных покровов и слизистых оболочек. Больна в течение полугода. При осмотре отмечается: смешанная инъекция конъюнктивы обоих глаз, скудное, тягучее, нитеобразное отделяемое. В нижней части роговицы имеется умеренная отечность, мелкоочечные инфильтраты, поверхностные помутнения. От этой части роговицы к конъюнктивальному своду тянутся тонкие слизистые нити.

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 № 7.

1. У больной можно заподозрить синдром Сьегрена (преимущественное поражение слюнных и слезных желез).

2. С помощью двух луп (бифокально) осмотреть передний отдел глаз. Поинтересоваться функциями слюнных и слезных желез.

3. Данную патологию дифференцируют с болезнью Стивенса-Джонсона (слизисто-кожно-глазной синдром) и системной склеродермией.

4. Направить больную на консультацию к офтальмологу. Рекомендовать частые закапывания капель «искусственная слеза».

5. Может развиваться нитчатый кератит, ксероз роговой оболочки и конъюнктивы.

Задача № 8.

К Вам обратился больной 20 лет с жалобами на головную боль, озноб, недомогание, повышение температуры до 38,4°, наличие сыпи на коже туловища. Беспокоят рези и жжение во рту и при мочеиспускании, слизисто-гнойное отделяемое из глаз. Болен в течение 3 дней. При обследовании больного отмечается наличие полиморфной сыпи на коже туловища, картина слизисто-гнойного конъюнктивита с пленками. Слизистая оболочка рта гиперемирована, отечна, с наличием небольших пузырей, местами эрозирована.

1. Какие дополнительные методы обследования Вы используете в данном случае?

2. Ваш предположительный диагноз?

3. С чем будете дифференцировать данное заболевание?

4. В чем будет заключаться Ваша помощь больному?

5. Какие возможны осложнения при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 8.

1. Необходимо уточнить анамнез заболевания и его обусловленность, проверить остроту зрения. С помощью бифокального метода внимательно осмотреть передний отдел глаза (в том ч., роговую и радужную оболочки). Необходима консультация инфекциониста и уролога.

2. Можно предположить синдром Стивенса-Джонсона.

3. Следует дифференцировать с гонококковым конъюнктивитом и СПИДом. 4. Направить больного на консультацию к офтальмологу, инфекционисту и урологу. 5. Возможны осложнения в виде кератита, заворота век, симблефарона, ксероза роговицы и конъюнктивы. В тяжелых случаях заболевание может закончиться слепотой. Задача № 9. К Вам обратился пациент 46 лет с жалобами на покраснение и утолщение краев век, зуд, ощущение засоренности в глазах. Отмечает утомляемость глаз при длительной зрительной нагрузке вблизи, периодическое покраснение глаз с появлением едкого пенистого отделяемого в углах глазной щели обоих глаз. При наружном осмотре края век утолщены, покрасневшие, с множественными чешуйками, конъюнктив век и глазного яблока гиперемирована, отделяемого нет.

1. Какое заболевание глаз Вы заподозрите у пациента?
2. Каковы наиболее частые причины данного заболевания?
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести?
4. Какова будет тактика Ваших действий?
5. Какие возможны осложнения при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 9.

1. Можно заподозрить хронический чешуйчатый блефарит обоих глаз.
2. Заболевания желудочно-кишечного тракта, глистные инвазии эндокринные и обменные нарушения, витаминная недостаточность, длительное воздействие неблагоприятных внешних условий, кариес, хронический тонзиллит, полипы носа, аденоиды, не скорректированные аномалии рефракции и др.
3. Тщательно осмотреть края век и конъюнктиву методом бифокального освещения, проверить остроту зрения без коррекции.
4. Направить пациента на обследование к терапевту, эндокринологу, ЛОР – врачу, офтальмологу.
5. Хронический блефарит может осложниться конъюнктивитом, неправильным ростом ресниц, деформацией ресничного края век, кератитом.

Задача № 10.

К Вам обратилась женщина с ребенком 7 лет. Ее беспокоит, что у ребенка в течение двух дней имеется покраснение обоих глаз, слезотечение, умеренное слизистое отделяемое. Со слов женщины, в детском саду, который посещает ребенок, еще у нескольких детей выявлено подобное поражение глаз.

1. Какое заболевание глаз Вы заподозрите у ребенка?
2. Какие дополнительные методы обследования используете?
3. С чем будете дифференцировать данное заболевание?
4. В чем будет заключаться тактика Ваших действий?
5. Какие возможны осложнения при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 10.

1. Можно предположить острый инфекционный конъюнктивит обоих глаз, в том числе, острый эпидемический конъюнктивит.
2. Тщательно проанализировать анамнез заболевания и эпиданамнез. Бифокальным методом осмотреть конъюнктиву век, переходных складок, глазного яблока и роговую оболочку обоих глаз.
3. Заболевания нужно дифференцировать с острыми конъюнктивитами другой этиологии.
4. Направить мать с ребенком на консультацию к офтальмологу. Срочно сообщить главному врачу больницы и в местное отделение Роспотребнадзора о возможной вспышке острого эпидемического конъюнктивита в детском саду.
5. Данное заболевание может осложниться вовлечением в воспалительный процесс роговой оболочки.

ТЕМА 3: «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, семейный анамнез; проверить остроту зрения обоих глаз.
3. Провести бифокальный осмотр переднего отдела глаза и особое внимание уделить 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 ступенчатый, 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 данном случае?
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 левого глаза (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 ступенчатый, 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 офтальмологический стационар (отделение).
5. Перфорация язвы роговой оболочки; развитие кератоувеита, эндофтальмита, паноптальмита 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 данном случае?
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 глубины поражения роговой оболочки и внимательно осмотреть ее с помощью 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?

Эталон ответа к задаче № 5.

1. Проверить остроту зрения, фокально и бифокально осмотреть роговую оболочку

и весь передний отдел ОД. Посмотреть в проходящем свете другие прозрачные среды глаза (хрусталик, стекловидное тело), пальпировать 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.

Задача № 6.

На консультацию обратилась больная 36 лет с жалобами свето- боязнь, слезотечение, ощущение инородного тела, покраснение левого глаза, беспокоящие в течение последних трех дней. До этого болела острой респираторной инфекцией. При наружном осмотре выявлено: ОД - здоров; OS - отмечается перикорнеальная инъекция, в ниже-наружном отделе роговой оболочки видны мелкие серые инфильтраты в виде веточки.

1. Какую патологию Вы заподозрите?

2. Какие методы диагностики необходимы?

3. С чем проводится дифференциальная диагностика в данном случае?

4. Тактика Ваших дальнейших действий?

5. Перечислите возможные осложнения при данном заболевании.

Эталон ответа к задаче № 6.

1. Можно предположить острый герпетический древовидный кератит левого глаза.

2. Проверить остроту зрения, провести осмотр роговой оболочки, передней камеры и радужки OS бифокально (с помощью двух луп); в проходящем свете исследовать хрусталик и стекловидное тело; пальпаторно выявить наличие циклитных (цилиарных) болей в левом глазу.

3. Необходимо дифференцировать с другими формами кератитов, в том числе, с другими формами герпетического кератита. 4. Направить больную на консультацию к офтальмологу или непосредственно в офтальмологический стационар. 5. Острый герпетический кератит часто переходит в хроническую форму или в глубокий герпетический кератит.

Задача № 7.

За советом к Вам обратился пациент 27 лет, у которого три года назад была язва роговой оболочки левого глаза, после которой осталось интенсивное помутнение роговой оболочки (бельмо) серо-белого цвета и исчезло предметное зрение. Правый глаз здоров, острота зрения 1,0. Пациента волнует вопрос, можно ли чем-то ему помочь с левым глазом?

1. Какие дополнительные методы диагностики Вы используете? 2. Ваш предположительный диагноз? 3. С чем необходимо дифференцировать патологию левого глаза? 4. Какова будет дальнейшая тактика Ваших действий? 5. Возможные осложнения при данном состоянии?

Эталон ответа к задаче № 7.

1. Проверить остроту зрения обоих глаз; бифокально исследовать передний отдел (роговую оболочку, переднюю камеру, радужную оболочку, зрачок) обоих глаз; в проходящем свете посмотреть другие прозрачные среды глаза (хрусталик, стекловидное тело) левого глаза, если это возможно. Ориентировочно (пальпаторно) оценить уровень внутриглазного давления на двух глазах.

2. Можно предположить бельмо роговой оболочки левого глаза.

3. Данное состояние необходимо дифференцировать с вяло текущим глубоким

кератитом.

4. Порекомендую консультацию в отношении пересадки роговой оболочки (кератопластики) у офтальмолога специализированного стационара, контроль внутриглазного давления с частотой 1 раз в год.

5. Может развиваться вторичное косоглазие левого глаза.

Задача № 8.

На консультацию обратилась пациентка 30 лет с жалобами на покраснение правого глаза, умеренно выраженные боли при движениях глаза, появившиеся несколько дней назад. Страдает ревматоидным поражением суставов с юношеского возраста. Периодически получает сезонное профилактическое лечение по этому заболеванию. Объективно: на правом глазу отмечается локальное покраснение с незначительной синюшностью и проминированием в виде локального фокуса конъюнктивы и склеры с височной стороны. Острота зрения правого глаза не изменена. Левый глаз здоров.

1. Какие дополнительные методы диагностики Вы используете?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. С чем необходимо дифференцировать патологию правого глаза?
4. Какова будет дальнейшая тактика Ваших действий?
5. Возможные осложнения при данном заболевании?

Эталон ответа к задаче № 8.

1. Выяснить анамнез заболевания, бифокально (с помощью двух луп) осмотреть передний отдел обоих глаз, проверить остроту зрения.

2. Можно предполагать наличие острого воспаления склеры (склерит) правого глаза.

3. Данное заболевание необходимо дифференцировать с острым конъюнктивитом.

Кроме того, необходима дифференциальная диагностика по этиологии воспалительного процесса (аутоиммунные ревматоидные заболевания, склеродермия, системная красная волчанка, заболевания ЖКТ, туберкулез, простой герпес).

4. Направить больную на консультацию к терапевту, ревматологу, фтизиатру, фтизиоокулисту, в офтальмологический стационар.

5. Возможен переход в хронический процесс с частыми рецидивами заболевания, развитие гнойного склерита; в неблагоприятных случаях – возникновение стафиломы склеры с возможной ее перфорацией; вовлечение в процесс роговой и/или радужной оболочки и цилиарного тела с развитием кератита, иридоциклита или кератоувеита.

Задача № 9. У молодого человека, находившегося в местах лишения свободы, появились жалобы на покраснение обоих глаз, боли при движениях глаз, незначительное снижение зрения. Болеет туберкулезом легких, по поводу которого лечится постоянно в течение последних 3 лет. При осмотре наблюдается конъюнктивальная инъекция обоих глаз, округлые узелки вблизи от роговой оболочки с височной стороны на обоих глазах. Конъюнктивита гиперемирована, с узелками не спаяна. При пальпации глаз отмечается болезненность. Острота зрения не снижена.

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 № 9.

1. Можно заподозрить острый эписклерит обоих глаз.

2. Необходимо проверить остроту зрения обоих глаз, тщательно осмотреть конъюнктиву, склеру, роговую оболочку обоих глаз с помощью глазных луп фокально и бифокально. Оценить состояние прозрачных сред глаза в проходящем свете.

3. Необходимо дифференцировать с острым склеритом обоих глаз, хроническим рецидивирующим эписклеритом обоих глаз (по анамнезу). Дифференцировать эписклерит по этиологии процесса (туберкулез, ревматизм, сифилис, токсоплазмоз).

4. Направить больного на консультацию к терапевту, ревматологу, фтизиатру и фтизиоокулисту, другим специалистам; в офтальмологический стационар.

5. Возможен переход в хронический процесс с частыми рецидивами заболевания; вовлечение в процесс самой склеры, роговой и/или радужной оболочки и цилиарного тела с развитием склерита, кератита, иридоциклита или кератоувеита.

Задача № 10.

К Вам обратилась женщина 35 лет с жалобами на боли в правом глазу, светобоязнь, слезотечение, снижение зрения, покраснение правого глаза, незначительное отделяемое, появившиеся накануне. Пользуется контактными линзами для коррекции близорукости с юношеского возраста. Позавчера на улице после порыва ветра что-то попало в правый глаз, была в линзах. Оказавшись дома, сняла линзы и промыла глаз водой, но ощущение инородного тела осталось. При обследовании: OD - глазная щель умеренно сужена, отмечается выраженная светобоязнь, перикорнеальная инъекция, роговая оболочка отечна, в центре виден инфильтрат серо-желтого цвета, рисунок радужной оболочки ступенчат, зрачок слегка овальной формы, реакция на свет снижена. В проходящем свете рефлекс с глазного дна виден, но нечетко. OS – здоров.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования Вы используете в данном случае?
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 № 10.

1. Можно предположить наличие гнойной язвы роговой оболочки, острый иридоциклит правого глаза.

2. Необходимо уточнить анамнез заболевания, скорее всего во время порыва ветра на улице под контактную линзу на правом глазу попало инородное тело, возникла эрозия роговой оболочки, а затем гнойная язва роговой оболочки и острый иридоциклит. Необходимо проверить остроту зрения обоих глаз, осмотреть фокально, бифокально (с помощью глазных луп) передний отдел глаз, посмотреть в проходящем свете. Выяснить, имеются ли циклитные (цилиарные) боли при пальпации правого глазного яблока. 3. Данное заболевание следует дифференцировать с острым кератитом правого глаза (объясните, почему, и в чем отличие).

4. Срочно направить в офтальмотравматологический пункт или офтальмологический стационар.

5. При утяжелении состояния может произойти перфорация роговой оболочки, развиться эндофтальмит или панофтальмит. В роговой оболочке может остаться помутнение разной степени интенсивности (облачко, пятно, бельмо). При остром иридоциклите возможно сращение и заращение зрачка, позднее – развитие осложненной (постувеальной) катаракты, вторичной (постувеальной) глаукомы; хронизация процесса.

ТЕМА № 4: «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?

Эталон ответа к задаче № 1.

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 цилиарных (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 развиваться 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 яблоко 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 развиваться осложненная (постувеальная) катаракта или вторичная (постувеальная) глаукома. Утяжеление процесса – развитие эндофтальмита или панеофтальмита 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, светобоязнь, 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 данном случае?
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 ОУ - 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 попытаться оценить 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.

3. Дифференциальная диагностика проводится с острым кератоконъюнктивитом, острым кератитом, острым приступом закрытоугольной глаукомы.

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

5. 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 (эндофталмит) или всех оболочек глаза (панофталмит), с последующим исходом в субатрофию глаза и слепоту. В более позднем периоде развивается осложненная (постувеальная) катаракта и вторичная (постувеальная) глаукома.

Задача № 6.

Больной 27 лет предъявляет жалобы на сильные боли, снижение зрения и покраснение правого глаза. Из анамнеза выяснили, что 5 дней назад после переохлаждения у него поднялась температура до 38,7°, появился насморк и кашель, вызывал на дом участкового терапевта и лечился дома. Правый глаз заболел остро, накануне. Объективно: OD – выраженная смешанная инъекция сосудов глазного яблока, веки отечные, роговая оболочка незначительно отечна, радужная оболочка отечна, изменена в цвете (со «ржавым» оттенком) в сравнении с радужной оболочкой OS, зрачок узкий, неправильной формы, вяло реагирует на свет. При пальпации OD отмечается усиление болей. OS – здоров.

1. Какую патологию можно заподозрить у этого пациента?
2. Какие дополнительные методы обследования Вы примените?
3. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какими осложнениями чревата эта патология?

Эталон ответа к задаче № 6.

1. Можно заподозрить острый гнойный иридоциклит правого глаза.

2. Необходимо проверить остроту зрения обоих глаз без коррекции и с коррекцией, фокально и бифокально провести осмотр переднего отдела правого глаза (роговую и радужную оболочки, переднюю камеру, зрачок и зрачковый край радужной оболочки), проверить реакцию зрачка на свет. В проходящем свете попытаться оценить состояние хрусталика и стекловидного тела правого глаза.

3. Заболевание следует дифференцировать с острым кератитом, острым приступом закрытоугольной глаукомы правого глаза.

4. Больного нужно срочно направить на консультацию в офтальмологический стационар.

5. Острый гнойный 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 (эндофталмит) или всех оболочек глаза (панофталмит), с последующим исходом в субатрофию глаза и слепоту. В более позднем периоде развивается осложненная (постувеальная) катаракта и вторичная (постувеальная) глаукома.

Задача № 7.

За консультацией обратился молодой человек 27 лет с жалобами на нечеткость, расплывчатость предметов при взгляде правым глазом. Периодически беспокоят появляющиеся перед этим глазом «вспышки света, блестящие пятна, молнии». Заметил это около одной недели назад. Болей и покраснения глаза нет. Левый глаз не беспокоит. Перед этим перенес на ногах тяжелый грипп, к врачам не обращался, лечился дома, «народными средствами».

1. Какую патологию можно заподозрить у этого пациента?

2. Какие дополнительные методы обследования Вы примените?
3. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какими осложнениями чревата эта патология?

Эталон ответа к задаче № 7.

1. Можно заподозрить острое воспаление хориоидеи (хориоидит) на правом глазу.
2. Необходимо проверить остроту зрения обоих глаз без коррекции и с коррекцией, фокально и бифокально провести осмотр переднего отдела правого глаза (роговую и радужную оболочки, переднюю камеру, зрачок и зрачковый край радужной оболочки), проверить реакцию зрачка на свет. В проходящем свете попытаться оценить состояние хрусталика и стекловидного тела правого глаза. Пальпаторно (ориентировочно) оценить уровень внутриглазного давления обоих глаз и наличие циклитных (цилиарных) болей на правом глазу.
3. Поражение хориоидеи необходимо дифференцировать по этиологии, локализации, течению (острый, хронический) и тяжести (стадии) процесса, вовлеченности в него сетчатой оболочки (хориоретинит).
4. Больного необходимо направить к офтальмологу. Кроме того, необходимы консультации терапевта, ревматолога и других специалистов по необходимости. Постараться выяснить этиологию воспалительного процесса.
5. При центральном хориоидите возможна потеря или значительное снижение остроты зрения. При периферическом - зрение не страдает. Возможно вовлечение сетчатой оболочки и развитие хориоретинита, с его осложнениями в виде отслойки, кровоизлияний, тромбоза вен сетчатой оболочки.

Задача № 8.

За помощью обратился мужчина 35 лет с жалобами на появление перед левым глазом пелены, тумана, очертания предметов кажутся нечеткими, расплывчатыми, кроме того, предметы воспринимаются искаженными, их очертания и форма изменены, например, при проверке остроты зрения с 5 метров, вертикальные элементы букв кажутся не прямыми, изогнутыми. Заболевание ни с чем не связывает. До этого оба глаза видели хорошо, зрение было одинаковым.

1. Какую патологию можно заподозрить у этого пациента?
2. Какие дополнительные методы обследования Вы примените?
3. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 8.

1. Скорее всего, у пациента имеется центральный хориоидит левого глаза.
2. Необходимо проверить остроту зрения обоих глаз без коррекции и с коррекцией, фокально и бифокально провести осмотр переднего отдела левого глаза, в проходящем свете попытаться оценить состояние хрусталика и стекловидного тела. Пальпаторно (ориентировочно) оценить уровень внутриглазного давления обоих глаз.
3. Поражение хориоидеи необходимо дифференцировать по этиологии, локализации, течению (острый, хронический) и тяжести (стадии) процесса, вовлеченности в него сетчатой оболочки (хориоретинит).
4. Больного необходимо направить к офтальмологу. Кроме того, необходимы консультации терапевта, ревматолога и других специалистов по необходимости. Постараться выяснить этиологию воспалительного процесса.
5. Искривление предметов в центральном поле зрения свидетельствует о центральном поражении на глазном дне, поэтому прогноз не очень благоприятный, при центральном хориоидите возможна потеря или значительное снижение остроты зрения. При периферическом - зрение не страдает. Возможно вовлечение сетчатой оболочки – хориоретинит, с его осложнениями в виде отслойки, кровоизлияний и тромбоза вен

сетчатой оболочки.

Задача № 9.

За советом обратилась знакомая 29 лет с жалобами на появившееся перед правым глазом темное пятно, за которым она вообще ничего не видит. Пятно появилось 2 дня назад, этому предшествовало затуманивание и снижение остроты зрения, яркие, «как молнии», вспышки и искры перед правым глазом, предметы казались искаженными. За помощью не обращалась хочет сначала поговорить с Вами. С 20 лет страдает хроническим бруцеллезом, по поводу которого получает лечение. По профессии ветеринар. Заразилась бруцеллезом во время производственной практики в одной из республик юга Восточной Сибири.

1. Какую патологию можно заподозрить у Вашей знакомой?
2. Какие дополнительные методы обследования Вы примените?
3. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. Тактика Ваших дальнейших действий? 5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 9.

1. У пациентки можно заподозрить острый хориоретинит правого глаза центральной локализации.
2. Необходимо определить остроту зрения обоих глаз без коррекции и возможной коррекцией; фокально и бифокально провести осмотр переднего отдела правого глаза; провести исследование в проходящем свете – возможны помутнения в стекловидном теле; пальпаторно (ориентировочно) оценить уровень внутриглазного давления обоих глаз.
3. Дифференциальная диагностика проводится с хориоидитом, по этиологии; по локализации очага воспаления на глазном дне (центральный, периферический, перипапиллярный, экваториальный); течению (острый, хронический) и тяжести (стадии) процесса; наличию осложнений.
4. Больную необходимо направить к офтальмологу, инфекционисту и терапевту.
5. Возможные осложнения - отслойка сетчатой оболочки, формирование неоваскулярной мембраны, рецидивирующие кровоизлияния в сетчатую оболочку и тромбоз ее вен, которые могут привести к слепоте.

Задача № 10.

На консультацию обратился пациент 18 лет с жалобами на сильные боли в левом глазу, иррадиирующие в левую половину головы, верхнюю челюсть слева, покраснение левого глаза, снижение зрения, изменение формы зрачка. Два назад при длительной езде на машине пользовался открытым слева окном, к вечеру того же дня появились сначала неявные, а затем все более выраженные вышеперечисленные симптомы. Ночью почти не спал из-за болей, принимал обезболивающие препараты. Острота зрения OS – 0,3, не корр., видит, как через мутное стекло, OD – здоров, видит 1,0. OS – смешанная инъекция сосудов глазного яблока, роговая оболочка отечная, но передняя камера просматривается, радужная оболочка грязно-серого цвета, в передней камере виден уровень желтого цвета, высотой 2 мм, зрачок неправильной формы, реакция на свет вялая, рефлекс с глазного дна темно-красного цвета.

1. Какую патологию можно заподозрить у этого пациента?
2. Какие дополнительные методы обследования Вы примените?
3. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. Тактика Ваших дальнейших действий? 5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 10.

1. У больного имеется острый гнойный иридоциклит левого глаза.
2. Необходимо посмотреть левый глаз в проходящем свете, попытаться пропальпировать глазное яблоко для выявления циклитных (цилиарных) болей в нем. Пальпаторно (ориентировочно) определить уровень внутриглазного давления.
3. Дифференциальная диагностика проводится между острым иридоциклитом и

острым приступом закрытоугольной глаукомы.

4. Больного надо срочно направить в офтальмологический стационар для лечения.

5. 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

Тестирование

1. Пациент с болями в области глаза, сниженным зрением, преципитатами на эндотелии роговицы, 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 хориоиде

д) в зрительном нерве

3. Если при окрашивании эрозии роговицы дефект имеет древовидный характер, мы предполагаем 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 количество чувствительных нервных волокон:

а) конъюнктива

б) роговица

в) склера г) сетчатка

д) хориоидея

7. Основной фактор совместного вовлечения в патологический процесс цилиарного тела и радужки 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». Наиболее эффективный метод лечения:
а) удаление палпебральной части слезной железы
б) конъюнктивориностомия
в) каналикулориностомия г) дакриоцисториностомия
д) конъюнктивно-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, за исключением:
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 дегенеративного 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) вывороте 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. Характерные симптомы застойного ДЗН в начальной стадии развития: а) боли в области глазного яблока
- б) выраженное снижение остроты зрения в) повышение ВГД
 - г) сохранение высокой остроты зрения** д) проминенция ДЗН
23. Какие утверждения в отношении паренхиматозного сифилитического кератита являются верными:
- а) имеет три стадии развития**
 - б) развитие глубокой васкуляризации роговицы**
 - в) васкуляризация роговицы отсутствует
 - г) поражаются оба глаза**
 - д) поражается один глаз
24. Сужение поля зрения в одном квадранте возможно при следующих заболеваниях:
- а) первичная глаукома** б) отслойка сетчатки в) астигматизм
 - г) гиперметропия д) эмметропия

25. 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
26. Местное и общее лечение, применяемое у больных с первичной открытоугольной глаукомой:
- а) стероидные противовоспалительные средства
 - б) мидриатики
 - в) миотики**
 - г) бета-блокаторы**
 - д) ингибиторы карбоангидразы**
27. 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**
28. Амблиопия может развиваться при следующих заболеваниях:
- а) врожденная катаракта**
 - б) одностороннее косоглазие**
 - в) альтернирующее косоглазие
 - г) возрастная катаракта
 - д) анизометропия**
29. К симптомам проникающей раны роговицы относятся:
- а) глубокая передняя камера
 - б) мелкая передняя камера вплоть до полного ее отсутствия**
 - в) гипотония
 - г) выпадение радужки в роговичную рану**
 - д) гифема
30. Симптомы инородного тела роговицы:
- а) боли в области глазного яблока, чувство инородного тела**
 - б) пониженная чувствительность роговицы
 - в) светобоязнь**
 - г) слезотечение**
 - д) блефароспазм**
31. Диагноз первичной открытоугольной глаукомы ставится на основании следующих симптомов:
- а) повышение ВГД**
 - б) сужение поля зрения**
 - в) глаукоматозная экскавация ДЗН**
 - г) наличие открытого угла передней камеры**
 - д) проминция ДЗН в стекловидное тело
32. Осложнениями проникающей раны глазного яблока являются:
- а) посттравматическая катаракта**
 - б) вторичная глаукома**
 - в) первичная глаукома
 - г) симпатическая офтальмия**
 - д) эндофтальмит**
33. 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

34. 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»

35. 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

36. 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

37. 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

38. 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

39. 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-ром фурациллина**
- г) открытое зондирование носослезного канала д) дакриоцисториностомия

40. 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)

нерв)

41. Выворот края века наружу называется: а) лагофthalm
б) блефароспазм
в) эктропион г) энтропион д) птоз
42. Заворот края века внутрь называется: а) лагофthalm
б) блефароспазм в) эктропион
г) энтропион
д) птоз
43. Питание хрусталика осуществляется за счет: а) сосудов радужки
б) сосудов цилиарного тела
в) сосудов хориоидеи г) сосудов сетчатки
д) водянистой влаги
44. Лагофthalm – это:
а) невозможность поднятия верхнего века б) выраженное закрытие глазной щели
в) невозможность закрытия глазной щели
г) выворот нижнего века д) заворот нижнего века
45. Преломляющая сила хрусталика в состоянии покоя:
а) 1-5 Д
б) 18-20 Д
в) 40 Д
г) 44 Д
д) 60-64 Д
46. 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 кровеносных сосудов
47. 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
48. Основной метод лечения возрастной катаракты: а) консервативный
б) хирургический
в) не нуждается в лечении г) лазерное лечение
д) физиотерапевтическое лечение
49. 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)
50. В случае неврита зрительного нерва острота зрения: а) не меняется

- б) незначительно снижается
- в) значительно снижается**
- г) меняется на протяжении суток д) улучшается без лечения

51. Укажите симптом, который не характерен для острого приступа глаукомы: а) отек роговицы

- б) мелкая передняя камера в) мидриаз
- г) застойная инъекция сосудов глазного яблока
- д) миоз с сохранением прямой реакции зрачка на свет**

52. Верхняя граница значений нормального ВГД, измеренного тонометром 10 гр по Маклакову:

- а) 20 мм рт. ст. б) 24 мм рт. ст. **в) 26 мм рт. ст.** г) 27 мм рт. ст.
- д) единой нормы не существует

53. Основную продукцию водянистой влаги осуществляет:

- а) плоская часть цилиарного тела
- б) отростки (реснички) цилиарного тела**
- в) радужка г) хориоидея д) сетчатка

54. Первая помощь в условиях поликлиники или медпункта при проникающей ране глазного 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 специализированный глазной травматологический центр**
- г) амбулаторное лечение у врача-офтальмолога в условиях поликлиники д) закапывание миотиков

55. Интенсивное ультрафиолетовое излучение в первую очередь поражает: а) глаз переносит ультрафиолетовое излучение без негативных последствий **б) роговицу и конъюнктиву**

- в) радужку г) хрусталик д) сетчатку

56. К симптомам птоза верхнего века относятся:

- а) закрытие области зрачка верхним веком**
- б) полная или частичная неподвижность верхнего века в) сужение глазной щели**
- г) заворот нижнего века
- д) невозможность закрытия глазной щели

57. Возможное осложнение врожденного тотального птоза века:

- а) амблиопия**
- б) глаукома
- в) атрофия зрительного нерва
- г) катаракта д) увеит

58. Миотики назначают при диагнозе:

- а) иридоциклит
- б) глаукома**
- в) кератит г) неврит д) ретинит

59. Возможные осложнения хронического гнойного дакриоцистита:

- а) язва роговицы**
- б) катаракта
- в) хронический конъюнктивит**
- г) дакриoadенит
- д) флегмона слезного мешка**

60. Основные симптомы врожденной глаукомы:

- а) увеличение размеров роговицы и глазного яблока**
- б) дисплазия (нарушение развития) угла передней камеры**
- в) преципитаты на эндотелии роговицы
- г) повышение ВГД**
- д) обильное гнойное отделяемое из конъюнктивальной полости

61. Мидриатики показаны при диагнозе:

- а) иридоциклит**
- б) глаукома
- в) острый конъюнктивит
- г) неврит зрительного нерва (папиллит)
- д) кератоувект**

62. Местные анестетики применяют в следующих случаях:

- а) исследование ВГД (тонометрия)**
- б) периметрия, исследование остроты зрения
- в) исследование чувствительности роговицы
- г) удаление инородного тела**
- д) рефрактометрия

63. При остром приступе глаукомы назначают:

- а) пилокарпин**
- б) атропин
- в) тетракаин
- г) хлорамфеникол
- д) диакарб**

64. Через верхнюю глазничную щель проходят:

- а) глазная артерия
- б) зрительный нерв
- в) 1-ая ветвь тройничного нерва**
- г) глазодвигательные нервы**
- д) верхняя (или общая) глазная вена**

65. Через костный канал зрительного нерва проходят:

- а) глазная артерия**
- б) носоресничный нерв
- в) зрительный нерв**
- г) задние короткие цилиарные артерии
- д) задние длинные цилиарные артерии

66. Ветви глазной артерии:

- а) надглазничная и слезная артерии**
- б) центральная артерия сетчатки**
- в) передние цилиарные артерии**
- г) задние короткие и длинные цилиарные артерии**
- д) внутренняя сонная артерия

67. Перикорнеальная инъекция возникает при:

- а) конъюнктивите
- б) первичной открытоугольной глаукоме
- в) воспалении сосудистой оболочки глаза**
- г) возрастной катаракте
- д) отслойке сетчатки

68. К секреторной части слезного аппарата относятся:
а) слезная железа
б) слезные точки
в) слезные каналы
г) добавочные слезные железы
д) слезный мешок
69. Носослезный канал открывается в:
а) нижний носовой ход б) средний носовой ход в) верхний носовой ход
г) гайморову (верхнечелюстную) пазуху д) ротовую полость
70. Роговица состоит из:
а) 2 слоев
б) 3 слоев
в) 4 слоев
г) 5 слоев
д) 6 слоев
71. Коллагеновые волокна роговицы расположены:
а) параллельно поверхности роговицы
б) хаотично
в) концентрически
г) перпендикулярно поверхности роговицы д) под наклоном к поверхности роговицы
72. Питание роговицы осуществляется из:
а) путем диффузии из перилимбальной сосудистой сети
б) центральной артерии сетчатки
в) решетчатых артерий г) верхней артерии века д) нижней артерии века
73. Сколько частей имеет зрительный нерв:
а) одну б) две в) три
г) четыре
д) пять
74. Эвакуация (удаление) водянистой влаги из передней камеры глаза происходит через:
а) Циннову связку
б) капсулу хрусталика
в) угол передней камеры и склеральный синус (Шлеммов канал)
г) строму роговицы д) зрачок
75. К функциям склеры относятся:
а) питание глазного яблока
б) защита внутреннего содержимого глазного яблока
в) рефракция г) аккомодация
д) поддержание формы глазного яблока
76. Функции хориоидеи:
а) трофическая (по отношению к сетчатке)
б) рефракционная в) восприятие света г) термическая
д) аккомодационная

77. Функция сетчатки:
а) рефракционная б) трофическая
в) восприятие света для осуществления зрительного акта
г) аккомодационная
д) фильтрация внутриглазной жидкости
78. Боуменова мембрана расположена в роговице между:
а) эпителием и стромой роговицы
б) стромой и десцеметовой мембраной
в) десцеметовой мембраной и эндотелием г) эндотелием и влагой передней камеры
д) в глубине стромы роговицы
79. Сколько мозговых оболочек имеет зрительный нерв: а) одну
б) две
в) три
г) четыре д) пять
80. Какое количество экстраокулярных мышц формирует глазодвигательный аппарат: а) четыре
б) пять **в) шесть** г) семь д) восемь
81. Фиброзное кольцо Зинна берет начало от:
а) круглого отверстия
б) зрительного отверстия в) верхней глазничной щели г) нижней глазничной щели
д) овального отверстия
82. Задние кроткие цилиарные артерии питают: а) роговицу
б) радужку
в) внутренние слои сетчатки **г) наружные слои сетчатки** д) цилиарное тело
83. 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
84. Центральная артерия сетчатки обеспечивает кровоснабжение: а) хориоидеи
б) внутренних слоев сетчатки
в) наружных слоев сетчатки г) радужки
д) цилиарного тела
85. Зрительный нерв – это:
а) чувствительный нерв
б) двигательный нерв в) смешанный нерв
г) симпатический нерв
д) парасимпатический нерв
86. 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)

87. Основной функцией зрительного анализатора является: а) периферическое зрение
б) острота зрения в) цветоощущение **г) светоощущение**
д) бинокулярное зрение
88. При остроте зрения, равной 1,0 ($Vis=1,0$), величина угла зрения, при которой различаются детали опто типов в таблице для исследования остроты зрения, составляет: **а) 1 мин.**
б) 2 мин.
в) 3 мин.
г) 4 мин.
д) 5 мин.
89. Если больной различает только первый ряд опто типов на расстоянии в 1 метр, его острота зрения составляет:
а) 0,1
б) 0,05
в) 0,02
г) 0,01
д) 0,03
90. Аккомодационная астиопия чаще всего встречается при:
а) гиперметропии
б) миопии
в) пресбиопии г) афакии
д) эметропии
91. Оказание первой помощи при остром иридоциклите включает закапывание раствора: а) пилокарпина
б) атропина
в) тимолола
г) гентамицина д) дикаина
92. Эктропион – это:
а) помутнение хрусталика
б) помутнение стекловидного тела
в) выворот наружу ресничного края века
г) кровоизлияние в сетчатку д) отслойка сетчатки
93. Какой симптом не характерен для блефаритов: а) зуд
б) жжение
в) снижение остроты зрения г) инъекция глазного яблока д) гиперемия края века
94. Наружный ячмень – это воспаление: а) Мейбомиевых желез
б) желез Цейсса
в) желез Генле г) желез Краузе
д) желез Вольфринга
95. Халязион – это хроническое воспаление:
а) желез Цейсса
б) Мейбомиевых желез
в) желез Генле г) желез Краузе

д) желез Вольфринга

96. Какая из перечисленных опухолей век является злокачественной: а) ангиома
б) дермоидная киста в) невус
г) аденокарцинома
д) папиллома

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

98. 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

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

100. 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)

101. У взрослого человека верхняя граница поля зрения на белый цвет составляет:
а) 10-15°
б) 40-45°
в) 65-70°
г) 80-85°
д) 20-25°

102. 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°

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

104. 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°

105. Какое вещество в слезе обладает бактерицидными свойствами: а) лидаза

б) химотрипсин

в) лизоцим

г) вода

д) фосфатаза

106. Амблиопия – это нарушение функции:

а) светоощущения б) цветоощущения

в) периферического зрения г) **бинокулярного зрения** д) аккомодации

107. Диоптрия – это преломляющая сила линзы с фокусным расстоянием, равным:

а) 100 м

б) 10 м

в) 1 м

г) 10 см

д) 1 см

108. 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

109. Преломляющая сила линзы с фокусным расстоянием 0,25 м:

а) 4,0 Д

б) 2,0 Д

в) 1,0 Д

г) 0,5 Д

д) 0,1 Д

110. Преломляющая сила линзы с фокусным расстоянием 2 м:

а) 4,0 Д

б) 2,0 Д

в) 1,0 Д

г) 0,5 Д

д) 0,1 Д

111. Пациент, дальнейшая точка ясного зрения которого расположена на расстоянии 1 м, имеет миопию, равную:

а) 1,0 Д

б) 2,0 Д

в) 4,0 Д

г) 5,0 Д

д) 10,0 Д

112. Пациент, дальнейшая точка ясного зрения которого расположена на

расстоянии 0,5 м, имеет миопию, равную:

- а) 1,0 Д
- б) 2,0 Д**
- в) 4,0 Д
- г) 5,0 Д
- д) 10,0 Д

113. Пациент, дальнейшая точка ясного зрения которого расположена на расстоянии 25 см, имеет миопию, равную:

- а) 1,0 Д
- б) 2,0 Д
- в) 4,0 Д**
- г) 5,0 Д
- д) 10,0 Д

114. Пациент, дальнейшая точка ясного зрения которого расположена на расстоянии 10 см, имеет миопию, равную:

- а) 1,0 Д
- б) 2,0 Д**
- в) 4,0 Д
- г) 5,0 Д
- д) 10,0 Д

115. Субъективным методом определения рефракции является: а) скиаскопия
б) рефрактометрия в) диоптриметрия г) биомикроскопия
д) с помощью пробного набора очковых линз

116. Пациенту 50 лет с гиперметропией +1,0 Д необходимы очки для чтения: а) +1,0 Д

- б) +2,0 Д
- в) +3,0 Д**
- г) +4,0 Д
- д) +5,0 Д

117. Пациенту 60 лет с эметропией необходимы очки для чтения: а) +1,0 Д
б) +2,0 Д
в) +3,0 Д
г) +4,0 Д
д) +5,0 Д

118. Аккомодация – это:

- а) статическая рефракция глазного яблока б) преломляющая сила роговицы
- в) передне-задняя ось глаза

г) способность ясно видеть предметы, расположенные от глаза на различном расстоянии

- д) способность различать свет различной интенсивности

119. Ближайшая точка ясного зрения – это:

а) точка, расположенная на вершине роговицы б) точка, расположенная перед хрусталиком

- в) точка, расположенная позади хрусталика

г) ближайшая точка ясного зрения при максимальном напряжении аккомодации
д) точка, в которой собираются лучи после прохождения через оптическую

систему глазного яблока

120. При амблиопии очень высокой (IV степени) острота зрения составляет:
а) 0,04 и ниже
б) 0,05 – 0,1
в) 0,2 – 0,3
г) 0,4 – 0,8
д) 1,0 и выше
121. Какое лекарственное вещество при закапывании в конъюнктивальную полость может вызывать паралич аккомодации:
а) р-р пилокарпина 1%
б) р-р атропина 1%
в) р-р фурациллина 1:5000г) р-р левомицетина 0,25%д) р-р тимолола 0,5%
122. Какой симптом не характерен для аденовирусного конъюнктивита: а) заболевание имеет характер эпидемии
б) основной признак – появление конъюнктивальных фолликулов в) гиперемия конъюнктивы
г) регионарное увеличение лимфатических узлов
д) фибринозные мембраны, сращенные с конъюнктивой
123. 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
124. Гонококковый конъюнктивит у взрослых проявляется:
а) в первые 3-7 дней после зараженияб) в первые 11-20 дней после зараженияв) в первые 21-26 дней после зараженияг) в первые 27-30 дней после зараженияд) спустя 1 месяц после заражения
125. 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
126. Сферические собирательные линзы используются для коррекции:а) миопии
б) простого гиперметропического астигматизма в) сложного миопического астигматизма
г) простого миопического астигматизма
д) гиперметропии
127. Какие из перечисленных линз относятся к рассеивающим сферическим линзам:
а) вогнутые
б) выпуклые
в) плоско-выпуклыег) двояковыпуклые д) астигматические
128. Оптическая коррекция простой миопии производится с помощью: а) самой

слабой собирающей линзы

- б) **самой слабой рассеивающей линзы** в) самой сильной рассеивающей линзы г) призм
д) самой сильной собирающей линзы

129. Возможное осложнение перезрелой катаракты:

- а) **вторичная факолитическая глаукома**
б) фликтенулезный конъюнктивит в) отслойка сетчатки
г) увеит
д) ретинит

130. Врожденные тотальные (полные) катаракты подвергаются оперативному лечению:

- а) **в ранние сроки (в первые месяцы жизни)**
б) в 2 года
в) после 7 лет г) после 14 лет д) после 60 лет

131. Какие клетки сетчатки из совокупности своих амиелиновых аксонов формируют зрительный нерв:

- а) биполярные
б) **ганглионарные**
в) палочки г) колбочки
д) палочки и колбочки

132. Гетеронимные гемианопсии появляются при:

- а) поражении зрительного тракта
б) поражении коры затылочной доли головного мозга
в) **поражении хиазмы**
г) поражении зрительного нерва д) поражении сетчатки

133. Главный фокус при гиперметропии расположен:

- а) в точке на сетчатке
б) в виде вертикальной линии позади сетчатки в) в виде вертикальной линии перед сетчаткой г) в точке перед сетчаткой
д) **в точке позади сетчатки**

134. Главный фокус при миопии расположен:

- а) в точке на сетчатке
б) в виде вертикальной линии позади сетчатки в) в виде вертикальной линии перед сетчаткой г) **в точке перед сетчаткой**
д) в точке позади сетчатки

135. Какой симптом не характерен для иридоциклитов:

- а) перикорнеальная инъекция б) миоз
в) **мидриаз**
г) задние иридохрусталиковые синехии д) изменение структуры и цвета радужки

136. Какое из заболеваний характеризуется появлением преципитатов на задней поверхности роговицы:

- а) хориоидит
б) отслойка сетчатки
в) **иридоциклит**

г) миопия высокой степени д) конъюнктивит

137. Какой симптом не характерен для острого дакриоцистита:

- а) местно в области слезного мешка определяется повышение температуры б) отек тканей века и области слезного мешка
- в) покраснение в области слезного мешка
- г) признаки «синдрома сухого глаза»**
- д) болезненность в области слезного мешка

138. Какой симптом не относится к корнеальному (роговичному) синдрому: а) слезотечение

- б) светобоязнь в) блефароспазм г) **диплопия**
- д) боли в области глазного яблока

139. Патогномоничным симптомом герпетического кератита является: а) нормальная чувствительность роговицы

- б) слезотечение
- в) отсутствие чувствительности роговицы**
- г) светобоязнь д) блефароспазм

140. Какой признак не характерен для фликтенулезного (скрофулезного) кератита: а) наличие фликтен

- б) чаще развивается у детей
- в) заболевание бактериально-аллергической природы
- г) заболевание вирусной природы**
- д) развивается в условиях пониженной иммунологической резистентности организма

141. Какой признак не характерен для кератоконуса:

- а) кератоконус – хроническая двухсторонняя эктазия роговицы
- б) кератоконус – хроническая односторонняя эктазия роговицы**
- в) заболевание невоспалительного характера
- г) приводит к истончению центральной части роговицы д) развивается у людей молодого возраста

142. Какой признак не характерен для врожденного сифилитического кератита: а) двухстороннее заболевание

- б) выделяют 3 стадии развития (инфильтрации, васкуляризации и резорбции) в) наличие перикорнеальной инъекции
- г) отсутствие перикорнеальной инъекции**
- д) положительная реакция Борде-Вассермана

143. Какой признак не характерен для синдрома Шегрена: а) проявляется в виде сухого кератоконъюнктивита

- б) двухстороннее заболевание в) чаще встречается у женщин
- г) функция слезной железы не нарушена**
- д) сочетается с нарушением секреции потовых желез

144. Птеригиум (крыловидная плева) – это: а) злокачественная опухоль конъюнктивы

- б) дегенеративное заболевание конъюнктивы**
- в) заболевание, которое с течением времени не прогрессирует г) доброкачественная

опухоль роговицы

д) заболевание воспалительного характера

145. Профилактика гонококкового конъюнктивита у новорожденных осуществляется путем инстилляций:

а) р-ра дексаметазона

б) р-ра пилокарпина

в) р-ра сульфацила натрия 20%

г) р-ра кортизона

д) р-ра атропина 0,1%

146. Причинами развития врожденного дакриоцистита новорожденных являются:

а) внутриутробная инфекция слезного мешка

б) пренатальное расширение слезного мешка

в) непроходимость носослезного канала к моменту рождения

г) бактериальная инфекция во время родов

д) преждевременное рождение ребенка в 7 месяцев

147. При окрашивании эрозии роговицы дефект имеет древовидный характер в случае: а) поверхностного точечного кератита

б) герпетического кератита

в) ползучей язвы роговицы

г) нервно-паралитического кератита д) сифилитического кератита

148. Какой признак не характерен для ожогов щелочами:

а) считаются более легкими по сравнению с ожогами кислотой

б) вызывают коагуляционный некроз

в) вызывают колликвацию (разжижение) белков

г) имеют тенденцию к инфильтрации и проникновению вглубь тканей

д) имеют тенденцию к увеличению тяжести поражения в последующие дни после травмы

149. Гипопион (гной в передней камере глаза) обычно является симптомом: а) эрозии роговицы

б) ползучей язвы роговицы

в) посттравматической катаракты г) гемофтальма

д) отслойки сетчатки

150. Симпатическая офтальмия протекает в форме:

а) фибринозно-пластического иридоциклита травмированного глаза

б) фибринозно-пластического иридоциклита парного (нетравмированного) глаза

в) нейроретинита травмированного глаза

г) эндофтальмита травмированного глаза

д) панофтальмита травмированного глаза

