

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 19.07.2025 11:57:27
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480773b3c1a975e6f

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
» 20__ года



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

Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины «Офтальмогенетика»

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций:

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпуск	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
УК (Универсальные компетенции)	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном 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.
	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	иУК-4.1. Знать современные методы и технологии коммуникации; этические и деонтологические нормы общения; психологические и социологические закономерности и принципы

		<p>межличностного взаимодействия</p> <p>иУК-4.2. Уметь выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности с учетом социально-культурных особенностей, этнических и конфессиональных различий.</p> <p>иУК-4.3. Владеть навыками взаимодействия с людьми разных возрастных, социальных, этнических и конфессиональных групп.</p>
ОПК (Общепрофессиональные компетенции)	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	<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; - 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; - 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

		<p>современных методов инструментальной и лабораторной диагностики у взрослых и детей с заболеваниями и (или) патологическими состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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,
--	--	---

		<p>его придаточного аппарата и орбиты, сбора анамнеза и жалоб;</p> <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 осложнения 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

		<p>состояний глаза, его придаточного аппарата и орбиты;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 (или) патологическими состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты; - 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
--	--	---

		<p>стандартов медицинской помощи;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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>и ОПК-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; - навыками мониторинга заболевания и (или) состояния
--	--	--

		<p>пациента после хирургического вмешательства, корректировать план лечения;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p>	<p>иОПК-7.1. Знать</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядок выдачи листов нетрудоспособности; - порядок проведения отдельных видов медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров; - медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции зрения, обусловленное заболеваниями и/или состояниями, последствиями травм или дефектами состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты, на медико-социальную экспертизу, требования к оформлению медицинской документации; - медицинские противопоказания, медицинские показания и медицинские ограничения к управлению транспортным средством; заболевания, при наличии которых противопоказано владение оружием; медицинские противопоказания к осуществлению иных видов деятельности в части заболеваний и/или состояний глаза, его придаточного аппарата и орбиты. <p>иОПК-7.2. Уметь</p> <ul style="list-style-type: none"> - определять наличие медицинских противопоказаний, медицинских

		<p>показаний и медицинских ограничений к управлению транспортным средством; заболеваний, при наличии которых противопоказано владение оружием; медицинских противопоказаний к осуществлению иных видов деятельности в части заболеваний и/или состояний глаза, его придаточного аппарата и орбиты;</p> <ul style="list-style-type: none"> - определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции зрения, обусловленное заболеваниями и/или состояниями, последствиями травм или дефектами глаза, его придаточного аппарата и орбиты, для прохождения медико-социальной экспертизы; - определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции зрения, обусловленных заболеваниями и/или состояниями, последствиями травм или дефектами глаза, его придаточного аппарата и орбиты; - выносить медицинские заключения по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров в части наличия и/или отсутствия заболеваний и/или состояний глаза, его придаточного аппарата и орбиты. <p>иОПК-7.3. Владеть</p> <ul style="list-style-type: none"> - отдельными видами медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров; - навыками проведения экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и/или состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты, экспертиза временной нетрудоспособности в составе врачебной комиссии медицинской организации; - подготовкой необходимой медицинской документации пациентам с заболеваниями и/или состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты для прохождения медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы; - навыками направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функции зрения, обусловленное заболеваниями и/или состояниями, последствиями травм или дефектами глаза, его
--	--	--

		придаточного аппарата и орбиты, для прохождения медико-социальной экспертизы.
	<p>ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>иОПК-9.1. 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-9.2. 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

		<p>данными пациентов и сведениями, составляющими врачебную тайну;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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-9.3. Владеть</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 организаций с использованием основных медико-статистических показателей; - навыком оптимизации сбора, представления и анализа медико-статистической информации.
ПК (Профессиональные компетенции)	<p>ПК-1. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и /или состояний глаза, его придаточного аппарата и орбиты, установление диагноза.</p>	<p>иПК-1.1. Знать</p> <p>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</p>

		<p>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.</p> <p>иПК-1.2. Уметь</p> <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</p> <p>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</p>
--	--	---

		стандартов медицинской помощи
--	--	-------------------------------

**Вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации
по дисциплине «Офтальмогенетика»**

1. Эпидемиология наследственных заболеваний глаза.
2. Офтальмогенетический регистр.
3. Нормативные документы в области медицинской генетики.
4. Перспективы развития медицинской генетики и медико-генетической службы в России.
5. Социальные аспекты медицинской генетики.
6. Критика представлений о фатальности, неизлечимости наследственных болезней.
7. Генетика человека и научно-технический прогресс.
8. Анализ деятельности медико-генетических консультаций.
9. Общие методические и статистические подходы.
10. Учет, отчетность и ведение документации в медико-генетической консультации.
11. Принципы организации медико-генетической помощи в России и за рубежом.
12. Историческая справка. Место в системе здравоохранения.
13. Взаимосвязь медико-генетических консультаций с другими медицинскими учреждениями.
14. Задачи и функции медико-генетических консультаций. Оснащение.
15. Формы и методы пропаганды медико-генетических знаний среди медицинских работников и населения.
16. Организация пренатальной диагностики наследственных болезней и пренатального скрининга на ВПР и хромосомных болезнях.
17. Генетические регистры.
18. Экономическая эффективность медико-генетической службы.
19. Этические вопросы при медико-генетическом консультировании.
20. Ответственность врача-генетика за дачу совета, обусловленного вероятностным прогнозом.
21. Принцип конфиденциальности в работе врача-генетика.
22. Этические вопросы при рекомендации и проведении пренатальной диагностики.
23. Искусственное оплодотворение при высоком генетическом риске как вид медицинской помощи.
24. Этические вопросы при проведении массового скрининга новорожденных.
25. Определение понятия, цели и задачи экспертизы трудоспособности.
26. Основные документы, удостоверяющие нетрудоспособность и общие правила их заполнения и выдачи.
27. Организация экспертизы временной нетрудоспособности.
28. Показания и порядок направления на МСЭ.
29. Правовые положения для больных с тяжелыми инвалидизирующими наследственными болезнями.
30. Социальное обеспечение больных с наследственной патологией.
31. История развития и становления генетики как науки.

32. Молекулярные основы наследственности: Роль нуклеиновых кислот в хранении, передаче и реализации генетической информации.
33. Структура генома человека: уникальные и повторяющиеся последовательности ДНК.
34. Структура гена, генная инженерия.
35. Конструирование векторных молекул и использование их в генной инженерии;
36. Молекулярные зонды и их использование в медицинской генетике;
37. Методологические, социальные и правовые проблемы генной инженерии.
38. Цитологические основы наследственности.
39. Основные механизмы возникновения хромосомной патологии:.
40. Гены и признаки.
41. Законы передачи наследственных признаков:
42. Примеры доминантных и рецессивных признаков у человека. Генетические карты.
43. Картирование генов, методы.
44. Изменчивость. Тератогенез.
45. Терминационный тератогенный период, Механизмы тератогенеза.
46. Основные тератогенные факторы (физические, химические, биологические).
47. Характеристика и классификация мутаций.
48. Отличие мутаций от модификаций.
49. Спонтанные и индуцированные мутации.
50. Мутагены и антимутагены.
51. Мутагенное воздействие ультрафиолетовых лучей, радиации и химических соединений.
52. Вирусы, токсины и вакцины как мутагенные факторы.
53. Принципы медико-генетического консультирования при мутагенных воздействиях.
54. Синдромологический клинико-генеалогический анализ.
55. Методы популяционной генетики.
56. Биохимические методы исследования.
57. Цитогенетические методы исследования: полового хроматина.
58. Молекулярно-генетические методы: ПЦР-анализ, ПДРФ-анализ, ферменты рестрикции; ПДЛФ-анализ.
59. Методы выявления точковых мутаций.
60. Гибридизационные методы.
61. Прямые и косвенные методы ДНК-диагностики.
62. Методы картирования генома человека.
63. Молекулярная генетика заболеваний роговицы.
64. Молекулярная генетика врожденных катаракт, как изолированных, так и входящих в состав синдромов.
65. Прогресс в генетическом исследовании глаукомы.
66. Взаимодействие генов и факторов окружающей среды при миопии.
67. Генетические дефекты метаболизма витамина А в клетках пигментного эпителия.
68. Генетика макулярных дистрофий. Генетика нарушений цветового зрения.
69. Генотерапия. Клеточная терапия.

70. Лечение наследственных болезней обмена (в т.ч. фенилкетонурии, гипотиреоза, галактоземии, адреногенитального синдрома, муковисцидоза).

Примерные тестовые задания для проведения текущего контроля знаний по дисциплине «Офтальмогенетика»

1. При врожденной лейкоме роговицы не характерно:

- А) причиной является внутриутробное воспаление
- Б) имеется васкуляризация
- В) могут быть передние синехии
- Г) может сопровождаться повышенным ВГД
- Д) отмечается амблиопия
- Е) *заболевание увеального тракта

2. К врожденным изменениям век, требующим операции у новорожденных, относится все перечисленное, исключая:

- А) колобому век
- Б) анкилоблефарон
- В) заворот век
- Г) *эпикантус

3. Если не оперировать заворот век и колобому век, то могут возникнуть:

- А) кератит
- Б) язва роговицы
- В) бельмо роговицы
- Г) *все перечисленное
- Д) только А и Б

4. Различают следующие виды заворота век:

- А) Спастический
- Б) Рубцовый
- В) Возрастной
- Г) Врожденный
- Д) *Верно все перечисленное
- Г) Ничего из перечисленного

5. Врожденный заворот век возникает:

- А) при растяжении кожи век
- Б) при недоразвитии или отсутствии хряща
- В) *при гипертрофии ресничной части круговой мышцы
- Г) у взрослых
- Д) при травме

6. Врожденный птоз обусловлен:

- А) спазмом аккомодации
- Б) *неполноценностью развития мышцы, поднимающей верхнее веко
- В) парезом ветвей тройничного нерва

- Г) спазмом круговой мышцы век
- Д) колобомой века

7. При каких синдромах развивается юношеская форма глаукомы

- А) *синдром Франк-Каменицкого
- Б) синдром Ригера
- В) синдром Стюж-Вебера
- Г) синдром Горнера
- Д) синдром Иценко- Кушинга

8. Среди аномалий развития век различают:

- А) анкилоблефарон
- Б) колобому и заворот век
- В) эпикантус
- Г) птоз
- Д) *все перечисленное

9. У детей возможны следующие врожденные аномалии роговой оболочки:

- А) кератотонус
- Б) микрокорнеа
- В) кератоглобус
- Г) макрокорнеа
- Д) *все перечисленное

10. К аномалиям радужной оболочки относятся:

- А) аниридия и поликория
- Б) корэктопия
- В) колобома радужки
- Г) остаточная зрачковая мембрана
- Д) *все перечисленное

11. Рабочий 45 лет жалуется на снижение зрения левого глаза в течение последних 3 месяцев. Ухудшение зрения ни с чем не связывает. Объективно: VisOD=1,0; OS=0,001 н/к. Правый глаз - спокоен, слева - глазное яблоко спокойно; в роговице на 5 часах, недалеко от лимба, виден рубец длиной 5 мм, соответственно ему - небольшой дефект в радужке. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка несколько темнее, чем справа, зрачок круглый, 4 мм, слабо реагирует на свет. Хрусталик - равномерно мутный, серый, под передней капсулой - буроватые отложения. Рефлекс с глазного дна отсутствует.

Укажите правильный диагноз:

- А. Возрастная катаракта;
- Б. Центральный хориоретинит;
- В. *Металлоз глаза, травматическая катаракта;

- Г. Иридоциклит;
- Д. Непроницающее ранение глаза.

12. Ребенка, страдающего врожденной глаукомой, следует оперировать:

- А. *В течение первого месяца после установления диагноза;
- Б. При безуспешности медикаментозного лечения;
- В. В возрасте не менее 14 лет;
- Г. При наступлении совершеннолетия;
- Д. Когда ребенку надо идти в школу.

13. К окулисту обратилась пациентка 60 лет с жалобами на боли и снижение зрения в правом глазу. Из анамнеза: 3 дня назад случайно задела глаз веткой дерева, к врачу не обращалась и не лечилась. Объективно: Vis OD=0,1 н/к, OS=0,5 Sph (+) 1,0 D =1,0. Справа: глазная щель резко сужена, выражена смешанная инъеция глазного яблока, в центре роговицы виден серовато-желтый инфильтрат диаметром 4-5 мм с рыхлой поверхностью. В передней камере - беловатая полоска гноя высотой 2 мм, рисунок радужки стусеван, зрачок узкий. Рефлекса с глазного дна не видно, внутриглазное давление пальпаторно в норме. Левый глаз здоров.

Укажите диагноз:

- А. Проникающее ранение глазного яблока;
- Б. Вирусный кератит;
- В. Гнойный конъюнктивит;
- Г. *Язва роговицы;
- Д. Иридоциклит.

14. К окулисту обратился больной с жалобами на резкое снижение зрения правого глаза, искажение форм и размеров предметов. Данные жалобы появились 2 дня назад, к врачу не обращался. Объективно: Vis OD=0,08 н/к, T=23 мм рт. ст., OS=1,0, T=21 мм рт. ст. Правый глаз спокоен. Роговица прозрачная и сферичная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка в цвете и рисунке не изменена, зрачок правильной формы, хорошо реагирует на свет. Хрусталик прозрачный во всех слоях. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, экскавация физиологическая, артерии слегка расширены. В макулярной зоне просматривается округлый очаг желтовато-сероватого цвета, размером 0,5 мм, с нечеткими границами и с красноватым ободком вокруг. Сетчатка вокруг очага слегка отечна.

Укажите диагноз:

- А. Неврит зрительного нерва;
- Б. Гипертоническая ангиоретинопатия;
- В. Диабетическая ангиоретинопатия;
- Г. *Центральный хориоретинит;

Д. Центральный разрыв сетчатки.

15. Больная 70 лет жалуется на отсутствие зрения правого глаза и резкое снижение зрения в левом глазу. Зрение снижалось постепенно в течение 2 лет, к врачу не обращалась. Объективно: Vis OD=светощущение с правильной светопроекцией, T=20 мм рт. ст., OS=0,04 н/к, T=20 мм рт. ст. Справа конъюнктива спокойная, роговица - прозрачная, сферическая. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка субатрофична, передняя кайма сохранена, зрачок реагирует на свет. Хрусталик неравномерно мутный, серого цвета с перламутровым оттенком. Рефлекс с глазного дна отсутствует. Слева роговица прозрачная и спокойная, передняя камера - средней глубины, влага прозрачная. Радужка субатрофична, пигментная кайма сохранена, зрачок реагирует на свет. Хрусталик диффузно-мутный в центральных отделах, но по периферии виден розовый рефлекс. В этой зоне глазное дно без патологии.

Выберите лечение:

- А. Рассасывающая ферментативная терапия;
- Б. Витаминотерапия;
- В. *Хирургическое лечение правого глаза;
- Г. Дегидратационная терапия;
- Д. Диспансерное наблюдение.

16. Больная 55 лет обратилась к окулисту с жалобами на периодические бо-ли в обоих глазах, появление затуманивания и радужных кругов, особенно при наклонах головы, и снижение зрения. Впервые подобные ощущения заметила 1,5 года назад, но в последние месяцы они стали более частыми. Объективно: Vis OD= 0,3 Sph (+) 1,5 D =0,5, T=35 мм рт. ст., OS= 0,7 Sph (+) 1,0 D = 1,0, T=34 мм рт. ст. Глаза спокойные, имеется расширение передних цилиарных сосудов, передняя камера мелкая, радужка субатрофичная, зрачок - 4 мм, круглый, вяло реагирует на свет. Рефлекс с глазного дна розовый, справа имеется краевая экскавация с перегибом сосудов по краю диска, слева - сдвиг сосудистого пучка в носовую сторону. Макулярная зона и периферия сетчатки без патологии. Поле зрения в правом глазу сужено в верхненокосом квадранте до 25 градусов, в левом - в пределах нормы.

Укажите диагноз:

- А. Двусторонняя невралгия тройничного нерва;
- Б. Застойные диски зрительных нервов обоих глаз;
- В. Гипертонический склероз сетчатки обоих глаз;
- Г. *Подострый приступ глаукомы обоих глаз;
- Д. Открытоугольная некомпенсированная глаукома обоих глаз.

17. При прогрессирующей миопии выполняется:

- А. Кератомилез;

- Б. * Склеропластика;
- В. Кератокоагуляция;
- Г. Удаление хрусталика;
- Д. Кератотомия.

18. Флегмону слезного мешка вскрывают через кожу при наличии:

- А. *Абсцесса в области слезного мешка;
- Б. Плотной опухоли слезного мешка;
- В. Гиперемии и припухлости в этой области;
- Г. Отека под глазом;
- Д. Свища в указанной зоне.

19. Основным радикальным методом лечения катаракты является:

- А. Медикаментозное лечение;
- Б. *Хирургическое лечение;
- В. Лазерная терапия;
- Г. Применение биогенных стимуляторов;
- Д. Назначение витаминных капель.

20. При проникающих ранениях склеры могут наблюдаться:

- А. Обширные субконъюнктивальные кровоизлияния;
- Б. Глубокая передняя камера;
- В. Выпадение сосудистой оболочки, сетчатки, стекловидного тела;
- Г. Снижение внутриглазного давления;
- Д. *Все перечисленное.

21. Больная 28 лет жалуется на резкое снижение зрения правого глаза, небольшие боли при движении глазного яблока. Жалобы появились накануне вечером. Только что перенесла грипп, лечилась дома. Объективно: Vis OD=0,08 н/к, T=20 мм рт. ст., OS=1,0, T=20 мм рт. ст. Правый глаз - спокоен, при надавливании на него отмечается легкая болезненность в глубине орбиты. Оптические среды прозрачные. Глазное дно: ДЗН - бледно-розовый, границы четкие, экскавация физиологическая, ход и калибр сосудов не изменен, макулярная область и периферия сетчатки без патологии. Левый глаз здоров.

Укажите диагноз:

- А. Флегмона орбиты;
- Б. Невралгия тройничного нерва;
- В. Папиллит;

Г. Иридоциклит;

Д. *Ретробульбарный неврит.

22. Пациентка 45 лет жалуется на постоянное слезотечение из правого глаза, особенно на улице. Слезотечение беспокоит в течение 2 лет. Объективно: Vis OD=1,0, T=21 мм рт. ст., OS=1,0, T=21 мм рт. ст. Справа: положение век и слезных точек правильное, при надавливании на область слезного мешка отделяемого нет. Имеется слезостояние. Цветная, слезноносовая пробы - отрицательные, при промывании слезных путей жидкость в нос не проходит, возвращается через верхнюю слезную точку. Оптические среды прозрачны, глазное дно без патологии. Левый глаз здоров, цветная, слезноносовая пробы положительные, при промывании жидкость свободно проходит в нос.

Укажите диагноз:

А. Выворот нижнего века;

Б. Хронический конъюнктивит;

В. *Хронический дакриоцистит;

Г. Флегмона слезного мешка;

Д. Трихиаз.

23. Больной 65 лет жалуется на постоянное снижение зрения в обоих глазах, больше - в правом, в течение последнего года. Объективно: Vis OD=0,02 н/к, T=19 мм рт. ст., OS= 0,1 Sph (+) 2,0 D =0,7, T=19 мм рт. ст. Справа - роговица прозрачная, сферичная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка в цвете и рисунке не изменена, хрусталик с сероватым оттенком. После расширения зрачка просматривается диффузное помутнение центрального и нижнего отделов хрусталика, на остальной периферии рефлекс хорошо виден. Видимая часть глазного дна без патологии. Слева - глаз спокоен.

Выберите диагноз:

А. Первичная открытоугольная глаукома;

Б. Старческая макулодистрофия;

В. Помутнение стекловидного тела;

Г. Отслойка сетчатки;

Д. *Незрелая катаракта.

24. Больная 60 лет обратилась с жалобами на резкое ухудшение зрения и сильные боли в левом глазу и левой половине головы, которые появились ночью, тошноту и рвоту. Несколько дней назад у нее было тяжелое эмоциональное переживание. Раньше никогда глаза не болели. Объективно: Vis OD= 0,5 Sph (+) 2,0 D =1,0, T=19 мм рт. ст., OS=0,04 н/к, T=47 мм рт. ст. Слева глазная щель сужена, выраженная застойная инъекция глазного яблока, роговица отечная, передняя камера очень мелкая, зрачок расширен до 5 мм, неправильной овальной формы, рефлекс с

глазного дна - тускло-розовый, диск зрительного нерва виден в тумане, бледноват, с четкими границами, периферия сетчатки - без патологии. Правый глаз - в пределах возрастной нормы.

Укажите диагноз:

- А. Гипертонический криз;
- Б. *Острый приступ закрытоугольной глаукомы;
- В. Острый конъюнктивит;
- Г. Острый иридоциклит;
- Д. Набухающая катаракта.

25. На прием к окулисту обратился шофер 32 лет с жалобами на боли в левом глазу, светобоязнь, покраснение глаза. С его слов, 2 часа тому назад разбилось ветровое стекло машины, и в глаз попал осколок. Объективно: Vis OD=1,0, OS=0,7 н/к. Справа глаз без патологии, слева - умеренное сужение глазной щели, светобоязнь, слезотечение, умеренная смешанная инъекция глазного яблока. В роговице на 3 часах, ближе к лимбу, видна небольшая линейная рана длиной 3-4 мм, не доходящая до глубоких слоев. Передняя камера- средней глубины, зрачок круглый, расположен в центре, рефлекс с глазного дна розовый, глазное дно без патологии. Внутриглазное давление в норме.

Укажите диагноз:

- А. Проникающее ранение роговицы;
- Б. *Непроникающее ранение роговицы;
- В. Язва роговицы;
- Г. Иридоциклит;
- Д. Инородное тело роговицы.

26. Операция кератотомии показана при:

- А. Прогрессирующей миопии;
- Б. Неправильном астигматизме;
- В. *Анизометропии;
- Г. Афакии;
- Д. Гиперметропии.

27. Полное излечение дакриоцистита достигается:

- А. Назначением антибиотиков внутрь;
- Б. Путем зондирования;
- В. *Операцией дакриоцисториностомии;
- Г. Приемом анальгетиков;

Д. Назначением мочегонных средств.

28. Наиболее характерные признаки злокачественной опухоли орбиты:

- А. Ограничение подвижности глазного яблока;
- Б. Относительно быстрое снижение зрительных функций;
- В. Отек век и окружающих тканей;
- Г. Экзофтальм;
- Д. *Все перечисленное.

29. Нормальные цифры тонометрического внутриглазного давления:

- А. 11-14 мм рт. ст.;
- Б. *16-26 мм рт. ст.;
- В. 28-32 мм рт. ст.;
- Г. 33-38 мм рт. ст.;
- Д. 39-41 мм рт. ст.

30. Сидероз - это:

- А. Воспаление роговой оболочки;
- Б. *Пропитывание тканей глаза соединениями железа;
- В. Деструкция стекловидного тела;
- Г. Воспаление радужной оболочки;
- Д. Поражение зрительного нерва.

31. Физическая рефракция эметропического глаза взрослого человека составляет в среднем:

- А. 40,0 дптр
- Б. Б. 50,0 дптр
- В. *60,0 дптр
- Г 70,0 дптрД. 80,0 дптр

32. Какой из перечисленных методов не пригоден для определения вида и степени клинической рефракции?

- А. Субъективный (по оценке остроты зрения с корригирующими стеклами)
- Б. Скиаскопия
- В. Рефрактометрия
- Г. *Офальмометрия

33. Где находится дальнейшая точка ясного видения у миопы?

- А. В бесконечности

- Б. В отрицательном пространстве за глазом
- В. На различных расстояниях в зависимости от возраста
- Г. *На самом дальнем от глаза расстоянии
- Д. На определенном конечном расстоянии перед глазом

34. Как подразделяется клиническая рефракция по виду?

- А. Эмметропия
- Б. Гиперметропия
- В. Миопия
- Г. *Все вышеуказанное
- Д. Только «Б» и «В»

35. Физическая рефракция глаз характеризуется:

- А. *Преломляющей способностью оптической системы глаз при рассмотрении ближайшей точки ясного видения
- Б. Положением заднего главного фокуса по отношению к сетчатке
- В. Длиной передне-задней оси глаза
- Г. Взаимоотношением оптической силы глаза с длиной его передне-задней оси
- Д. *Преломляющей силой оптических сред глаза и взаимоотношением между ними

36. Какой из перечисленных методов может быть использован врачом общей практики для определения вида и степени клинической рефракции глаза?

- А. Субъективный (по оценке остроты зрения с корригирующими стеклами)
- Б. Скиаскопия
- В. * Рефрактометрия
- Г. Дуохромный метод
- Д. Все перечисленное

37. Где находится дальнейшая точка ясного видения у гиперметропа?

- А. На различных расстояниях в зависимости степени напряжения аккомодации
- Б. *На самом дальнем от глаза расстоянии при максимальном напряжении аккомодации
- В. В отрицательном пространстве за глазом
- Г. На определенном конечном расстоянии перед глазом
- Д. В бесконечности

38. К соразмерной рефракции глаза относится:

- А. Эмметропия
- Б. Гиперметропия
- В. Миопия

Г. *Только «Б» и «В»

39. Гиперметропию нужно корригировать следующим стеклом, которое дает оптимальную остроту зрения:

- А. Наиболее слабым положительным стеклом
- Б. Наиболее слабым отрицательным стеклом
- В. . Наиболее сильным положительным стеклом
- Г. *Любым из указанных стекол, которое хорошо переносится пациентом

40. Миопию нужно корригировать следующими стеклами, которые дают оптимальную остроту зрения:

- А. Наиболее слабым положительным стеклом
- Б. Наиболее слабым отрицательным стеклом
- В. Наиболее сильным отрицательным стеклом
- Г. Наиболее сильным положительным стеклом
- Д. *Любым из указанных стекол, которое хорошо переносится пациентом

41. По характеру проявления гиперметропия подразделяется на:

- А. Явную
- Б. Скрытую
- В. Полную
- Г. *Все вышеуказанное
- Д. Только «А» и «Б»

42. Что из перечисленного не относится к астигматизму?

- А. Сочетание в одном глазу эметропии с миопией
- Б. Сочетание в одном глазу эметропии с гиперметропией
- В. Сочетание в одном глазу различных степеней миопии или гиперметропии
- Г. *Сочетание в одном глазу миопии или гиперметропии с пресбиопией

43. Гиперметропию в 4,0 дптр следует отнести к:

- А. Слабой степени
- Б. *Средней степени
- В. Высокой степени
- Г. К «В», если сочетается с косоглазием
- Д. К «В», если сочетается с косоглазием и амблиопией

44. Оптическая система глаза характеризуется следующим, за исключением:

- А. Радиусами кривизны передней и задней поверхности роговицы и хрусталика, их толщиной
- Б. *Радиусом кривизны и толщины сетчатки

- В. Расстоянием между оптическими средами глаза
- Г. Длиной анатомической оси глаза
- Д. Показателями преломления оптических сред глаза

45. Ближайшая точка ясного видения - это:

- А. *Самая близкая к глазу точка, которая отчетливо видна при полном выключении аккомодации
- Б. Наиболее близкая к глазу точка, которая отчетливо видна только в условиях очковой коррекции
- В. Минимальное расстояние, с которого человек начинает различать контуры рассматриваемого предмета
- Г. Наиболее близкая к глазу точка, которая становится видна при параличе аккомодации
- Д. Наименьшее от глаза расстояние, с которого отчетливо виден мелкий печатный шрифт (№5 или №6 в таблице для определения остроты зрения вблизи)

46. Где находится задний главный фокус у гиперметропа?

- А. На сетчатке
- Б. *Перед сетчаткой
- В. За сетчаткой
- Г. В хрусталике
- Д. В стекловидном теле

47. С точки зрения физической рефракции глаза миопия относится:

- А. К слабой оптической системе
- Б. *К сильной оптической системе
- В. К «А», если степень миопии не более 1,0 дптр
- Г. К «Б», если степень миопии не более 2,0 дптр
- Д. К «Б», если степень миопии более 3,0 дптр

48. Клиническая рефракция глаза подразделяется на следующие виды:

- А. Эмметропия
- Б. Гиперметропия
- В. Миопия
- Г. *Все указанное
- Д. Только «Б» и «В»

49. Паралич аккомодации можно вызвать закапыванием в течение 7-10 дней:

- А. 2% раствора новокаина
- Б. *1 % раствора атропина
- В. 1 % раствора новокаина
- Г. Все вышеуказанное

50. Чем из перечисленного может быть откорректирован астигматизм?

- А. Цилиндрическими очковыми линзами
- Б. Сфероцилиндрическими очковыми линзами
- В. Контактными линзами
- Г. С помощью рефракционных операций
- Д. *Всем вышеуказанным

51. Физиологический механизм аккомодации позволяет:

- А. Фокусировать на сетчатку изображения предметов, находящихся на максимальном удалении от глаза
- Б. Фокусировать на сетчатку изображения предметов, которые проецируются перед сетчаткой
- В. Фокусировать на сетчатку изображения предметов, находящихся только на максимально близком от глаза расстоянии
- Г. *Фокусировать на сетчатку изображения предметов, находящихся на различных расстояниях от глаза при любом виде рефракции

52. Что из перечисленного не относится к осложненной прогрессирующей миопии высокой степени?

- А. Развитие миопического конуса или задней стафиломы
- Б. Кровоизлияние в стекловидное тело или сетчатку
- В. Образование хориоретинальных дистрофических очагов, в т.ч. пятно Фукса в макулярной области сетчатки
- Г. Разрыв и отслойка сетчатки
- Д. *Все перечисленное

53. Клиническая рефракция глаза характеризуется следующими, за исключением:

- А. Положением заднего главного фокуса по отношению к сетчатке
- Б. *Преломляющей способностью оптической системы глаза при рассмотрении ближайшей точки ясного видения
- В. Положением дальнейшей точки ясного видения
- Г. Взаимоотношением оптической силы преломляющего аппарата глаза с длиной его переднезадней оси
- Д. Отношением глаза к положительным и отрицательным оптическим стеклам

54. Какие факторы необходимо учитывать при коррекции пресбиопии:

- А. Клиническую рефракцию глаза пациента
- Б. Возраст пациента
- В. Рабочее состояние, на котором будет использоваться очковая коррекция пресбиопии
- Г. *Все вышеуказанное
- Д. Только «А» и «Б»

55. Где находится задний главный фокус у эметропа?

- А. *На сетчатке
- Б. За сетчаткой
- В. Перед сетчаткой
- Г. В хрусталике
- Д. В стекловидном теле

56. Какое фокусное расстояние имеет положительная линза в 2,0дптр?

- А. 25 см
- Б. *50 см
- В. 75 см
- Г. 100 см
- Д. 125 см

57. У школьника 7 лет имеется миопия в 2,0 диоптрии на правом глазу и в 7,0 диоптрий на левом. Полную очковую коррекцию не переносит, испытывает быструю зрительную утомляемость, головокружение. Ваша рекомендация?

- А. Постараться пользоваться полной очковой коррекцией, но с ограниченными интервалами времени
- Б. Пользоваться постоянно очками в (-)2,0 дптр на оба глаза
- В. Пользоваться полной очковой коррекцией на оба глаза, но при выключении левого глаза заклеить
- Г. *Направить мальчика на обследование к специалистам для решения вопроса о возможности подбора или изготовления контактных линз
- Д. Пользоваться полной очковой коррекцией на оба глаза, но при выключении правого глаза заклеить

58. Чего не следует делать при подозрении на спазм аккомодации у ребенка 8 лет?

- А. Рекомендовать обследование у педиатра с целью выявления причины спазма аккомодации
- Б. *Подобрать очки после субъективного определения вида и степени рефракции
- В. Рекомендовать обследование у окулиста для решения вопроса о наличии спазма аккомодации
- Г. Рекомендовать соблюдение гигиены зрения, режима зрительной работы на близком расстоянии

59. Миопию в 5,0 дптр следует отнести:

- А. К слабой степени
- Б. *К средней степени
- В. К высокой степени
- Г. К «В», если сочетается с косоглазием
- Д. К «В», если сочетается с косоглазием и амблиопией

60. Спазм цилиарной мышцы может быть обусловлен следующим, кроме:

- А. Врожденной слабостью цилиарной мышцы
- Б. *Интенсивными физическими нагрузками
- В. Длительными зрительными нагрузками на близком расстоянии
- Г. Наличием очагов интоксикации в организме
- Д. Неправильно подобранной очковой или контактной коррекции зрения

Примерные тестовые задания для проведения остаточного контроля знаний по дисциплине «Офтальмогенетика»

1. При врожденной лейкоме роговицы не характерно:

- А) причиной является внутриутробное воспаление
- Б) имеется васкуляризация
- В) могут быть передние синехии
- Г) может сопровождаться повышенным ВГД
- Д) отмечается амблиопия
- Е) *заболевание увеального тракта

2. К врожденным изменениям век, требующим операции у новорожденных, относится все перечисленное, исключая:

- А) колобому век
- Б) анкилоблефарон
- В) заворот век
- Г) *эпикантус

3. Если не оперировать заворот век и колобому век, то могут возникнуть:

- А) кератит
- Б) язва роговицы
- В) бельмо роговицы
- Г) *все перечисленное
- Д) только А и Б

4. Различают следующие виды заворота век:

- А) Спастический
- Б) Рубцовый
- В) Возрастной
- Г) Врожденный
- Д) *Верно все перечисленное
- Г) Ничего из перечисленного

5. Врожденный заворот век возникает:

- А) при растяжении кожи век
- Б) при недоразвитии или отсутствии хряща
- В) *при гипертрофии ресничной части круговой мышцы
- Г) у взрослых
- Д) при травме

6. Врожденный птоз обусловлен:

- А) спазмом аккомодации
- Б) *неполноценностью развития мышцы, поднимающей верхнее веко
- В) парезом ветвей тройничного нерва

- Г) спазмом круговой мышцы век
- Д) колобомой века

7. При каких синдромах развивается юношеская форма глаукомы

- А) *синдром Франк-Каменицкого
- Б) синдром Ригера
- В) синдром Стюж-Вебера
- Г) синдром Горнера
- Д) синдром Иценко- Кушинга

8. Среди аномалий развития век различают:

- А) анкилоблефарон
- Б) колобому и заворот век
- В) эпикантус
- Г) птоз
- Д) *все перечисленное

9. У детей возможны следующие врожденные аномалии роговой оболочки:

- А) кератотонус
- Б) микрокорнеа
- В) кератоглобус
- Г) макрокорнеа
- Д) *все перечисленное

10. К аномалиям радужной оболочки относятся:

- А) аниридия и поликория
- Б) корэктопия
- В) колобома радужки
- Г) остаточная зрачковая мембрана
- Д) *все перечисленное

11. Рабочий 45 лет жалуется на снижение зрения левого глаза в течение последних 3 месяцев. Ухудшение зрения ни с чем не связывает. Объективно: VisOD=1,0; OS=0,001 н/к. Правый глаз - спокоен, слева - глазное яблоко спокойно; в роговице на 5 часах, недалеко от лимба, виден рубец длиной 5 мм, соответственно ему - небольшой дефект в радужке. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка несколько темнее, чем справа, зрачок круглый, 4 мм, слабо реагирует на свет. Хрусталик - равномерно мутный, серый, под передней капсулой - буроватые отложения. Рефлекс с глазного дна отсутствует.

Укажите правильный диагноз:

- А. Возрастная катаракта;
- Б. Центральный хориоретинит;
- В. *Металлоз глаза, травматическая катаракта;

- Г. Иридоциклит;
- Д. Непроницающее ранение глаза.

12. Ребенка, страдающего врожденной глаукомой, следует оперировать:

- А. *В течение первого месяца после установления диагноза;
- Б. При безуспешности медикаментозного лечения;
- В. В возрасте не менее 14 лет;
- Г. При наступлении совершеннолетия;
- Д. Когда ребенку надо идти в школу.

13. К окулисту обратилась пациентка 60 лет с жалобами на боли и снижение зрения в правом глазу. Из анамнеза: 3 дня назад случайно задела глаз веткой дерева, к врачу не обращалась и не лечилась. Объективно: Vis OD=0,1 н/к, OS=0,5 Sph (+) 1,0 D =1,0. Справа: глазная щель резко сужена, выражена смешанная инъекция глазного яблока, в центре роговицы виден серовато-желтый инфильтрат диаметром 4-5 мм с рыхлой поверхностью. В передней камере - беловатая полоска гноя высотой 2 мм, рисунок радужки стусеван, зрачок узкий. Рефлекса с глазного дна не видно, внутриглазное давление пальпаторно в норме. Левый глаз здоров.

Укажите диагноз:

- А. Проникающее ранение глазного яблока;
- Б. Вирусный кератит;
- В. Гнойный конъюнктивит;
- Г. *Язва роговицы;
- Д. Иридоциклит.

14. К окулисту обратился больной с жалобами на резкое снижение зрения правого глаза, искажение форм и размеров предметов. Данные жалобы появились 2 дня назад, к врачу не обращался. Объективно: Vis OD=0,08 н/к, T=23 мм рт. ст., OS=1,0, T=21 мм рт. ст. Правый глаз спокоен. Роговица прозрачная и сферичная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка в цвете и рисунке не изменена, зрачок правильной формы, хорошо реагирует на свет. Хрусталик прозрачный во всех слоях. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, экскавация физиологическая, артерии слегка расширены. В макулярной зоне просматривается округлый очаг желтовато-сероватого цвета, размером 0,5 мм, с нечеткими границами и с красноватым ободком вокруг. Сетчатка вокруг очага слегка отечна.

Укажите диагноз:

- А. Неврит зрительного нерва;
- Б. Гипертоническая ангиоретинопатия;
- В. Диабетическая ангиоретинопатия;
- Г. *Центральный хориоретинит;

Д. Центральный разрыв сетчатки.

15. Больная 70 лет жалуется на отсутствие зрения правого глаза и резкое снижение зрения в левом глазу. Зрение снижалось постепенно в течение 2 лет, к врачу не обращалась. Объективно: Vis OD=светощущение с правильной светопроекцией, T=20 мм рт. ст., OS=0,04 н/к, T=20 мм рт. ст. Справа конъюнктива спокойная, роговица - прозрачная, сферическая. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка субатрофична, передняя кайма сохранена, зрачок реагирует на свет. Хрусталик неравномерно мутный, серого цвета с перламутровым оттенком. Рефлекс с глазного дна отсутствует. Слева роговица прозрачная и спокойная, передняя камера - средней глубины, влага прозрачная. Радужка субатрофична, пигментная кайма сохранена, зрачок реагирует на свет. Хрусталик диффузно-мутный в центральных отделах, но по периферии виден розовый рефлекс. В этой зоне глазное дно без патологии.

Выберите лечение:

- А. Рассасывающая ферментативная терапия;
- Б. Витаминотерапия;
- В. *Хирургическое лечение правого глаза;
- Г. Дегидратационная терапия;
- Д. Диспансерное наблюдение.

16. Больная 55 лет обратилась к окулисту с жалобами на периодические бо-ли в обоих глазах, появление затуманивания и радужных кругов, особенно при наклонах головы, и снижение зрения. Впервые подобные ощущения заметила 1,5 года назад, но в последние месяцы они стали более частыми. Объективно: Vis OD= 0,3 Sph (+) 1,5 D =0,5, T=35 мм рт. ст., OS= 0,7 Sph (+) 1,0 D = 1,0, T=34 мм рт. ст. Глаза спокойные, имеется расширение передних цилиарных сосудов, передняя камера мелкая, радужка субатрофичная, зрачок - 4 мм, круглый, вяло реагирует на свет. Рефлекс с глазного дна розовый, справа имеется краевая экскавация с перегибом сосудов по краю диска, слева - сдвиг сосудистого пучка в носовую сторону. Макулярная зона и периферия сетчатки без патологии. Поле зрения в правом глазу сужено в верхненокосом квадранте до 25 градусов, в левом - в пределах нормы.

Укажите диагноз:

- А. Двусторонняя невралгия тройничного нерва;
- Б. Застойные диски зрительных нервов обоих глаз;
- В. Гипертонический склероз сетчатки обоих глаз;
- Г. *Подострый приступ глаукомы обоих глаз;
- Д. Открытоугольная некомпенсированная глаукома обоих глаз.

17. При прогрессирующей миопии выполняется:

- А. Кератомилез;

- Б. * Склеропластика;
- В. Кератокоагуляция;
- Г. Удаление хрусталика;
- Д. Кератотомия.

18. Флегмону слезного мешка вскрывают через кожу при наличии:

- А. *Абсцесса в области слезного мешка;
- Б. Плотной опухоли слезного мешка;
- В. Гиперемии и припухлости в этой области;
- Г. Отека под глазом;
- Д. Свища в указанной зоне.

19. Основным радикальным методом лечения катаракты является:

- А. Медикаментозное лечение;
- Б. *Хирургическое лечение;
- В. Лазерная терапия;
- Г. Применение биогенных стимуляторов;
- Д. Назначение витаминных капель.

20. При проникающих ранениях склеры могут наблюдаться:

- А. Обширные субконъюнктивальные кровоизлияния;
- Б. Глубокая передняя камера;
- В. Выпадение сосудистой оболочки, сетчатки, стекловидного тела;
- Г. Снижение внутриглазного давления;
- Д. *Все перечисленное.

21. Больная 28 лет жалуется на резкое снижение зрения правого глаза, небольшие боли при движении глазного яблока. Жалобы появились накануне вечером. Только что перенесла грипп, лечилась дома. Объективно: Vis OD=0,08 н/к, T=20 мм рт. ст., OS=1,0, T=20 мм рт. ст. Правый глаз - спокоен, при надавливании на него отмечается легкая болезненность в глубине орбиты. Оптические среды прозрачные. Глазное дно: ДЗН - бледно-розовый, границы четкие, экскавация физиологическая, ход и калибр сосудов не изменен, макулярная область и периферия сетчатки без патологии. Левый глаз здоров.

Укажите диагноз:

- А. Флегмона орбиты;
- Б. Невралгия тройничного нерва;
- В. Папиллит;

Г. Иридоциклит;

Д. *Ретробульбарный неврит.

22. Пациентка 45 лет жалуется на постоянное слезотечение из правого глаза, особенно на улице. Слезотечение беспокоит в течение 2 лет. Объективно: Vis OD=1,0, T=21 мм рт. ст., OS=1,0, T=21 мм рт. ст. Справа: положение век и слезных точек правильное, при надавливании на область слезного мешка отделяемого нет. Имеется слезостояние. Цветная, слезноносовая пробы - отрицательные, при промывании слезных путей жидкость в нос не проходит, возвращается через верхнюю слезную точку. Оптические среды прозрачны, глазное дно без патологии. Левый глаз здоров, цветная, слезноносовая пробы положительные, при промывании жидкость свободно проходит в нос.

Укажите диагноз:

А. Выворот нижнего века;

Б. Хронический конъюнктивит;

В. *Хронический дакриоцистит;

Г. Флегмона слезного мешка;

Д. Трихиаз.

23. Больной 65 лет жалуется на постоянное снижение зрения в обоих глазах, больше - в правом, в течение последнего года. Объективно: Vis OD=0,02 н/к, T=19 мм рт. ст., OS= 0,1 Sph (+) 2,0 D =0,7, T=19 мм рт. ст. Справа - роговица прозрачная, сферическая, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка в цвете и рисунке не изменена, хрусталик с сероватым оттенком. После расширения зрачка просматривается диффузное помутнение центрального и нижнего отделов хрусталика, на остальной периферии рефлекс хорошо виден. Видимая часть глазного дна без патологии. Слева - глаз спокоен.

Выберите диагноз:

А. Первичная открытоугольная глаукома;

Б. Старческая макулодистрофия;

В. Помутнение стекловидного тела;

Г. Отслойка сетчатки;

Д. *Незрелая катаракта.

24. Больная 60 лет обратилась с жалобами на резкое ухудшение зрения и сильные боли в левом глазу и левой половине головы, которые появились ночью, тошноту и рвоту. Несколько дней назад у нее было тяжелое эмоциональное переживание. Раньше никогда глаза не болели. Объективно: Vis OD= 0,5 Sph (+) 2,0 D =1,0, T=19 мм рт. ст., OS=0,04 н/к, T=47 мм рт. ст. Слева глазная щель сужена, выраженная застойная инъекция глазного яблока, роговица отечная, передняя камера очень мелкая, зрачок расширен до 5 мм, неправильной овальной формы, рефлекс с

глазного дна - тускло-розовый, диск зрительного нерва виден в тумане, бледноват, с четкими границами, периферия сетчатки - без патологии. Правый глаз - в пределах возрастной нормы.

Укажите диагноз:

- А. Гипертонический криз;
- Б. *Острый приступ закрытоугольной глаукомы;
- В. Острый конъюнктивит;
- Г. Острый иридоциклит;
- Д. Набухающая катаракта.

25. На прием к окулисту обратился шофер 32 лет с жалобами на боли в левом глазу, светобоязнь, покраснение глаза. С его слов, 2 часа тому назад разбилось ветровое стекло машины, и в глаз попал осколок. Объективно: Vis OD=1,0, OS=0,7 н/к. Справа глаз без патологии, слева - умеренное сужение глазной щели, светобоязнь, слезотечение, умеренная смешанная инъекция глазного яблока. В роговице на 3 часах, ближе к лимбу, видна небольшая линейная рана длиной 3-4 мм, не доходящая до глубоких слоев. Передняя камера- средней глубины, зрачок круглый, расположен в центре, рефлекс с глазного дна розовый, глазное дно без патологии. Внутриглазное давление в норме.

Укажите диагноз:

- А. Проникающее ранение роговицы;
- Б. *Непроникающее ранение роговицы;
- В. Язва роговицы;
- Г. Иридоциклит;
- Д. Инородное тело роговицы.

26. Операция кератотомии показана при:

- А. Прогрессирующей миопии;
- Б. Неправильном астигматизме;
- В. *Анизометропии;
- Г. Афакии;
- Д. Гиперметропии.

27. Полное излечение дакриоцистита достигается:

- А. Назначением антибиотиков внутрь;
- Б. Путем зондирования;
- В. *Операцией дакриоцисториностомии;
- Г. Приемом анальгетиков;

Д. Назначением мочегонных средств.

28. Наиболее характерные признаки злокачественной опухоли орбиты:

- А. Ограничение подвижности глазного яблока;
- Б. Относительно быстрое снижение зрительных функций;
- В. Отек век и окружающих тканей;
- Г. Экзофтальм;
- Д. *Все перечисленное.

29. Нормальные цифры тонометрического внутриглазного давления:

- А. 11-14 мм рт. ст.;
- Б. *16-26 мм рт. ст.;
- В. 28-32 мм рт. ст.;
- Г. 33-38 мм рт. ст.;
- Д. 39-41 мм рт. ст.

30. Сидероз - это:

- А. Воспаление роговой оболочки;
- Б. *Пропитывание тканей глаза соединениями железа;
- В. Деструкция стекловидного тела;
- Г. Воспаление радужной оболочки;
- Д. Поражение зрительного нерва.

31. Физическая рефракция эметропического глаза взрослого человека составляет в среднем:

- А. 40,0 дптр
- Б. Б. 50,0 дптр
- В. *60,0 дптр
- Г 70,0 дптрД. 80,0 дптр

32. Какой из перечисленных методов не пригоден для определения вида и степени клинической рефракции?

- А. Субъективный (по оценке остроты зрения с корректирующими стеклами)
- Б. Скиаскопия
- В. Рефрактометрия
- Г. *Офальмометрия

33. Где находится дальнейшая точка ясного видения у миопы?

- А. В бесконечности

- Б. В отрицательном пространстве за глазом
- В. На различных расстояниях в зависимости от возраста
- Г. *На самом дальнем от глаза расстоянии
- Д. На определенном конечном расстоянии перед глазом

34. Как подразделяется клиническая рефракция по виду?

- А. Эмметропия
- Б. Гиперметропия
- В. Миопия
- Г. *Все вышеуказанное
- Д. Только «Б» и «В»

35. Физическая рефракция глаз характеризуется:

- А. *Преломляющей способностью оптической системы глаз при рассмотрении ближайшей точки ясного видения
- Б. Положением заднего главного фокуса по отношению к сетчатке
- В. Длиной передне-задней оси глаза
- Г. Взаимоотношением оптической силы глаза с длиной его передне-задней оси
- Д. *Преломляющей силой оптических сред глаза и взаимоотношением между ними

36. Какой из перечисленных методов может быть использован врачом общей практики для определения вида и степени клинической рефракции глаза?

- А. Субъективный (по оценке остроты зрения с корригирующими стеклами)
- Б. Скиаскопия
- В. * Рефрактометрия
- Г. Дуохромный метод
- Д. Все перечисленное

37. Где находится дальнейшая точка ясного видения у гиперметропа?

- А. На различных расстояниях в зависимости степени напряжения аккомодации
- Б. *На самом дальнем от глаза расстоянии при максимальном напряжении аккомодации
- В. В отрицательном пространстве за глазом
- Г. На определенном конечном расстоянии перед глазом
- Д. В бесконечности

38. К соразмерной рефракции глаза относится:

- А. Эмметропия
- Б. Гиперметропия
- В. Миопия

Г. *Только «Б» и «В»

39. Гиперметропию нужно корригировать следующим стеклом, которое дает оптимальную остроту зрения:

- А. Наиболее слабым положительным стеклом
- Б. Наиболее слабым отрицательным стеклом
- В. . Наиболее сильным положительным стеклом
- Г. *Любым из указанных стекол, которое хорошо переносится пациентом

40. Миопию нужно корригировать следующими стеклами, которые дают оптимальную остроту зрения:

- А. Наиболее слабым положительным стеклом
- Б. Наиболее слабым отрицательным стеклом
- В. Наиболее сильным отрицательным стеклом
- Г. Наиболее сильным положительным стеклом
- Д. *Любым из указанных стекол, которое хорошо переносится пациентом

41. По характеру проявления гиперметропия подразделяется на:

- А. Явную
- Б. Скрытую
- В. Полную
- Г. *Все вышеуказанное
- Д. Только «А» и «Б»

42. Что из перечисленного не относится к астигматизму?

- А. Сочетание в одном глазу эметропии с миопией
- Б. Сочетание в одном глазу эметропии с гиперметропией
- В. Сочетание в одном глазу различных степеней миопии или гиперметропии
- Г. *Сочетание в одном глазу миопии или гиперметропии с пресбиопией

43. Гиперметропию в 4,0 дптр следует отнести к:

- А. Слабой степени
- Б. *Средней степени
- В. Высокой степени
- Г. К «В», если сочетается с косоглазием
- Д. К «В», если сочетается с косоглазием и амблиопией

44. Оптическая система глаза характеризуется следующим, за исключением:

- А. Радиусами кривизны передней и задней поверхности роговицы и хрусталика, их толщиной
- Б. *Радиусом кривизны и толщины сетчатки

- В. Расстоянием между оптическими средами глаза
- Г. Длиной анатомической оси глаза
- Д. Показателями преломления оптических сред глаза

45. Ближайшая точка ясного видения - это:

- А. *Самая близкая к глазу точка, которая отчетливо видна при полном выключении аккомодации
- Б. Наиболее близкая к глазу точка, которая отчетливо видна только в условиях очковой коррекции
- В. Минимальное расстояние, с которого человек начинает различать контуры рассматриваемого предмета
- Г. Наиболее близкая к глазу точка, которая становится видна при параличе аккомодации
- Д. Наименьшее от глаза расстояние, с которого отчетливо виден мелкий печатный шрифт (№5 или №6 в таблице для определения остроты зрения вблизи)

Примерные ситуационные задачи для проведения текущего контроля и контроля остаточных знаний по дисциплине «Офтальмогенетика»

Задача 1. После укола иглой в центр роговицы больной потерял зрение. Какие структуры были ранены? Почему утратилось зрение?

Эталон. При проникающем ранении роговицы возможно ранение хрусталика. Развивающаяся травматическая катаракта является причиной снижения зрения.

Задача 2. При фокальном освещении на радужной оболочке у лимба определяется пятно черного цвета, в проходящем свете в области пятна и зрачка виден розовый рефлекс глазного дна. О чем это свидетельствует?

Эталон. В радужной оболочке у лимба имеется отверстие – базальная колобома.

Задача 3. После переохлаждения (на сквозняке) у больной появился лагофтальм (несмыкание глазной щели). Зрение не пострадало. В чем причина этого явления?

Эталон. У больной парез лицевого нерва, который иннервирует круговую мышцу глаза, отвечающую за смыкание глазной щели.

Задача 4. Больной жалуется на слепоту левого глаза. При боковом освещении область зрачка серого цвета, в проходящем свете отсутствует розовый рефлекс глазного дна. Чем объясняется отсутствие зрения?

Эталон. Причина слепоты – помутнение хрусталика.

Задача 5. У больного проникающее ранение склеры. Изменится ли глубина передней камеры?

Эталон. При ранении склеры передняя камера углубляется, так как в рану склеры выпадает стекловидное тело.

Задача 6. Методом проходящего света на фоне розового рефлекса глазного дна выявляется черного цвета помутнение, движущееся соответственно движению глазного яблока. Где локализуется помутнение? Какие методы позволят уточнить его локализацию?

Эталон. Помутнение локализуется или в роговой оболочке, или в передних отделах хрусталика. Уточнить локализацию поможет метод бокового фокального освещения и биомикроскопия.

Задача 7. Во время автомобильной катастрофы водитель получил проникающее ранение роговицы. Какие внутриглазные структуры могли при этом пострадать? Изменится ли глубина передней камеры?

Эталон. При проникающем ранении роговицы возможно ранение радужки, хрусталика. Передняя камера будет мелкой, так как истекает внутриглазная жидкость.

Задача 8. При наружном осмотре у больного выявлено неполное опущение верхнего века справа. Как называется такая патология? Чем она объясняется? Какие дополнительные методы нужны для уточнения диагноза?

Эталон. У больного птоз, который может быть связан с поражением глазодвигательного нерва или синдромом Горнера (симпатический верхний шейный узел). Необходимо провести боковое освещение, определить величину зрачка, положение глазного яблока и объем его движений.

Задача 9. После падения с качелей у ребёнка появился птоз, экзофтальм, неподвижность глазного яблока, расширение зрачка левого глаза. Какие изменения могли произойти в орбите? Причины изменений?

Эталон. У ребёнка синдром верхнеглазничной щели, связанный с переломом основания черепа или гематомой в области верхнеглазничной щели.

Задача 10. Биомикроскопия – что это за метод? Изменения в каких отделах органа зрения можно выявить этим методом?

Эталон. Биомикроскопия – это обследование пациента щелевой лампой. Выявляет патологию век, конъюнктивы, склеры, роговицы, передней камеры, радужки, области зрачка и хрусталика.

Задача 11. Чем объяснить, что хориоидит (воспаление собственно сосудистой оболочки) может протекать изолированно, тогда как воспаление радужки и цилиарного тела обычно протекают совместно?

Эталон. Объясняется особенностью кровоснабжения: хориоидея снабжается кровью из задних коротких ресничных артерий, а радужка и цилиарное тело имеют совместное кровоснабжение – из задних длинных ресничных артерий и передних ресничных артерий (продолжение мышечных артерий).

Задача 12. Какими методами исследуется прозрачность хрусталика?

Эталон. Прозрачность хрусталика исследуется методом бокового фокального освещения, методом проходящего света, биомикроскопией.

Задача 13. Мужчина 35 лет на приеме у офтальмолога предъявил жалобы на снижение сумеречного зрения. Как называется такая патология? Перечислите возможные её причины?

Эталон. Данная патология – гемералопия. Виды гемералопии: функциональная (алиментарная или при нарушении метаболизма витамина А) и симптоматическая (заболевания сетчатки и зрительного нерва).

Задача 14. Больной при исследовании остроты центрального зрения правильно называет буквы в первой строке таблицы Головина-Сивцева с расстояния 2,5 м. Чему равна острота зрения у данного больного?

Эталон. Острота зрения определяется по формуле Снеллена и равна 0,05.

Задача 15. При исследовании больного на кампиметре в поле зрения правого глаза с височной стороны в 15° от точки фиксации выявлена абсолютная скотома размерами: по вертикали 12° и по горизонтали – 10° . Как следует расценивать полученный результат?

Эталон. При исследовании выявлена физиологическая скотома, соответствующая проекции диска зрительного нерва. Границы физиологической скотомы расширены. Нормальные границы: по вертикали – 8-9° и по горизонтали – 5-8°.

Задача 16. При исследовании остроты центрального зрения больной правильно называет все буквы 10-й строчки таблицы с расстояния 1 м. Определите остроту зрения. Какую формулу Вы используете?

Эталон. Формула: $\text{visus} = d/D$. В данном случае: $1\text{ м}/5\text{ м} = 0,2$.

Задача 17. В результате перенесённого неврита зрительного нерва у больного снизилась острота зрения до 0,02 на обоих глазах. Может ли больной претендовать на группу инвалидности? Где больной должен пройти экспертизу? Какой группе инвалидности по зрению соответствует данная острота зрения?

Эталон. Больной по направлению офтальмолога должен обратиться в МСЭ. При отсутствии коррекции данная острота зрения соответствует I группе инвалидности (IV степень тяжести нарушения функции – практическая слепота).

Задача 18. Больной перенес вирусный гепатит. В последнее время предъявляет жалобы на снижение сумеречного зрения. Объективно: на конъюнктиве обоих глаз у лимба единичные ксерозные бляшки. Дугой патологии со стороны переднего и заднего отрезков глаза не выявлено. О каком заболевании следует прежде всего думать? Какие дополнительные исследования следует провести? Назначьте лечение.

Эталон. Диагноз: функциональная гемералопия и ксероз конъюнктивы. Необходима консультация гепатолога. Лечение: витамины А, В₁, В₂.

Задача 19. При определении поля зрения обоих глаз ребёнок 9 лет не различает объекты с височной стороны до точки фиксации. О каком уровне поражения проводящих путей следует думать?

Эталон. У ребёнка битемпоральная гемианопсия. Она возникает при патологическом процессе в области центральных отделов хиазмы. Причиной может являться базальный менингит, опухоль гипофиза.

Задача 20. При определении цветоощущения по полихроматическим таблицам Рабкина при экспозиции 5 секунд больной не может назвать цифру или фигуру. Какое заключение Вы дадите в данном случае?

Эталон. У испытуемого имеется цветослепота. Для подтверждения заключения и определения вида цветослепоты необходимо обследование по контрольной группе таблиц Рабкина.

Задача 21. Пациент не имеет предметного зрения, не может сосчитать пальцы даже при максимальном приближении к лицу, при этом совершенно четко локализует направление источника света. Чему равна острота зрения?

Эталон. Острота зрения равна цветоощущению с правильной проекцией света: $\text{visus} = 1/\infty$ pr. l. certa.

Задача 22. При осмотре абитуриента медицинского университета офтальмолог выявил полное выпадение восприятия красного цвета. Как называется такое расстройство цветоощущения? Может ли врач качественно выполнять свои обязанности при наличии цветослепоты?

Эталон. У больного протанопия. Цветослепота – противопоказание для обучения в мед. университете.

Задача 23. У ребёнка 3 лет острота зрения обоих глаз по таблице Орловой равна 0,5. Очковая коррекция остроты зрения не улучшает. Среды прозрачные, глазное дно без патологии. Как следует оценить полученные данные?

Эталон. У большинства детей в 3-х летнем возрасте в виду неполной дифференциации колбочкового аппарата макулярной области сетчатки острота зрения составляет 0,5 и ниже. Полученные данные укладываются в физиологическую норму.

Задача 24. Перечислите контрольные методы исследования остроты центрального зрения.

Эталон. Оптотипы Поляка, зеркальная проба, специальные таблицы с «перепутанными» строчками, нистагм-аппарат.

Задача 25. Больному 20 лет. Обратился к окулисту в связи с трудоустройством монтажником-высотником. Жалуется на плохое зрение вдаль, плавающие «мушки» перед глазами. Очки носит с детства. На глазном дне: стафилома вокруг диска зрительного нерва, дистрофические изменения на периферии сетчатки. Предполагаемый диагноз? Профессиональная пригодность?

Эталон. Диагноз предварительный: близорукость осложнённая, очевидно, высокой степени. Профессионально не пригоден: абсолютное противопоказание (очки) для работы на высоте.

Задача 26. Пациенту 48 лет. Данные рефрактометрии: гиперметропия правого глаза 3,0 Д, гиперметропия левого глаза 5,0 Д. Межзрачковое расстояние 62 мм. Выпишите очки. Объясните принцип коррекции.

Эталон. Применить правило коррекции гиперметропии: в соответствии с данными рефрактометрии назначается максимальная по силе сферическая собирательная очковая линза, дающая максимальную остроту зрения в даль. Применить правило коррекции пресбиопии: начиная с 40 лет назначают для близи сферическую собирательную очковую линзу силой 1,0 Д, далее добавляется на каждые: 2,5 года 0,25Д, 5 лет 0,5Д, 10 лет 1,0Д.

Rp.: Очки бифокальные:

$$OD = \frac{sph. convex (+) 3,0 D}{sph. convex (+) 4,75 D}$$

$$OS = \frac{sph. convex (+) 5,0 D}{sph. convex (+) 6,75 D}$$

Dp. = 64/62 мм.

D.S. Очки для постоянного ношения.

Задача 27. Больной 40 лет. Работает чертёжницей. Жалуется на снижение зрения вдаль, особенно сильно вблизи, при чтении испытывает болезненные ощущения в глазных яблоках. Передний отрезок глаза не изменен, среды прозрачные. Глазное дно без патологии. Диагноз? Рекомендации.

Эталон. Диагноз: переход скрытой гиперметропии (компенсированной аккомодацией) в явную гиперметропию в связи с появлением пресбиопии, аккомодационная астенопия. Рекомендации: необходимы очки для дали и для работы вблизи.

Задача 28. Пациенту 25 лет. Данные рефрактометрии: близорукость правого глаза 8,0 Д, близорукость левого глаза 4,0 Д. Межзрачковое расстояние 62 мм. Выпишите очки. Объясните правило коррекции.

Эталон. Применить правило коррекции миопии: в соответствии с данными рефрактометрии назначается минимальная по силе сферическая рассеивающая очковая линза, дающая максимальную остроту зрения. Применить правило коррекции анизометропии: разница силы очковых линз не должна превышать 2,0 Д.

Rp.: OD sph. concave (-) 6,0 D

OS sph. concave (-) 4,0 D

Dp. = 62 мм.

D.S. Очки для постоянного ношения.

Задача 29. У ребенка «плохое» зрение. После циклоплегии при скиаскопии выявлен астигматизм обоих глаз: в вертикальном меридиане (90°) эмметропия, в горизонтальном меридиане (180°) гиперметропия 3,0 Д. Межзрачковое расстояние 62 мм. Какой вид астигматизма? Выпишите очки. Объясните правило коррекции.

Эталон. Прямой простой гиперметропический астигматизм. Применить правило коррекции астигматизма: в соответствии с данными рефрактометрии назначаются цилиндрические очковые линзы, в данном случае собирательные, с максимальной коррекцией степени астигматизма.

Rp.: OU cyl. convex (+) 3,0 D axis 180°

Dp. = 62 мм.

D.S. Очки для постоянного ношения.

Задача 30. У пациента 22 лет, работающего грузчиком, выявлена быстро прогрессирующая высокая осложнённая близорукость. Ваша тактика?

Эталон. Диспансеризация. Операция по поводу укрепления склеры. Трудоустройство.

Задача 31. Вы участвуете в диспансеризации школьников. Выявлено большое количество школьников с низкой остротой зрения. Ваша тактика?

Эталон. Определение вида рефракции и своевременная рациональная коррекция. Санация школьников, выявление и лечение хронических заболеваний (акцент на

нарушение осанки и сколиоз) и интоксикаций. Необходимо провести гигиеническую оценку условий зрительной работы: освещенности рабочего места и классных комнат, подбор парт и столов, окраска стен и мебели, правильность дозирования зрительной нагрузки.

Задача 32. Пациенту 15 лет. Носит очки с 10 лет постоянно. Ежегодно отмечает ухудшение зрения в очках вдаль и усиливает очки на 0,5 Д. Роговица и среды прозрачные. На глазном дне умеренные изменения характерные для осевой близорукости. Данные рефрактометрии: близорукость 4,5 Д. Ваша тактика ведения данного пациента?

Эталон. У пациента медленно прогрессирующая средняя близорукость. Необходимо: Выполнить склероукрепляющую операцию. Провести гигиену рабочего места и режима зрительных нагрузок. Назначить диету богатую белками, кальцием, витаминами. Каждые полгода проводить измерение сагиттальной оси и рефракции глаза.

Задача 33. Пациенту 60 лет. Данные рефрактометрии: близорукость правого глаза 5,0 Д, близорукость левого глаза 8,0 Д. Межзрачковое расстояние 62 мм. Выпишите очки. Объясните правило коррекции.

Эталон. Применить правило коррекции миопии: в соответствии с данными рефрактометрии назначается минимальная по силе сферическая рассеивающая очковая линза, дающая максимальную остроту зрения в даль. Применить правило коррекции пресбиопии: в 40 лет назначают для близи сферическую собирающую очковую линзу силой 1,0 Д, далее добавляется на каждые: 2,5 года 0,25Д, 5 лет 0,5Д, 10 лет 1,0Д.

Rp.: Очки бифокальные

$$OD = \frac{sph. concave (-) 5,0 D}{sph. concave (-) 2,0 D}$$

$$OS = \frac{sph. concave (-) 7,0 D}{sph. concave (-) 4,0 D}$$

Dp. = 64/62 мм.

D.S. Очки для постоянного ношения.

Задача 34. Пациент 65 лет. Диагноз: афакия. Данные рефрактометрии: гиперметропия обоих глаз 12,0 Д. Межзрачковое расстояние 64 мм. Выпишите очки. Объясните правило коррекции.

Эталон. При афакии назначают сферические собирающие линзы: для дали в соответствии с рефракцией, для близи из-за отсутствия аккомодации линзу усиливают на 3, 0 Д для установления ближайшей точки ясного видения на расстоянии 33 см от глаза.

Rp.: Очки бифокальные

$$OU = \frac{sph. convex (+) 12,0 D}{sph. concave (+) 15,0 D}$$

Dp. = 64/62 мм.

D.S. Очки для постоянного ношения.

Задача 35. Пациентке 20 лет. Пользуется очками для дали. Из-за косметических проблем очки носить не хочет. В течение последних трёх лет зрение стабильно. Глаза спокойные, отделяемого нет. Роговицы не изменены. на глазном дне незначительные изменения характерные для осевой близорукости. Данные рефрактометрии: Близорукость 3,5 Д. Предложите варианты решения проблемы.

Эталон. У пациентки стабилизированная средняя близорукость. Можно назначить мягкие контактные линзы или выполнить лазерную коррекцию рефракции.

Задача 36. Пациенту 60 лет. Данные рефрактометрии: близорукость 1,5 Д. Межзрачковое расстояние 62 мм. Выпишите рецепт. Объясните правило коррекции.

Эталон. Применить правило коррекции миопии: в соответствии с данными рефрактометрии назначается минимальная по силе сферическая рассеивающая очковая линза, дающая максимальную остроту зрения в даль. Применить правило коррекции пресбиопии: в 40 лет назначают для близи сферическую собирающую очковую линзу силой 1,0 Д, далее добавляется на каждые: 2,5 года 0,25Д, 5 лет 0,5Д, 10 лет 1,0Д.

Rp.: Очки бифокальные

$$OD = \frac{sph. concave (-) 1,5 D}{sph. concave (+) 1,5 D}$$

$$OS = \frac{sph. concave (-) 1,5 D}{sph. concave (+) 1,5 D}$$

Dp. = 62/60 мм.

D.S. Очки для постоянного ношения.

Задача 37. У мальчика 5-ти лет при осмотре: передний отрезок глаза и глазное дно нормальные. Левый глаз отклонен кнутри (25° по Гиршбергу). Дальнозоркость обоих глаз, определяемая при скиаскопии, составляет 4,5 Д. Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Эталон. Диагноз: содружественное монолатеральное сходящееся косоглазие. Необходимо назначить очковую коррекцию гиперметропии, при наличии амблиопии – лечение методом прямой окклюзии и засветов сетчатки по Кюпперсу или Аветисову.

Задача 38. У ребенка 2-х лет мать заметила отклонение левого глаза кнаружи и желтое свечение зрачка. Ваш предварительный диагноз, дополнительные методы исследования?

Эталон. Диагноз: ретинобластома. Косоглазие вторичное. Для уточнения диагноза необходимо провести биомикроофтальмоскопию и УЗ-исследование.

Задача 39. Ребёнку 4-х лет с косоглазием врачом-офтальмологом были назначены очки со сферическими собирающими стеклами 3,0 Д на оба глаза. Косоглазие ликвидировано. В чем смысл назначения очковой коррекции? Ваша тактика в отношении длительности и постоянства очковой коррекции.

Эталон. Назначение очковой коррекции позволило коррегировать гиперметропию, восстановить соответствие между аккомодацией и конвергенцией и полностью ликвидировать аккомодационный тип косоглазия, который имел место в данном случае. Коррекция гиперметропии должна постепенно уменьшаться, и может быть отменена совсем по мере роста глаза и приближения его рефракции к эметропической.

Задача 40. Больной после черепно-мозговой травмы стал предъявлять жалобы на диплопию. Объективно: глаз отклонен кнутри, острота зрения обоих глаз 1,0. Ваш предположительный диагноз, рекомендуемое лечение?

Эталон. Диагноз: паралитическое косоглазие вследствие поражения отводящего нерва. Рекомендовано лечение у невропатолога. При отсутствии эффекта, но не ранее чем через год, может быть рекомендована операция.

Задача 41. У ребёнка 4-х лет острота зрения правого глаза 1,0, левого – 0,1, не коррегируется. Левый глаз отклонен к носу на 15°, движение его в полном объеме. Глазное дно в норме. В чем причина снижения остроты зрения на левый глаз? Как предотвратить её дальнейшее падение и восстановить до нормы?

Эталон. Диагноз: содружественное монолатеральное сходящееся косоглазие, амблиопия левого глаза. Лечение: рефрактометрия, очковая коррекция, прямая окклюзия здорового глаза, засвет макулярной области по Кюпперсу или Аветисову, занятия на синаптофоре.

Задача 42. У больного односторонний экзофтальм. Ретракция глазного яблока затруднена. Какие обследования нужно провести для установления этиологии экзофтальма?

Эталон. Визометрия, периметрия, офтальмоскопия, измерение ВГД, экзофтальмометрия, определение объема движения глазных яблок, рентгенограмма орбит, УЗИ, КТ, МРТ, ангиография, консультация эндокринолога, невропатолога.

Задача 43. У ребёнка отмечается поочерёдное отклонение обоих глаз кнутри на 15°. Острота зрения обоих глаз 1,0. Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Эталон. Диагноз: содружественное альтернирующее сходящееся косоглазие. Рекомендовано: рефрактометрия, назначение очков, при отсутствии эффекта – хирургическое лечение.

Задача 44. У больного несколько затруднено носовое дыхание, периодически имеются гнойные выделения из носа, высокая температура. Два дня назад появились боли в правой орбите и выпячивание глазного яблока. Объективно: отек и гиперемия век,

ограничение движений глаза, отек и гиперемия конъюнктивы. Поставьте диагноз, порекомендуйте дополнительное обследование, назначьте лечение.

Эталон. Диагноз: флегмона орбиты. Диагноз обосновывает воспалительный отек век, ограничение движения глаза, экзофтальм. Необходимо: рентгенограмма придаточных пазух носа, консультация ринолога. Дифференцировать с синдромом тромбоза кавернозного синуса, для которого типичны двусторонняя глазная симптоматика, наличие мидриаза, общемозговые и менингеальные симптомы. Лечение: антибиотики и сульфаниламиды местно и системно (ампициллин, гентамицин, линкомицин), госпитализация в оториноларингологический стационар и вскрытие пазух, при нарастании симптомов – вскрытие и дренирование орбиты.

Задача 45. У ребёнка 4-х лет имеется постоянное отклонение правого глазного яблока к носу на 30°. Определите порядок необходимых исследований и этапы лечения.

Эталон. Необходимо: определение объема движения глазного яблока, первичный и вторичный угол отклонения, визометрия, объективная рефрактометрия и коррекция, характер зрения, биомикроскопия, офтальмоскопия. При установлении диагноза – содружественное косоглазие – поэтапное лечение: опто-плеопто-ортопто-хирурго-ортоптическое лечение.

Задача 46. Больной перенёс грипп. После этого появились боли в левом глазу и опустилось веко. При осмотре обнаружен птоз, экзофтальм, ограничение движения глазного яблока. Поставьте диагноз. Какое дополнительное исследование необходимо? Назначьте лечение.

Эталон. Диагноз: синдром верхнеглазничной щели, по-видимому, в результате базального арахноидита. Диагноз обосновывает птоз, экзофтальм, парез глазодвигательных мышц. Необходимо определить чувствительность в области 1-й ветви тройничного нерва, осмотр невропатолога.

Лечение: у невропатолога, консультация окулиста.

Задача 47. Во время наркоза у больного глазные яблоки отклонились кнаружи. До наркоза: острота зрения обоих глаз 1,0, характер зрения – бинокулярный. Как называется такое явление? Чем объяснить возникшее отклонение глазных яблок? Нуждается ли пациент в лечении?

Эталон. Диагноз: гетерофория, экзофория. Такое состояние связано с выключением коры головного мозга, что ведет к отклонению глазных яблок в сторону «более сильной» мышцы – симптом Белла. В лечении пациент не нуждается.

Задача 48. У больного черепно-мозговая травма. При осмотре выявлено: односторонний птоз, экзофтальм, офтальмоплегия, мидриаз. В чем причина подобных симптомов? Ваши действия?

Эталон. У больного синдром верхнеглазничной щели, возможен перелом костей основания черепа, смещение костей в области верхнеглазничной щели. Необходимо: рентгенограмма черепа, КТ орбиты, консультация нейрохирурга.

Задача 49. У больного, лечившегося ранее по поводу заболевания правого глаза, после последних нескольких инстилляций лекарств появилась гиперемия век, отёк с экзематозными проявлениями. Диагноз? Ваша тактика? Назначьте лечение.

Эталон. Диагноз: аллергический медикаментозный дерматит век. Срочно отменить ранее назначенные инстиллясии в глаз. Лечение – десенсибилизация, местно – кортикостероиды в виде капель и мази.

Задача 50. На прием пришла девочка 14 лет с жалобами на боль, покраснение, отек, чувство жара в верхнем веке правого глаза. Объективно: резкий отёк века, глаз закрыт, болезненность, гиперемия верхнего века. Из анамнеза установлено – 3 дня назад выщипывала брови. Диагноз? Лечение?

Эталон. Диагноз: абсцесс верхнего века. Лечение: в начальной стадии – УВЧ, сухое тепло. При флюктуации – вскрыть, в рану ввести турунду с гипертоническим раствором хлорида натрия. Перевязка.

Задача 51. У больного 7 лет чувство зуда краев век обоих глаз, покраснение, шелушение у корня ресниц, усиливающееся после зрительных нагрузок.

Диагноз? Причина? Какое нужно провести обследование? Лечение?

Эталон. Диагноз: чешуйчатый блефарит. Причина – некоррегированная аметропия, Необходимо исследовать рефракцию. Местно – коррекция аномалии рефракции, смазывать края век спиртовым раствором бриллиантовой зелени и гидрокортизоновой 0,5 % глазной мазью 1-2 раза в день до исчезновения чешуек и успокоения век.

Задача 52. У больного внезапно появился отёк верхнего века правого глаза, локальная гиперемия у корня ресницы с гнойной головкой, резкая болезненность. Диагноз? Лечение?

Эталон. Диагноз: наружный ячмень верхнего века правого глаза. Лечение: эпиляция пораженной ресницы, 20% р-р альбуцида 4 раза в день, УВЧ, сухое тепло, 1% желтая ртутная мазь или любая глазная мазь, содержащая антибактериальное средство на веки 2 раза в день до рассасывания инфильтрата.

Задача 53. У ребёнка после рождения постоянное скудное гнойное отделяемое, слезостояние в правом глазу. Инстиллясии глазных капель эффекта не дают. Диагноз? Тактика? Лечение?

Эталон. Диагноз: правосторонний дакриоцистит новорождённого из-за не рассосавшейся эмбриональной плёнки в слёзно-носовом протоке. Лечение: точечный массаж в области купола слёзного мешка в течение 1-й недели. При неэффективности массажа – проведение зондирования.

Задача 54. У больного 25 лет на нижнем веке появилось уплотнение в толще хряща в виде горошины. Кожа над уплотнением не изменена, со стороны конъюнктивы – локальная гиперемия и утолщение конъюнктивы в проекции образования. Диагноз? Лечение?

Эталон. Диагноз: халязион нижнего века. Лечение: на ранней стадии – рассасывающее, при отсутствии эффекта – оперативное.

Задача 55. После рождения ребёнка родители заметили, что правый глаз закрыт и верхнее веко не поднимается. Глазное яблоко правильно развито, патологии не обнаружено.

Эталон. Диагноз: врождённый птоз правого глаза. При полном птозе из-за возможной амблиопии необходимо оперировать рано (на 2-м году жизни). При птозе средней степени – вопрос об оперативном лечении решается индивидуально.

Задача 56. У пациента на протяжении года отмечалось постоянное слезотечение. Несколько дней назад у внутреннего угла глаза появилась краснота, резкая болезненность, реактивный отёк век. При пальпации зоны инфильтрата резкая болезненность, флюктуации нет, гнойное отделяемое из слёзных точек. Диагноз?

Лечение?

Эталон. Диагноз: острый гнойный дакриоцистит. Лечение: сухое тепло, УВЧ-терапия, инстилляции альбуцида 20% 6-8 раз в день. При появлении флюктуации – вскрытие и дренирование. На фоне стихания процесса провести дакриоцисториностомию или дакриоцисторинодренирование.

Задача 57. У пациента 50 лет проведена операция – удаление халязиона нижнего века через конъюнктиву. Через три месяца на этом же месте появилось новообразование похожее на предыдущее, но отмечается более быстрый рост. Кожа над образованием легко гиперемирована, уплотнена. Конъюнктив в проекции образования рубцово-изменена. Диагноз? Тактика?

Эталон. Необходимо предположить аденокарциному мейбомиевой железы. Провести радикальное удаление новообразования в пределах здоровой ткани и направить материал на гистологическое исследование. При получении положительного результата направить пациента к онкологу.

Задача 58. У пациентки 60 лет после перенесенного острого конъюнктивита правого глаза внезапно появились рези в глазу, невозможно открыть глаз, слезотечение, светобоязнь. При осмотре глазная щель сужена, нижнее веко укорочено по высоте, ресницы направлены на роговицу, при пальпации и попытке открыть глазную щель веки напряжены. Диагноз? Лечение?

Эталон. У больной спастический заворот нижнего века. Необходимо произвести новокаиновую блокаду лицевого нерва на стороне поражения. При неэффективности провести рассечение части волокон вековой порции круговой мышцы век (хирургическое лечение – различные способы с индивидуальным подходом).

Задача 59. Больной 30 лет попал в автодорожную катастрофу. Получил множественные глубокие порезы лица. Произведена ПХО с ушиванием ран. Предъявляет жалобы на слезотечение и не смыкание левой глазной щели. Диагноз? Тактика?

Эталон. У больного повреждение левого лицевого нерва, левосторонний лагофтальм. Для предупреждения развития ксероза глазного яблока необходимо провести частичную блефарорафию. Направить на лечение к невропатологу.

Задача 60. У пациента 50 лет три месяца назад появился легкий зуд и гиперемия краев век с легким шелушением, усилилось выпадение ресниц. Закапывал альбуцид 20% без

эффекта. Предположительный диагноз? Какие исследования необходимы для уточнения диагноза? Лечение?

Эталон. У пациента хронический блефарит, вероятно вызванный клещем Демодекс. Необходимо провести микроскопию ресниц на наличие и количество клеща. При положительном результате назначить спиртовые протирания краев век и нанесение на ресничный край век мази, демолон, применение шампуней и мыла против педикулеза, соблюдение личной гигиены.

Задача 61. На третий день после рождения у ребенка появился резкий отек и гиперемия век. Глазная щель открывается с трудом, при этом появляется сукровичное отделяемое. О каком заболевании следует прежде всего думать? Профилактика этого заболевания? Назначьте лечение.

Эталон. Развитие заболевания на 3-4 день после рождения, поражение двух глаз, плотный отёк век и обильное сукровичное отделяемое позволяют предположить диагноз гонобленорея новорождённых. Бактериоскопическое и бактериологическое исследования окончательно обоснуют диагноз. Профилактика: однократная инстилляционная азотнокислого серебра – Sol. Argenti nitrici 1% одна капля или трёхкратные инстилляционные ребёнку после рождения 20% р-ра сульфацила натрия. При выявлении заболевания – дезинфекция помещения, изоляция заболевшего. Лечение: промывание конъюнктивальной полости раствором перманганата калия 1:5000, инстилляционная р-ра натриевой соли бензилпенициллина 20000 ед в 1 мл.

Задача 62. Утром больной проснулся и обнаружил, что не может открыть правый глаз из-за гнойного отделяемого, склеившего ресницы. При раскрытии глазной щели обнаружено: конъюнктивы всех отделов резко гиперемизированы, разрыхлены, на ресницах и в углах глаза гнойное отделяемое. Диагноз? Назначьте лечение.

Эталон. Диагноз: острый гнойный конъюнктивит. Наличие гнойного отделяемого и гиперемия конъюнктивы обосновывают диагноз. Лечение: 5-6 раз в день инстиллировать растворы сульфаниламидов, дезинфицирующих веществ. Желательно провести бактериологическое исследование для определения возбудителя и чувствительности к антибактериальным препаратам.

Задача 63. В детском коллективе летом возникла вспышка глазного заболевания. Одновременно у нескольких детей покраснели глаза и появилось обильное гнойное отделяемое. Объективно: конъюнктивы век и глазного яблока резко гиперемизированы, имеются единичные субконъюнктивальные кровоизлияния. Поставьте предварительный диагноз. Назначьте лечение.

Эталон. Диагноз: острый эпидемический конъюнктивит Коха-Уикса. Дифференцировать с аденовирусным кератоконъюнктивитом. Диагноз конъюнктивита Коха-Уикса подтверждает наличие гнойного отделяемого и кровоизлияний в конъюнктиву. Необходимо бактериоскопическое и бактериологическое исследования. Лечение: 5-6 раз в день инстиллировать растворы антибиотиков, сульфаниламидов, дезинфицирующих средств. В очаге провести противоэпидемические мероприятия, всем контактным провести профилактическое лечение. После лечения провести повторное бактериоскопическое исследование на наличие возбудителя с целью исключения носительства.

Задача 64. Больной предъявляет жалобы на сильный зуд в обоих глазах, чувство инородного тела, небольшое количество гнойного отделяемого, скапливающегося в углах глазной щели по утрам. Симптомы заболевания появились несколько недель назад и постепенно усиливаются. Объективно: кожа углов глазной щели отёчна, гиперемирована, имеются единичные трещины. Гиперемия конъюнктивы умеренно выражена. О каком заболевании следует думать? Назначьте лечение.

Эталон. Диагноз: ангулярный диплобациллярный конъюнктивит Моракса – Аксенфельда. Диагноз подтверждает типичная локализация процесса и подострое течение. Необходима бактериоскопия мазка конъюнктивального отделяемого. Лечение: 1% р-р сульфата цинка по 1-й капле 1 раз в день или 0,25% р-р сульфата цинка по 1-й капле 3 раза в день.

Задача 65. У больного на фоне умеренно выраженных катаральных явлений в зеве появились рези и покраснение обоих глаз. При осмотре выявлены гиперемия всех отделов конъюнктивы, петехиальные конъюнктивальные кровоизлияния, фолликулы. Поставьте диагноз.

Эталон. Диагноз: аденовирусный кератоконъюнктивит, фарингоконъюнктивальная лихорадка. Острое начало заболевания, катаральные явления, наличие в конъюнктиве фолликулов, кровоизлияний, а в роговице точечных субэпителиальных инфильтратов обосновывают диагноз.

Задача 66. Больной 10 лет предъявляет жалобы на чувство инородного тела в глазу, незначительную светобоязнь. Жалобы появились около года назад, усиливаются в весенне-летний период. Объективно: на конъюнктиве верхнего века крупные сливные уплощённые фолликулы с молочно-белым оттенком в виде булыжной мостовой. В соскобе с конъюнктивы большое количество эозинофилов. Диагноз? Лечение?

Эталон. Диагноз: весенний катар. Заболевание плохо поддается лечению. Наилучший эффект дают инстиллясии кортикостероидов. Излечение наступает самостоятельно по окончании гормональной перестройки организма. Необходима консультация фтизиатра и аллерголога.

Задача 67. В детском саду у одной трети детей покраснели глаза, появилось скудное слизисто-гнойное отделяемое. При осмотре обращено внимание на наличие белесоватых пленок на конъюнктиве век, легко удаляющихся ватным тампоном. Диагноз? Тактика?

Эталон. В детском саду эпидемия пневмококкового конъюнктивита, о чем свидетельствует наличие характерных легко удаляемых пленок. Бактериологическое исследование подтвердит диагноз. Необходимо провести карантинные мероприятия, назначить профилактические закапывания детям, не заболевшим конъюнктивитом. и лечебные инстиллясии больным.

Задача 68. Больной жалуется на незначительное слезотечение, чувство инородного тела под верхним веком. Объективно: гиперемия и инфильтрация конъюнктивы, большое количество крупных беспорядочно расположенных фолликулов в ней, одиночные рубчики на конъюнктиве. Осмотр щелевой лампой выявил васкуляризацию верхнего лимба. Поставьте диагноз.

Эталон. Диагноз: трахома II. Диагноз обосновывает инфильтрация конъюнктивы, характерный вид фолликулов, рубцы конъюнктивы, начальные явления паннуса. Диагноз уточняется бактериоскопическим исследованием.

Задача 69. Больной много лет страдает заболеванием глаз, лечился не систематически. Отмечает сухость, понижение остроты зрения. Объективно: ресничный край верхнего века завернут, рубцы на конъюнктиве, роговая оболочка мутная, в ней много сосудов. Поставьте диагноз.

Эталон. Диагноз: трахоматозный ксероз. Диагноз обосновывают рубцы конъюнктивы, заворот век, помутнение роговой оболочки с васкуляризацией. Необходимо продлить лечение трахомы антибиотиками тетрациклинового ряда и фторхинолонами. Возможно хирургическое лечение – пересадка устья Стенонова протока в конъюнктивальный свод.

Задача 70. Больной имеет сонный вид, страдает заболеванием глаз несколько лет. Лечился нерегулярно. Несколько дней тому назад появилась резкая боль в глазу, ухудшение зрения. Объективно: роговичный синдром, рубцы и гиперемия конъюнктивы, её утолщение, деформация век, в центре роговой оболочки помутнение с желтоватым оттенком, его поверхность окрашивается флюоресцеином. В передней камере (внизу) – помутнение кремового цвета в форме полулуния. Диагноз? Лечение?

Эталон. Диагноз: трахома III, гнойная язва роговицы. Диагноз обосновывают анамнез, наличие в конъюнктиве рубцов и участков утолщения, изъязвление роговицы и наличие гипопиона. Лечение должно начинаться с бактериологического и бактериоскопического обследования. Местно – противовоспалительные средства, включая антибиотики, в каплях, под конъюнктиву, парабульбарно; мидриатики, ферменты – в стадии регресса.