

**Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Научно-клинический центр имени Башларова»**



Утверждаю
Проректор по учебно-
методической работе

_____ А.И. Аллахвердиев
«25» февраля 2025 г.

Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации	Б1.О.01 Офтальмология
Уровень профессионального образования	Высшее образование- подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры
Специальность	31.08.59 Офтальмология
Квалификация	Врач – офтальмолог
Форма обучения	Очная

Махачкала, 2025

Оценочные средства для текущего контроля успеваемости по дисциплине «Офтальмология»

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК) и общепрофессиональных (ОПК) компетенций:

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

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.

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

ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу.

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

Цель текущего контроля - формирование компетенций в процессе освоения дисциплины

Этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины

№	Компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8	1.Организация офтальмологической помощи.	1.Общие принципы организации офтальмологической помощи. 2.Медицинская экспертиза при заболеваниях и повреждениях органа зрения
2	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8	2.Анатомия и физиология органа зрения.	3.Нормальная анатомия органа зрения 4.Физиология органа зрения
3	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8	3.Методы исследования в офтальмологии	5.Клинические и инструментальные методы исследования.
4	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8	4.Рефракция и аккомодация глаза. Методы коррекции аметропий.	6.Рефракция и аккомодация глаза, методы их исследования. 7.Методы устранения дефектов зрения и лечение при аметропиях.
5	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8	5.Содружественное косоглазие	8.Физиология и патология бинокулярного зрения. Клиника, диагностика и лечение содружественного косоглазия
6	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8	6.Заболевания глаза, его придаточного аппарата и орбиты;	9.Заболевания глазницы и придатков глаза. 10.Заболевания роговицы и склеры. 11.Воспалительные и дистрофические заболевания

			слезных органов и слезоотводящих путей. 12. Заболевания сосудистой оболочки глаза. 13. Заболевания сетчатки и стекловидного тела. 14. Заболевания хрусталика. 15. Глаукома.
7	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8	7. Патология органа зрения, обусловленная системными заболеваниями	16. Нейроофтальмология. 17. Офтальмоонкология. 18. Офтальмоэндокринология.
8	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8	8. Травмы органа зрения	19. Механические повреждения органа зрения. 20. Ранения глазного яблока. 21. Ожоги глаз.
9	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8	9. Офтальмология детского возраста	22. Основные принципы оказания медицинской помощи у детей с заболеваниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Выберите один или несколько правильных ответов. **Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8**

Раздел 1. Организация офтальмологической помощи.

Выберите один или несколько правильных ответов. **Тесты:**

1. Первичная медико-санитарная помощь является:
 - А. компонентом добровольного медицинского страхования;
 - Б. формой оказания лечебно-профилактической помощи городскому населению;
 - В. основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинской помощи;
 - Г. комплексом мер социального характера.
 Ответ в

2. Основными путями развития поликлинической помощи взрослому населению являются все, кроме
 - а) укрепления и развития форм и методов восстановительного лечения и реабилитации
 - б) обеспечения возможности выбора участкового или семейного врача
 - в) развитие общеврачебных практик
 - г) создания на базе поликлиник консультативных и реабилитационных центров
 - д) развития современных технологий и новых организационных форм амбулаторнополиклинической помощи
 - е) увеличения количества участковых врачей и разукрупнения участков
 Ответ е

3. Режим и формы работы поликлиники, нагрузка персонала должны определяться
 - а) на федеральном уровне
 - б) на региональном уровне

в) на уровне руководителя учреждения Ответ в

4. Не входит в практическую деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений

- а) лечебно-диагностическая работа
- б) экспертиза стойкой утраты трудоспособности
- в) профилактическая работа, диспансеризация
- г) организационно-методическая работа
- д) гигиеническое воспитание и обучение населения

Ответ б

5. Амбулаторно-поликлиническая помощь организуется по следующим принципам, кроме а) территориально-участкового

- б) бригадного
- в) ведомственного
- г) частного Ответ г

6. Амбулаторно-поликлиническая помощь организуется по следующим принципам, кроме а) территориально-участкового

- б) бригадного
- в) ведомственного
- г) частного Ответ г

7. Пути повышения качества стационарного лечения все, кроме

- а) контроля качества стационарной помощи
- б) соблюдения этапов лечебно-диагностического процесса
- в) обоснованности направления больного в стационар
- г) направления больного в профильное отделение стационара
- д) тотальной госпитализации больных Ответ д

8. Отделение экстренной и планово – консультативной помощи не выполняет следующие функции

- а) организует и проводит выездные консультации врачей – специалистов
- б) проводит заочные консультации
- в) разрабатывает предложения о порядке и показаниях к направлению больных для консультаций
- г) организует медицинскую помощь сельскому населению Ответ г

9. В отделении восстановительного лечения проводится

- а) профилактика нарушений функционального состояния органов и систем
- б) ускорение течения процессов регенерации поврежденных органов и тканей
- в) стимуляция восстановления нарушенных функций
- г) обеспечение оптимального уровня реадaptации больного в социальной среде
- д) все вышеперечисленное верно Ответ д

10. Показателями эффективности и качества проведения диспансеризации могут быть

- а) показатель частоты обострения, систематичность наблюдения
- б) показатель частоты проведения лечебно-профилактических мероприятий
- в) переход больных, находящихся на ДН, из одной группы наблюдения в другую
- г) среднее число Дней госпитализации ответ а

11. Основные направления развития специализированной стационарной помощи предусматривают

- а) создание межрайонных специализированных центров и больниц
- б) специализацию коечного фонда
- в) дифференциацию коечного фонда по интенсивности лечебно-диагностического процесса
- г) все вышеперечисленное

д) нет правильного ответа Ответ: г

12. Кем определяется группа инвалидности

- а) медико-социально- экспертной комиссией
- б) врачебной экспертной комиссией

Ответ: а

13. Какие социальные факторы учитываются при МСЭ

- а) возраст
- б) профессия
- в) характер работы
- г) диагноз

Ответ: а,б,в

14. Какие параметры заболевания определяются на МСЭ

- а) клинический диагноз
- б) прогноз
- в) характер работы

Ответ : а, б

15. При исследовании полей зрения на МСЭ применяют

- а) статическую периметрию
- б) динамическую периметрию.

Ответ: а, б

16. Что называется слабовидением

- а) наличие остроты зрения от 0,05 до 0,3
- б) наличие остроты зрения от 0,4 до 0,7

Ответ : а

17. Назовите способы визометрии на МСЭК

- а) таблица Сивцева-Головина
- б) таблицы с переставленными знаками
- в) таблица с кольцами Ландольта

Ответ : а, б, в

18. Ортофория-это:

- а) идеальное равновесие глазодвигательных мышц
- б) сходящееся косоглазие
- в) скрытое косоглазие
- г) расходящееся косоглазие

Ответ : а

19. Критерии для установления инвалидности I группы а) острота зрения менее 0,05 с коррекцией на оба глаза

- б) концентрическое сужение поля зрения до 10°

в) острота зрения менее 0,05 с коррекцией на один глаз Ответ : а, б

20. Критерии для установления инвалидности II группы

а) наличие слабовидения обоих глаз

б) лучше видящего глаза (острота зрения до 0,1 с коррекцией

в) концентрическое сужение поля зрения до 20°

Ответ: а, б, в

21. Критерии для установления инвалидности III группы

а) наличие остроты зрения в пределах от 0,1 до 0,3 диоптрии на лучшем глазу

б) сужение границ поля зрения каждого глаза от 20-40 градусов непосредственно от точки фиксации. Ответ : а, б

22. Какими законами регулируется вопрос инвалидности по зрению?

а) Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 10.07.2023) "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации"

б) Федеральный закон от 03.05.2012 N 46-ФЗ "О ратификации Конвенции о правах инвалидов" Ответ : а, б

23. Каким приказом регламентируется проведение профилактических осмотров

а) Приказ Минздрава России от 27.04.2021 N 404н (ред. от 28.09.2023) "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"

б) приказ МЗ РФ от 6 декабря 2012 г. № 1011н Ответ: а

24. какого возраста проводится обязательная тонометрия ВГД?

а) после 30 лет

б) после 40 лет

в) всем обратившимся Ответ : б

25. Целью периодических медицинских осмотров является:

а) динамическое наблюдение за состоянием здоровья работников, занятых на вредных работах и на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами профессиональных вредностей и неблагоприятных условий труда

б) своевременное выявление начальных признаков профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов на состояние здоровья работников, формирования групп риска

в) выявление общих заболеваний, являющихся медицинскими противопоказаниями для продолжения работы, связанной с воздействием вредных и (или) опасных производственных факторов

г) своевременное проведение профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение здоровья и восстановление трудоспособности работников д) все перечисленное Ответ : д

Ситуационные задачи.

Ситуационная задача № 1

На прием к окулисту поликлиники обратилась пациентка 60 лет с просьбой направить ее для определения с группой инвалидности по зрению. Наблюдается по поводу

глаукомы 15 лет, зрение снизилось до очень низкого. Vis OB в 0,08 не корр. Vis OS в 0,05 не корр.

OU поле зрения сужено с носовой стороны до 20 градусов от точки фиксации. ВГД-25 мм.рт.ст. Оптические среды прозрачные, на глазном дне-диск зрительного нерва серый с глубокой краевой эскавацией

Возможно ли направление на экспертизу и какая группа инвалидности может быть определена?

ОТВЕТ: Направить на МСЭК по состоянию зрительных функций, где может быть определена 2 гр. инвалидности

Ситуационная задача № 2

Пациент М, 72 лет, обратился с жалобами на снижение зрения на правом глазу в течение нескольких месяцев. Позже присоединились искажения предметов и букв при чтении этим глазом. При осмотре врачом-окулистом по месту жительства был выставлен диагноз незрелой катаракты, возрастной макулярной дегенерации преддисциформной формы обоих глаз.

Дано направление на оперативное лечение катаракты правого глаза.

При осмотре офтальмологом-хирургом в оперативном лечении было отказано.

Vis OD = 0,2; OS = 1,0.

ВГД OD = 21 мм рт.ст.; OS = 19 мм рт.ст.

При осмотре: передний отрезок глаз не изменен. Роговица прозрачная, зеркальная. При биомикроскопии хрусталика в диффузном освещении определяются помутнения кортикальных слоев по типу «спиц в колесе», симметричные с обеих сторон, в прямом фокальном освещении ядра уплотнены, желтоватого цвета. Глазное дно просматривается свободно. На глазном дне справа определяется большое количество сливных друз, перераспределение пигмента, макулярный отек. ДЗН и периферическая сетчатка не изменены. На левом глазу в макуле единичные друзы и участки атрофии пигментного эпителия. Сетчатка и ДЗН также без патологии.

1. Какие методы дополнительного обследования необходимо провести?
2. Методом какого освещения возможно более детально рассмотреть помутнения в слоях хрусталика?
3. Какое заболевание Вы можете заподозрить у этого пациента и почему ему было отказано в оперативном лечении катаракты?
4. На основании чего должен быть выставлен правильный диагноз?
5. С какими другими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
6. Тактика лечения пациента. 7. Возможный прогноз исхода заболевания на правом и левом глазах.

Ответ

1. Необходимо провести осмотр глазного дна методом прямой офтальмоскопии с помощью бесконтактной линзы 90 или 60 Д, или же прямого офтальмоскопа. Для более точной локализации процесса в слоях сетчатки – ОКТ.

2. Осматривать хрусталик в данном случае предпочтительнее с помощью прямого фокального освещения, а не только в диффузном свете.

3. Пациент страдает дисциформной формой возрастной макулярной дегенерации правого глаза, преддисциформной формой левого глаза, начальной сенильной катарактой обоих глаз. В оперативном лечении катаракты ему было отказано в связи с неэффективностью данной операции при этом заболевании.

4. Правильный диагноз выставлен на основании совокупности жалоб, осмотра, основных и дополнительных методов обследования.

5. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с поражениями макулы при миопии высокой степени, посттромботической ретинопатии, диабетическим макулярным отеком, посттравматическими и ранее перенесенными воспалительными заболеваниями макулярной сетчатки.

6. Основным методом лечения этого заболевания является интравитреальное введение люцетиса в пораженный глаз. Хотя, если отек сетчатки достаточно высок, возможно и интраокулярное введение озурдекса. Затем следует рекомендовать длительный прием препаратов, содержащих лютеин и зеаксантин длительными курсами в течение всей жизни.

7. Прогноз заболевания достаточно благоприятный при «сухой» форме ВМД. При влажной ВМД острота зрения, учитывая регулярно проводимое лечение, может сохраняться высокой достаточно долго, но при плохом исходе заболевание заканчивается потерей центрального зрения.

Ситуационная задача № 3

Пациентка К, 70 лет, обратилась с жалобами на отсутствие предметного зрения на правом глазу. Отмечает периодически ощущение «выпирания» правого глаза из орбиты, тяжесть, давящие боли в глазном яблоке, в сочетании с появлением тумана перед глазом и радужных кругов при взгляде на источник света левым глазом в течение 8 месяцев. При обследовании: острота зрения OD – неправильная светопроекция; OS = 0,2 не корр. Глаза спокойны, передние цилиарные вены расширены, извитые, роговицы тусклые (особенно OD), радужки атрофичны – на OD больше, чем на OS, перераспределение пигмента в виде россыпи на поверхности обеих радужек. Зрачки черного цвета, вяло реагируют на свет.

При биомикроскопии хрусталиков определяются помутнения заднекортикальных слоев, более выраженные на правом глазу. Пальпаторно офтальмотонус повышен на оба глаза, но на OD больше, чем на OS. При осмотре глазного дна определяется тотальная глубокая экскавация ДЗН правого глаза и экскавация ДЗН = 0,7 ДД левого глаза. Рефлекс глазного дна правого глаза ослаблен, глазное дно определяется под флером. Хотя изменения ДЗН визуализируются достаточно свободно. Рефлекс глазного дна на левом глазу сохранен.

1. На что необходимо заострить внимание пациента при сборе анамнеза?
2. Какие методы исследования помогут в постановке правильного диагноза?
3. Что необходимо заподозрить у этого пациента?
4. С чем необходимо дифференцировать предполагаемую патологию?
5. Какова будет тактика действий?
6. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Ответ

1. Необходимо тщательно собрать и проанализировать жалобы, анамнез заболевания, семейно-наследственный анамнез, анамнез перенесенных заболеваний.
2. Бифокальный осмотр, биомикроскопия хрусталика в прямом фокальном и диффузном освещении (для более точного определения клинической формы катаракты и ее влияния на остроту зрения), тонометрия, периметрия, по возможности ОКТ – исследование толщины перипапиллярной сетчатки и слоя ганглионарных волокон.
3. Терминальную стадию глаукомы на правом глазу и развитую или даже далекозашедшую глаукому на левом глазу.
4. С возрастной катарактой обоих глаз.
5. Нужно убедить женщину в необходимости обязательной консультации окулиста для квалифицированного обследования и соответствующих рекомендаций по лечению.
6. На правом глазу терминальная глаукома может осложниться выраженным болевым симптомом и послужить аргументом удаления болящего, практически слепого

глаза. На левом глазу глаукомный процесс будет неуклонно прогрессировать вплоть до утраты зрительных функций (но этого говорить пациенту ни в коем случае нельзя!).

Ситуационная задача № 4

Ввиду отсутствия окулиста по месту жительства, обратилась пациентка 64 лет, которая полтора года тому назад во время лечения на курорте по поводу гипертонической болезни была консультирована окулистом. Он диагностировал у нее возрастную катаракту на обоих глазах, причем и тогда и сейчас гораздо хуже видит правый глаз. Больше она к врачу не обращалась. Несколько дней назад в правом глазу появились боли, иррадирующие в затылок и чувство распирания глаза. Перед правым глазом «стоит густой туман» и глаз почти ничего не видит.

При обследовании: острота зрения OD – счет пальцев у глаза; OS = 0,3 не корр. На правом глазу выраженная застойная инъекция передних сосудов, роговица отечная, передняя камера мелкая, радужка отечная, зрачок около 4-5 мм в диаметре темно-серого цвета обычной величины. Биомикроскопия хрусталика невозможна из-за того, что хрусталик диффузно мутный, белого цвета. Осмотр глазного дна невозможен из-за отсутствия рефлекса глазного дна. На левом глазу передний отрезок не изменен. При осмотре хрусталика на щелевой лампе в диффузном и прямом фокальном свете определяются помутнения в переднекортикальных слоях и ядре, которое серо-желтого цвета. Рефлекс глазного дна ослаблен, но детали визуализируются – явления гипертонической ангиопатии сетчатки.

1. Что необходимо заподозрить у этого пациента?
2. Какие дополнительные методы обследования нужно провести?
3. С чем необходимо дифференцировать предполагаемую патологию?
4. Какова будет тактика действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Ответ

1. Незрелую (набухающую) катаракту, факогенный острый приступ глаукомы правого глаза, начинающуюся возрастную катаракту левого глаза.
2. Тонometriю, гониоскопию. Периметрию только левого глаза.
3. На правом глазу – с острым иридоциклитом, с острым приступом первичной закрытоугольной глаукомы (ЗУГ). На левом – с начальной стадией глаукомы.
4. Оказать полный объем первой врачебной помощи по купированию острого приступа глаукомы правого глаза, после чего срочно отправить пациента в специализированный стационар.
5. Некупированный острый приступ глаукомы может в течение суток привести к потере зрения вследствие полной атрофии зрительного нерва.

Ситуационная задача № 5

На прием после выписки из стационара пришел больной, которому после тяжелой травмы был удален правый глаз. Работал водителем.

Vis OD = 1,0 без патологических изменений

Vis OS-глазное яблоко отсутствует, конъюнктивальная полость чистая, протезирована. Сформулируйте диагноз. Определите профпригодность

Ответ: Анофтальм слева. Учитывая, что пациент не может работать водителем, направить его на МСЭК для установления 3 гр. инвалидности

Раздел 2. Анатомия и физиология органа зрения.

Выберите один или несколько правильных ответов. Тесты:

1. Самой тонкой стенкой орбиты является:
а) наружная стенка

- б) верхняя стенка
- в) внутренняя стенка
- г) нижняя стенка
- д) верхняя и внутренняя Ответ: в

2. Канал зрительного нерва служит для прохождения:

- а) зрительного нерва
- б) отводящего нерва
- в) глазодвигательный нерв
- г) центральной вены сетчатки
- д) лобной артерии Ответ: а

3. Слезный мешок расположен:

- а) внутри глазницы
- б) вне глазницы
- в) частично внутри и частично вне глазницы
- г) в гайморовой полости
- д) в средней черепной ямке Ответ: в

4. При ранах век регенерация тканей:

- а) высокая
- б) низкая
- в) существенно не отличается от регенерации тканей других областей лица
- г) ниже, чем других областей лица
- д) выше чем других областей лица Ответ: д

5. К слезопродуцирующим органам относятся:

- а) слезная железа и добавочные слезные железы
- б) слезные точки
- в) слезные каналы
- г) носослезный канал Ответ: а

6. Носослезный канал открывается в:

- а) нижний носовой ход
- б) средний носовой ход
- в) верхний носовой ход
- г) в гайморову пазуху
- д) в основную пазуху Ответ: а

7. Наибольшую толщину склера имеет в зоне:

- а) лимба
- б) экватора
- в) диска зрительного нерва
- г) под сухожилием прямых мышц
- д) под сухожилием косых мышц Ответ: а

8. Роговая оболочка состоит из:

- а) двух слоев
- б) трех слоев
- в) четырех слоев
- г) пяти слоев

д) шести слоев Ответ: г

9. Слои роговицы располагаются:

- а) параллельно поверхности роговицы
- б) хаотично
- в) концентрично
- г) в косом направлении Ответ: а

10. Питание роговицы осуществляется за счет:

- а) краевой петливой сосудистой сети
- б) центральной артерии сетчатки
- в) слезной артерии
- г) передними цилиарными артериями
- д) надблоковой артерии Ответ: а

11. Диск зрительного нерва располагается:

- а) в центре глазного дна
- б) в носовой половине глазного дна
- в) в височной половине глазного дна
- г) в верхней половине глазного дна
- д) за пределами глазного дна Ответ: а

12. Функциональным центром сетчатки является:

- а) диск зрительного нерва
- б) центральная ямка
- в) зона зубчатой линии
- г) сосудистый пучок
- д) юкстапапиллярная зона Ответ: б

13. Наиболее важной физиологической функцией пограничной мембраны Бруха является:

- а) защита сетчатки от токсических компонентов крови
- б) осуществление обмена веществ между кровью и клетками пигментного эпителия сетчатки
- в) термоизоляция сетчатки
- г) барьерная функция
- д) каркасная функция

Ответ: а

14. Светоощущение отсутствует у больного с:

- а) интенсивным тотальным помутнением роговицы
- б) тотальной катарактой
- в) центральной дегенерацией сетчатки
- г) полной атрофией зрительного нерва
- д) разрывом сетчатки в макулярной зоне Ответ: г

15. Мейбомиевы железы, расположенные в хрящевых пластинках век, выделяют:

- а) слезу
- б) слизистый секрет
- в) слезный секрет
- г) лимфу
- д) водянистую влагу Ответ: в

16. Величина слепого пятна, определяется кампиметрически, в норме у взрослого человека равна: а) 3х2
б) 5х4
в) 8х6
г) 9х7
д) 10х8 Ответ: в
17. При остроте зрения выше 1,0 величина угла зрения равна:
а) меньше 1 минуты
б) 1 минуте
в) 1,5 минутам
г) 2 минутам
д) 2,5 минутам Ответ: а
18. Гомонимная и гетеронимная гемианопсия определяется у больных с:
а) центральной дегенерацией сетчатки
б) анизометропией
в) патологическими изменениями зрительных путей
г) патологическими процессами в области пучка Грациоле
д) атрофией папилломакулярных нервных волокон Ответ: в
19. Острота зрения у новорожденного ребенка в норме составляет:
а) тысячные доли единицы
б) 0,01
в) 0,02
г) 0,03
д) 0,05 Ответ: а
20. Функциональное состояние колбочкового аппарата сетчатки глаза определяется по: а) светоощущению
б) состоянию световой адаптации
в) остроте зрения
г) границами периферического зрения Ответ: в
21. Наиболее широкие границы (в норме) имеет поле зрения на:
а) красный цвет
б) желтый цвет
в) зеленый цвет
г) синий цвет
д) белый цвет Ответ: д
22. Первая часть пробы Веста считается положительной, если красящее вещество (колларгол или флюоресцеин) полностью уходит из конъюнктивального мешка в слезоотводящие пути за:
а) 1-2 минуты
б) 2-3 минуты
в) 3-4 минуты
г) 4-5 минут
д) 6-7 минут дольше Ответ: д

23. Темновую адаптацию необходимо исследовать у больных с:

- а) абиотрофией сетчатки
- б) миопией слабой и средней степени
- в) гиперметропией с астигматизмом
- г) косоглазием
- д) рефракционной амблиопией Ответ: а

24. Электроретинограмма отражает функциональное состояние:

- а) внутренних слоев сетчатки
- б) наружных слоев сетчатки
- в) подкорковых зрительных центров
- г) корковых зрительных центров Ответ: б

25. Электроэнцефалограмма, проведенная при комплексном обследовании пациента с поражением зрительного анализатора, позволяет судить о функциональном состоянии: а) наружных слоев сетчатки

- б) проводящих путей зрительного анализатора
- в) коркового и (отчасти) подкоркового зрительного центров
- г) внутренних слоев сетчатки Ответ: в

Ситуационные задачи.

Задача 1.

Рабочий М., 29 лет, занят на производстве приборов с большим количеством ртути. Поставлен диагноз - ретробульбарный неврит как следствие ртутной интоксикации. Острота зрения правого глаза - 0.5, левого глаза - 0.7, коррекция не улучшает.

Что может быть в поле зрения у данного больного?

Ответ к задаче 1

Центральные скотомы.

Задача 2.

Больной семнадцати лет обратился с жалобой на ухудшение зрения обоих глаз.

При обследовании оказалось, что он в состоянии считать пальцы лишь с расстояния 3 метров, коррекция не улучшает.

Какова острота зрения у больного? По какой формуле ее можно рассчитать? **Ответ** 0,06. Можно рассчитать по формуле Снеллена

Задача 3.

Больной жаловался на пятно перед правым глазом, которое не дает возможности прочесть слово. Для того, чтобы видеть все буквы в слове, он должен совершать движения головой.

Болен уже месяц, но к врачу не обращался.

Какое исследование в первую очередь надо назначить больному? Что Вы думаете определить при этом

Ответ

Исследовать поле зрения. Нацелены найти центральную скотому.

Задача 4.

Вы стоите на улице и смотрите прямо перед собой. Справа к Вам приближается грузовик. На какую часть сетчатки правого глаза попадает изображение этого грузовика?

Ответ

На носовую половину сетчатки правого глаза.

Задача 5.

Больная 35 лет, жалуется, что много лет плохо видит в темноте. Когда берет что-нибудь со стола, то обязательно переворачивает рядом стоящий предмет, при ходьбе натывается на окружающие предметы. Остроту зрения равную 0,3 - 0,4, коррекция не улучшает. Какое исследование надо провести больной, чтобы уточнить диагноз? Какие элементы сетчатки страдают при этом.

Ответ

Поле зрения, исследовать темновую адаптацию. Страдают палочки.

Раздел 3. Методы исследования в офтальмологии.

Выберите один или несколько правильных ответов. **Тесты:**

1. Методы исследования роговицы:

- а) Боковое фокальное освещение, биомикроскопия
- б) Тонометрия
- в) Офтальмоскопия
- г) Диафаноскопия
- д) Гониоскопия

Ответ: а

2. Методы исследования склеры:

- а) Боковое фокальное освещение, биомикроскопия
- б) Тонометрия
- в) Офтальмоскопия
- г) Диафаноскопия
- д) Гониоскопия

Ответ: а

3. Методы исследования радужки:

- а) Боковое фокальное освещение, биомикроскопия
- б) Тонометрия
- в) Офтальмоскопия
- г) В проходящем свете
- д) Гониоскопия

Ответ: а

4. Методы исследования сетчатки:

- а) Боковое фокальное освещение, биомикроскопия
- б) Тонометрия
- в) Офтальмоскопия
- г) В проходящем свете
- д) Гониоскопия

Ответ: в

5. Методы исследования хрусталика:

- а) Исследование в проходящем свете, биомикроскопия
- б) Тонометрия
- в) Офтальмоскопия
- г) Диафаноскопия

д) Гониоскопия

Ответ: а

6. Метод исследование диска зрительного нерва:

а) Гониоскопия

б) Офтальмоскопия

в) Боковое фокальное освещение

г) Диафаноскопия

д) Исследование в проходящем свете

Ответ: б

7. Метод исследование угла передней камеры:

а) Офтальмоскопия

б) Биомикроскопия

в) Гониоскопия

г) В проходящем свете

д) Боковое фокальное освещение

Ответ: в

8. Если врач правша, то при исследовании в проходящем свете источник света располагают: а) Справа и сзади от больного

б) Слева и сзади от больного

в) Справа и впереди от больного

г) Слева и впереди от больного

д) Для проведения исследования источник света не требуется

Ответ: б

9. Отслойку сетчатки при помутнении роговицы или хрусталика можно выявить: а) В проходящем свете

б) При рентгенографии

в) С помощью офтальмоскопии

г) С помощью ультразвукового исследования

д) В боковом фокальном освещении

Ответ: г

10. Субъективным методом исследования внутриглазного давления является

а) Тонометрия по Маклакову

б) Пальпаторный метод через веки

в) Тонография

г) Пневмотонометрия

д) Правильно 1, 2 Ответ: В

11. Офтальмоскопия предназначена для исследования:

а) Угла передней камеры

б) Хрусталика

в) Стекловидного тела

г) Глазного дна

д) Радужки

Ответ: г

12. Метод исследования поля зрения на плоскости называется:

- а) Статической периметрией
- б) Кинетической периметрией
- в) Квантитативной периметрией
- г) Кампиметрией
- д) По Дондерсу

Ответ: г

13. Для исследования цветоощущения нельзя использовать:

- а) Таблицы Рабкина
- б) Аномалоскоп Раутиана
- в) Цветотест
- г) Таблицы Юстовой-Волкова и соавторов

Ответ: в

14. Для исследования бинокулярного зрения используют:

- а) Таблицы Рабкина
- б) Таблица Головина-Сивцева
- в) Аномалоскоп Раутиана
- г) Цветотест
- д) Таблицы Юстовой-Волкова и соавторов

Ответ: г

15. При исследовании на приборе Цветотест пациент с монокулярным зрением будет видеть:

- а) 4 кружка
- б) 5 кружков
- в) 2 кружка
- г) 3 кружка

Ответ: в

16. Если пациент видит темное пятно в поле зрения, то скотома называется:

- а) Относительной
- б) Абсолютной
- в) Положительной
- г) Отрицательной
- д) Мерцательной

Ответ: в

17. При наличии гомонимной гемианопсии наиболее вероятна локализация патологического очага в:

- а) Сетчатке
- б) Зрительном нерве
- в) Хиазме
- г) Зрительном тракте
- д) Хрусталике

Ответ: г

18. Дислоцированный хрусталик при УЗИ в В-режиме выглядит как

- а) овальная высокорефлективная структура;
- б) овальная низкорефлективная структура;
- в) округлая высокорефлективная структура;
- г) округлая низкорефлективная структура.

Ответ: а

19. Визометрия — это метод исследования:

- а) Поля зрения
- б) Остроты зрения
- в) Бинокулярного зрения
- г) Аккомодации
- д) Рефракции

Ответ: б

20. Амблиопия — это:

- а) Сужение полей зрения
- б) Понижение остроты зрения без анатомических изменений со стороны сетчатки
- в) Отсутствие глазного яблока
- г) Различная рефракция обоих глаз
- д) Нарушение аккомодации

Ответ: б

21. При поражении правого зрительного тракта у пациента будет наблюдаться:

- а) Гомонимная правосторонняя гемианопсия
- б) Гомонимная левосторонняя гемианопсия
- в) Гетеронимная биназальная гемианопсия
- г) Гетеронимная битемпоральная гемианопсия
- д) Гетеронимная правосторонняя гемианопсия

Ответ: б

22. Дифференциальную диагностику дислоцированного хрусталика при УЗИ в В-режиме проводят с

- а) опухолью;
- б) отслойкой сетчатки;
- в) цилиохориоидальной отслойкой;
- г) частичным гемофтальмом.

Ответ: а

23. Какой из нижеперечисленных методов исследования позволяет обследовать изменения переднего и заднего отделов глаз при непрозрачности оптических сред? а) биомикроофтальмоскопия;

- б) оптическая когерентная томография;
- в) ультразвуковое исследование;
- г) флюоресцентная ангиография.

Ответ: в

24. Методы исследования при диагностике катаракты:

- а) исследование при боковом освещении
- б) исследование в проходящем свете
- в) биомикроскопия
- г) гониоскопия

Правильный ответ : б, в

25. Назовите методы диагностики опухолей орбиты:

- а) диафаноскопия

- б) рентгенография
- в) ультразвуковая диагностика
- г) компьютерная томография
- д) МРТ

Правильный ответ : в, г, д

Ситуационные задачи.

Задача № 1

К Вам обратился пострадавший 18-ти лет по поводу контузии век и глазного яблока OD. Острота зрения травмированного глаза 0,6 не корр., OS=1,0. Беспокоит значительный отек век и гематома OD, затруднено открытие глазной щели правого глаза. При пальпации век правого глаза Вы отметили выраженную крепитацию. Какую патологию Вы заподозрите у пациента? Какие методы обследования нужно провести?

Ответ: Тупая травма. Перелом внутренней стенки орбиты справа. Необходимо сделать рентгенографию орбиты

Задача № 2

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

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

Ответ:

1. У пациентки имеется полная осложненная (посттравматическая) катаракта правого глаза. 2. Уточнить анамнез травмы, провести наружный осмотр глаз, ориентировочно (пальпаторно) определить уровень внутриглазного давления обоих глаз.

3. Для уточнения диагноза направить больную на обзорную R-графию орбит в двух проекциях, УЗИ глаз.

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

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

Задача № 3. Обратился пациент 28 лет, перенесший, со слов больного, в новорожденном состоянии воспаление левого глаза. Беспокоит снижение зрения левого глаза, постепенно отмечаемое в течение нескольких лет. Кроме того, беспокоят боли в левом глазу, в виске слева, в левой половине головы, ноющего характера, несильные. Объективно на OS определяется: роговая оболочка в пределах глазной щели непрозрачная, отечная. Зрачок неправильной формы, неравномерно серого цвета, реакции зрачка на свет нет, зрачок сужен до 3 мм. Глазное дно на OS не просматривается, ВГД - 37 мм рт. ст. Правый глаз здоров.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Каков прогноз при данной патологии?

Ответ.

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

Задача № 4. К Вам обратился молодой человек спустя два часа после того, как получил сильный удар кулаком по правому глазу. При обследовании пострадавшего: на травмированном глазу обширная гематома век, кровоизлияние под конъюнктиву, сосуды переднего отдела глаза расширены, роговая и радужная оболочки отечны, зрачок черного цвета, широкий, реакция на свет отсутствует, в передней камере небольшое количество свежей крови.

1. Какую патологию Вы заподозрите у этого пациента?
 2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
 3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии?
 4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
 5. Какие осложнения могут быть при данной патологии.
- Ответ.**
1. Контузия правого глаза (предположительно, тяжелой степени).
 2. Пропальпировать края обеих орбит, провести фокальный и бифокальный осмотры, осмотр в проходящем свете, проверить остроту зрения, сделать обзорную рентгенограмму проекции орбит.
 3. Данную травму правого глаза следует дифференцировать с проникающим ранением глазного яблока, переломом костей внутренней стенки орбиты.
 4. Срочно направить больного к офтальмотравматологический пункт или в глазной стационар.
 5. Нарушение целостности внутренних структур глаза, кровоизлияние в сетчатку, стекловидное тело, подвывих или вывих хрусталика, отрыв корня радужки, разрыв и отслойка сетчатки, отрыв зрительного

Задача № 5. К Вам обратился тракторист 45 лет с жалобами на снижение зрения и сильные боли в левом глазу. Накануне на работе что-то попало в левый глаз, не сразу промыл его водой. К вечеру глаз покраснел и стал болеть.

Ночью были сильные боли в глазу, появились светобоязнь, слезотечение, пелена перед глазом. Объективно: острота зрения OD - 1,0; OS - 0,2 не корр. OS - глазная щель сужена, веки отечные, светобоязнь, слезотечение, перикорнеальная инъекция, роговая оболочка отечная, передняя камера мелкая, заполнена гнойным содержимым, радужная оболочка грязно-серого цвета, рисунок ступешеван, зрачок сужен, подтянут вверх, реакция на свет вялая. Правый глаз без патологии.

1. Какой диагноз можно предположить у пострадавшего?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходима дифференциальная диагностика при данной травме?

4. Тактика Ваших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной травме?

Ответ

1. У больного имеется проникающее ранение (?), острый (посттравматический) иридоциклит инородное тело (?) левого глаза.
2. Обзорная рентгенография орбит в двух проекциях, при подозрении на инородное тело левого глаза – рентгенлокализация инородного тела в двух проекциях, УЗИ-исследование левого глаза.
3. Дифференциальная диагностика проводится между проникающим и непроникающим ранением и по степени тяжести травмы глаза.
4. Внутримышечно ввести ПСС по Безредке. Срочно («скорой помощью») с сопровождающим доставить пострадавшего в офтальмологический стационар.
5. Утяжеление процесса – возникновение эндофтальмита, панофтальмита. В более поздние сроки развитие осложненной (посттравматической) катаракты, вторичной (посттравматической) глаукомы, возникновение симпатической офтальмии на парном, нетравмированном глазу.

Раздел 4. Рефракция и аккомодация глаза. Методы коррекции аметропий.

Выберите один или несколько правильных ответов.

Тесты:

1. Рефракцией оптической системы называется:

1. состояние, тесно связанное с конвергенцией
2. преломляющая сила оптической системы, выраженная в диоптриях
3. способность оптической системы нейтрализовать проходящий через нее свет
4. отражение оптической системой падающих на нее лучей
5. система линз расположенных на определенном расстоянии друг от друга

Ответ: 2

2. Сила физической рефракции глаза человека в норме составляет:

1. от 10 до 20 диоптрий
2. от 21 до 51 диоптрий
3. от 52 до 71 диоптрий
4. от 72 до 91 диоптрий
5. от 91 до 100 диоптрий

Ответ: 3

3. Различают следующие виды клинической рефракции глаза:

1. постоянную и непостоянную
2. дисбинокулярную и анизометропическую
3. роговичную и хрусталиковую
4. статическую и динамическую

Ответ: 4

4. Статическая клиническая рефракция глаза отражает:

1. преломляющую силу роговицы
2. истинную клиническую рефракцию глаза в состоянии покоя аккомодации
3. преломляющую силу хрусталика
4. преломляющую силу оптической системы глаза по отношению к сетчатке при действующей аккомодации

Ответ: 2

5. Под динамической клинической рефракцией глаза понимают:

1. преломляющую силу оптической системы глаза по отношению к сетчатке при действующей аккомодации
2. преломляющую силу роговицы
3. преломляющую силу хрусталика
4. преломляющую силу роговицы и хрусталика Ответ: 1

6. Дальнейшая точка ясного видения эметропического глаза находится в:

1. 5 м от глаза
2. 4 м от глаза
3. 3 м от глаза
4. относительной бесконечности
5. позади глаза (в отрицательном пространстве) Ответ: 4

7. Дальнейшая точка ясного видения миопического глаза находится:

1. в бесконечности
2. на сетчатке
3. перед глазом (на конечном расстоянии)
4. на роговице
5. позади глаза (в отрицательном пространстве) Ответ: 3

8. Дальнейшая точка ясного видения гиперметропического глаза находится:

1. в бесконечности
2. перед глазом (на конечном расстоянии)
3. в области роговицы
4. на сетчатке
5. позади глаза (в отрицательном пространстве) Ответ: 5

9. Аметропиям слабой степени соответствуют следующие значения рефракции, выраженные в диоптриях:

1. от 0,5 до 3,0 дптр
2. от 0,5 до 4,0 дптр
3. от 0,5 до 5,0 дптр
4. от 0,5 до 5,5 дптр Ответ: 1

10. Аметропиям средней степени соответствуют следующие значения рефракции, выраженные в диоптриях:

1. от 2,0 до 3,0 дптр
2. от 2,5 до 5,0 дптр
3. от 2,75 до 5,5 дптр
4. от 3,25 до 6,0 дптр
5. от 5,5 до 7,5 дптр Ответ: 4

11. Аметропиям высокой степени соответствуют следующие значения рефракции, выраженные в диоптриях:

1. от 1,5 до 5,5 дптр
2. от 2,0 до 6,0 дптр
3. от 6,25 дптр и выше
4. от 3,0 дптр до 6,0 дптр Ответ: 3

12. Фокусом оптической линзы называется:

1. центр ее сферической поверхности

2. центр ее плоской поверхности
3. центр ее цилиндрической поверхности
4. центр ее торической поверхности
5. точка, в которой собираются проходящие через неё параллельные лучи Ответ:

5

13. За 1 диоптрию принимают преломляющую силу оптической линзы с фокусным расстоянием в: 1. 1 м

2. 10 см 3. 1 см

Ответ: 1

14. Преломляющая сила оптической линзы с фокусным расстоянием в 0,5 м равна:

1. 4,0 дптр
2. 2,0 дптр
3. 1,0 дптр
4. 0,5 дптр
5. 0,1 дптр Ответ: 2

15. Преломляющая сила оптической линзы с фокусным расстоянием в 25 см составляет:

1. 4,0 дптр
2. 2,0 дптр
3. 1,0 дптр
4. 0,5 дптр
5. 0,1 дптр Ответ: 1

16. Преломляющая сила оптической линзы с фокусным расстоянием в 2,0 м составляет:

1. 4,0 дптр
2. 2,0 дптр
3. 1,0 дптр
4. 0,5 дптр
5. 0,1 дптр Ответ: 4

17. У пациента с дальнейшей точкой ясного зрения в 1,0 м от глаза имеется статическая миопическая рефракция в:

1. 1,0 дптр
2. 2,0 дптр
3. 4,0 дптр
4. 5,0 дптр 5 10,0 дптр Ответ: 1

18. У пациента с дальнейшей точкой ясного зрения в 0,5 м от глаза имеется статическая миопическая рефракция в:

1. 1,0 дптр
2. 2,0 дптр
3. 4,0 дптр
4. 5,0 дптр 5 10,0 дптр Ответ: 2

19. У пациента с дальнейшей точкой ясного зрения в 25 см от глаза имеется статическая миопическая рефракция в:

1. 1,0 дптр

2. 2,0 дптр
3. 4,0 дптр
4. 5,0 дптр 5 10,0 дптр Ответ: 3

20. У пациента с дальнейшей точкой ясного видения в 10 см от глаза имеется статическая миопическая рефракция в:

1. 1,0 дптр
2. 2,0 дптр
3. 4,0 дптр
4. 5,0 дптр 5 10,0 дптр Ответ: 4

21. К субъективным методам исследования рефракции глаза относится:

1. скиаскопия
2. рефрактометрия
3. авторефрактометрия
4. определение остроты зрения коррекцией сменными оптическими линзами

Ответ: 4

22. Оптическую коррекцию гиперметропической рефракции необходимо назначать детям 35 лет при:

1. гиперметропии в 1,5 дптр.
2. гиперметропии в 1,0-1,5 дптр в сочетании с астигматизмом в 0,5 дптр
3. гиперметропии в 2,5-3,5 дптр. в сочетании с постоянным или периодическим содружественным сходящимся косоглазием
4. гиперметропии в 3,0 дптр. сочетании с расходящимся косоглазием Ответ: 3

23. Для комфортной работы на близком расстоянии (чтения) пациенту 50 лет с гиперметропией в 1,0 дптр. обычно требуются очки силой в:

1. +1,0-1,5 дптр
2. +2,5-3,0 дптр
3. +3,5-4,0 дптр
4. +4,0-5,0 дптр
5. +5,0 дптр. и выше Ответ: 2

24. Для комфортной работы на близком расстоянии (чтения) пациенту 60 лет с эмметропией обычно требуются очки силой в:

1. +1,0-1,5 дптр
2. +2,0 дптр
3. +3,0 дптр
4. +4,0 дптр
5. +5,0 дптр Ответ: 3

25. Абсолютная аккомодация - это аккомодация, измеренная при:

1. выключенной конвергенции (окклюзии одного из глаз)
2. двух открытых глазах
3. действующей конвергенции
4. частично выключенной конвергенции Ответ: 1

Ситуационные задачи.

Задача № 1. К Вам обратился мужчина 58 лет, у которого разбилось одно стекло в очках. Очками пользовался только для работы вблизи, видел в них достаточно хорошо, стекла в очках были одинаковыми по силе. На зрение вдаль не жалуется.

1. Какую патологию Вы заподозрите у пациента?
2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
4. Дальнейшая тактика Ваших действий?
5. Какие осложнения могут развиваться при данной патологии? **Эталон ответа к задаче № 1.**

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

Задача № 2. Обратился пациент 24 лет с просьбой подобрать ему очки. С 13 лет пользовался очками силой в (-) 1,5 дптр на оба глаза. У офтальмолога не был более 3 лет, за это время заметил ухудшение зрения в очках и без них.

1. Какую патологию Вы заподозрите у пациента?
2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие методы обследования Вам необходимо провести дополнительно?
4. Дальнейшая тактика Ваших действий?
5. Какие осложнения могут развиваться при данной патологии? **Эталон ответа к задаче № 2.**

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

Задача № 3. В районной больнице имеется оборудование офтальмолога (таблицы для проверки остроты зрения, набор пробных очковых оправ и корригирующих стекол и др.), но сам офтальмолог отсутствует. Медсестра обратилась с просьбой проконсультировать ее семилетнего сына и, возможно, подобрать очки, так как он низко наклоняет голову, когда читает, постоянно щурится, близко садится к телевизору.

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

4. Дальнейшая тактика Ваших действий?
5. Какие осложнения могут развиваться при данной патологии? **Эталон ответа к задаче № 3.**

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

Задача № 4. К Вам обратился тракторист 25 лет, у которого с 14 лет имеется близорукость. Вначале пользовался очками (-) 2,0 дптр на правый глаз и (-) 4,0 дптр - на левый. С 19 лет и до настоящего времени пользовался очками (-) 3,5 дптр и (-) 6,5 дптр, соответственно. Зрение в очках неплохое, однако, глаза сильно устают к концу рабочего дня. Ему подбирали контактные линзы, видел в них хорошо, глаза не уставали, но пользоваться ими по условиям работы (пыль, копоть, грязные руки и др.) не смог.

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

Эталон ответа к задаче № 4.

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

Задача № 5. У пациента 48 лет, обратившегося к Вам, имеются жалобы на утомляемость глаз при чтении газет или книг буквы «сливаются», хочется отнести текст подальше от глаз.

Вдаль видит хорошо обоими глазами.

1. Какую патологию Вы заподозрите у пациента?
2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
4. Дальнейшая тактика Ваших действий?
5. Какие осложнения могут развиваться при данной патологии? **Эталон ответа к задаче № 5.**

1. Возрастное, физиологическое ослабление аккомодации - пресбиопию.
2. Необходимо уточнить - сочетается ли пресбиопия с эметропией или какой-либо аномалией рефракции.
3. Проверить остроту зрения без коррекции вдаль, субъективным методом определить вид и степень рефракции, остроту зрения вдаль с коррекцией.

4. Направить на консультацию к офтальмологу, так как, помимо подбора пресбиопических очков, после 40 лет необходимо контролировать внутриглазное давление.
5. Могут развиваться хронический блефарит, блефароконъюнктивит, мышечная астигматизация

Раздел 5. Содружественное косоглазие

Выберите один или несколько правильных ответов.

Тесты:

1. При изометропической гиперметропии в 5,5-6,0 дптр у ребёнка 5 лет может развиваться амблиопия: 1. рефракционная
2. анизометропическая
3. депривационная
4. дисбинокулярная Ответ: 1
2. Основной причиной появления у ребёнка дисбинокулярной амблиопии является:
1. косоглазие
2. аномалии рефракции
3. анизометропия
4. помутнение оптических сред глаза
5. контузия глаза Ответ: 1
3. К амблиопии очень высокой степени относятся показатели остроты зрения:
1. 0,04 и ниже
2. 0,05-0,1
3. 0,2-0,3
4. 0,4-0,5
5. 0,6-0,7 Ответ: 1
4. К амблиопии высокой степени относятся следующие показатели остроты зрения:
1. 0,04 и ниже
2. 0,05-0,1
3. 0,2-0,3
4. 0,4-0,5
5. 0,6-0,7 Ответ: 2
5. К амблиопии средней степени относятся следующие показатели остроты зрения:
1. 0,04 и ниже
2. 0,05-0,1
3. 0,2-0,3
4. 0,4-0,5
5. 0,6-0,8 Ответ: 3
6. К амблиопии слабой степени относятся следующие показатели остроты зрения:
1. 0,04 и ниже
2. 0,05-0,1
3. 0,2-0,3
4. 0,4-0,8
5. 0,9
- Ответ: 4

7. Амблиопия дисбинокулярная чаще развивается у детей с:

1. монолатеральным постоянным косоглазием
2. альтернирующим сходящимся косоглазием
3. непостоянным расходящимся косоглазием
4. частично аккомодационным альтернирующим косоглазием
5. аккомодационным альтернирующим косоглазием Ответ: 1

8. К остроте зрения, совместимой с бинокулярным зрением, относятся следующие показатели:

1. 0,04 и ниже
2. 0,05-0,1
3. 0,2
4. 0,3
5. 0,4 и выше Ответ: 4

9. Наиболее высокая острота зрения связана с нормальным функционированием:

1. периферической области сетчатки
2. парамакулярной области сетчатки
3. макулярной области сетчатки
4. фовеолярной области сетчатки
5. парапапиллярной области сетчатки Ответ: 4

10. В норме зрительная фиксация должна быть:

1. центральной устойчивой
2. парацентральной устойчивой
3. парацентральной неустойчивой
4. устойчивой периферической
5. перемежающейся Ответ: 1

11. При центральной устойчивой фиксации рассматриваемый объект относительно неподвижно установлен на:

1. фовеолярную область сетчатки
2. парафовеолярную область сетчатки
3. макулярную область сетчатки
4. парамакулярную область сетчатки
5. парапапиллярную область сетчатки Ответ: 1

12. Для амблиопии с перемежающейся фиксацией характерно наличие: 1. фиксации центральной областью сетчатки

2. чередования центральной (фовеолярной) и нецентральной фиксации
3. чередования фиксации макулярной и парапапиллярной областями сетчатки
4. фиксации различными зонами периферии сетчатки
5. фиксации областью диска зрительного нерва и другими зонами периферии сетчатки Ответ: 2

13. Для амблиопии с неустойчивой нецентральной фиксацией характерно наличие:

1. фовеолярной (центральной) фиксации
2. чередования центральной и нецентральной фиксации
3. фиксации сменяющими друг друга периферическими участками сетчатки
4. фиксации областью жёлтого пятна

5. фиксации областью диска зрительного нерва Ответ: 3

14. Характерным признаком амблиопии с устойчивой нецентральной фиксацией является наличие:

1. фиксации центром сетчатки
2. фиксации определенным периферическим участком сетчатки
3. чередования центральной и нецентральной фиксаций
4. фиксации областью диска зрительного нерва
5. фиксации сменяющимися периферическими участками сетчатки Ответ: 2

15. Характерным признаком амблиопии с отсутствием фиксации является наличие:

1. чередования фиксации то центром сетчатки, то парапапиллярной зоной
2. чередования фиксации центральной с нецентральной
3. фиксации сменяющимися друг друга периферическими участками сетчатки
4. фиксации определенным периферическим участком сетчатки
5. полного отсутствия фиксации (на рассматриваемом объекте не задерживается ни один из участков сетчатки Ответ: 3

16. Граница парафовеолярной фиксации находится:

1. в области центральной ямки сетчатки
2. на середине расстояния от центра до края желтого пятна
3. по краю жёлтого пятна
4. на середине расстояния между краем жёлтого пятна и краем диска зрительного нерва
5. на периферии сетчатки Ответ: 2

17. Граница макулярной фиксации находится:

1. в зоне фовеолы
2. на середине расстояния от центра до края жёлтого пятна
3. по краю жёлтого пятна
4. на середине расстояния между краем жёлтого пятна и краем диска зрительного нерва
5. на периферии сетчатки Ответ: 3

18. Граница парамакулярной фиксации находится:

1. в зоне фовеолы
2. на середине расстояния от центра до края жёлтого пятна
3. по краю жёлтого пятна
4. на середине расстояния между краем жёлтого пятна и краем диска зрительного нерва
5. на периферии сетчатки Ответ: 4

19. Зона периферической фиксации находится:

1. в зоне фовеолы
2. на середине расстояния от центра до края жёлтого пятна
3. по краю жёлтого пятна
4. за серединой расстояния между краем желтого пятна и краем диска зрительного нерва Ответ: 4

20. Очки назначают ребёнку со сходящимся косоглазием и дальнозоркостью средней степени:

1. только для работы на близком расстоянии
2. для постоянного ношения
3. только для дали
4. только для проведения ортоптического лечения
5. только для проведения плеоптического лечения Ответ: 2

21. Ребёнку с амблиопией и косоглазием необходимо корректировать выявленную аметропию очками в возрасте: 1. когда выявлено косоглазие

2. только 2-3 лет
3. только 4 лет
4. только 5 лет
5. только 6 лет и старше

Ответ: 1

22. Для лечения косоглазия применяется

1. окклюзия
2. лечение на синоптофоре
3. хирургическое лечение
4. лечение глазными каплями Правильный ответ: 1, 2, 3.

23. Признаки содружественного косоглазия:

1. сохранение полного объема движения глазных яблок
2. отсутствия двоения
3. первичный угол равен вторичному
4. наличие двоения

Правильный ответ : 1,2,3

24. Сходящееся косоглазие наблюдается при следующих видах рефракции:

1. миопия
2. гиперметропия 3. эметропия

Правильный ответ : 2

25. Признаки паралитического косоглазия:

1. сохранение полного объема движения глазных яблок
2. отсутствия двоения
3. первичный угол равен вторичному
4. наличие двоения

Правильный ответ : 4

Ситуационные задачи

Задача 1

Пациент К., 4 года. Родители первоначально отмечали отклонение правого глаза во время игр, через 6 месяцев правый глаз стал отклоняться к носу и при взгляде вдаль. Объективно: острота зрения правого глаза 0,4 н/к, левого глаза – 0,7 сфера + 2,5 Дптр=0,8. Диплопии нет. В первичном положении взора УК 15 градусов. Первичный и вторичный углы отклонения равны. Подвижность глаз в полном объеме. Альтернирования нет. По 4х точечному цветотесту характер зрения – левостороннее. При рефрактометрии с широким зрачком:

рефракция правого глаза +7,5 Дптр, левого глаза +3,75 Дптр. При установке корригирующих стекол в оправу для подбора очков и двух открытых глазах положение глаз стало правильным.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. Чем обусловлено снижение остроты зрения правого глаза. Дайте клиническое определение этого состояния.
3. Дайте заключение о клинической рефракции пациента.
4. Составьте ориентировочный план лечения пациента.
5. Определите прогноз заболевания с учетом развернутого диагноза. **Ответ:**
 1. Содружественное аккомодационное правостороннее косоглазие.
 2. У пациента развилась амблиопия средней степени правого глаза вследствие длительного существования функциональной скотомы торможения.
 3. У пациента гиперметропия высокой степени правого глаза, гиперметропия средней степени левого глаза.
 4. Необходимо назначение полной постоянной очковой коррекции; применение плеоптики (периодическая прямая окклюзия левого глаза не менее 6-12 месяцев); к моменту достижения остроты зрения на правом глазу не менее 0,4-0,5 и разницы между правым и левым глазом не более 0,2 переходят к диплопическому лечению.
 5. С учетом наличия у пациента содружественного аккомодационного косоглазия в случае Немедленного начала лечения шансы на восстановления бинокулярного зрения приближаются к 100%.

Задача № 2. К Вам обратился пациент 23 лет с жалобами на стойкое отклонение правого глаза кнаружи и периодическое двоение, особенно при попытке свести глаза, после сильной контузии правого глаза около одного года назад.

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

Ответ.

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

Задача № 3. К Вам за советом обратилась мать с девочкой 4 лет, у которой около года назад стал периодически отклоняться кнаружи сначала левый глаз, а затем и правый.

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

Ответ.

1. У девочки имеется, вероятно, содружественное монокулярное, либо альтернирующее расходящееся косоглазие.
2. Проверить остроту зрения вдаль каждого глаза без коррекции; субъективным методом определить вид и степень рефракции, остроту зрения вдаль с субъективно определенной коррекцией. Определить объем движений глазных яблок, вид косоглазия и величину его угла, а также характер зрения (монокулярное, бинокулярное, одновременное).
3. Дифференцировать надо между явным и кажущимся косоглазием, между содружественным и паралитическим видами.
4. Направить на консультацию к офтальмологу.
5. Может развиваться амблиопия косящего глаза, если это не альтернирующее косоглазие, стойкое нарушение бинокулярного зрения.

Задача № 4. К Вам за советом обратилась мать подростка 14 лет, у которого, с ее слов, периодически косят кнутри попеременно правый и левый глаз. До момента обращения не лечились.

1. Какую патологию Вы заподозрите в данном случае?
 2. Необходимые дополнительные методы обследования, с Вашей точки зрения?
 3. В чем состоит дифференциальная диагностика данной патологии?
 4. Тактика Ваших дальнейших действий?
 5. Какие осложнения могут наблюдаться при данной патологии? **Ответ.**
1. У подростка имеется, вероятно, альтернирующее косоглазие.
 2. Тщательно проанализировать жалобы и анамнез заболевания, проверить остроту зрения вдаль без коррекции и с коррекцией, таким образом, субъективно определить вид и степень рефракции. Определить объем движений глазных яблок и вид косоглазия.
 3. Дифференциальную диагностику следует проводить между явным и кажущимся косоглазием, между содружественным и паралитическим.
 4. Рекомендовать консультацию офтальмолога.
 5. Если у подростка альтернирующее косоглазие, амблиопии, как правило, не бывает. Может развиваться стойкое нарушение бинокулярного зрения

Задача № 5. К Вам за советом обратился подросток 12 лет, у которого при взгляде вдаль появляется сходящееся косоглазие, устают глаза при чтении.

1. Какую патологию Вы заподозрите у подростка?
 2. Какие ему необходимо провести дополнительные методы обследования?
 3. С чем дифференцируется данная патология?
 4. Тактика Ваших дальнейших действий?
 5. Чем чревато это состояние для зрения подростка?
- Ответ.**
1. Скорее всего, у подростка имеется скрытое сходящееся косоглазие.
 2. Следует проверить остроту зрения вдаль каждого глаза без коррекции и с коррекцией, вид и степень рефракции, определить объем движений глазных яблок и характер (вид) зрения – монокулярное, одновременное или бинокулярное.
 3. Дифференциальную диагностику нужно проводить между содружественным и паралитическим косоглазием.
 4. Подростку показаны консультации офтальмолога и невролога.
 5. Может развиваться стойкое нарушение бинокулярного зрения.

Раздел 6. Заболевания глаза, его придаточного аппарата и орбиты; Выберите один или несколько правильных ответов.

Тесты:

1. Для лечения и коррекции кератоконуса используются:
А.очковая коррекция
Б.мягкие контактные линзы
В.жесткие газопроницаемые контактные линзы последнего поколения
Г.кератопластика
Ответ : В,Г
2. При пигментном ретините на глазном дне наблюдаются:
А.новообразованные сосуды
Б.пигментные очаги- «костные тельца»
В. «фигура звезды»
Г.чередующие серо-белые очаги и пигментные глыбки- «соль и перец»
Ответ : Б
3. Признаки зрелой возрастной катаракты:
А.при боковом освещении хрусталик серого цвета
Б.рефлекс с глазного дна отсутствует
В.тускло-розовый рефлекс с глазного дна
Г.острота зрения сотые
Д.острота зрения светоощущение с правильной проекцией света
Ответ : А.Б,Д
4. Перечислите противовирусные глазные капли:
А. офтальмоферон
Б. альбуцид
В. мезатон
Г. полудан
Ответ: А, Г
5. Катаракта лечится
А.хирургически
Б. консервативно
Ответ: А
6. Поверхностные формы герпетического кератита:
А.эпителиальный
Б.дисковидный
В.субэпителиальный
Г.древовидный
Ответ : А.Г
7. Глубокие формы герпетического кератита:
А. древовидный
Б. метагерпетический
В. дисковидный
Г. глубокий диффузный
Ответ : Б.В.Г
8. Лечение древовидного герпетического кератита:
А.гидрокортизоновая мазь 0.5 %

Б.интерферон
В.полудан Г.завиракс
Ответ : Б.В.Г

9. Гомонимная гемианопсия-это
А.выпадение височных или назальных половин полей зрения обоих глаз
Б. выпадение височной половины поля зрения одного и назальной другого глаза
В. концентрическое сужение полей
Г.локальное выпадение участков поля зрения
Ответ : А

10. Изменения характерные для гнойной язвы роговицы:
А.инфильтрат в роговице серого цвета с подрывными краями
Б.влага передней камеры мутная
В.гипопион
Г.гифема
Д.смешанная инъекция глазного яблока
Ответ : А,Б,Д

11. При гнойной язве роговицы с угрозой ее прободения показано:
А. лечебная кератопластика
Б.лазеркоагуляция
В.криоапликация
Ответ : А

12. Клиника нейропаралитического кератита:
А. нарушение чувствительности роговицы
Б. светобоязнь
В. выраженный болевой синдром
Г. нарушение целостности эпителия
Ответ : А, Г

13. Симптом «раздавленного помидора» наблюдается при:
А.тромбозе центральной вены сетчатки
Б.отслойке сетчатки
В.центральной серозной хориопатии
Г.острой непроходимости центральной артерии сетчатки
Ответ : А

14. Признаки врожденной глауком следующие
А. мегалокорнеа
Б. низкое зрение
В. повышенное внутриглазное давление
Г. узкий зрачок
Ответ: А,Б

15. Назовите расовую принадлежность, у которой строение глаза предрасполагает к закрытоугольной глаукоме
А. негроидная
Б. узбекская
В. славянская

Ответ:Б

16. Виды вторичной глаукомы это

А. неоваскулярная

Б. увеальная

В. травматическая

Г. врожденная

Ответ: А,Б,В

17. Симптом «раздавленного помидора» наблюдается при:

А.тромбозе центральной вены сетчатки

Б.отслолке сетчатки

В.центральной серозной хориопатии

Г.острой непроходимости центральной артерии сетчатки

Ответ : А

18. Хрусталик человека имеет:

А. мезодермальное происхождение

Б. эктодермальное происхождение

В. энтодермальное происхождение

Г. эссенциально-криптогенное происхождение

Д. возможно развитие хрусталика из различных субстратов

Ответ: Б

19. Рост хрусталика заканчивается:

А. к 2-м годам

Б. к 5-ти годам

В. к 18-ти годам

Г. к 23-годам

Д. не заканчивается

Ответ: Д

20. В покое аккомодации преломляющая сила хрусталика составляет:

А. 5-12 диоптрий

Б. 12-18 диоптрий

В. 19-21 диоптрии

Г. 25-32 диоптрии

Д. 58-65 диоптрий

Ответ: В

21. Механизм развития пресбиопии объясняется

А. ухудшением эластичности хрусталика

Б. способность аккомодировать становится меньше

В. ухудшается тонус цилиарной мышцы, нарушается целостность цинновых связок

Г. склерозируется хрусталик

Д. нарушением трофики плоской части цилиарного тела

Ответ: Б

22. Особенностью белкового строения хрусталика является:

А. превалирование альбуминовой фракции над глобулиновой

- Б. превалирование глобулиновой фракции
 - В. чужеродность белков в сравнении с белками организма
 - Г. повышенное содержание белков в сравнении с другими структурами организма
 - Д. преимущественное содержание гликопротеидов
- Ответ: В

23. К приобретенным заболеваниям хрусталика относятся
- А. помутнение хрусталика (катаракта)
 - Б. воспаление
 - В. опухоли
 - Г. «полярная» катаракта
 - Д. микросферофакия
- Ответ: А

24. Сосудорасширяющие средства назначают при:
- А. острых иритах ;
 - Б. флегмонах слезного мешка;
 - В. склеротических процессах в сетчатке и зрительном нерве;
 - Г. язвенных блефаритах;
 - Д. язве роговицы;
- Ответ: В

25. Рассасывающие средства назначают при:
- А. онкологических заболеваниях;
 - Б. затяжном приступе глаукомы ;
 - В. конъюнктивите;
 - Г. кровоизлиянии в сетчатку или стекловидное тело;
 - Д. флегмоне слезного мешка;
- Ответ: Г

Ситуационные задачи Задача 1.

Больной 40 лет, шофер. Двое суток назад появилось жжение и покраснение правого верхнего века. Затем появились боли, отек века, глаз перестал самостоятельно открываться. Больной связывает заболевание с простудой.

Объективно: OD - глазная щель сужена, выраженная гиперемия и отек верхнего века. Болезненность при пальпации верхнего века, более выраженная у наружного угла глаза. Здесь же пальпируется уплотнение. Гиперемия конъюнктивы, особенно век и верхнего свода. Со стороны конъюнктивы видно желтоватое образование размером 2х2 мм. Передний отрезок глазного яблока без патологии.

OS — здоров.

VOD = 0,8 не корр.. VOS=1.0

Поставьте диагноз, назначьте лечение, укажите возможные осложнения.

Ответ .

Диагноз: внутренний ячмень верхнего века правого глаза. Возможное осложнение - абсцесс века.

Назначения:

- 1.Сухое тепло на правый глаз.
 - 2.Sol. Albucidi 30% или Sol. Cipromedi 0.3% 4 - 6 раз в день.
 - 3.Освобождение от работы на 2- 3 дня.
- При развитии абсцесса века - вскрытие его и дренирование.

Задача 2

Больная 25 лет, повар. Жалобы на покраснение правого глаза, обильное отделяемое, склеивание век по утрам, умеренную светобоязнь, слезотечение. Больна второй день.

Объективно: OD - глазная щель сужена, отек век, ресницы склеены отделяемым. Конъюнктивит век и сводов резко гиперемизированы, отечны, инфильтрированы. В складках сводов конъюнктивы - гнойное отделяемое. Передний отрезок глаза без патологии.

OS - здоров.

VOD = 1.0; VOS = 1 Диагноз? Назначения?

Ответ.

Диагноз: острый конъюнктивит.

До начала лечения необходимо взять мазок с конъюнктивы для бак. исследования.

Лечение:

1. Промывать конъюнктивальную полость раствором Фурацилина ® (1:5000) или раствором другого антисептика 2—3 раза в день.
2. Инстилляцией 30 % раствора альбуцида или 0,3% раствор Ципромеда ® по 2 капли 4-6 раз в день.
3. На ночь закладывать за веки 1% тетрациклиновую мазь.
4. После получения результатов бак. исследования применять препараты, к которым чувствительна микрофлора.
5. В целях предупреждения распространения инфекции обратить внимание больного на тщательное соблюдение правил личной гигиены.

Задача 3

В глазной кабинет обратилась больная с жалобами на слезотечение из правого глаза. При наружном осмотре патологии не выявлено. Врач инстиллировал в конъюнктивальный мешок 3 % р-р колларгола и одновременно ввел в правый носовой ход под нижнюю раковину зонд с ватным тампоном на конце. Через 5 минут зонд удален; ватный тампон был частично окрашен колларголом.

Цель исследования? Как называется эта проба? Опишите ее результат.

Ответ.

Исследование проводится с целью определения проходимости слезоотводящих путей. Проводится «носовая» проба. В данном случае, оценивается как положительная, с нормальной проходимостью слезных путей.

Задача 4

К главному врачу обратился больной с жалобами на упорное слезотечение, гнойное отделяемое из левого глаза. При обследовании больного отмечено: избыток слезы по краю нижнего века, фасовидное мягкое выпячивание кожи под внутренней связкой века. При надавливании на область слезного мешка из слезных точек вытекает обильное слизисто-гнойное содержимое. Слезно-носовая проба отрицательная. При промывании — жидкость в нос не поступает и струей вытекает вместе с содержимым мешка через верхнюю слезную точку.

Оценить результаты исследования.

Поставьте диагноз. Тактика лечения.

Ответ .

«Носовая» проба и проба с промыванием - отрицательные.

Диагноз: хронический дакриоцистит.

Лечение хирургическое - дакриоцисториностомия.

Задача 5

К врачу-окулисту обратился молодой человек с жалобами на слабовыраженную светобоязнь, умеренное слезотечение. При проверке остроты зрения, она равна 0,7 каждого глаза. При осмотре боковым светом определяется незначительная перикорнеальная инъекция. В строме роговицы у лимба определяются множественные точечные инфильтраты; поверхности над инфильтратами шероховатые, к некоторым инфильтратам подходят кровеносные сосуды из эписклеры.

При дополнительном осмотре выявлено: гетчинсоновы зубы, седловидный нос, резко выступающие лобные бугры.

Поставьте диагноз. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Назначьте лечение.

Ответ .

Диагноз: паренхиматозный сифилитический кератит.

Дополнительные исследования - серологические реакции.

Лечение: этиологическое (назначают пенициллин, бициллин, новарсенол, миарсенол, бийохинол, осарсол, препараты йода по имеющимся схемам, десенсибилизирующие и витаминные препараты).

Местно: мидриатики, 1 % желтую ртутную мазь, кортикостероиды в виде глазных капель до 6 раз в день и субконъюнктивальные инъекции их.

Задача 6

В кабинет окулиста обратился больной с жалобами на чувство инородного тела в глазу, засоренность, легкую светобоязнь, слезотечение, некоторое покраснение правого глаза.

Выяснено, что неделю тому назад больной перенес простудное заболевание.

При осмотре: VOD - 0,6; VOS - 1,0. Легкая перикорнеальная инъекция. При боковом освещении изменений в конъюнктиве век, глазного яблока не определено; роговица без патологии.

При осмотре с помощью щелевой лампы выявлены группы мелких пузырьков в эпителии и поверхностные слившиеся между собой инфильтраты серого цвета, которые стали хорошо различимы после закапывания в конъюнктивальную полость р-ра флуоресцина. Изъязвления имели вид веточки дерева.

Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

Ответ .

Диагноз: поверхностный герпетический кератит.

Лечение: Офальмоферон® в виде инстилляций, Ацикловир® 3% мазь, Ганцикловир® 0,15% мазь (аппликации в конъюнктивальную полость до 5 раз в сутки), Полудан® в виде капель (инстилляций 3 – 4 раза в сутки), мидриатики.

Задача 7

К врачу-окулисту обратился больной с жалобами на резкие боли, покраснение, снижение остроты зрения правого глаза. Боли усиливаются, главным образом, ночью и сопровождаются слезотечением, светобоязнью.

Из анамнеза выявлено, что больной страдает хроническим тонзиллитом с частыми обострениями. Заболевание глаза связывает с переохлаждением.

При объективном осмотре определяется выраженная перикорнеальная инъекция глазного яблока, гипопион, экссудат серого цвета в области зрачка, задние синехии. Внутриглазное давление пальпаторно в норме.

Поставьте диагноз и назначьте соответствующее лечение.

Ответ . Диагноз: острый иридоциклит правого глаза стафилококковой или стрептококковой этиологии.

Лечение: антибиотики широкого спектра действия системно и местно, мидриатики местно, глюкокортикоиды, комбинированные препараты (глюкокортикоид + антибиотик н/р Тобрекс®), НПВП, антиметаболиты (Метотрексат® внутрь), ингибиторы кальциневрина (Циклоспорин А®), антицитокиновые препараты (Ритуксимаб®, Этанерцепт® и пр.)

Задача 8

Больной обратился с жалобами на резкие боли в левом глазу, покраснение глаза, снижение остроты зрения. Страдает суставной формой ревматизма. Год тому назад больной обращался с подобной жалобой.

При объективном обследовании выявлено: смешанная инъекция глазного яблока, желатинозный экссудат в передней камере, множественные задние пигментные спайки, множественные разнокалиберные, но преимущественно мелкие, серые преципитаты на заднем эпителии роговицы. Радужка полнокровна, видны ее расширенные сосуды. В стекловидном теле определяется умеренная деструкция, и его помутнение.

Поставьте диагноз и назначьте соответствующее лечение.

Ответ .

Диагноз: ревматический иридоциклит (увеит). Лечение: антибиотики, салицилаты, глюкокортикоиды, антигистаминные препараты, НПВП.

Местно: антибиотики широкого спектра действия, глюкокортикоиды, мидриатики, НПВП (индоколлир, неванак).

Для рассасывания преципитатов и помутнения стекловидного тела необходимо назначить электрофорез 3 % р-ра йодида калия, Коллализин® парабульбарно.

Задача 9

Больной К.. 57 лет, преподаватель технического института. Обратился к врачу с жалобами на ухудшение зрения обоих глаз, затруднения при работе с чертежами. Зрение снижалось постепенно.

При исследовании органа зрения установлено: VOD - 0,2 - 0,3, коррекция зрения не улучшает. Глаз спокоен. Имеется частичное помутнение хрусталика.

Рефлекс с глазного дна тусклый, детали глазного дна рассмотреть не удается.

VOS - 0,5, коррекция не улучшает. Глаз спокоен. Начальные помутнения в хрусталике, преимущественно на периферии. Глазное дно видно в тумане, диск зрительного нерва розовый, границы четкие, на периферии патологии не обнаружено. ВГД обоих глаз 19 мм рт. ст.

Поставьте диагноз. Что нужно рекомендовать больному?

Ответ .

Диагноз: начальная возрастная катаракта обоих глаз.

Рекомендации: учитывая трудоспособный возраст больного, необходимо предложить ему оперативное лечение, т. е. экстракцию катаракты сначала на правом глазу с имплантацией ИОЛ.

Задача 10

Больная Р., 68 лет, пенсионерка. Обратилась к врачу с жалобами на потерю зрения правого глаза и значительное ухудшение зрения левого глаза. Зрение снижалось постепенно. Ранее к врачу не обращалась. При исследовании органа зрения установлено: VOD - светоощущение с правильной проекцией. Глаз спокоен. Передняя камера средней глубины, субатрофия стромы радужки. Фон зрачка серый, рефлекс с глазного дна нет. VOS

- 0,08, коррекция не улучшает. Глаз спокоен. В области зрачка неравномерно мутный хрусталик.

Поставьте диагноз. Что необходимо назначить больной?

Диагноз: зрелая старческая катаракта правого глаза, незрелая старческая катаракта левого глаза.

Рекомендации: больной следует предложить операцию - экстракцию катаракты сначала на правом глазу.

Задача 11

Больная 35 лет обратилась с жалобой на снижение зрения правого глаза, боли в глазу. Из анамнеза известно, что неделю назад заболел зуб; возникло осложнение - периостит. Тогда же появились указанные явления со стороны правого. При осмотре обнаружено: ОД - смешанная инъекция. На роговице преципитаты; передняя камера средней глубины. Радужка «ржавого» оттенка, бомбированная, зрачок узкий, задние круговые синехии, заращение зрачка. Плавающие помутнения в стекловидном теле. Глазное дно детально не видно.

Острота зрения - 0,5 н/корр. ВГД = 35 мм рт. ст. Поле зрения не изменено.

OS: передний отдел, среды, дно в норме. Острота зрения - 1,0. Поле зрения в норме. ВГД = 20 мм рт. ст.

Поставьте диагноз. Ваша тактика?

Ответ .

Диагноз: вторичная поствоспалительная глаукома правого глаза.

Лечение: показано назначение общего противовоспалительного и десенсибилизирующего лечения, лечения зубов у стоматолога, общая гипотензивная терапия. Местно: инстилляцией атропина 1 %, адреналина 0,1 %, дексаметазона 3 раза в правый глаз. Субконъюнктивальные инъекции смеси этих веществ первый день два раза, затем — 1 раз ежедневно. Если в течение недели передние синехии не будут разорваны и зрачок не расширится, показано проведение лазерной иридэктомии (периферической).

Задача 12

Больная 60 лет. Обратилась с жалобами на периодические «затуманивания» в обоих глазах утром, а также после посещения кино.

При осмотре: легкая застойная инъекция, небольшой отек роговицы. Передняя камера мелкая. Радужка с хорошо выраженным рисунком.

Среды, дно в норме. Острота зрения - 0,8, коррекция не улучшает. Поле зрения в норме. ВГД на правом глазу 32 мм рт. ст., на левом - 35 мм рт. ст.. Угол передней камеры закрыт; при корнеокомпрессии радужка отошла кзади плоско.

Стали видны все элементы угла.

Поставьте диагноз. Укажите лечение.

Ответ .

Диагноз: Закрытоугольная форма глаукомы. Начальная стадия, с умеренно повышенным ВГД в правом и высоким ВГД в левом глазу. Картина подострого приступа (продромального периода).

Рекомендации: поскольку блок угла функциональный, показано проведение периферической иридэктомии.

Раздел 7. Патология органа зрения, обусловленная системными заболеваниями.

Выберите один или несколько правильных ответов.

Тесты:

1. У пациентки 55 лет, страдающей сахарным диабетом в течение 15 лет, после обширного кровоизлияния в стекловидное тело в области зрительного нерва

организовалась шварта, проминирующая в стекловидное тело. В шварте отмечается появление новообразованных сосудов. Больной следует рекомендовать: А. проведение сосудоуспокаивающей терапии;

Б. проведение рассасывающей терапии;

В. витректомию;

Г. проведение сосудоукрепляющей терапии;

Д. лазертерапию.

Ответ :В

2. У больного сахарным диабетом гониоскопически в обоих глазах обнаружены новообразованные сосуды в корневой зоне радужной оболочки. Угол открытый, видны все опознавательные зоны. Острота зрения ОИ = 1,0, ВГД ОУ колеблется от 27 до 30 мм рт.ст.

Рекомендовано:

А. обследование на глаукому;

Б. назначить антиглаукоматозное лечение;

В. лазерное лечение;

Г. провести курс целенаправленной медикаментозной терапии.

Ответ :А, Б

3. У больного сахарным диабетом гониоскопически выявлена выраженная экзогенная и эндогенная пигментация опознавательных зон. Угол средней ширины, неравномерный. Острота зрения ОИ = 1,0, ВГД ОУ = 30 мм рт.ст. Сахарный диабет средней тяжести, компенсирован, инсулинозависимый. Лечение: раствор пилокарпина 1% 3 раза в день, периодически принимает диакарб. Больному следует:

А. усилить антиглаукомную терапию;

Б. произвести антиглаукоматозную операцию;

В. лазерное лечение;

Г.отменить диакарб;

Ответ : А, Г

4. У 25-летней пациентки, страдающей сахарным диабетом с 3-х летнего возраста, частые кровоизлияния в стекловидное тело и сетчатку. Течение сахарного диабета лабильное: цифры сахара крови неустойчивые, часты состояния относительной гипогликемии. Сахарный диабет инсулинозависимый. Комплексное лечение проводит нерегулярно. Больной следует рекомендовать: А. регулярную терапию;

Б. проведение рассасывающей терапии;

В. проведение сосудоукрепляющей терапии; Г. отрегулировать сахар крови;

Д. все перечисленное.

Ответ :Д

5. У 15-летней пациентки, страдающей сахарным диабетом с 5-летнего возраста, отмечается неоваскуляризация ткани радужной оболочки, на диске зрительного нерва и в перипапиллярной области. Больной следует:

А. назначить антисклеротические средства;

Б. назначить средства рассасывающего действия; В. назначить сосудоуспокаивающие средства;

Г. рекомендовать лазерную терапию.

Ответ :Г

6. К факторам, способствующим развитию диабетической ретинопатии относятся:

- А. гипергликемия;
 - Б. гиперметропия;
 - В. конъюнктивит;
- Ответ :А

7. Изменения в тканях глаза при сахарном диабете можно характеризовать как
- А.осложнения сахарного диабета;
 - Б.проявления сахарного диабета;
- Ответ :Б

8. Основные процессы, происходящие в тканях глаза у больного сахарным диабетом можно характеризовать, как:
- А. воспалительные;
 - Б. неоваскуляризацию;
 - В. дистрофические;
- Ответ :Б, В

9. Дегенеративный процесс в органе зрения у больного сахарным диабетом локализуется в:
- А. ткани угла передней камеры;
 - Б.сетчатке;
 - В. влаге передней камеры;
- Ответ :А, Б

10. Геморрагический процесс в органе зрения у больного сахарным диабетом локализуется во всех перечисленных тканях глаза, кроме:
- А. конъюнктивы и роговицы;
 - Б. радужки;
 - В. стекловидного тела;
 - Г. сетчатки.
- Ответ :А

11. Неоваскуляризация в органе зрения у больного сахарным диабетом локализуется во всех перечисленных отделах глаза, кроме:
- А.сетчатки;
 - Б. радужки;
 - В. тканях угла передней камеры;
 - Г. роговицы.
- Ответ : Г

12. Причиной неоваскуляризации у больного сахарным диабетом является:
- А. гипоксия тканей;
 - Б. воспалительные процессы;
 - В. сочетание сахарного диабета с гипертонической болезнью;
- Ответ :А

13. Наиболее частым у больного сахарным диабетом является заболевание:
- А. ячмень;
 - Б. халязион;
 - В. блефарит;
- Ответ :А

14. Для больного сахарным диабетом типичными изменениями со стороны конъюнктивы являются: А. конъюнктивит;

Б. отложения холестериново-белковых фракций;

В. кровоизлияния;

Г. сужение артериол;

Ответ :Б, В

15. Изменения в тканях глаза при сахарном диабете можно характеризовать как А.осложнения сахарного диабета;

Б.проявления сахарного диабета;

Ответ :Б

16. Основные процессы, происходящие в тканях глаза у больного сахарным диабетом мож-но характеризовать, как: А. воспалительные;

Б. неоваскуляризацию;

В. дистрофические;

Ответ :Б, В

17. Дегенеративный процесс в органе зрения у больного сахарным диабетом локализуется в: А. ткани угла передней камеры;

Б.сетчатке;

В. влаге передней камеры;

Ответ :А, Б

18. Геморрагический процесс в органе зрения у больного сахарным диабетом локализуется во всех перечисленных тканях глаза, кроме:

А. конъюнктивы и роговицы;

Б. радужки;

В. стекловидного тела;

Г. сетчатки.

Ответ :А

19. Неоваскуляризация в органе зрения у больного сахарным диабетом локализуется во всех перечисленных отделах глаза, кроме:

А.сетчатки;

Б. радужки;

В. тканях угла передней камеры;

Г. роговицы.

Ответ : Г

20. Причиной неоваскуляризации у больного сахарным диабетом является:

А. гипоксия тканей;

Б. воспалительные процессы;

В. сочетание сахарного диабета с гипертонической болезнью;

Ответ :А

21. Наиболее частым у больного сахарным диабетом является заболевание:

А. ячмень;

Б. халязион;

В. блефарит;

Ответ :А

22. Для больного сахарным диабетом типичными изменениями со стороны конъюнктивы являются: А. конъюнктивит;

Б. отложения холестерина-белковых фракций;

В. кровоизлияния;

Г. сужение артериол;

Ответ :Б, В

23. К проявлениям застойного диска ДЗН относятся:

А. проминенция (выстояние) ДЗН в стекловидное тело

Б. расширение слепого пятна

В. размытость границ ДЗН

Г. массивные ретинальные кровоизлияния

Д. ДЗН имеет нормальный вид

Ответ : А, Б, В

24. Причинами возникновения застойного ДЗН являются:

А. опухоли головного мозга

Б. рассеянный склероз

В. кровоизлияния в головной мозг

Г. травма головного мозга

Д. первичная глаукома

Ответ : А, В, Г

25.Симптом «амавротический кошачий глаз» встречается при:

А. ретинобластоме

Б. окклюзии центральной артерии сетчатки

В. остром иридоциклите

Г. поверхностном герпетическом кератите

Д. начальной глаукоме

Ответ : А

Ситуационные задачи

Задача 1. К окулисту обратился больной сахарным диабетом 54 лет 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 склерозированы. В макулярной зоне микроаневризмы, макулярный рефлекс отсутствует, парамакулярно имеется скопление твердых очажков желтого цвета. На ОСТ в области макулы многокамерный отек.

Поставьте диагноз. Каковы Ваши действия?

Ответ: диагноз: Макулярный отек сетчатки правого глаза. Необходимо направить пациента в специализированный стационар для проведения противоотечной терапии.

Задача 2. Больной 65 лет жалуется на 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 коркового отделов хрусталика, на остальной периферии рефлекс хорошо виден. На глазном дне ДЗН бледно бледно-розовый, границы его четкие, по всей сетчатке масса твердых экссудатов желтого цвета в форме кленовых листьев, геморрагии различной формы и величины. Слева - глаз спокоен.

Поставьте диагноз. Какие дополнительные вопросы необходимо задать пациенту?

Консультацию какого специалиста назначить?

Ответ: диагноз - Непролиферативная диабетическая ретинопатия правого глаза.

Необходимо поинтересоваться не страдает ли данный пациент сахарным диабетом. Направить его к эндокринологу для обследования и назначения специфического лечения. Взять пациента на диспансерный учет.

Задача 3. К окулисту обратился больной сахарным диабетом 60 лет с жалобами на постепенное снижение зрения обоих глаз, больше справа. Объективно: Vis OD=0,3 н/к, T=20 мм рт. ст., OS=0,5, T=21 мм рт. ст. Глаза спокойны. Роговица прозрачная и сферическая, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка в цвете и рисунке не изменена, зрачок правильной формы, хорошо реагирует на свет. В хрусталиках помутнения в корковых и частично в ядерных слоях с коричневым окрашиванием, больше справа. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, экскавация физиологическая, артерии склерозированы. В макулярной зоне без патологии. Укажите диагноз. Ваши рекомендации.

Ответ: диагноз- Неполная осложненная диабетическая катаракта обоих глаз. Рекомендовано: наблюдение у эндокринолога, а также хирургическое лечение катаракты на правом глазу.

Задача 4. На приеме у окулиста ребенок 2-х лет. Родители отмечают плохое зрение, малоподвижность и увеличение размеров левого глазного яблока. Объективно: Острота зрения левого глаза = ноль. OS: экзофтальм, движения глазного яблока ограничены. Отмечается зеленое «свечение» зрачка, зрачок широкий, на свет не реагирует. ДЗН бледный, границы его ступенчаты.

Поставьте диагноз. Назовите методы лечения.

Ответ: диагноз: Ретинобластома III стадии. Лечение – экзентерация орбиты, лучевая и химиотерапия.

Задача 5. К Вам на прием обратилась женщина 34 лет с жалобами на резкое снижение зрения. Отмечает видение темных пятен перед глазами, сужение поля зрения, головную боль и умеренную болезненность при движении глазных яблок. Перед этим перенесла грипп. При исследовании глаз больной Вы установили, что острота зрения OU - 0,08, не корр.

1. Какую патологию глаз Вы предполагаете у этой больной?
2. Какое обследование глаз Вы сможете провести для предположительной диагностики указанной патологии?
3. Кроме значительного снижения остроты зрения, какие зрительные функции могут быть нарушены при предполагаемой патологии глаз?
4. Какой исход со стороны глаз возможен при данной патологии?
5. Какова будет тактика Ваших действий?

Ответ.

1. Можно предположить неврит зрительного нерва обоих глаз.
2. Провести ориентировочное исследование полей зрения и цветоощущения. Посмотреть фокально, бифокально и в проходящем свете оба глаза, уровень внутриглазного давления пальпаторно (ориентировочно).

3. Могут быть нарушены периферическое зрение (скотомы, сужение границ поля зрения) и цветоощущение.
4. Процесс может закончиться вторичной атрофией зрительных нервов.
5. Направлю больную в офтальмологический стационар и на консультацию к неврологу.

Раздел 8. Травмы органа зрения

Выберите один или несколько правильных ответов. **Тесты:**

1. Хирургическая обработка тяжелой внутриглазной травмы должна осуществляться в ближайшем:

1. «скорой помощью»;
2. травм. пункте;
3. глазном кабинете поликлиники; 4. специализированном стационаре. Ответ: 4

2. Основная жалоба при наличии инородного тела роговицы:

1. покраснение век;
2. слезотечение;
3. светобоязнь;
4. резкая боль в глазу. Ответ: 4

3. Пациент с проникающим ранением подлежит:

1. амбулаторному лечению;
2. срочной госпитализации в глазное отделение; 3. срочному хирургическому вмешательству;
4. лечению в дневном стационаре.

Ответ: 2

4. Оказание неотложной доврачебной помощи при проникающем ранении:

1. закапать 20% раствор сульфацил натрия;
2. заложить 1% левомицетиновую мазь;
3. промыть рану;
4. дать внутрь антибиотик широкого спектра действия. Ответ: 1

5. Диагностический признак ранения глазницы:

1. дакриоцистит;
2. эмфизема век и глазницы;
3. экзофтальм; 4. дефект роговицы.

Ответ: 2

6. Клинические признаки контузии конъюнктивы:

1. подконъюнктивальное кровоизлияние;
2. гематома век;
3. гнойное отделяемое;
4. лагофтальм

Ответ: 1

7. При ретробульбарной гематоме не наблюдается:

1. экзофтальм;
2. ограничение подвижности глазного яблока; 3. повышение внутриглазного давления;
4. понижение внутриглазного давления. Ответ: 4

8. При контузии глазного яблока возникает:

1. снижение внутриглазного давления;
2. снижение остроты зрения;
3. не бывает изменения остроты зрения;
4. кератит.

Ответ: 2

9. Жалобы пациента при наличии инородного тела конъюнктивы:

1. кровотечение, слезотечение;
2. слезотечение, рвота;
3. боль в глазу, слезотечение;
4. кровотечение, гнойное отделяемое.

Ответ: 3

10. Наиболее частая локализация инородного тела конъюнктивы:

1. лимб;
2. склера;
3. нижнее веко; 4. верхнее веко.

Ответ: 4

11. При ожоге средней степени, оказывая неотложную помощь, проводится все, кроме:

1. длительно промывается конъюнктивальный мешок;
2. назначают анальгин внутрь;
3. закапывают 30% сульфацил натрия;
4. закладывают 1% левомецетиновую мазь.

Ответ: 3

12. Месноанестезирующие средства применяют при:

1. удалении инородных тел роговицы;
2. взятии мазка с конъюнктивы; 3. удалении инородных тел радужки; 4. эрозии роговицы.

Ответ: 1

13. При травме смещение хрусталика не бывает:

1. в стекловидное тело;
2. в переднюю камеру; 3. под конъюнктиву; 4. под склеру.

Ответ: 4

14. Ожоги глазного яблока не могут быть вызваны:

1. химическими факторами;
2. термическими факторами;
3. лучевыми факторами; 4. рентгеновскими факторами.

Ответ: 4

15. Неотложные доврачебные мероприятия при ожогах конъюнктивы, включают все, кроме:

1. закапать 1% раствор атропина;
2. назначить анальгетик внутрь;
3. наложить повязку;

4. ввести противостолбнячную сыворотку.

Ответ: 3

16. Степень тяжести поражения глаза при ожогах:

1. при щелочном выше, чем при ожоге кислотой;
2. при ожоге кислотой выше, чем при термическом;
3. при ожоге кислотой выше, чем при щелочном;
4. химический ожог менее

опасен, чем термический.

Ответ: 1

17. При сквозном ранении, имеется:

1. наличие внутриорбитального инородного тела;
2. гемофтальм;
3. наличие входного и выходного отверстия;
4. резкие боли при движении глазного яблока.

Ответ: 3

18. Первая помощь в поликлинике при проникающем ранении глазного яблока с выпадением оболочек включает:

1. вправление выпавших оболочек;
2. иссечение выпавших оболочек и герметизация раны;
3. наложение повязки и транспортировка в специализированное глазное отделение;
4. срочная транспортировка в отделение травматологии.

Ответ: 3

19. Причины приобретенных изменений хрусталика:

1. микрофакия;
2. глаукома;
3. кератит;
4. контузия.

Ответ: 4

20. Первая помощь при ранениях век, орбиты:

1. промыть глаза водой;
2. обработать края раны раствором 1% бриллиантовой зелени, наложить асептическую повязку, вызвать «скорую помощь»;
3. обработать края раны раствором 1% бриллиантовой зелени, наложить асептическую повязку;
4. промыть глаза водой, вызвать «скорую помощь».

Ответ: 2

21. Признаки проникающего ранения глазного яблока:

1. диплопия, экзофтальм;
2. изменения величины передней камеры;
3. гипемиа, офтальмогипертензия;
4. вывих хрусталика.

Ответ: 2

22. Травматический отек век, сопровождается:

1. зудом;
2. блефароспазмом;

3. подкожным кровоизлиянием; 4. слезотечением. Ответ: 2

23. Рана роговицы подлежит ушиванию:

1. атравматической нитью 6.00
2. атравматической нитью 10.00
3. шелковой нитью 8.00
4. кетгутовой нитью 8.00
5. можно использовать весь перечисленный шовный материал Ответ: 2

24. Рана склеры может быть ушита:

1. шелковой нитью 8.00
2. супрамидной нитью 10.00
3. супрамидной нитью 8.00
4. супрамидной нитью 6.00
5. любой из перечисленных нитей Ответ: 5

25. Комбинированное повреждение глаза характеризуется:

1. контузией глаза в сочетании с сублюксацией хрусталика
2. проникающим ранением глазного яблока и век
3. одновременным воздействием на глаз нескольких повреждающих факторов
4. повреждением глазного яблока и других органов
5. ожогом конъюнктивы и роговицы

Ответ: 3

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

К Вам обратился пострадавший 18-ти лет по поводу контузии век и глазного яблока OD. Острота зрения травмированного глаза 0,6 не корр., OS=1,0. Беспокоит значительный отек век и гематома OD, затруднено открытие глазной щели правого глаза. При пальпации век правого глаза Вы отметили выраженную крепитацию. Какую патологию Вы заподозрите у пациента? Какие методы обследования нужно провести?

Ответ: Тупая травма. Перелом внутренней стенки орбиты справа. Необходимо сделать рентгенографию орбиты **Ситуационная задача № 2**

К Вам обратился молодой человек спустя два часа после того, как получил сильный удар кулаком по правому глазу. При обследовании пострадавшего Вы обнаружили обширный кровоподтек век OD, зрачок на травмированном глазу черного цвета, широкий и на свет не реагирует. На дне передней камеры имеется небольшое количество свежей крови. Ваш диагноз. **Ответ:** Тупая травма. Гематома век. Травматический мидриаз. Гифема.

Ситуационная задача № 3

К Вам обратился больной 43 лет с жалобами на боль, покраснение, светобоязнь, слезотечение, значительное снижение зрения правого глаза. Из анамнеза заболевания удалось выяснить, что это уже третий за последние 5 лет рецидив заболевания после перенесенного в заключении туберкулеза легких.

При наружном осмотре: левый глаз здоров; в правом глазу – выраженная перикорнеальная инъекция; роговица диффузно отечная, мутная, в ней просматриваются отдельные крупные желтовато-серые инфильтраты, выраженная васкуляризация ее.

1. Какие методы диагностики Вы используете в данном случае?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?
4. Какова будет тактика Ваших действий?
5. Каков прогноз при данной патологии?

ОТВЕТ

1. Проверка остроты зрения, бифокальный осмотр роговицы, передней камеры и радужки; исследование в проходящем свете, пальпаторно следует определить наличие или отсутствие циклитной болезненности.
2. Можно предположить кератит туберкулезной этиологии правого глаза.
3. Данное заболевание следует дифференцировать с паренхиматозным сифилитическим кератитом и с кератоувеитом.
4. Несколько раз закапать в правый глаз 1% раствор атропина, 20% раствор альбуцида, за веки заложить мазь с антибиотиком, на правый глаз наложить повязку и направить больного на консультацию к окулисту или непосредственно в офтальмологический стационар.
5. Прогноз чаще неблагоприятный, т.к. остается стойкое глубокое помутнение роговицы с исходом в слепоту.

Ситуационная задача №4

К Вам обратился пациент, который вчера случайно поцарапал веткой роговицу левого глаза. Жалобы пациента: на режущую боль в глазу, сильную светобоязнь, слезотечение, умеренное снижение зрения. Объективно: OS: перикорнеальная инъекция глазного яблока. На роговице обширная эрозия. Радужка спокойна. Ваш диагноз. Первая помощь.

Ответ: травматическая эрозия роговицы. В глаз: окомистин, 1% тетрациклиновую мазь, монокулярная повязка.

Ситуационная задача №5

К окулисту обратился пациент с жалобами на светобоязнь, слезотечение правого глаза. Со слов пациента во время сварочных работ что-то попало в глаз. Объективно: перикорнеальная инъекция. На роговице на 12 часах в прароптической зоне инородное тело, окалина.

Ваш диагноз. Лечение.

ОТВЕТ: Инородное тело роговицы правого глаза. Удаление инородного тела. В глаз - окомистин, 1% тетрациклиновая мазь. Монокулярная повязка.

Раздел 9. Офтальмология детского возраста.

Выберите один или несколько правильных ответов.

Тесты:

1. Ребенок в возрасте 3 месяцев страдает врожденным гнойным хроническим дакриоциститом. Тактика врача:
 - а) массаж области слезного мешка
 - б) промывание слезного мешка фурациллином
 - в) закрытое зондирование слезных путей с последующим промыванием р-ром фурациллина
 - г) открытое зондирование носослезного канала
 - д) дакриоцисториностомияОтвет: в
2. Основные симптомы врожденной глаукомы:
 - а) увеличение размеров роговицы и глазного яблока
 - б) дисплазия (нарушение развития) угла передней камеры
 - в) преципитаты на эндотелии роговицы
 - г) повышение ВГД
 - д) обильное гнойное отделяемое из конъюнктивальной полостиОтвет: а, б, в

3. Причинами развития врожденного дакриоцистита новорожденных являются:
- а) внутриутробная инфекция слезного мешка
 - б) пренатальное расширение слезного мешка
 - в) непроходимость носослезного канала к моменту рождения
 - г) бактериальная инфекция во время родов
 - д) преждевременное рождение ребенка в 7 месяцев
- Ответ: в, д
4. К возможным осложнениям нелеченного дакриоцистита новорожденных относятся:
- а) флегмона слезного мешка
 - б) врожденная катаракта
 - в) флегмона орбиты
 - г) язва роговицы
 - д) врожденная глаукома
- Ответ: а, г
5. Основные симптомы дакриоцистита новорожденных:
- а) светобоязнь
 - б) слезостояние
 - в) боли в области глазного яблока
 - г) слизистые или гнойные выделения из слезных точек при надавливании на область слезного мешка
 - д) блефароспазм
- Ответ: б, г
6. Острота зрения у новорожденных приблизительно составляет:
- а) несколько сотых
 - б) 0,1 и выше
 - в) 0,6 и выше
 - г) 0,8 и выше
 - д) 1,0 и выше
- Ответ: а
7. Ребенок в возрасте 1 года страдает косоглазием. Семейный врач при осмотре отметил отсутствие розового рефлекса глазного дна и наличие бело-желтого рефлекса. Какие из следующих утверждений являются верными:
- а) наличие бело-желтого рефлекса глазного дна является нормой у ребенка в возрасте 1 года
 - б) наличие бело-желтого рефлекса глазного дна является патологией
 - в) необходима срочная консультация врача-офтальмолога
 - г) у ребенка можно подозревать врожденную глаукому
 - д) у ребенка можно подозревать ретинобластому
- Ответ: б, в, д
8. Профилактика гонококкового конъюнктивита у новорожденных осуществляется путем инстилляций:
- а) р-ра дексаметазона
 - б) р-ра пилокарпина
 - в) р-ра сульфацила натрия 20%
 - г) р-ра кортизона
 - д) р-ра атропина 0,1%
- Ответ: в
9. В каком возрасте педиатр должен направить ребенка к офтальмологу для второго углубленного осмотра
- а) в 1 год
 - б) в 3-4 года

в) в 5 лет Ответ: б

10. Тактика педиатра у ребенка 1 года с микрофтальмией заключается во всем перечисленном, кроме

- а) консультации невропатолога
- б) консультации окулиста
- в) рентгенограммы черепа
- г) самостоятельного наблюдения педиатром до 3 лет Ответ: г

11. Возраст появления кратковременной фиксации у детей, родившихся на 31-32 неделе гестации:

- а) к 32 нед. гестации;
- б) к 34 нед. гестации;
- в) к 36 нед. гестации;
- г) к моменту доношенных родов Ответ: в

12. Нормальная частота мигания веками достигает у детей 8-12 в 1 минуту к: а) 6 месяцам жизни;

- б) 1 году жизни;
- в) 5 годам жизни;
- г) 7-10 годам жизни;
- д) 15-16 годам жизни. Ответ: г

13. У новорожденных часто во время сна веки смыкаются не полностью из-за того, что:

- а) короткие веки и слабо развиты мышцы век;
- б) несовершенная иннервация мышц век черепно-мозговыми нервами;
- в) глаза выступают вперед из-за относительно неглубокой глазницы;
- г) верно все перечисленное. Ответ: г

14. Нормальное слезоотделение формируется у детей обычно к:

- а) 1 месяцу жизни;
- б) 2-3 месяцам жизни;
- в) 6 месяцам жизни;
- г) 1 году жизни. Ответ: б

15. Низкая чувствительность роговицы у детей первых месяцев жизни связана с:

- а) особенностями строения ее эпителия;
- б) особенностями строения чувствительных нервных окончаний;
- в) незавершением развития тройничного нерва;
- г) всем перечисленным. Ответ: в

16. Четырехгранная пирамидальная форма глазницы формируется у ребенка к: а) 1 месяцу жизни;

- б) 3 месяцам жизни;
- в) 6-12 месяцам;
- г) 2 годам жизни;
- д) 5 годам жизни. Ответ: б

17. Неравномерное развитие глазниц у ребенка может быть обусловлено всеми перечисленными патологическими состояниями, кроме: а) одностороннего микрофтальма;

- б) одностороннего буфтальма;
- в) новообразований глазницы;
- г) оптической анизометропии.

Ответ: г

18. Радужная оболочка новорожденных имеет все следующие особенности, кроме:

- а) светлой окраски из-за малого количества меланина;
- б) слабой выраженности пигментной каймы;
- в) не выраженности крипт и лакун;
- г) ригидности зрачка;
- д) выраженного контурирования стромальных сосудов, особенно малого круга кровообращения.

Ответ: в

19. Максимальное расширение зрачка под действием мидриатиков можно получить у ребенка в возрасте:

- а) сразу после рождения;
- б) 3 месяцев жизни;
- в) 6 месяцев жизни;
- г) 1 года жизни;
- д) 3 лет жизни.

Ответ: д

20. Чувствительность цилиарного тела формируется у ребенка только к:

- а) 6 месяцам жизни;
- б) 1 году жизни;
- в) 3 годам жизни;
- г) 5-7 годам жизни;
- д) 8-10 годам.

Ответ: г

21. От 1 года до 15 лет сагиттальный размер глаза в среднем увеличивается на: а) 2 мм;

- б) 2,5 мм;
- в) 3-3,5 мм;
- г) 4-5 мм;
- д) 5,5 мм.

Ответ: в

22. У ребенка с наследственным нефритом может наблюдаться

- а) катаракта
- б) миопия
- в) астигматизм

Ответ: а, б, в

23. Внутритроубная инфекция, которая дает часто поражение глаз а) краснуха

- б) токсоплазмоз
- в) цитомегалия
- г) хламидиоз

Ответ: а, б, в

24. К детским инфекциям, осложнением которых может быть кератит, относится:

- а) аденовирусная инфекция;
- б) ветряная оспа;
- в) корь;
- г) все перечисленное;

Ответ: г

25. У детей возможны следующие врожденные аномалии роговой оболочки: а) кератотонус;

- б) микрокорнея;
- в) кератоглобус;
- г) макрокорнея;
- д) все перечисленное.

Ответ: д

Ситуационные задачи

Задача 1

Обратилась мать годовалого ребенка за советом. Вскоре после его рождения она заметила, что у него "большие глаза и один глаз больше другого". Отмечает беспокойное поведение ребенка, особенно днем, светобоязнь, слезотечение. При осмотре ребенка Вы обратили внимание на большую величину глазных яблок и их разноразмерность, выраженную светобоязнь и слезотечение. При бифокальном осмотре: роговицы обоих глаз умеренно отечные, диаметр роговиц большой, глубже лежащие среды глаз осмотреть не удалось из-за сильной светобоязни и беспокойного поведения ребенка.

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

1. Врожденная глаукома обоих глаз.
2. Сбор и анализ анамнеза заболеваний, перенесенных во время беременности матери; заболеваний, перенесенных ребенком (особенно вирусных), анамнез родов, послеродового периода. Пальпаторное исследование внутриглазного давления. Ориентировочное исследование остроты зрения. Осмотр в проходящем свете (по возможности).

3. С кератитом обоих глаз, макрокорнея (роговица больших размеров).
4. Убедить родителей в обязательной и неотсроченной консультации детского окулиста.
5. Прогрессирование глаукомы и слепота.

Задача 2

Обратилась мать ребенка полутора лет. Вскоре после его рождения она заметила пленку серого цвета в области зрачков обоих глаз. Обратила внимание на то, что при взгляде на свет ребенок смотрит не прямо, а как-то боком. При осмотре остроту зрения обоих глаз определить невозможно.

Передний отрезок глаз не изменен. При биомикроскопии обоих хрусталиков отмечаются помутнения в центральных отделах коры в виде дисков серого цвета. Рефлекс глазного дна ослаблен. Центральные отделы не просматриваются. По периферии сетчатка не изменена.

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

Ответ.

1. Врожденная катаракта обоих глаз.
2. Сбор и анализ анамнеза заболеваний, перенесенных во время беременности матери; заболеваний, перенесенных ребенком (особенно вирусных). Тонometрия, биомикроскопия хрусталиков и переднего отрезка глаза при различных видах освещения,

ультразвуковое трехмерное исследование глазных яблок, офтальмоскопия прямая и непрямая (по возможности), исследование зрительно-вызванных потенциалов. 3. С врожденной патологией сетчатки и зрительного нерва.

4. Направить ребенка к детскому офтальмологу или в офтальмологический детский стационар.

5. Амблиопия обоих глаз, низкая острота зрения.

Задача 3.

Обратились родители девочки 3 лет по поводу беспокоящего их косоглазия дочери, возникшего год назад, по их словам, «от испуга». Сразу после психотравмирующей ситуации родители обратили внимание, что периодически (сначала редко, затем – чаще) девочка косит к носу обоими глазами. Ребенок смотрит глазами как бы «по очереди», сначала одним, потом другим, в это время второй глаз отклоняется к носу. Наследственность не отягощена, родилась доношенной, в срок.

1. Какую патологию Вы заподозрите в данном случае?

2. Необходимые дополнительные методы обследования, с Вашей точки зрения?

3. В чем состоит дифференциальная диагностика данной патологии?

4. Тактика Ваших дальнейших действий?

5. Какие осложнения могут наблюдаться при данной патологии **Ответ.**

1. У ребенка имеется альтернирующее косоглазие.

2. Тщательно проанализировать жалобы и анамнез заболевания, проверить остроту зрения вдаль без коррекции и с коррекцией, субъективно определить вид и степень рефракции, определить объем движений глазных яблок и вид косоглазия, характер зрения.

3. Дифференциальную диагностику следует проводить между содружественным и паралитическим косоглазием.

4. Ребенок нуждается в консультации невролога, офтальмолога и педиатра. Необходимо направить на обследования специалистов.

5. При альтернирующем косоглазии амблиопии, как правило, не бывает, но бинокулярное зрение отсутствует.

Задача 4

У девочки 10 лет имеется близорукость III степени на правом глазу и близорукость I степени на левом глазу. Острота зрения OD 0,04 с (-) 6,5 дптр 0,4; OS 0,06 с (-) 3,0 дптр 0,8. По месту жительства 3 года назад были выписаны очки, которыми ребенок не может и не хочет пользоваться. За последние полгода родители заметили, что OD начал отклоняться кнаружи.

1. Какую патологию Вы заподозрите в данном случае?

2. Какие методы диагностики Вы считаете необходимыми в данном случае?

3. С чем дифференцируется данная патология?

4. Тактика Ваших дальнейших действий?

5. Какие осложнения могут наблюдаться при данной патологии?

Ответ.

1. У девочки имеется близорукость III степени, вторичное (расходящееся) косоглазие, амблиопия (?) правого глаза; близорукость II степени левого глаза. Миопическая анизометропия.

2. Тщательно проанализировать жалобы и анамнез заболевания, проверить остроту зрения вдаль без коррекции и с коррекцией, субъективно определить вид и степень рефракции обоих глаз, определить объем движений глазных яблок и вид косоглазия. Фокально и бифокально осмотреть передний отдел глаз, в проходящем свете оценить прозрачность сред глаз.

3. С врожденной патологией сетчатой оболочки и/или зрительного нерва правого глаза, астигматизмом, амблиопия - по степени тяжести, косоглазие по этиологии – содружественное, вторичное рефракционное.

4. Направить к офтальмологу, неврологу, так как ребенок нуждается в углубленном обследовании, подборе рациональной и переносимой коррекции, возможно, с помощью контактных линз или лазерных методов коррекции, дальнейшем достаточно серьезном и длительном лечении для восстановления зрения и предупреждения прогрессирования близорукости, амблиопии.

5. Прогрессирование амблиопии правого глаза, прогрессирование близорукости, нарушение би

Задача № 5. В родильном отделении, где сначала у одного новорожденного, а затем еще у трех детей появились отечность век, покраснение глаз, нарастающая отечность слизистой оболочки (конъюнктивы) век и глазных яблок, обильное слизисто-гнойное отделяемое.

1. Какое заболевание Вы заподозрите?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику данной паночулярной зрения тологии?

4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии? **Ответ.**
1. Можно заподозрить у новорожденных вспышку гонобленнорреи.
2. Тщательно проанализировать анамнез заболевания, эпиданамнез; провести визуальную оценку состояния переднего отдела глаз у заболевших новорожденных.

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

4. Вызвать в родильное отделение врача акушера- гинеколога и педиатра, в отделении изолировать больных детей от здоровых, ввести карантинный режим, назначить в глаза больным новорожденным инстилляцию дезинфицирующих капель и/или капель антибиотиков при соблюдении всех правил асептики и антисептики.

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

Оценочные средства для промежуточной аттестации по дисциплине «Офтальмология»

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК) и общепрофессиональных (ОПК) компетенций:

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

ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.

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

ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу.

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

Цель промежуточной аттестации - определение уровня сформированности компетенций в процессе освоения дисциплины.

Процедура оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Компоненты контроля и их характеристика

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	Традиционный
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль, Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	Преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, Индивидуальный
5.	Метод контроля	Собеседование (устный опрос), проверка практических навыков, стандартизированный контроль (тестовые задания с эталонами ответа, ситуационные задачи)

Критерии оценки методов контроля представлены в положениях о текущем контроле и промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации – экзамен

Вопросы к промежуточной аттестации Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8

1. Общая симптоматика заболевания век.
2. Клинические разновидности патологического процесса при заболеваниях роговицы.
3. Диагностика и лечение ползучей язвы роговицы.
4. Неотложная помощь
5. Герпетические кератиты.
6. Рецидивирующая эрозия роговицы, розацеакератит.
7. Кератомалиция.
8. Аномалии величины и формы роговицы.
9. Кератоконус, клиника, диагностика и лечение.

10. Итоходы заболеваний роговицы.
11. Катаракты врожденные и приобретенные.
12. Современная хирургия катаракты.
13. Интра-экстракапсулярная экстракция.
14. Лечение катаракт, операционные и послеоперационные осложнения.
15. Особенности удаления катаракт у лиц различного возраста.
16. Оптическая коррекция после экстракции катаракты.
17. Очковая коррекция, ИОЛ, контактная коррекция.
18. Врожденные аномалии формы и положения хрусталика.
19. Приобретенные изменения стекловидного тела: деструкция, помутнение, гемофтальм, отслойка, коллапс.
20. Хирургические методы лечения заболеваний стекловидного тела.
21. Болезнь Илса. Клиника, стадии, лечение.
22. Центральный серозный хориоретинит.
23. Диабетическая ретинопатия.
24. Диагностика, лечение и профилактика отслойки сетчатки.
25. Острая непроходимость центральной артерии сетчатки и ее ветвей.
26. Острая непроходимость центральной вены сетчатки, ее ветвей.
27. Неврит зрительного нерва.
28. Поражения зрительного нерва при отравлении метиловым спиртом
29. Поражения зрительного нерва при отравлении свинцом, мышьяком, фосфорорганическими соединениями.
30. Первичная и вторичная атрофия зрительного нерва.
31. Ирит, передний увеит (иридоциклит).
32. Осложнения иридоциклитов.
33. Последовательная (осложненная) катаракта.
34. Вторичная глаукома, гипотония глаза.
35. Субатрофия и атрофия глазного яблока.
36. Абсцесс стекловидного тела.
37. Эндофтальмит, отслойка сетчатки, неврит.
38. Острый гнойный увеит.
39. Дисфункция цилиарного тела. Синдром Фукса.
40. Синдром глаукомоциклитических кризов.
41. Колобома радужки и хориоидеи
42. Гемангиома, папиллома, старческая бородавка, эпидермальные кисты, аденома слюнных желез, базалиома.
43. Пигментные доброкачественные опухоли век: невусы (прогрессирующий невус, предраковый меланоз Дюбрейме).
44. Доброкачественные опухоли мягких тканей век: фиброма, липома, гемангиома.
45. Злокачественные опухоли мягких тканей век: фибросаркома век, ангиосаркома.
46. Диагностические методы в амбулаторной практике офтальмолога.
47. Клиническая рефракция глаза.
48. Аномалия рефракции глаза.
49. Пресбиопия.
50. Миопия.
51. Рецепт на очки при миопии.
52. Гиперметропия.
53. Рецепт на очки при гиперметропии.
54. Астигматизм.

55. Анизометрия. Причины, осложнения, принципы коррекции, современные достижения в лечении.
56. Заболевания век.
57. Воспалительные заболевания краев век.
58. Лечение халязиона.
59. Заболевания орбиты.
60. Заболевания конъюнктивы.
61. Заболевания слезных органов.
62. Болезни роговицы и склеры.
63. Лечение и коррекция кератоконуса.
64. Передняя и задняя камеры глаза.
65. Радужка, её строение и функции.
66. Зрачок и зрачковые реакции.
67. Цилиарное тело, его строение и функции.
68. Классификация катаракты.
69. Заболевания сосудистого тракта.
70. Болезни хрусталика и стекловидного тела.
71. Дистрофии сетчатки.
72. Изменения сетчатки при некоторых общих заболеваниях.
73. Воспалительные заболевания сетчатки.
74. Воспалительные заболевания зрительного нерва .
75. Неврит и застойный диск зрительного нерва
76. Изменении зрительного нерва при опухолях головного мозга.
77. Отслойка сетчатки.
78. Функции органа зрения, механизм зрительного восприятия.
79. Методы диагностики отслойки сетчатки.
80. Открытоугольная глаукома.
81. Закрытоугольная глаукома.
82. Травмы и ожоги органа зрения .
83. Амбулаторное ведение больных перенесших операцию по удалению катаракты .
84. Амбулаторное ведение больных перенесших оперативное вмешательство по поводу глаукомы.
85. Амбулаторное ведение больных перенесших оперативное вмешательство по поводу отслойки сетчатки.
86. Амбулаторное ведение больных перенесших инъекцию витреальную лущентиса (ИВЛ)
87. Амбулаторное ведение больных, перенесших кератопластику.
88. Заболевания сосудистой оболочки глаза.
89. Инвалидность по зрению. Классификация, причины, диагностика необратимой и лечение обратимой слепоты.
90. Профилактика производственного травматизма и профзаболеваний органов зрения.
91. Последовательность наружного осмотра .
92. Методика исследования в проходящем свете.
93. Офтальмоскопия в обратном виде .
94. Офтальмоскопия в прямом виде.
95. Методы диагностики в офтальмологии: биомикроскопия, тонометрия, гониоскопия, диафаноскопия, визоконтрастометрия, тонография.
96. Исследование чувствительности роговицы .
97. Исследование порога электрической чувствительности зрительного нерва.

98. Исследование и лабильности зрительного нерва.
99. Офтальмодинамометрия.
100. Флюоресцентная ангиография.
101. Статическая рефракция глаза, эмметропия и аметропия (гиперметропия, миопия, астигматизм).
102. Принципы диспансерного наблюдения за больными с миопией.
103. Этиология и патогенез миопии.
104. Общие правила назначения очков.
105. Выписки очковых линз. 106. Рецепты на очки.
107. Назначение очков при гиперметропии, миопии, астигматизме, анизометропии пресбиопии, афакии .
108. Контактная коррекция зрения.
109. Интраокулярная коррекция.
110. Клинические и патофизиологические особенности зрительной и глазодвигательной систем при содружественном косоглазии.
111. Аномалии развития век: блефарохалазис, выворот, заворот, эпикантус, врожденный птоз 112. Воспалительные заболевания век: блефарит, мейбомии, ячмень, халазион, контагиозный моллюск, розовое воспаление кожи век.
113. Заболевания нервно-мышечного аппарата век: спазм круговой мышцы, паралич круговой мышцы, лагофтальм птоз, спастический заворот, паралитический выворот.
114. Острые конъюнктивиты бактериального происхождения.
115. Вирус простого герпеса, вирусы ветряной оспы.
116. Аденовирусный конъюнктивит и кератоконъюнктивит.
117. Вирус контагиозного моллюска.
118. Эпидемический геморрагический конъюнктивит.
119. Аллергические конъюнктивиты.
120. Острый и хронический фолликулярный конъюнктивит.
121. Весенний катар.
122. Трахома и паратрахома.
123. Осложнения и меры борьбы с ними.
124. Дистрофические изменения конъюнктивы: пингвекула, птеригиум, ксероз.
125. Механизм слезоотведения.
126. Патология слезных точек, слезных каналов.
127. Флегмона слезного мешка .
128. Хирургическое восстановление слезоотделения.
129. Восстановление проходимости слезных путей.
130. Общий план и последовательность лечения, оптическая коррекция аметропии.
131. Хирургический этап лечения содружественного косоглазия.
132. Операции на мышцах горизонтального и вертикального действия, усиливающие или ослабляющие их действие.
133. Электрофизиологические методы исследования.
134. Эхиометрия, эхография.
135. Скрытое косоглазие или гетерофория.

Билеты для промежуточной аттестации Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8

Билет № 1

1. Последовательность наружного осмотра 2. Исследование чувствительности роговицы.

3. Статическая рефракция глаза, эметропия и аметропия (гиперметропия, миопия, астигматизм).

4. Ситуационная задача

Билет №2

1. Методика исследования в проходящем свете

2. Исследование порога электрической чувствительности зрительного нерва

3. Принципы диспансерного наблюдения за больными с миопией

4. Ситуационная задача

Билет №3

1. Офтальмоскопия в обратном виде

2. Исследование лабильности зрительного нерва

3. Этиология и патогенез миопии

4. Ситуационная задача

Билет №4

1. Офтальмоскопия в прямом виде

2. Офтальмодинамометрия

3. Общие правила назначения очков

4. Ситуационная задача

Билет №5

1. Методы диагностики в офтальмологии: биомикроскопия, тонометрия, гониоскопия, диафаноскопия, визоконтрастометрия, тонография

2. Флюоресцентная ангиография

3. Выписки очковых линз

4. Ситуационная задача

Билет №6

1. Рецепты на очки

2. Аномалии развития век: блефарохалазис, выворот, заворот, эпикантус, врожденный птоз

3. Вирус простого герпеса, вирусы ветряной оспы

4. Ситуационная задача

Билет №8

1. Интраокулярная коррекция

2. Спазм круговой мышцы, паралич круговой мышцы, лагофтальм птоз, спастический заворот, паралитический выворот

3. Эпидемический геморрагический конъюнктивит

4. Ситуационная задача

Билет №9

1. Клинические и патофизиологические особенности зрительной и глазодвигательной систем при содружественном косоглазии

2. Острые конъюнктивиты бактериального происхождения

3. Аллергические конъюнктивиты

4. Ситуационная задача

Билет №10

1. Воспалительные заболевания век: блефарит, мейбомит, ячмень, халазион, контагиозный моллюск, рожистое воспаление кожи век.
2. Аденовирусный конъюнктивит и кератоконъюнктивит
3. Острый и хронический фолликулярный конъюнктивит
4. Ситуационная задача

Билет №11

1. Последовательность наружного осмотра
2. Острый и хронический фолликулярный конъюнктивит
3. Весенний катар
4. Ситуационная задача

Билет №12

1. Методы диагностики в офтальмологии: биомикроскопия, тонометрия, гониоскопия, диафаноскопия, визоконтрастометрия, тонография
2. Этиология и патогенез миопии
3. Механизм слезоотведения
4. Ситуационная задача

Билет №13

1. Статическая рефракция глаза, эметропия и аметропия (гиперметропия, миопия, астигматизм).
2. Этиология и патогенез миопии
3. Восстановление проходимости слезных путей
4. Ситуационная задача

Билет №14

1. Назначение очков при гиперметропии, миопии, астигматизме, анизометропии пресбиопии, афакии
2. Хирургическое восстановление слезоотделения
3. Дистрофические изменения конъюнктивы: пингвекула, птеригиум, ксероз
4. Ситуационная задача.

Билет №15

1. Электрофизиологические методы исследования
2. Эхобиометрия, эхография
3. Скрытое косоглазие или гетерофория
4. Ситуационная задача

Билет №16

1. Общая симптоматика заболеваний век
2. Клинические разновидности патологического процесса при заболеваниях роговицы
3. Диагностика и лечение ползучей язвы роговицы
4. Ситуационная задача

Билет №17

1. Неотложная помощь

2. Герпетические кератиты.
3. Рецидивирующая эрозия роговицы, розацеакератит
4. Ситуационная задача

Билет №18

1. Кератомалиция
2. Аномалии величины и формы роговицы.
3. Кератоконус, клиника, диагностика и лечение
4. Ситуационная задача

Билет №19

1. Исходы заболеваний роговицы
2. Катаракты врожденные и приобретенные
3. Современная хирургия катаракты
4. Ситуационная задача

Билет №20

1. Интра-экстракапсулярная экстракция,
2. Лечение катаракт, операционные и послеоперационные осложнения
3. Особенности удаления катаракт у лиц различного возраста
4. Ситуационная задача

Билет №21

1. Оптическая коррекция после экстракции катаракты
2. Очковая коррекция, ИОЛ, контактная коррекция
3. Врожденные аномалии формы и положения хрусталика
4. Ситуационная задача

Билет №22

1. Приобретенные изменения стекловидного тела: деструкция, помутнение, гемофтальм, отслойка, коллапс
2. Хирургические методы лечения заболеваний стекловидного тела
3. Болезнь Илса. Клиника, стадии, лечение
4. Ситуационная задача

Билет №23

1. Центральный серозный хориоретинит.
2. Диабетическая ретинопатия
3. Диагностика, лечение и профилактика отслойки сетчатки
4. Ситуационная задача

Билет №24

1. Острая непроходимость центральной артерии сетчатки и ее ветвей.
2. Острая непроходимость центральной вены сетчатки, ее ветвей.
3. Неврит зрительного нерва
4. Ситуационная задача

Билет №25

1. Поражения зрительного нерва при отравлении метиловым спиртом
2. Поражения зрительного нерва при отравлении свинцом, мышьяком, фосфорорганическими соединениями

3. Первичная и вторичная атрофия зрительного нерва
4. Ситуационная задача

Билет №26

1. Ирит, передний увеит (иридоциклит).
2. Осложнения иридоциклитов
3. Последовательная (осложненная) катаракта
4. Ситуационная задача

Билет №27

1. Вторичная глаукома, гипотония глаза
2. Субатрофия и атрофия глазного яблока
3. Абсцесс стекловидного тела
4. Ситуационная задача

Билет №28

1. Эндофтальмит, отслойка сетчатки, неврит.
2. Острый гнойный увеит
3. Дисфункция цилиарного тела. Синдром Фукса.
4. Ситуационная задача

Билет №29

1. Синдром глаукомоциклитических кризов.
2. Колобома радужки и хориоидеи
3. Гемангиома, папиллома, старческая бородавка, эпидермальные кисты, аденома слюнных желез, базалиома
4. Ситуационная задача

Билет №30

1. Пигментные доброкачественные опухоли век: невусы (прогрессирующий невус, предраковый меланоз Дюбрейме)
2. Доброкачественные опухоли мягких тканей век: фиброма, липома, гемангиома
3. Злокачественные опухоли мягких тканей век: фибросаркома век, ангиосаркома.
4. Ситуационная задача

Билет № 31

1. Диагностические методы в амбулаторной практике офтальмолога
2. Клиническая рефракция глаза
3. Аномалия рефракции глаза
4. Ситуационная задача

Билет № 32

1. Пресбиопия
2. Миопия
3. Рецепт на очки при миопии
4. Ситуационная задача

Билет №33

1. Гиперметропия

2. Рецепт на очки при гиперметропии
3. Астигматизм
4. Ситуационная задача

Билет № 34

1. Анизометрия. Причины, осложнения, принципы коррекции, современные достижения в лечении.
2. Заболевания век
3. Воспалительные заболевания краев век
4. Ситуационная задача

Билет № 35

1. Лечение халязиона
2. Заболевания орбиты
3. Заболевания конъюнктивы
4. Ситуационная задача

Билет № 36

1. Заболевания слезных органов
2. Болезни роговицы и склеры
3. Лечение и коррекция кератоконуса
4. Ситуационная задача

Билет № 37

1. Передняя и задняя камеры глаза
2. Радужка, её строение и функции
3. Зрачок и зрачковые реакции
4. Ситуационная задача

Билет № 38

1. Цилиарное тело, его строение и функции
2. Классификация катаракты
3. Заболевания сосудистого тракта
4. Ситуационная задача

Билет № 39

1. Болезни хрусталика и стекловидного тела
2. Дистрофии сетчатки
3. Изменения сетчатки при некоторых общих заболеваниях
4. Ситуационная задача

Билет № 40

1. Воспалительные заболевания сетчатки
2. Амбулаторное ведение больных перенесших оперативное вмешательство по поводу глаукомы
3. Неврит и застойный диск зрительного нерва
4. Ситуационная задача

Билет № 41

1. Амбулаторное ведение больных перенесших инъекцию витреальную лущентиса (ИВЛ)
2. Отслойка сетчатки
3. Функции органа зрения, механизм зрительного восприятия.
4. Ситуационная задача

Билет № 42

1. Методы диагностики отслойки сетчатки
2. Открытоугольная глаукома
3. Профилактика производственного травматизма и профзаболеваний органов зрения.
4. Ситуационная задача

Билет № 43

1. Амбулаторное ведение больных перенесших операцию по удалению катаракты
2. Воспалительные заболевания зрительного нерва
2. Методы диагностики отслойки сетчатки
3. Ситуационная задача

Билет № 44

1. Амбулаторное ведение больных перенесших оперативное вмешательство по поводу отслойки сетчатки
2. Изменении зрительного нерва при опухолях головного мозга
3. Закрытоугольной глаукомы
4. Ситуационная задача

Билет № 45

1. Заболевания сосудистой оболочки глаза.
2. Инвалидность по зрению. Классификация, причины, диагностика необратимой и лечение обратимой слепоты.
3. Амбулаторное ведение больных, перенесших кератопластику
4. Ситуационная задача

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Выберите один или несколько правильных ответов. Компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8

1. Первичная медико-санитарная помощь является:
а) компонентом добровольного медицинского страхования;
б) формой оказания лечебно-профилактической помощи городскому населению;
в) основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинской помощи;
г) комплексом мер социального характера. Ответ в
2. Основными путями развития поликлинической помощи взрослому населению являются все, кроме
а) укрепления и развития форм и методов восстановительного лечения и реабилитации
б) обеспечения возможности выбора участкового или семейного врача
в) развитие общеврачебных практик
г) создания на базе поликлиник консультативных и реабилитационных центров
д) развития современных технологий и новых организационных форм амбулаторно-поликлинической помощи
е) увеличения количества участковых врачей и разукрупнения участков Ответ е
3. Режим и формы работы поликлиники, нагрузка персонала должны определяться а) на федеральном уровне
б) на региональном уровне
в) на уровне руководителя учреждения Ответ в
4. Не входит в практическую деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений
а) лечебно-диагностическая работа
б) экспертиза стойкой утраты трудоспособности
в) профилактическая работа, диспансеризация
г) организационно-методическая работа
д) гигиеническое воспитание и обучение населения Ответ б
5. Амбулаторно-поликлиническая помощь организуется по следующим принципам, кроме а) территориально-участкового
б) бригадного
в) ведомственного
г) частного Ответ г
6. Амбулаторно-поликлиническая помощь организуется по следующим принципам, кроме а) территориально-участкового
б) бригадного
в) ведомственного
г) частного
Ответ г
7. Пути повышения качества стационарного лечения все, кроме
а) контроля качества стационарной помощи
б) соблюдения этапов лечебно-диагностического процесса

- в) обоснованности направления больного в стационар
- г) направления больного в профильное отделение стационара
- д) тотальной госпитализации больных Ответ д

8. Отделение экстренной и планово – консультативной помощи не выполняет следующие функции

- а) организует и проводит выездные консультации врачей – специалистов
- б) проводит заочные консультации
- в) разрабатывает предложения о порядке и показаниях к направлению больных для консультаций
- г) организует медицинскую помощь сельскому населению Ответ г

9. В отделении восстановительного лечения проводится

- а) профилактика нарушений функционального состояния органов и систем
- б) ускорение течения процессов регенерации поврежденных органов и тканей
- в) стимуляция восстановления нарушенных функций
- г) обеспечение оптимального уровня реадaptации больного в социальной среде
- д) все вышеперечисленное верно Ответ д

10. Показателями эффективности и качества проведения диспансеризации могут быть

- а) показатель частоты обострения, систематичность наблюдения
- б) показатель частоты проведения лечебно-профилактических мероприятий
- в) переход больных, находящихся на ДН, из одной группы наблюдения в другую
- г) среднее число Дней госпитализации ответ а

11. Основные направления развития специализированной стационарной помощи предусматривают

- а) создание межрайонных специализированных центров и больниц
- б) специализацию коечного фонда
- в) дифференциацию коечного фонда по интенсивности лечебно-диагностического процесса г) все вышеперечисленное
- д) нет правильного ответа Ответ: г

12. Кем определяется группа инвалидности

- а) медико-социально- экспертной комиссией
- б) врачебной экспертной комиссией Ответ: а

13. Какие социальные факторы учитываются при МСЭ

- а) возраст
- б) профессия
- в) характер работы
- г) диагноз Ответ: а,б,в

14. Какие параметры заболевания определяются на МСЭ

- а) клинический диагноз
- б) прогноз
- в) характер работы Ответ : а, б

15. При исследовании полей зрения на МСЭ применяют

- а) статическую периметрию

б) динамическую периметрию. Ответ: а, б

16. Что называется слабовидением

а) наличие остроты зрения от 0,05 до 0,3

б) наличие остроты зрения от 0,4 до 0,7 Ответ : а

17. Назовите способы визометрии на МСЭК

а) таблица Сивцева-Головина

б) таблицы с переставленными знаками

в) таблица с кольцами Ландольта Ответ : а, б, в

18. Ортофория-это:

а) идеальное равновесие глазодвигательных мышц

б) сходящееся косоглазие

в) скрытое косоглазие

г) расходящееся косоглазие Ответ : а

19. Критерии для установления инвалидности I группы а) острота зрения менее 0,05 с коррекцией на оба глаза

б) концентрическое сужение поля зрения до 10°

в) острота зрения менее 0,05 с коррекцией на один глаз Ответ : а, б

20. Критерии для установления инвалидности II группы

а) наличие слабовидения обоих глаз

б) лучше видящего глаза (острота зрения до 0,1 с коррекцией

в) концентрическое сужение поля зрения до 20° Ответ: а, б, в

21. Самой тонкой стенкой орбиты является:

а) наружная стенка

б) верхняя стенка

в) внутренняя стенка

г) нижняя стенка

д) верхняя и внутренняя Ответ: в

22. Канал зрительного нерва служит для прохождения:

а) зрительного нерва

б) отводящего нерва

в) глазодвигательный нерв

г) центральной вены сетчатки

д) лобной артерии Ответ: а

23. Слезный мешок расположен:

а) внутри глазницы

б) вне глазницы

в) частично внутри и частично вне глазницы

г) в гайморовой полости

д) в средней черепной ямке Ответ: в

24. При ранах век регенерация тканей:

а) высокая

б) низкая

- в) существенно не отличается от регенерации тканей других областей лица
- г) ниже, чем других областей лица
- д) выше чем других областей лица Ответ: д

25. К слезопродуцирующим органам относятся:

- а) слезная железа и добавочные слезные железы
- б) слезные точки
- в) слезные каналы
- г) носослезный канал Ответ: а

26. Носослезный канал открывается в:

- а) нижний носовой ход
- б) средний носовой ход
- в) верхний носовой ход
- г) в гайморову пазуху
- д) в основную пазуху Ответ: а

27. Наибольшую толщину склера имеет в зоне:

- а) лимба
 - б) экватора
 - в) диска зрительного нерва
 - г) под сухожилием прямых мышц
 - д) под сухожилием косых мышц
- Ответ: а

28. Роговая оболочка состоит из:

- а) двух слоев
- б) трех слоев
- в) четырех слоев
- г) пяти слоев
- д) шести слоев Ответ: г

29. Слои роговицы располагаются:

- а) параллельно поверхности роговицы
- б) хаотично
- в) концентрично
- г) в косом направлении Ответ: а

30. Питание роговицы осуществляется за счет:

- а) краевой петливой сосудистой сети
- б) центральной артерии сетчатки
- в) слезной артерии
- г) передними цилиарными артериями
- д) надблоковой артерии Ответ: а

31. Диск зрительного нерва располагается:

- а) в центре глазного дна
- б) в носовой половине глазного дна
- в) в височной половине глазного дна
- г) в верхней половине глазного дна
- д) за пределами глазного дна Ответ: а

32. Функциональным центром сетчатки является:
 а) диск зрительного нерва
 б) центральная ямка
 в) зона зубчатой линии
 г) сосудистый пучок
 д) юстапапиллярная зона Ответ: б
33. Наиболее важной физиологической функцией пограничной мембраны Бруха является:
 а) защита сетчатки от токсических компонентов крови
 б) осуществление обмена веществ между кровью и клетками пигментного эпителия сетчатки
 в) термоизоляция сетчатки
 г) барьерная функция
 д) каркасная функция Ответ: а
34. Светоощущение отсутствует у больного с:
 а) интенсивным тотальным помутнением роговицы
 б) тотальной катарактой
 в) центральной дегенерацией сетчатки
 г) полной атрофией зрительного нерва
 д) разрывом сетчатки в макулярной зоне Ответ: г
35. Мейбомиевы железы, расположенные в хрящевых пластинках век, выделяют:
 а) слезу
 б) слизистый секрет
 в) слезный секрет
 г) лимфу
 д) водянистую влагу Ответ: в
36. Величина слепого пятна, определяется кампиметрически, в норме у взрослого человека равна: а) 3х2
 б) 5х4
 в) 8х6
 г) 9х7
 д) 10х8 Ответ: в
37. При остроте зрения выше 1,0 величина угла зрения равна:
 а) меньше 1 минуты
 б) 1 минуте
 в) 1,5 минутам
 г) 2 минутам
 д) 2,5 минутам Ответ: а
38. Гомонимная и гетеронимная гемианопсия определяется у больных с:
 а) центральной дегенерацией сетчатки
 б) анизометропией
 в) патологическими изменениями зрительных путей
 г) патологическими процессами в области пучка Грациоле
 д) атрофией папилломакулярных нервных волокон Ответ: в

39. Острота зрения у новорожденного ребенка в норме составляет:
а) тысячные доли единицы
б) 0,01
в) 0,02
г) 0,03
д) 0,05 Ответ: а
40. Функциональное состояние колбочкового аппарата сетчатки глаза определяется по: а) светоощущению
б) состоянию световой адаптации
в) остроте зрения
г) границами периферического зрения Ответ: в
41. Методы исследования роговицы:
а) Боковое фокальное освещение, биомикроскопия
б) Тонометрия
в) Офтальмоскопия
г) Диафаноскопия
д) Гониоскопия Ответ: а
42. Методы исследования склеры:
а) Боковое фокальное освещение, биомикроскопия
б) Тонометрия
в) Офтальмоскопия
г) Диафаноскопия
д) Гониоскопия Ответ: а
43. Методы исследования радужки:
а) Боковое фокальное освещение, биомикроскопия
б) Тонометрия
в) Офтальмоскопия
г) В проходящем свете
д) Гониоскопия Ответ: а
44. Методы исследования сетчатки:
а) Боковое фокальное освещение, биомикроскопия
б) Тонометрия
в) Офтальмоскопия
г) В проходящем свете
д) Гониоскопия Ответ: в
45. Методы исследования хрусталика:
а) Исследование в проходящем свете, биомикроскопия
б) Тонометрия
в) Офтальмоскопия
г) Диафаноскопия
д) Гониоскопия Ответ: а
46. Метод исследования диска зрительного нерва:
а) Гониоскопия

- б) Офтальмоскопия
- в) Боковое фокальное освещение
- г) Диафаноскопия
- д) Исследование в проходящем свете Ответ: б

47. Метод исследования угла передней камеры:

- а) Офтальмоскопия
- б) Биомикроскопия
- в) Гониоскопия
- г) В проходящем свете
- д) Боковое фокальное освещение Ответ: в

48. Если врач правша, то при исследовании в проходящем свете источник света располагают:

- а) Справа и сзади от больного
- б) Слева и сзади от больного
- в) Справа и впереди от больного
- г) Слева и впереди от больного
- д) Для проведения исследования источник света не требуется Ответ: б

49. Отслойку сетчатки при помутнении роговицы или хрусталика можно выявить:

- а) В проходящем свете
 - б) При рентгенографии
 - в) С помощью офтальмоскопии
 - г) С помощью ультразвукового исследования
 - д) В боковом фокальном освещении
- Ответ: г

50. Субъективным методом исследования внутриглазного давления является

- а) Тонометрия по Маклакову
- б) Пальпаторный метод через веки
- в) Тонография
- г) Пневмотонометрия
- д) Правильно 1, 2 Ответ: в

51. Офтальмоскопия предназначена для исследования:

- а) Угла передней камеры
- б) Хрусталика
- в) Стекловидного тела
- г) Глазного дна
- д) Радужки Ответ: г

52. Метод исследования поля зрения на плоскости называется:

- а) Статической периметрией
- б) Кинетической периметрией
- в) Квантитативной периметрией
- г) Кампиметрией
- д) По Дондерсу Ответ: г

53. Для исследования цветоощущения нельзя использовать:

- а) Таблицы Рабкина
- б) Аномалоскоп Раутиана
- в) Цветотест
- г) Таблицы Юстовой-Волкова и соавторов Ответ: в

54. Для исследования бинокулярного зрения используют:

- а) Таблицы Рабкина
 - б) Таблица Головина-Сивцева
 - в) Аномалоскоп Раутиана
 - г) Цветотест
 - д) Таблицы Юстовой-Волкова и соавторов
- Ответ: г

55. При исследовании на приборе Цветотест пациент с монокулярным зрением будет видеть: а) 4 кружка
б) 5 кружков
в) 2 кружка
г) 3 кружка Ответ: в

56. Если пациент видит темное пятно в поле зрения, то скотома называется: а) Относительной
б) Абсолютной
в) Положительной
г) Отрицательной
д) Мерцательной Ответ: в

57. При наличии гомонимной гемианопсии наиболее вероятна локализация патологического очага в:
а) Сетчатке
б) Зрительном нерве
в) Хиазме
г) Зрительном тракте
д) Хрусталике Ответ: г

58. Дислоцированный хрусталик при УЗИ в В-режиме выглядит как

- а) овальная высокорефлективная структура;
- б) овальная низкорефлективная структура;
- в) округлая высокорефлективная структура;
- г) округлая низкорефлективная структура. Ответ: а

59. Визометрия — это метод исследования:

- а) Поля зрения
- б) Остроты зрения
- в) Бинокулярного зрения
- г) Аккомодации
- д) Рефракции Ответ: б

60. Амблиопия — это:

- а) Сужение полей зрения
- б) Понижение остроты зрения без анатомических изменений со стороны сетчатки
- в) Отсутствие глазного яблока

- г) Различная рефракция обоих глаз
- д) Нарушение аккомодации Ответ: б

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

- а) массаж области слезного мешка
- б) промывание слезного мешка фурациллином
- в) закрытое зондирование слезных путей с последующим промыванием р-ром фурациллина
- г) открытое зондирование носослезного канала
- д) дакриоцисториностоми Ответ: в

62. Основные симптомы врожденной глаукомы:

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

63. Причинами развития врожденного дакриоцистита новорожденных являются:

- а) внутриутробная инфекция слезного мешка
- б) пренатальное расширение слезного мешка
- в) непроходимость носослезного канала к моменту рождения
- г) бактериальная инфекция во время родов
- д) преждевременное рождение ребенка в 7 месяцев Ответ: в, д

64. К возможным осложнениям нелеченного дакриоцистита новорожденных относятся: а) флегмона слезного мешка

- б) врожденная катаракта
- в) флегмона орбиты
- г) язва роговицы
- д) врожденная глаукома Ответ: а, г

65. Основные симптомы дакриоцистита новорожденных:

- а) светобоязнь
- б) слезостояние
- в) боли в области глазного яблока
- г) слизистые или гнойные выделения из слезных точек при надавливании на область слезного мешка
- д) блефароспазм Ответ: б, г

66. Острота зрения у новорожденных приблизительно составляет:

- а) несколько сотых
- б) 0,1 и выше
- в) 0,6 и выше
- г) 0,8 и выше
- д) 1,0 и выше Ответ: а

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

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

б) наличие бело-желтого рефлекса глазного дна является патологией

в) необходима срочная консультация врача-офтальмолога

г) у ребенка можно подозревать врожденную глаукому

д) у ребенка можно подозревать ретинобластому Ответ: б, в, д

68. Профилактика гонококкового конъюнктивита у новорожденных осуществляется путем инстилляций:

а) р-ра дексаметазона

б) р-ра пилокарпина

в) р-ра сульфацила натрия 20%

г) р-ра кортизона

д) р-ра атропина 0,1% Ответ: в

69. В каком возрасте педиатр должен направить ребенка к офтальмологу для второго углубленного осмотра а) в 1 год

б) в 3-4 года

в) в 5 лет Ответ: б

70. Тактика педиатра у ребенка 1 года с микрофтальмией заключается во всем перечисленном, кроме

а) консультации невропатолога

б) консультации окулиста

в) рентгенограммы черепа

г) самостоятельного наблюдения педиатром до 3 лет Ответ: г

71. Возраст появления кратковременной фиксации у детей, родившихся на 31-32 неделе гестации:

а) к 32 нед. гестации;

б) к 34 нед. гестации;

в) к 36 нед. гестации;

г) к моменту доношенных родов

Ответ: в

72. Нормальная частота мигания веками достигает у детей 8-12 в 1 минуту к:

а) 6 месяцам жизни;

б) 1 году жизни;

в) 5 годам жизни;

г) 7-10 годам жизни;

д) 15-16 годам жизни.

Ответ: г

73. У новорожденных часто во время сна веки смыкаются не полностью из-за того, что:

а) короткие веки и слабо развиты мышцы век;

б) несовершенна иннервация мышц век черепно-мозговыми нервами;

в) глаза выступают вперед из-за относительно неглубокой глазницы;

г) верно все перечисленное.

Ответ: г

74. Нормальное слезоотделение формируется у детей обычно к:

- а) 1 месяцу жизни;
- б) 2-3 месяцам жизни;
- в) 6 месяцам жизни;
- г) 1 году жизни.

Ответ: б

75. Низкая чувствительность роговицы у детей первых месяцев жизни связана с:

- а) особенностями строения ее эпителия;
- б) особенностями строения чувствительных нервных окончаний;
- в) незавершением развития тройничного нерва;
- г) всем перечисленным.

Ответ: в

76. Четырехгранная пирамидальная форма глазницы формируется у ребенка к:

- а) 1 месяцу жизни;
- б) 3 месяцам жизни;
- в) 6-12 месяцам;
- г) 2 годам жизни;
- д) 5 годам жизни.

Ответ: б

77. Неравномерное развитие глазниц у ребенка может быть обусловлено всеми перечисленными патологическими состояниями, кроме: а) одностороннего микрофтальма;

- б) одностороннего буфтальма;
- в) новообразований глазницы;
- г) оптической анизометропии.

Ответ: г

78. Радужная оболочка новорожденных имеет все следующие особенности, кроме:

- а) светлой окраски из-за малого количества меланина;
- б) слабой выраженности пигментной каймы;
- в) не выраженности крипт и лакун;
- г) ригидности зрачка;
- д) выраженного контурирования стромальных сосудов, особенно малого круга кровообращения.

Ответ: в

79. Максимальное расширение зрачка под действием мидриатиков можно получить у ребенка в возрасте:

- а) сразу после рождения;
- б) 3 месяцев жизни;
- в) 6 месяцев жизни;
- г) 1 года жизни;
- д) 3 лет жизни.

Ответ: д

80. Чувствительность цилиарного тела формируется у ребенка только к:

- а) 6 месяцам жизни;
- б) 1 году жизни;
- в) 3 годам жизни;
- г) 5-7 годам жизни;

д) 8-10 годам. Ответ: г

81. Рефракцией оптической системы называется:

- а) состояние, тесно связанное с конвергенцией
- б) преломляющая сила оптической системы, выраженная в диоптриях
- в) способность оптической системы нейтрализовать проходящий через нее свет
- г) отражение оптической системой падающих на нее лучей
- д) система линз расположенных на определенном расстоянии друг от друга

Ответ: б

82. Сила физической рефракции глаза человека в норме составляет:

- а) от 10 до 20 диоптрий
- б) от 21 до 51 диоптрий
- в) от 52 до 71 диоптрий
- г) от 72 до 91 диоптрий
- д) от 91 до 100 диоптрий

Ответ: в

83. Различают следующие виды клинической рефракции глаза:

- а) постоянную и непостоянную
- б) дисбинокулярную и анизометропическую
- в) роговичную и хрусталиковую
- г) статическую и динамическую

Ответ: г

84. Статическая клиническая рефракция глаза отражает:

- а) преломляющую силу роговицы
- б) истинную клиническую рефракцию глаза в состоянии покоя аккомодации
- в) преломляющую силу хрусталика
- г) преломляющую силу оптической системы глаза по отношению к сетчатке при действующей аккомодации

Ответ: б

85. Под динамической клинической рефракцией глаза понимают:

- а) преломляющую силу оптической системы глаза по отношению к сетчатке при действующей аккомодации
- б) преломляющую силу роговицы
- в) преломляющую силу хрусталика
- г) преломляющую силу роговицы и хрусталика

Ответ: а

86. Дальнейшая точка ясного видения эметропического глаза находится в: а) 5 м от глаза

- б) 4 м от глаза
- в) 3 м от глаза
- г) относительной бесконечности
- д) позади глаза (в отрицательном пространстве) Ответ: г

87. Дальнейшая точка ясного видения миопического глаза находится:

- а) в бесконечности
- б) на сетчатке

- в) перед глазом (на конечном расстоянии)
 - г) на роговице
 - д) позади глаза (в отрицательном пространстве)
- Ответ: в

88. Дальнейшая точка ясного видения гиперметропического глаза находится: а) в бесконечности

- б) перед глазом (на конечном расстоянии)
 - в) в области роговицы
 - г) на сетчатке
 - д) позади глаза (в отрицательном пространстве)
- Ответ: д

89. Аметропиям слабой степени соответствуют следующие значения рефракции, выраженные в диоптриях:

- а) от 0,5 до 3,0 дптр
 - б) от 0,5 до 4,0 дптр
 - в) от 0,5 до 5,0 дптр
 - г) от 0,5 до 5,5 дптр
- Ответ: а

90. Аметропиям средней степени соответствуют следующие значения рефракции, выраженные в диоптриях:

- а) от 2,0 до 3,0 дптр
 - б) от 2,5 до 5,0 дптр
 - в) от 2,75 до 5,5 дптр
 - г) от 3,25 до 6,0 дптр
 - д) от 5,5 до 7,5 дптр
- Ответ: г

91. Аметропиям высокой степени соответствуют следующие значения рефракции, выраженные в диоптриях:

- а) от 1,5 до 5,5 дптр
 - б) от 2,0 до 6,0 дптр
 - в) от 6,25 дптр и выше
 - г) от 3,0 дптр до 6,0 дптр
- Ответ: в

92. Фокусом оптической линзы называется:

- а) центр ее сферической поверхности
 - б) центр ее плоской поверхности
 - в) центр ее цилиндрической поверхности
 - г) центр ее торической поверхности
 - д) точка, в которой собираются проходящие через неё параллельные лучи
- Ответ: д

93. За 1 диоптрию принимают преломляющую силу оптической линзы с фокусным расстоянием в:

- а) 1 м
- б) 10 см
- в) 1 см

Ответ: а

- 94 . Преломляющая сила оптической линзы с фокусным расстоянием в 0,5м равна:
а) 4,0 дптр
б) 2,0 дптр
в) 1,0 дптр
г) 0,5 дптр
д) 0,1 дптр
Ответ: б

95. Преломляющая сила оптической линзы с фокусным расстоянием в 25см составляет: а) 4,0 дптр
б) 2,0 дптр
в) 1,0 дптр
г) 0,5 дптр
д) 0,1 дптр
Ответ: а

96. Преломляющая сила оптической линзы с фокусным расстоянием в 2,0 м составляет: а) 4,0 дптр
б) 2,0 дптр
в) 1,0 дптр
г) 0,5 дптр
д) 0,1 дптр
Ответ: г

97. У пациента с дальнейшей точкой ясного зрения в 1, Ом от глаза имеется статическая миопическая рефракция в: а) 1,0 дптр
б) 2,0 дптр
в) 4,0 дптр
г) 5,0 дптр
д) 10,0 дптр
Ответ: а

98. У пациента с дальнейшей точкой ясного зрения в 0,5 м от глаза имеется статическая миопическая рефракция в: а) 1,0 дптр
б) 2,0 дптр
в) 4,0 дптр
г) 5,0 дптр
д) 10,0 дптр
Ответ: б

99. У пациента с дальнейшей точкой ясного зрения в 25 см от глаза имеется статическая миопическая рефракция в: а) 1,0 дптр
б) 2,0 дптр
в) 4,0 дптр
г) 5,0 дптр
д) 10,0 дптр
Ответ: в

100. У пациента с дальнейшей точкой ясного видения в 10 см от глаза имеется статическая миопическая рефракция в: а) 1,0 дптр

- б) 2,0 дптр
- в) 4,0 дптр
- г) 5,0 дптр
- д) 10,0 дптр

Ответ: г

101. При изометропической гиперметропии в 5,5-6,0 дптр у ребёнка 5 лет может развиваться амблиопия:

- а) рефракционная
- б) анизометропическая
- в) депривационная
- г) дисбинокулярная

Ответ: а

102. Основной причиной появления у ребёнка дисбинокулярной амблиопии является: а) косоглазие

- б) аномалии рефракции
- в) анизометропия
- г) помутнение оптических сред глаза
- д) контузия глаза

Ответ: а

103. К амблиопии очень высокой степени относятся показатели остроты зрения: а) 0,04 и ниже

- б) 0,05-0,1
- в) 0,2-0,3
- г) 0,4-0,5
- д) 0,6-0,7

Ответ: а

104. К амблиопии высокой степени относятся следующие показатели остроты зрения: а) 0,04 и ниже

- б) 0,05-0,1
- в) 0,2-0,3
- г) 0,4-0,5
- д) 0,6-0,7

Ответ: б

105. К амблиопии средней степени относятся следующие показатели остроты зрения: а) 0,04 и ниже

- б) 0,05-0,1
- в) 0,2-0,3
- г) 0,4-0,5
- д) 0,6-0,8

Ответ: в

106. К амблиопии слабой степени относятся следующие показатели остроты зрения: а) 0,04 и ниже

- б) 0,05-0,1
- в) 0,2-0,3
- г) 0,4-0,8
- д) 0,9

Ответ: г

107. Амблиопия дисбинокулярная чаще развивается у детей с: а) монолатеральным постоянным косоглазием

- б) альтернирующим сходящимся косоглазием

- в) непостоянным расходящимся косоглазием
 - г) частично аккомодационным альтернирующим косоглазием
 - д) аккомодационным альтернирующим косоглазием
- Ответ: а

108. К остроте зрения, совместимой с бинокулярным зрением, относятся следующие показатели:

- а) 0,04 и ниже
 - б) 0,05-0,1
 - в) 0,2
 - г) 0,3
 - д) 0,4 и выше
- Ответ: г

109. Наиболее высокая острота зрения связана с нормальным функционированием: а) периферической области сетчатки

- б) парамакулярной области сетчатки
 - в) макулярной области сетчатки
 - г) фовеолярной области сетчатки
 - д) парапапиллярной области сетчатки
- Ответ: г

110. В норме зрительная фиксация должна быть: а) центральной устойчивой
- б) парацентральной устойчивой
 - в) парацентральной неустойчивой
 - г) устойчивой периферической
 - д) перемежающейся
- Ответ: а

111. При центральной устойчивой фиксации рассматриваемый объект относительно неподвижно установлен на:

- а) фовеолярную область сетчатки
 - б) парафовеолярную область сетчатки
 - в) макулярную область сетчатки
 - г) парамакулярную область сетчатки
 - д) парапапиллярную область сетчатки
- Ответ: а

112. Для амблиопии с перемежающейся фиксацией характерно наличие:

- а) фиксации центральной областью сетчатки
 - б) чередования центральной (фовеолярной) и нецентральной фиксации
 - в) чередования фиксации макулярной и парапапиллярной областями сетчатки
 - г) фиксации различными зонами периферии сетчатки
 - д) фиксации областью диска зрительного нерва и другими зонами периферии сетчатки
- Ответ: б

113. Для амблиопии с неустойчивой нецентральной фиксацией характерно наличие: а) фовеолярной (центральной) фиксации

- б) чередования центральной и нецентральной фиксации
 - в) фиксации сменяющими друг друга периферическими участками сетчатки
 - г) фиксации областью жёлтого пятна
 - д) фиксации областью диска зрительного нерва
- Ответ: в

114. Характерным признаком амблиопии с устойчивой нецентральной фиксацией является наличие:

- а) фиксации центром сетчатки
 - б) фиксации определенным периферическим участком сетчатки
 - в) чередования центральной и нецентральной фиксаций
 - г) фиксации областью диска зрительного нерва
 - д) фиксации сменяющимися периферическими участками сетчатки
- Ответ: б

115. Характерным признаком амблиопии с отсутствием фиксации является наличие: а) чередования фиксации то центром сетчатки, то парапапиллярной зоной
б) чередования фиксации центральной с нецентральной
в) фиксации сменяющимися друг друга периферическими участками сетчатки
г) фиксации определенным периферическим участком сетчатки
д) полного отсутствия фиксации (на рассматриваемом объекте не задерживается ни один из участков сетчатки

Ответ: в

116. Граница парафовеолярной фиксации находится: а) в области центральной ямки сетчатки
б) на середине расстояния от центра до края желтого пятна
в) по краю жёлтого пятна
г) на середине расстояния между краем жёлтого пятна и краем диска зрительного нерва
д) на периферии сетчатки

Ответ: б

117. Граница макулярной фиксации находится: а) в зоне фовеолы
б) на середине расстояния от центра до края жёлтого пятна
в) по краю жёлтого пятна
г) на середине расстояния между краем жёлтого пятна и краем диска зрительного нерва
д) на периферии сетчатки

Ответ: в

118. Граница парамакулярной фиксации находится: а) в зоне фовеолы
б) на середине расстояния от центра до края жёлтого пятна
в) по краю жёлтого пятна
г) на середине расстояния между краем жёлтого пятна и краем диска зрительного нерва
д) на периферии сетчатки

Ответ: г

119. Зона периферической фиксации находится: а) в зоне фовеолы
б) на середине расстояния от центра до края жёлтого пятна
в) по краю жёлтого пятна
г) за серединой расстояния между краем желтого пятна и краем диска зрительного нерва

Ответ: г

120. Очки назначают ребёнку со сходящимся косоглазием и дальнозоркостью средней степени: а) только для работы на близком расстоянии
б) для постоянного ношения
в) только для дали
г) только для проведения ортоптического лечения
д) только для проведения плеоптического лечения

Ответ: б

121. Для лечения и коррекции кератоконуса используются: а) очковая коррекция
б) мягкие контактные линзы
в) жесткие газопроницаемые контактные линзы последнего поколения
г) кератопластика

Ответ : в,г

122. При пигментном ретините на глазном дне наблюдаются: а) новообразованные сосуды

б) пигментные очаги- «костные тельца»

в) «фигура звезды»

г) чередующие серо-белые очаги и пигментные глыбки- «соль и перец»

Ответ : б

123. Признаки зрелой возрастной катаракты:

а) при боковом освещении хрусталик серого цвета

б) рефлекс с глазного дна отсутствует

в) тускло-розовый рефлекс с глазного дна

г) острота зрения сотые

д) острота зрения светоощущение с правильной проекцией света

Ответ : б, д

124. Перечислите противовирусные глазные капли: а) офтальмоферон

б) альбуцид

в) мезатон

г) полудан

Ответ: а, г

125. Катаракта лечится а) хирургически

б) консервативно

Ответ: а

126. Поверхностные формы герпетического кератита: а) эпителиальный

б) дисковидный

в) субэпителиальный

г) древовидный

Ответ : г

127. Глубокие формы герпетического кератита: а) древовидный

б) метагерпетический

в) дисковидный

г) глубокий диффузный

Ответ : г

128. Лечение древовидного герпетического кератита: а) гидрокортизоновая мазь 0.5 %

б) интерферон

в) полудан

г) зафиракс

Ответ : г

129. Гомонимная гемианопсия-это

а) выпадение височных или назальных половин полей зрения обоих глаз

б) выпадение височной половины поля зрения одного и назальной другого глаза

в) концентрическое сужение полей

г) локальное выпадение участков поля зрения

Ответ : а

130. Изменения характерные для гнойной язвы роговицы:

- а) инфильтрат в роговице серого цвета с подрывными краями
- б) влага передней камеры мутная
- в) гипопион
- г) гифема
- д) смешанная инъекция глазного яблока

Ответ : а, д

131. При гнойной язве роговицы с угрозой ее прободения показано: а) лечебная кератопластика

- б) лазеркоагуляция
- в) криоапликация

Ответ : а

132. Клиника нейропаралитического кератита: а) нарушение чувствительности роговицы

- б) светобоязнь
- в) выраженный болевой синдром
- г) нарушение целостности эпителия

Ответ : а, г

133. Симптом «раздавленного помидора» наблюдается при: а) тромбозе центральной вены сетчатки

- б) отслойке сетчатки
- в) центральной серозной хориопатии
- г) острой непроходимости центральной артерии сетчатки

Ответ : а

134. Признаки врожденной глауком следующие а) мегалокорнея

- б) низкое зрение
- в) повышенное внутриглазное давление
- г) узкий зрачок

Ответ: а,б

135. Назовите расовую принадлежность, у которой строение глаза предрасполагает к закрытоугольной глаукоме а) негроидная

- б) узбекская
- в) славянская

Ответ: б

136. Виды вторичной глаукомы это а) неоваскулярная

- б) увеальная
- в) травматическая
- г) врожденная

Ответ: а,б,в

137. Симптом «раздавленного помидора» наблюдается при: а) тромбозе центральной вены сетчатки

- б) отслойке сетчатки
- в) центральной серозной хориопатии

г) острой непроходимости центральной артерии сетчатки

Ответ : а

138. Хрусталик человека имеет:

а) мезодермальное происхождение

б) эктодермальное происхождение

в) энтодермальное происхождение

г) эссенциально-криптогенное происхождение

д) возможно развитие хрусталика из различных субстратов

Ответ: б

139. Рост хрусталика заканчивается: а) к 2-м годам

б) к 5-ти годам

в) к 18-ти годам

г) к 23-годам

д) не заканчивается

Ответ: д

140. В покое аккомодации преломляющая сила хрусталика составляет:

а) 5-12 диоптрий

б) 12-18 диоптрий

в) 19-21 диоптрий

г) 25-32 диоптрий

д) 58-65 диоптрий

Ответ: в

141. У пациентки 55 лет, страдающей сахарным диабетом в течение 15 лет, после обширного кровоизлияния в стекловидное тело в области зрительного нерва организовалась шварт, проминирующая в стекловидное тело. В шварте отмечается появление новообразованных сосудов. Больной следует рекомендовать:

а) проведение сосудорасширяющей терапии;

б) проведение рассасывающей терапии;

в) витректомию;

г) проведение сосудукрепляющей терапии;

д) лазертерапию. Ответ: в

142. У больного сахарным диабетом гониоскопически в обоих глазах обнаружены новообразованные сосуды в корневой зоне радужной оболочки. Угол открытый, видны все опознавательные зоны. Острота зрения ОИ = 1,0, ВГД ОУ колеблется от 27 до 30 мм рт.ст.

Рекомендовано:

а) обследование на глаукому;

б) назначить антиглаукоматозное лечение;

в) лазерное лечение;

г) провести курс целенаправленной медикаментозной терапии. Ответ : а, б

143. У больного сахарным диабетом гониоскопически выявлена выраженная экзогенная и эндогенная пигментация опознавательных зон. Угол средней ширины, неравномерный. Острота зрения ОИ = 1,0, ВГД ОУ = 30 мм рт.ст. Сахарный диабет средней тяжести, компенсирован, инсулинозависимый. Лечение: раствор пилокарпина 1% 3 раза в день, периодически принимает диакар. Больному следует: а) усилить антиглаукомную терапию;

- б) произвести антиглаукоматозную операцию;
- в) лазерное лечение;
- г) отменить диакарб;
- д) Ответ : а, г

144. У 25-летней пациентки, страдающей сахарным диабетом с 3-х летнего возраста, частые кровоизлияния в стекловидное тело и сетчатку. Течение сахарного диабета лабильное: цифры сахара крови неустойчивые, часты состояния относительной гипогликемии. Сахарный диабет инсулинозависимый. Комплексное лечение проводит нерегулярно. Больной следует рекомендовать:

- а) регулярную терапию;
- б) проведение рассасывающей терапии;
- в) проведение сосудоукрепляющей терапии;
- г) отрегулировать сахар крови;
- д) все перечисленно Ответ: д

145. У 15-летней пациентки, страдающей сахарным диабетом с 5-летнего возраста, отмечается неоваскуляризация ткани радужной оболочки, на диске зрительного нерва и в перипапиллярной области. Больной следует:

- а) назначить антисклеротические средства;
- б) назначить средства рассасывающего действия;
- в) назначить сосудорасширяющие средства;
- г) рекомендовать лазерную терапию. Ответ: г

146. К факторам, способствующим развитию диабетической ретинопатии относятся: а) гипергликемия;

- б) гиперметропия;
- в) конъюнктивит; Ответ: а

147. Изменения в тканях глаза при сахарном диабете можно характеризовать как а) осложнения сахарного диабета;

- б) проявления сахарного диабета; Ответ: б

148. Основные процессы, происходящие в тканях глаза у больного сахарным диабетом можно характеризовать, как: а) воспалительные;

- б) неоваскуляризацию;
- в) дистрофические; Ответ: б, в

149. Дегенеративный процесс в органе зрения у больного сахарным диабетом локализуется в:

- а) ткани угла передней камеры;
- б) сетчатке;
- в) влаге передней камеры; Ответ: а, б

150. Геморрагический процесс в органе зрения у больного сахарным диабетом локализуется во всех перечисленных тканях глаза, кроме: а) конъюнктивы и роговицы;

- б) радужки;
- в) стекловидного тела;
- г) сетчатки. Ответ: а

151. Неоваскуляризация в органе зрения у больного сахарным диабетом локализуется во всех перечисленных отделах глаза, кроме: а) сетчатки;
б) радужки;
в) тканях угла передней камеры;
г) роговицы. Ответ : г

152. Причиной неоваскуляризации у больного сахарным диабетом является:
гипоксия тканей;
воспалительные процессы;
сочетание сахарного диабета с гипертонической болезнью; Ответ: а

153. Наиболее частым у больного сахарным диабетом является заболевание: а) ячмень;
б) халязион;
в) блефарит; Ответ: а

154. Для больного сахарным диабетом типичными изменениями со стороны конъюнктивы являются:
а) конъюнктивит;
б) отложения холестерина-белковых фракций;
в) кровоизлияния;
г) сужение артериол; Ответ: б, в

155. Изменения в тканях глаза при сахарном диабете можно характеризовать как
а) осложнения сахарного диабета;
б) проявления сахарного диабета; Ответ: б

156. Основные процессы, происходящие в тканях глаза у больного сахарным диабетом можно характеризовать, как: а) воспалительные;
б) неоваскуляризацию;
в) дистрофические; Ответ: б, в

157. Дегенеративный процесс в органе зрения у больного сахарным диабетом локализуется в: а) ткани угла передней камеры;
б) сетчатке;
в) влаге передней камеры; Ответ: а, б

158. Геморрагический процесс в органе зрения у больного сахарным диабетом локализуется во всех перечисленных тканях глаза, кроме: а) конъюнктивы и роговицы;
б) радужки;
в) стекловидного тела;
г) сетчатки. Ответ: а

159. Причиной неоваскуляризации у больного сахарным диабетом является: а) гипоксия тканей;
б) воспалительные процессы;
в) сочетание сахарного диабета с гипертонической болезнью; Ответ: А

160. К проявлениям застойного диска ДЗН относятся: проминенция (выстояние) ДЗН в стекловидное тело расширение слепого пятна размытость границ ДЗН
г) массивные ретинальные кровоизлияния

д) ДЗН имеет нормальный вид

Ответ: а, б, в

161. Симптом «амавротический кошачий глаз» встречается при: а) ретинобластоме

б) окклюзии центральной артерии сетчатки

в) остром иридоциклите

г) поверхностном герпетическом кератите

д) начальной глаукоме
Ответ: а

162. Хирургическая обработка тяжелой внутриглазной травмы должна осуществляться в ближайшем:

а) «скорой помощью»;

б) травм. пункте;

в) глазном кабинете поликлиники;

г) специализированном стационаре.

Ответ: г

163. Основная жалоба при наличии инородного тела роговицы: а) покраснение века;

б) слезотечение;

в) светобоязнь;

г) резкая боль в глазу.

Ответ: г

164. Пациент с проникающим ранением подлежит: а) амбулаторному лечению;

б) срочной госпитализации в глазное отделение;

в) срочному хирургическому вмешательству;

г) лечению в дневном стационаре.

Ответ: б

165. Оказание неотложной доврачебной помощи при проникающем ранении: а) закапать 20% раствор сульфацил натрия;

б) заложить 1% левомецетиновую мазь;

в) промыть рану;

г) дать внутрь антибиотик широкого спектра действия.

Ответ: а

166. Диагностический признак ранения глазницы:

а) дакриоцистит;

б) эмфизема века и глазницы;

в) экзофтальм;

г) дефект роговицы.
Ответ: б

167. Клинические признаки контузии конъюнктивы:

подконъюнктивальное кровоизлияние;

гематома века; гнойное отделяемое; г) лагофтальм

Ответ: а

168. При ретробульбарной гематоме не наблюдается: а) экзофтальм;

б) ограничение подвижности глазного яблока;

в) повышение внутриглазного давления;

г) понижение внутриглазного давления.

Ответ: г

169. При контузии глазного яблока возникает:

- а) снижение внутриглазного давления;
- б) снижение остроты зрения;
- в) не бывает изменения остроты зрения;
- г) кератит.

Ответ: б

170. Жалобы пациента при наличии инородного тела конъюнктивы:

- а) кровотечение, слезотечение;
- б) слезотечение, рвота;
- в) боль в глазу, слезотечение;
- г) кровотечение, гнойное отделяемое.

Ответ: в

171. Наиболее частая локализация инородного тела конъюнктивы: а) лимб;

- б) склера;
- в) нижнее веко;
- г) верхнее веко.

Ответ: г

172. При ожоге средней степени, оказывая неотложную помощь, проводится все, кроме:

- а) длительно промывается конъюнктивальный мешок;
- б) назначают анальгин внутрь;
- в) закапывают 30% сульфацил натрия;
- г) закладывают 1% левомицетиновую мазь.

Ответ: в

173. Месноанестезирующие средства применяют при:

- а) удалении инородных тел роговицы;
- б) взятии мазка с конъюнктивы;
- в) удалении инородных тел радужки;
- г) эрозии роговицы. Ответ: а

174. При травме смещение хрусталика не бывает:

- а) в стекловидное тело;
- б) в переднюю камеру;
- в) под конъюнктиву;
- г) под склеру.

Ответ: г

175. Ожоги глазного яблока не могут быть вызваны:

- а) химическими факторами;
- б) термическими факторами;
- в) лучевыми факторами;
- г) рентгеновскими факторами.

Ответ: г

176. Неотложные доврачебные мероприятия при ожогах конъюнктивы, включают все, кроме: а) закапать 1% раствор атропина;

- б) назначить анальгетик внутрь;
- в) наложить повязку;
- г) ввести противостолбнячную сыворотку.

Ответ: в

177. Степень тяжести поражения глаза при ожогах:

- а) при щелочном выше, чем при ожоге кислотой;
- б) при ожоге кислотой выше, чем при термическом;
- в) при ожоге кислотой выше, чем при щелочном;
- г) химический ожог менее опасен, чем термический.

Ответ: а

178. При сквозном ранении, имеется:

- а) наличие внутриорбитального инородного тела;
- б) гемофтальм;
- в) наличие входного и выходного отверстия;
- г) резкие боли при движении глазного яблока.

Ответ: в

179. Первая помощь в поликлинике при проникающем ранении глазного яблока с выпадением оболочек включает:

- а) вправление выпавших оболочек;
- б) иссечение выпавших оболочек и герметизация раны;
- в) наложение повязки и транспортировка в специализированное глазное отделение;
- г) срочная транспортировка в отделение травматологии. Ответ: в

180. Причины приобретенных изменений хрусталика: а) микрофакия;

- б) глаукома;
- в) кератит;
- г) контузия.

Ответ: г

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

На прием к окулисту поликлиники обратилась пациентка 60 лет с просьбой направить ее для определения с группой инвалидности по зрению. Наблюдается по поводу глаукомы 15 лет, зрение снизилось до очень низкого.

Vis OB в 0,08 не корр. Vis OS в 0,05 не корр.

OU поле зрения сужено с носовой стороны до 20 градусов от точки фиксации. ВГД-25 мм.рт.ст. Оптические среды прозрачные, на глазном дне-диск зрительного нерва серый с глубокой краевой эскавацией

Возможно ли направление на экспертизу и какая группа инвалидности может быть определена?

ОТВЕТ: Направить на МСЭК по состоянию зрительных функций, где может быть определена 2 гр. инвалидности

Ситуационная задача № 2

Пациент М, 72 лет, обратился с жалобами на снижение зрения на правом глазу в течение нескольких месяцев. Позже присоединились искажения предметов и букв при чтении этим глазом. При осмотре врачом-окулистом по месту жительства был выставлен диагноз незрелой катаракты, возрастной макулярной дегенерации преддисциформной формы обоих глаз.

Дано направление на оперативное лечение катаракты правого глаза. При осмотре офтальмологом-хирургом в оперативном лечении было отказано.

Vis OD = 0,2; OS = 1,0.

ВГД OD = 21 мм рт.ст.; OS = 19 мм рт.ст.

При осмотре: передний отрезок глаз не изменен. Роговица прозрачная, зеркальная. При биомикроскопии хрусталика в диффузном освещении определяются помутнения кортикальных слоев по типу «спиц в колесе», симметричные с обеих сторон, в прямом фокальном освещении ядра уплотнены, желтоватого цвета. Глазное дно просматривается свободно. На глазном дне справа определяется большое количество сливных друз, перераспределение пигмента, макулярный отек. ДЗН и периферическая сетчатка не изменены. На левом глазу в макуле единичные друзы и участки атрофии пигментного эпителия. Сетчатка и ДЗН также без патологии.

1. Какие методы дополнительного обследования необходимо провести?
2. Методом какого освещения возможно более детально рассмотреть помутнения в слоях хрусталика?
3. Какое заболевание Вы можете заподозрить у этого пациента и почему ему было отказано в оперативном лечении катаракты?
4. На основании чего должен быть выставлен правильный диагноз?
5. С какими другими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
6. Тактика лечения пациента.
7. Возможный прогноз исхода заболевания на правом и левом глазах.

Ответ

1. Необходимо провести осмотр глазного дна методом прямой офтальмоскопии с помощью бесконтактной линзы 90 или 60 Д, или же прямого офтальмоскопа. Для более точной локализации процесса в слоях сетчатки – ОКТ.
2. Осматривать хрусталик в данном случае предпочтительнее с помощью прямого фокального освещения, а не только в диффузном свете.
3. Пациент страдает дисциформной формой возрастной макулярной дегенерации правого глаза, преддисциформной формой левого глаза, начальной сенильной катарактой обоих глаз. В оперативном лечении катаракты ему было отказано в связи с неэффективностью данной операции при этом заболевании.
4. Правильный диагноз выставлен на основании совокупности жалоб, осмотра, основных и дополнительных методов обследования.
5. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с поражениями макулы при миопии высокой степени, посттромботической ретинопатии, диабетическим макулярным отеком, посттравматическими и ранее перенесенными воспалительными заболеваниями макулярной сетчатки.
6. Основным методом лечения этого заболевания является интравитреальное введение люцетиса в пораженный глаз. Хотя, если отек сетчатки достаточно высок, возможно и интраокулярное введение озурдекса. Затем следует рекомендовать длительный прием препаратов, содержащих лютеин и зеаксантин длительными курсами в течение всей жизни.
7. Прогноз заболевания достаточно благоприятный при «сухой» форме ВМД. При влажной ВМД острота зрения, учитывая регулярно проводимое лечение, может

сохраняться высокой достаточно долго, но при плохом исходе заболевание заканчивается потерей центрального зрения.

Ситуационная задача № 3

Пациентка К, 70 лет, обратилась с жалобами на отсутствие предметного зрения на правом глазу. Отмечает периодически ощущение «выпираания» правого глаза из орбиты, тяжесть, давящие боли в глазном яблоке, в сочетании с появлением тумана перед глазом и радужных кругов при взгляде на источник света левым глазом в течение 8 месяцев.

При обследовании: острота зрения OD – неправильная светопроекция; OS = 0,2 не корр. Глаза спокойны, передние цилиарные вены расширены, извитые, роговицы тусклые (особенно OD), радужки атрофичны – на OD больше, чем на OS, перераспределение пигмента в виде россыпи на поверхности обеих радужек. Зрачки черного цвета, вяло реагируют на свет. При биомикроскопии хрусталиков определяются помутнения заднекортикальных слоев, более выраженные на правом глазу. Пальпаторно офтальмотонус повышен на оба глаза, но на OD больше, чем на OS. При осмотре глазного дна определяется тотальная глубокая экскавация ДЗН правого глаза и экскавация ДЗН = 0,7 ДД левого глаза. Рефлекс глазного дна правого глаза ослаблен, глазное дно определяется под флером. Хотя изменения ДЗН визуализируются достаточно свободно. Рефлекс глазного дна на левом глазу сохранен.

1. На что необходимо заострить внимание пациента при сборе анамнеза?
2. Какие методы исследования помогут в постановке правильного диагноза?
3. Что необходимо заподозрить у этого пациента?
4. С чем необходимо дифференцировать предполагаемую патологию?
5. Какова будет тактика действий?
6. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Ответ

1. Необходимо тщательно собрать и проанализировать жалобы, анамнез заболевания, семейно-наследственный анамнез, анамнез перенесенных заболеваний.
2. Бифокальный осмотр, биомикроскопия хрусталика в прямом фокальном и диффузном освещении (для более точного определения клинической формы катаракты и ее влияния на остроту зрения), тонометрия, периметрия, по возможности ОКТ – исследование толщины перипапиллярной сетчатки и слоя ганглионарных волокон.
3. Терминальную стадию глаукомы на правом глазу и развитую или даже далекозашедшую глаукому на левом глазу.
4. С возрастной катарактой обоих глаз.
5. Нужно убедить женщину в необходимости обязательной консультации окулиста для квалифицированного обследования и соответствующих рекомендаций по лечению.
6. На правом глазу терминальная глаукома может осложниться выраженным болевым симптомом и послужить аргументом удаления болящего, практически слепого глаза. На левом глазу глаукомный процесс будет неуклонно прогрессировать вплоть до утраты зрительных функций (но этого говорить пациенту ни в коем случае нельзя!).

Ситуационная задача № 4

Ввиду отсутствия окулиста по месту жительства, обратилась пациентка 64 лет, которая полтора года тому назад во время лечения на курорте по поводу гипертонической болезни была консультирована окулистом. Он диагностировал у нее возрастную катаракту на обоих глазах, причем и тогда и сейчас гораздо хуже видит правый глаз. Больше она к врачу не обращалась. Несколько дней назад в правом глазу появились боли, иррадирующие в затылок и чувство распирания глаза. Перед правым глазом «стоит густой туман» и глаз почти ничего не видит.

При обследовании: острота зрения OD – счет пальцев у глаза; OS = 0,3 не корр. На правом глазу выраженная застойная инъекция передних сосудов, роговица отечная, передняя камера мелкая, радужка отечная, зрачок около 4-5 мм в диаметре темно-серого цвета обычной величины. Биомикроскопия хрусталика невозможна из-за того, что хрусталик диффузно мутный, белого цвета. Осмотр глазного дна невозможен из-за отсутствия рефлекса глазного дна. На левом глазу передний отрезок не изменен. При осмотре хрусталика на щелевой лампе в диффузном и прямом фокальном свете определяются помутнения в переднекортикальных слоях и ядре, которое серо-желтого цвета. Рефлекс глазного дна ослаблен, но детали визуализируются – явления гипертонической ангиопатии сетчатки.

1. Что необходимо заподозрить у этого пациента?
2. Какие дополнительные методы обследования нужно провести?
3. С чем необходимо дифференцировать предполагаемую патологию?
4. Какова будет тактика действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Ответ

1. Незрелую (набухающую) катаракту, факогенный острый приступ глаукомы правого глаза, начинающуюся возрастную катаракту левого глаза.
2. Тонометрию, гониоскопию. Периметрию только левого глаза.
3. На правом глазу – с острым иридоциклитом, с острым приступом первичной закрытоугольной глаукомы (ЗУГ). На левом – с начальной стадией глаукомы.
4. Оказать полный объем первой врачебной помощи по купированию острого приступа глаукомы правого глаза, после чего срочно отправить пациента в специализированный стационар.
5. Некупированный острый приступ глаукомы может в течение суток привести к потере зрения вследствие полной атрофии зрительного нерва.

Ситуационная задача № 5

На прием после выписки из стационара пришел больной, которому после тяжелой травмы был удален правый глаз. Работал водителем.

Vis OD = 1,0 без патологических изменений

Vis OS-глазное яблоко отсутствует, конъюнктивальная полость чистая, протезирована. Сформулируйте диагноз. Определите профпригодность

Ответ: Анофтальм слева. Учитывая, что пациент не может работать водителем, направить его на МСЭК для установления 3 гр. Инвалидности

Ситуационная задача № 6

Больной жаловался на пятно перед правым глазом, которое не дает возможности прочесть слово. Для того, чтобы видеть все буквы в слове, он должен совершать движения головой.

Болен уже месяц, но к врачу не обращался.

Какое исследование в первую очередь надо назначить больному? Что Вы думаете определить при этом

Ответ

Исследовать поле зрения. Нацелены найти центральную скотому.

Ситуационная задача № 7

Вы стоите на улице и смотрите прямо перед собой. Справа к Вам приближается грузовик. На какую часть сетчатки правого глаза попадает изображение этого грузовика?

Ответ

На носовую половину сетчатки правого глаза.

Ситуационная задача № 8

Больная 35 лет, жалуется, что много лет плохо видит в темноте. Когда берет что-нибудь со стола, то обязательно переворачивает рядом стоящий предмет, при ходьбе натывается на окружающие предметы. Остроту зрения равную 0,3 - 0,4, коррекция не улучшает. Какое исследование надо провести больной, чтобы уточнить диагноз? Какие элементы сетчатки страдают при этом.

Ответ

Поле зрения, исследовать темновую адаптацию. Страдают палочки.

Ситуационная задача № 10

К Вам обратился пострадавший 18-ти лет по поводу контузии век и глазного яблока OD. Острота зрения травмированного глаза 0,6 не корр., OS=1,0. Беспокоит значительный отек век и гематома OD, затруднено открытие глазной щели правого глаза. При пальпации век правого глаза Вы отметили выраженную крепитацию. Какую патологию Вы заподозрите у пациента? Какие методы обследования нужно провести?

Ответ: Тупая травма. Перелом внутренней стенки орбиты справа. Необходимо сделать рентгенографию орбиты

Ситуационная задача № 11

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

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

Ответ:

1. У пациентки имеется полная осложненная (посттравматическая) катаракта правого глаза.
2. Уточнить анамнез травмы, провести наружный осмотр глаз, ориентировочно (пальпаторно) определить уровень внутриглазного давления обоих глаз.
3. Для уточнения диагноза направить больную на обзорную R-графию орбит в двух проекциях, УЗИ глаз.
4. Эта патология консервативно не лечится. Показано удаление катаракты правого глаза с соответствующей интраокулярной коррекцией для восстановления функции бинокулярного зрения.
5. Направлю пациентку на консультацию офтальмолога в поликлинику или непосредственно в офтальмологический стационар.

Ситуационная задача № 12

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

неправильной формы, неравномерно серого цвета, реакции зрачка на свет нет, зрачок сужен до 3 мм. Глазное дно на OS не просматривается, ВГД - 37 мм рт. ст. Правый глаз здоров.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?

4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?

5. Каков прогноз при данной патологии?

Ответ.

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

Ситуационная задача № 13

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

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

4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?

5. Какие осложнения могут быть при данной патологии. **Ответ.**

1. Контузия правого глаза (предположительно, тяжелой степени).
2. Пропальпировать края обеих орбит, провести фокальный и бифокальный осмотры, осмотр в проходящем свете, проверить остроту зрения, сделать обзорную рентгенограмму проекции орбит.

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

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

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

Ситуационная задача № 14

К Вам обратился тракторист 45 лет с жалобами на снижение зрения и сильные боли в левом глазу. Накануне на работе что-то попало в левый глаз, не сразу промыл его водой. К вечеру глаз покраснел и стал болеть.

Ночью были сильные боли в глазу, появились светобоязнь, слезотечение, пелена перед глазом. Объективно: острота зрения OD - 1,0; OS - 0,2 не корр. OS - глазная щель сужена, веки отечные, светобоязнь, слезотечение, перикорнеальная инъекция, роговая оболочка отечная, передняя камера мелкая, заполнена гнойным содержимым, радужная

оболочка грязно-ерого цвета, рисунок стушеван, зрачок сужен, подтянут вверх, реакция на свет вялая. Правый глаз без патологии.

1. Какой диагноз можно предположить у пострадавшего?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходима дифференциальная диагностика при данной травме?
4. Тактика Ваших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной травме?

Ответ

1. У больного имеется проникающее ранение (?), острый (посттравматический) иридоциклит инородное тело (?) левого глаза.
2. Обзорная рентгенография орбит в двух проекциях, при подозрении на инородное тело левого глаза – рентгенлокализация инородного тела в двух проекциях, УЗИ-исследование левого глаза.
3. Дифференциальная диагностика проводится между проникающим и непроникающим ранением и по степени тяжести травмы глаза.
4. Внутримышечно ввести ПСС по Безредке. Срочно («скорой помощью») с сопровождающим доставить пострадавшего в офтальмологический стационар.
5. Утяжеление процесса – возникновение эндофтальмита, панофтальмита. В более поздние сроки развитие осложненной (посттравматической) катаракты, вторичной (посттравматической) глаукомы, возникновение симпатической офтальмии на парном, нетравмированном глазу.

Ситуационная задача № 15

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

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

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

Ситуационная задача № 16

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

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

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

Эталон ответа

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

Ситуационная задача № 17

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

1. Какую патологию Вы заподозрите?
 2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
 3. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
 4. Дальнейшая тактика Ваших действий?
 5. Какие осложнения могут развиваться при данной патологии? **Эталон ответа.**
1. У ребенка возможен спазм аккомодации или начало близорукости.
 2. Необходимо проверить остроту зрения вдаль без коррекции, субъективным методом определить вид и степень рефракции, попробовать подобрать коррекцию для дали.
 3. Спазм аккомодации следует дифференцировать с близорукостью или дальнорукостью.
 4. Сказать маме о необходимости консультации у офтальмолога.
 5. Спазм аккомодации может перейти в истинную близорукость.

Ситуационная задача № 18

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

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

Эталон ответа.

1. Близорукость (миопия) II степени правого глаза, близорукость (миопия) III степени левого глаза. Миопическая анизометропия.
2. Иногда анизометропия может быть обусловлена опухолью глаза с большей степенью близорукости.

3. Исследовать остроту зрения вдаль без коррекции и с коррекцией, субъективным методом определить степень близорукости на каждый глаз, исследовать остроту зрения в очках с максимальной и переносимой очковой коррекцией.

4. Рекомендовать консультацию офтальмолога - специалиста по хирургической коррекции аномалий рефракции с целью устранения анизометропии или сменить место работы и пользоваться контактными линзами.

5. Осложнениями могут быть расходящееся косоглазие, нарушение бинокулярного зрения, прогрессирование близорукости.

Ситуационная задача № 19

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

1. Какую патологию Вы заподозрите у пациента?

2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?

3. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

4. Дальнейшая тактика Ваших действий?

5. Какие осложнения могут развиваться при данной патологии? **Эталон ответа.**

1. Возрастное, физиологическое ослабление аккомодации - пресбиопию.

2. Необходимо уточнить - сочетается ли пресбиопия с эмметропией или какой-либо аномалией рефракции.

3. Проверить остроту зрения без коррекции вдаль, субъективным методом определить вид и степень рефракции, остроту зрения вдаль с коррекцией.

4. Направить на консультацию к офтальмологу, так как, помимо подбора пресбиопических очков, после 40 лет необходимо контролировать внутриглазное давление.

5. Могут развиваться хронический блефарит, блефароконъюнктивит, мышечная астенения

Ситуационная задача № 20

Пациент К., 4 года. Родители первоначально отмечали отклонение правого глаза во время игр, через 6 месяцев правый глаз стал отклоняться к носу и при взгляде вдаль. Объективно: острота зрения правого глаза 0,4 н/к, левого глаза – 0,7 сфера + 2,5 Дптр=0,8. Диплопии нет. В первичном положении взора УК 15 градусов. Первичный и вторичный углы отклонения равны. Подвижность глаз в полном объеме. Альтернирования нет. По 4х точечному цветотесту характер зрения – левостороннее. При рефрактометрии с широким зрачком:

рефракция правого глаза +7,5 Дптр, левого глаза +3,75 Дптр. При установке корригирующих стекло в оправу для подбора очков и двух открытых глазах положение глаз стало правильным.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.

2. Чем обусловлено снижение остроты зрения правого глаза. Дайте клиническое определение этого состояния.

3. Дайте заключение о клинической рефракции пациента.

4. Составьте ориентировочный план лечения пациента.

5. Определите прогноз заболевания с учетом развернутого диагноза. **Ответ:**

1. Содружественное аккомодационное правостороннее косоглазие.

2. У пациента развилась амблиопия средней степени правого глаза вследствие длительного существования функциональной скотомы торможения.

3. У пациента гиперметропия высокой степени правого глаза, гиперметропия средней степени левого глаза.

4. Необходимо назначение полной постоянной очковой коррекции; применение плеоптики

(периодическая прямая окклюзия левого глаза не менее 6-12 месяцев); к моменту достижения остроты зрения на правом глазу не менее 0,4-0,5 и разницы между правым и левым глазом не более 0,2 переходят к диплотическому лечению.

5. С учетом наличия у пациента содружественного аккомодационного косоглазия в случае Немедленного начала лечения шансы на восстановления бинокулярного зрения приближаются к 100%.

Ситуационная задача № 21

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

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

Ответ.

1. Вероятнее всего, у данного пациента имеется паралитическое расходящееся косоглазие правого глаза.

2. Проверить остроту зрения вдаль без коррекции и с коррекцией, субъективным методом исследовать вид и степень рефракции, определить объем движений глазных яблок, вид косоглазия и величину его угла, вид зрения - монокулярное или одновременное.

3. Дифференциальную диагностику нужно проводить между содружественным и паралитическим видами косоглазия.

4. Рекомендовать консультацию невролога и офтальмолога для определения тактики лечения.

5. Может развиваться двоение и стойкое нарушение бинокулярного зрения

Ситуационная задача № 22

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

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

Ответ.

1. У девочки имеется, вероятно, содружественное монокулярное, либо альтернирующее расходящееся косоглазие.

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

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

4. Направить на консультацию к офтальмологу.

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

Ситуационная задача № 23

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

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

1. У подростка имеется, вероятно, альтернирующее косоглазие.
2. Тщательно проанализировать жалобы и анамнез заболевания, проверить остроту зрения вдаль без коррекции и с коррекцией, таким образом, субъективно определить вид и степень рефракции. Определить объем движений глазных яблок и вид косоглазия.

3. Дифференциальную диагностику следует проводить между явным и кажущимся косоглазием, между содружественным и паралитическим.

4. Рекомендовать консультацию офтальмолога.

5. Если у подростка альтернирующее косоглазие, амблиопии, как правило, не бывает. Может развиваться стойкое нарушение бинокулярного зрения

Ситуационная задача № 24

К Вам за советом обратился подросток 12 лет, у которого при взгляде вдаль появляется сходящееся косоглазие, устают глаза при чтении.

1. Какую патологию Вы заподозрите у подростка?
2. Какие ему необходимо провести дополнительные методы обследования?
3. С чем дифференцируется данная патология?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Чем чревато это состояние для зрения подростка?

Ответ.

1. Скорее всего, у подростка имеется скрытое сходящееся косоглазие.
2. Следует проверить остроту зрения вдаль каждого глаза без коррекции и с коррекцией, вид и степень рефракции, определить объем движений глазных яблок и характер (вид) зрения – монокулярное, одновременное или бинокулярное.

3. Дифференциальную диагностику нужно проводить между содружественным и паралитическим косоглазием.

4. Подростку показаны консультации офтальмолога и невролога. 5. Может развиваться стойкое нарушение бинокулярного зрения.

Ситуационная задача № 25

Пациент К., 4 года. Родители первоначально отмечали отклонение правого глаза во время игр, через 6 месяцев правый глаз стал отклоняться к носу и при взгляде вдаль. Объективно: острота зрения правого глаза 0,4 н/к, левого глаза – 0,7 сфера + 2,5 Дптр=0,8. Диплопии нет. В первичном положении взора УК 15 градусов. Первичный и вторичный углы отклонения равны. Подвижность глаз в полном объеме. Альтернирования нет. По 4х точечному цветотесту характер зрения – левостороннее. При рефрактометрии с широким зрачком:

рефракция правого глаза +7,5 Дптр, левого глаза +3,75 Дптр. При установке корригирующих стекло в оправу для подбора очков и двух открытых глазах положение глаз стало правильным.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.

2. Чем обусловлено снижение остроты зрения правого глаза. Дайте клиническое определение этого состояния.
3. Дайте заключение о клинической рефракции пациента.
4. Составьте ориентировочный план лечения пациента.
5. Определите прогноз заболевания с учетом развернутого диагноза. **Ответ:**
 1. Содружественное аккомодационное правостороннее косоглазие.
 2. У пациента развилась амблиопия средней степени правого глаза вследствие длительного существования функциональной скотомы торможения.
 3. У пациента гиперметропия высокой степени правого глаза, гиперметропия средней степени левого глаза.
 4. Необходимо назначение полной постоянной очковой коррекции; применение плеоптики (периодическая прямая окклюзия левого глаза не менее 6-12 месяцев); к моменту достижения остроты зрения на правом глазу не менее 0,4-0,5 и разницы между правым и левым глазом не более 0,2 переходят к диплотическому лечению.
 5. С учетом наличия у пациента содружественного аккомодационного косоглазия в случае Немедленного начала лечения шансы на восстановления бинокулярного зрения приближаются к 100%.

Ситуационная задача № 26

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

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

Ответ.

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

Ситуационная задача № 27

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

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

Ответ.

1. У девочки имеется, вероятно, содружественное монокулярное, либо альтернирующее расходящееся косоглазие.

2. Проверить остроту зрения вдаль каждого глаза без коррекции; субъективным методом определить вид и степень рефракции, остроту зрения вдаль с субъективно определенной коррекцией. Определить объем движений глазных яблок, вид косоглазия и величину его угла, а также характер зрения (монокулярное, бинокулярное, одновременное).
3. Дифференцировать надо между явным и кажущимся косоглазием, между содружественным и паралитическим видами.
4. Направить на консультацию к офтальмологу.
5. Может развиваться амблиопия косящего глаза, если это не альтернирующее косоглазие, стойкое нарушение бинокулярного зрения.

Ситуационная задача № 28

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

1. Какую патологию Вы заподозрите в данном случае?
2. Необходимые дополнительные методы обследования, с Вашей точки зрения?
3. В чем состоит дифференциальная диагностика данной патологии?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут наблюдаться при данной патологии? **Ответ.**
 1. У подростка имеется, вероятно, альтернирующее косоглазие.
 2. Тщательно проанализировать жалобы и анамнез заболевания, проверить остроту зрения вдаль без коррекции и с коррекцией, таким образом, субъективно определить вид и степень рефракции. Определить объем движений глазных яблок и вид косоглазия.
 3. Дифференциальную диагностику следует проводить между явным и кажущимся косоглазием, между содружественным и паралитическим.
 4. Рекомендовать консультацию офтальмолога.
 5. Если у подростка альтернирующее косоглазие, амблиопии, как правило, не бывает. Может развиваться стойкое нарушение бинокулярного зрения

Ситуационная задача № 29

К Вам за советом обратился подросток 12 лет, у которого при взгляде вдаль появляется сходящееся косоглазие, устают глаза при чтении.

1. Какую патологию Вы заподозрите у подростка?
 2. Какие ему необходимо провести дополнительные методы обследования?
 3. С чем дифференцируется данная патология?
 4. Тактика Ваших дальнейших действий?
 5. Чем чревато это состояние для зрения подростка?
- Ответ.**
1. Скорее всего, у подростка имеется скрытое сходящееся косоглазие.
 2. Следует проверить остроту зрения вдаль каждого глаза без коррекции и с коррекцией, вид и степень рефракции, определить объем движений глазных яблок и характер (вид) зрения – монокулярное, одновременное или бинокулярное.
 3. Дифференциальную диагностику нужно проводить между содружественным и паралитическим косоглазием.
 4. Подростку показаны консультации офтальмолога и невролога.
 5. Может развиваться стойкое нарушение бинокулярного зрения.

Ситуационная задача № 30

К окулисту обратился больной сахарным диабетом 54 лет 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 склерозированы. В макулярной зоне микроаневризмы, макулярный рефлекс отсутствует, парамаккулярно имеется скопление твердых очажков желтого цвета. На ОСТ в области макулы многокамерный отек.

Поставьте диагноз. Каковы Ваши действия?

Ответ: диагноз: Макулярный отек сетчатки правого глаза. Необходимо направить пациента в специализированный стационар для проведения противоотечной терапии.

Ситуационная задача № 31

Больной 65 лет жалуется на 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 коркового отделов хрусталика, на остальной периферии рефлекс хорошо виден. На глазном дне ДЗН бледно бледно-розовый, границы его четкие, по всей сетчатке масса твердых экссудатов желтого цвета в форме кленовых листьев, геморрагии различной формы и величины. Слева - глаз спокоен.

Поставьте диагноз. Какие дополнительные вопросы необходимо задать пациенту?

Консультацию какого специалиста назначить?

Ответ: диагноз - Непролиферативная диабетическая ретинопатия правого глаза.

Необходимо поинтересоваться не страдает ли данный пациент сахарным диабетом. Направить его к эндокринологу для обследования и назначения специфического лечения. Взять пациента на диспансерный учет.

Ситуационная задача № 32

К окулисту обратился больной сахарным диабетом 60 лет с жалобами на постепенное снижение зрения обоих глаз, больше справа. Объективно: Vis OD=0,3 н/к, T=20 мм рт. ст., OS=0,5, T=21 мм рт. ст. Глаза спокойны. Роговица прозрачная и сферичная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка в цвете и рисунке не изменена, зрачок правильной формы, хорошо реагирует на свет. В хрусталиках помутнения в корковых и частично в ядерных слоях с коричневым окрашиванием, больше справа. Глазное дно: ДЗН бледнорозовый, границы четкие, экскавация физиологическая, артерии склерозированы. В макулярной зоне без патологии.

Укажите диагноз. Ваши рекомендации.

Ответ: диагноз- Неполная осложненная диабетическая катаракта обоих глаз. Рекомендовано: наблюдение у эндокринолога, а также хирургическое лечение катаракты на правом глазу.

Ситуационная задача № 33

На приеме у окулиста ребенок 2-х лет. Родители отмечают плохое зрение, малоподвижность и увеличение размеров левого глазного яблока. Объективно: Острота зрения левого глаза = ноль. OS: экзофтальм, движения глазного яблока ограничены. Отмечается зеленое «свечение» зрачка, зрачок широкий, на свет не реагирует. ДЗН бледный, границы его ступенчатые.

Поставьте диагноз. Назовите методы лечения.

Ответ: диагноз: Ретинобластома III стадии. Лечение – экзентерация орбиты, лучевая и химиотерапия.

Ситуационная задача № 34

К Вам на прием обратилась женщина 34 лет с жалобами на резкое снижение зрения. Отмечает видение темных пятен перед глазами, сужение поля зрения, головную боль и умеренную болезненность при движении глазных яблок. Перед этим перенесла грипп. При исследовании глаз больной Вы установили, что острота зрения OU - 0,08, не корр.

1. Какую патологию глаз Вы предполагаете у этой больной?
2. Какое обследование глаз Вы сможете провести для предположительной диагностики указанной патологии?
3. Кроме значительного снижения остроты зрения, какие зрительные функции могут быть нарушены при предполагаемой патологии глаз?
4. Какой исход со стороны глаз возможен при данной патологии?
5. Какова будет тактика Ваших действий?

Ответ.

1. Можно предположить неврит зрительного нерва обоих глаз.
2. Провести ориентировочное исследование полей зрения и цветоощущения. Посмотреть фокально, бифокально и в проходящем свете оба глаза, уровень внутриглазного давления пальпаторно (ориентировочно).
3. Могут быть нарушены периферическое зрение (скотомы, сужение границ поля зрения) и цветоощущение.
4. Процесс может закончиться вторичной атрофией зрительных нервов.
5. Направлю больную в офтальмологический стационар и на консультацию к неврологу.

Ситуационная задача № 35

К Вам обратился пострадавший 18-ти лет по поводу контузии век и глазного яблока OD. Острота зрения травмированного глаза 0,6 не корр., OS=1,0. Беспокоит значительный отек век и гематома OD, затруднено открытие глазной щели правого глаза. При пальпации век правого глаза Вы отметили выраженную крепитацию. Какую патологию Вы заподозрите у пациента? Какие методы обследования нужно провести?

Ответ: Тупая травма. Перелом внутренней стенки орбиты справа. Необходимо сделать рентгенографию орбиты

Ситуационная задача № 36

К Вам обратился молодой человек спустя два часа после того, как получил сильный удар кулаком по правому глазу. При обследовании пострадавшего Вы обнаружили обширный кровоподтек век OD, зрачок на травмированном глазу черного цвета, широкий и на свет не реагирует. На дне передней камеры имеется небольшое количество свежей крови. Ваш диагноз. **Ответ:** Тупая травма. Гематома век. Травматический мидриаз. Гифема.

Ситуационная задача № 37

К Вам обратился больной 43 лет с жалобами на боль, покраснение, светобоязнь, слезотечение, значительное снижение зрения правого глаза. Из анамнеза заболевания удалось выяснить, что это уже третий за последние 5 лет рецидив заболевания после перенесенного в заключении туберкулеза легких.

При наружном осмотре: левый глаз здоров; в правом глазу – выраженная перикорнеальная инъекция; роговица диффузно отечная, мутная, в ней просматриваются отдельные крупные желтовато-серые инфильтраты, выраженная васкуляризация ее.

1. Какие методы диагностики Вы используете в данном случае?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?
4. Какова будет тактика Ваших действий?

5. Каков прогноз при данной патологии?

ОТВЕТ

1. Проверка остроты зрения, бифокальный осмотр роговицы, передней камеры и радужки; исследование в проходящем свете, пальпаторно следует определить наличие или отсутствие циклитной болезненности.

2. Можно предположить кератит туберкулезной этиологии правого глаза.

3. Данное заболевание следует дифференцировать с паренхиматозным сифилитическим кератитом и с кератоувеитом.

4. Несколько раз закапать в правый глаз 1% раствор атропина, 20% раствор альбуцида, за веки заложить мазь с антибиотиком, на правый глаз наложить повязку и направить больного на консультацию к окулисту или непосредственно в офтальмологический стационар.

5. Прогноз чаще неблагоприятный, т.к. остается стойкое глубокое помутнение роговицы с исходом в слепоту.

Ситуационная задача №38

К Вам обратился пациент, который вчера случайно поцарапал веткой роговицу левого глаза. Жалобы пациента: на режущую боль в глазу, сильную светобоязнь, слезотечение, умеренное снижение зрения. Объективно: OS: перикорнеальная инъекция глазного яблока. На роговице обширная эрозия. Радужка спокойна. Ваш диагноз. Первая помощь.

Ответ: травматическая эрозия роговицы. В глаз: окомистин, 1% тетрациклиновую мазь, монокулярная повязка.

Ситуационная задача №39

К окулисту обратился пациент с жалобами на светобоязнь, слезотечение правого глаза. Со слов пациента во время сварочных работ что-то попало в глаз. Объективно: преикорнеальная инъекция. На роговице на 12 часах в прароптической зоне инородное тело, окалина. Ваш диагноз. Лечение.

ОТВЕТ: Инородное тело роговицы правого глаза. Удаление инородного тела. В глаз - окомистин, 1% тетрациклиновая мазь. Монокулярная повязка.

Ситуационная задача № 40

Обратилась мать годовалого ребенка за советом. Вскоре после его рождения она заметила, что у него "большие глаза и один глаз больше другого". Отмечает беспокойное поведение ребенка, особенно днем, светобоязнь, слезотечение. При осмотре ребенка Вы обратили внимание на большую величину глазных яблок и их разноразмерность, выраженную светобоязнь и слезотечение. При бифокальном осмотре: роговицы обоих глаз умеренно отечные, диаметр роговиц большой, глубже лежащие среды глаз осмотреть не удалось из-за сильной светобоязни и беспокойного поведения ребенка.

1. Какое заболевание необходимо заподозрить у этого пациента?

2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

3. С чем проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?

4. Какова тактика дальнейших действий?

5. Какие осложнения могут быть при данной патологии? **Ответ.**

1. Врожденная глаукома обоих глаз.

2. Сбор и анализ анамнеза заболеваний, перенесенных во время беременности матери; заболеваний, перенесенных ребенком (особенно вирусных), анамнез родов, послеродового периода. Пальпаторное исследование внутриглазного давления. Ориентировочное исследование остроты зрения. Осмотр в проходящем свете (по возможности).

3. С кератитом обоих глаз, макрокорнеа (роговица больших размеров).
4. Убедить родителей в обязательной и неотсроченной консультации детского окулиста.
5. Прогрессирование глаукомы и слепота.

Ситуационная задача № 41

Обратилась мать ребенка полутора лет. Вскоре после его рождения она заметила пленку серого цвета в области зрачков обоих глаз. Обратила внимание на то, что при взгляде на свет ребенок смотрит не прямо, а как-то боком. При осмотре остроту зрения обоих глаз определить невозможно.

Передний отрезок глаз не изменен. При биомикроскопии обоих хрусталиков отмечаются помутнения в центральных отделах коры в виде дисков серого цвета. Рефлекс глазного дна ослаблен. Центральные отделы не просматриваются. По периферии сетчатка не изменена.

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

Ответ.

1. Врожденная катаракта обоих глаз.
2. Сбор и анализ анамнеза заболеваний, перенесенных во время беременности матери; заболеваний, перенесенных ребенком (особенно вирусных). Тонометрия, биомикроскопия хрусталиков и переднего отрезка глаза при различных видах освещения, ультразвуковое трехмерное исследование глазных яблок, офтальмоскопия прямая и непрямая (по возможности), исследование зрительно-вызванных потенциалов.
3. С врожденной патологией сетчатки и зрительного нерва.
4. Направить ребенка к детскому офтальмологу или в офтальмологический детский стационар.
5. Амблиопия обоих глаз, низкая острота зрения.

Ситуационная задача № 42

Обратились родители девочки 3 лет по поводу беспокоящего их косоглазия дочери, возникшего год назад, по их словам, «от испуга». Сразу после психотравмирующей ситуации родители обратили внимание, что периодически (сначала редко, затем – чаще) девочка косит к носу обоими глазами. Ребенок смотрит глазами как бы «по очереди», сначала одним, потом другим, в это время второй глаз отклоняется к носу. Наследственность не отягощена, родилась доношенной, в срок.

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

Ответ.

1. У ребенка имеется альтернирующее косоглазие.
2. Тщательно проанализировать жалобы и анамнез заболевания, проверить остроту зрения вдаль без коррекции и с коррекцией, субъективно определить вид и степень рефракции, определить объем движений глазных яблок и вид косоглазия, характер зрения.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить между содружественным и паралитическим косоглазием.
4. Ребенок нуждается в консультации невролога, офтальмолога и педиатра. Необходимо направить на обследования специалистов.

5. При альтернирующем косоглазии амблиопии, как правило, не бывает, но бинокулярное зрение отсутствует.

Ситуационная задача № 43

У девочки 10 лет имеется близорукость III степени на правом глазу и близорукость I степени на левом глазу. Острота зрения OD 0,04 с (-) 6,5 дптр 0,4; OS 0,06 с (-) 3,0 дптр 0,8. По месту жительства 3 года назад были выписаны очки, которыми ребенок не может и не хочет пользоваться. За последние полгода родители заметили, что OD начал отклоняться кнаружи.

1. Какую патологию Вы заподозрите в данном случае?
2. Какие методы диагностики Вы считаете необходимыми в данном случае?
3. С чем дифференцируется данная патология?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут наблюдаться при данной патологии?

Ответ.

1. У девочки имеется близорукость III степени, вторичное (расходящееся) косоглазие, амблиопия (?) правого глаза; близорукость II степени левого глаза. Миопическая анизометропия.

2. Тщательно проанализировать жалобы и анамнез заболевания, проверить остроту зрения вдаль без коррекции и с коррекцией, субъективно определить вид и степень рефракции обоих глаз, определить объем движений глазных яблок и вид косоглазия. Фокально и бифокально осмотреть передний отдел глаз, в проходящем свете оценить прозрачность сред глаз. 3. С врожденной патологией сетчатой оболочки и/или зрительного нерва правого глаза, астигматизмом, амблиопия - по степени тяжести, косоглазие по этиологии – содружественное, вторичное рефракционное.

4. Направить к офтальмологу, неврологу, так как ребенок нуждается в углубленном обследовании, подборе рациональной и переносимой коррекции, возможно, с помощью контактных линз или лазерных методов коррекции, дальнейшем достаточно серьезном и длительном лечении для восстановления зрения и предупреждения прогрессирования близорукости, амблиопии.

5. Прогрессирование амблиопии правого глаза, прогрессирование близорукости, нарушение би

Ситуационная задача № 44

В родильном отделении, где сначала у одного новорожденного, а затем еще у трех детей появились отечность век, покраснение глаз, нарастающая отечность слизистой оболочки (конъюнктивы) век и глазных яблок, обильное слизисто-гнойное отделяемое.

1. Какое заболевание Вы заподозрите?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику данной паннокулярного зрения тологии?

4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?

5. Какие осложнения могут быть при данной патологии? **Ответ.**

1. Можно заподозрить у новорожденных вспышку гонобленнореи.

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

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

4. Вызвать в родильное отделение врача акушера- гинеколога и педиатра, в отделении изолировать больных детей от здоровых, ввести карантинный режим, назначить

в глаза больным новорожденным инстилляцией дезинфицирующих капель и/или капель антибиотиков при соблюдении всех правил асептики и антисептики.

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

Ситуационная задача № 45

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

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

Ответ

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

Критерии и шкала оценивания компетенций на различных этапах их формирования

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТОВ НА УСТНЫЕ ВОПРОСЫ

№ п/п	Критерии оценивания	Оценка
1.	1) полно и аргументировано отвечает по содержанию задания; 2) обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только по учебнику, но и самостоятельно составленные; 3) излагает материал последовательно и правильно.	отлично
2.	студент дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «5», но допускает 1-2 ошибки, которые сам же исправляет.	хорошо
3.	ставится, если студент обнаруживает знание и понимание основных положений данного задания, но: 1) излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил; 2) не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры; 3) излагает материал непоследовательно и допускает ошибки.	удовлетворительно
4.	студент обнаруживает незнание ответа на соответствующее задание, допускает ошибки в формулировке определений и правил, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал; отмечаются такие недостатки в подготовке студента, которые являются серьезным препятствием к успешному овладению последующим материалом.	неудовлетворительно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТИРОВАНИЯ

№ п/п	тестовые нормы: % правильных ответов	оценка/зачет
1	85-100 %	отлично
2	70-84%	хорошо
3	51-69%	удовлетворительно
4	менее 50%	неудовлетворительно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА, ДОКЛАДА

№ п/п	Критерии оценивания	Оценка
1.	ответ аргументирован, обоснован и дана самостоятельная оценка изученного материала	отлично
2.	ответ аргументирован, последователен, но допущены некоторые неточности	хорошо
3.	ответ является неполным и имеет существенные логические несоответствия	удовлетворительно
4.	в ответе отсутствует аргументация, тема не раскрыта	неудовлетворительно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ДЕЛОВОЙ ИГРЫ

№ п/п	Критерии оценивания	Оценка
1.	Активная работа на занятии, ответ полный, логически последовательный, соблюдается культура речи, речь грамотная, отсутствуют слова-«паразиты», студент без запинки отвечает на возможные дополнительные вопросы по теме.	отлично
2.	Выставляется при наличии одной-двух неточностей в ответе и недостаточной активности на занятии. Речь в целом грамотная; допускается некоторая непоследовательность в ответе, но лишь незначительная	хорошо
3.	Выставляется в случаях, когда: активность на уроке минимальная, речь выступающего сбивчивая, студент путает понятия, не может ответить на дополнительные вопросы по теме, в ответе отсутствуют логические и причинно следственные связи, а также имеется несколько грубых фактических или иных ошибок	удовлетворительно
4.	Выставляется в случаях, когда студент отказывается отвечать или отвечает не на заданный вопрос.	неудовлетворительно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

№ п/п	Критерии оценивания	Оценка
1.	Исключительные знания, абсолютное понимание сути вопросов, безукоризненное знание основных понятий и положений, логически и лексически грамотно изложенные, содержательные, аргументированные и исчерпывающие ответы	отлично
2.	Глубокие знания материала, отличное понимание сути вопросов, твердое знание основных понятий и положений по вопросам, структурированные, последовательные, полные, правильные ответы	хорошо
3.	Твердые, но недостаточно полные знания, по сути верное понимание вопросов, в целом правильные ответы на вопросы, наличие неточностей, небрежное оформление	удовлетворительно
4.	Непонимание сути, большое количество грубых ошибок, отсутствие логики изложения материала	неудовлетворительно

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ СТУДЕНЧЕСКИХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ

Оформление слайдов	Параметры
Оформление презентации	Соблюдать единого стиля оформления. Фон должен соответствовать теме презентации Слайд не должен содержать более трех цветов Фон и текст должны быть оформлены контрастными цветами При оформлении слайда использовать возможности анимации Анимационные эффекты не должны отвлекать внимание от содержания слайдов Для заголовка – не менее 24

	Для информации не менее – 18 Лучше использовать один тип шрифта Важную информацию лучше выделять жирным шрифтом, курсивом. Подчеркиванием На слайде не должно быть много текста, оформленного прописными буквами На слайде не должно быть много выделенного текста (заголовки, важная информация)
Содержание презентации	Слайд должен содержать минимум информации Информация должна быть изложена профессиональным языком Содержание текста должно точно отражать этапы выполненной работы Текст должен быть расположен на слайде так, чтобы его удобно было читать В содержании текста должны быть ответы на проблемные вопросы Текст должен соответствовать теме презентации Слайд не должен содержать большого количества информации Лучше ключевые пункты располагать по одному на слайде
Структура презентации	Предпочтительно горизонтальное расположение информации Наиболее важная информация должна располагаться в центре Надпись должна располагаться под картинкой Для обеспечения разнообразия следует использовать разные виды слайдов: - с таблицами - с текстом - с диаграммами

Если студенческая работа отвечает всем требованиям критериев, то ей дается оценка отлично. Если при оценивании половина критерием отсутствует, то работа оценивается удовлетворительно. При незначительном нарушении или отсутствии каких-либо параметров в работе, она оценивается хорошо.

КРИТЕРИИ И ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

№ п/п	Критерии оценивания	Оценка /зачет
1	Оценка «отлично» выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал различной литературы, правильно обосновывает принятое	«отлично» / зачтено

	нестандартное решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач по формированию общепрофессиональных компетенций.	
2	Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, а также имеет достаточно полное представление о значимости знаний по дисциплине.	«хорошо» / зачтено
3	Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает сложности при выполнении практических работ и затрудняется связать теорию вопроса с практикой.	«удовлетворительно» / зачтено
4	Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, неуверенно отвечает, допускает серьезные ошибки, не имеет представлений по методике выполнения практической работы. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по данной дисциплине.	«неудовлетворительно»/не зачтено

КРИТЕРИИ И ШКАЛА УРОВНЕЙ ОСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

Шкала оценивания	Уровень освоенности компетенции	Результаты освоенности компетенции
отлично	высокий	студент, овладел элементами компетенции «знать», «уметь» и «владеть», проявил всесторонние и глубокие знания программного материала по дисциплине, освоил основную и дополнительную литературу, обнаружил творческие способности в понимании, изложении и практическом использовании усвоенных знаний.
хорошо	базовый	студент овладел элементами компетенции «знать» и «уметь», проявил полное знание программного материала по дисциплине, освоил основную рекомендованную литературу, обнаружил стабильный характер знаний и умений и проявил способности к их самостоятельному применению и

		обновлению в ходе последующего обучения и практической деятельности.
удовлетворительно	нормативный	студент овладел элементами компетенции «знать», проявил знания основного программного материала по дисциплине в объеме, необходимом для последующего обучения и предстоящей практической деятельности, изучил основную рекомендованную литературу, допустил неточности в ответе на экзамене, но в основном обладает необходимыми знаниями для их устранения при корректировке со стороны экзаменатора.
неудовлетворительно	компетенции не сформированы	студент не овладел ни одним из элементов компетенции, обнаружил существенные пробелы в знании основного программного материала по дисциплине, допустил принципиальные ошибки при применении теоретических знаний, которые не позволяют ему продолжить обучение или приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине.

Критерии оценки решения ситуационной задачи

5 «отлично»	–комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;
4 «хорошо»	–комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы, неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;
3 «удовлетворительно»	–затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах педагога, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;
2 «неудовлетворительно»	–неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению

	безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала; неумение оказать неотложную помощь.
--	--

Критерии оценки при решении задач по оказанию неотложной помощи

5 «отлично»	–правильная оценка характера патологии, полное, последовательное перечисление действий с аргументацией каждого этапа;
4 «хорошо»	–правильная оценка характера патологии, полное, последовательное перечисление действий, затруднение в аргументации этапов;
3 «удовлетворительно»	–правильная оценка характера патологии; неполное перечисление или нарушение последовательности действий, затруднения в аргументации;
2 «неудовлетворительно»	–неверная оценка ситуации или неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению состояния пациента.

Критерии оценки выполнения практических манипуляций

5 «отлично»	–рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпиднадзора; все действия обосновываются;
4 «хорошо»	–рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями сан-эпидрежима; все действия обосновываются с уточняющими вопросами педагога;
3 «удовлетворительно»	–рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии педагога; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно»	–затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.
---------------------------------------	--