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

Документ подписан электронной подписью
МАГОМЕДОВ САПАРЧАМАГОМЕД МАГОМЕДОВИЧ
РЕКТОР
АНО ВО "НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ИМЕНИ БАШЛАРОВА"
02632B670012B242AA4B0DD00456333AD8
Срок действия с 23.10.2024 до 23.01.2026
Подписано: 16.04.2025 11:41 (UTC+3)

Утверждаю
Проректор по учебно-
методической работе

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

Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации	Б1.В.ДЭ.01.02 Диагностика глаукомы
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 «Диагностика глаукомы»

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся профессиональных (ПК) компетенций:

ПК-1 Способность к планированию и интерпретации инструментальных методов обследования пациентов с заболеваниями и/или состояними глаза, его придаточного аппарата и орбиты.

Цель текущего контроля - формирование компетенций в процессе освоения дисциплины Этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины

№	Компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1	ПК-1	Методы исследования глаукомы	1.Роль фактора внутриглазного давления в современных представлениях о глаукоме. 2.Классификация глаукомы. 3.Отдельные методы исследования в диагностике глаукомы 4.Высокотехнологичные методики исследования

Тестовые задания текущего контроля

Раздел 1. Методы исследования глаукомы.

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: ПК-1

1.При выполнии фистулизирующих операций возможны осложнения:

а) фенестрация конъюктивального лоскута, кровоизлияние в переднюю камеру, выпадение стекловидного тела

б) кровоизлияние в переднюю камеру глаза

в) выпадение стекловидного тела

г) повреждение зрительного нерва

д) свободная тенотомия Ответ: а

2. Для ПОУГ характерны:

а) туман перед глазом, отсутствие жалоб, радужные круги при взгляде на источник света б) отсутствие жалоб

в) радужные круги при взгляде на источник света

г) секторальное выпадение поля зрения

д) боль в глазу Ответ: а

3. Ведущими признаками гидрофтальма является:

а) увеличение размеров роговицы, размеров глазного яблока, повышением ВГД

б) увеличение размеров глазного яблока

в) повышение ВГД, перикорнеальная инъекция, отек роговицы

г) полимегетиз эндотелия роговицы

д) кератоглобус Ответ: а

4. Ко вторичной глаукоме относят:

а) послевоспалительную, факогенную, сосудистую

б) факогенную

в) сосудистую

г) псевдоэксфолиативную

д) ползучую Ответ: а

5.Злокачественная форма ПЗУГ может возникать:

а) при витреальном блоке

б) при хрусталиковом блоке

в) при блоке шлеммова канала

г) не связана с развитием блоков

д) при артифакии Ответ: б

6.Причинами вторичной травматической глаукомы может быть:

а) внутриглазные кровоизлияния, дислокация хрусталика, рецессия угла передней камеры

б) дислокация и повреждение хрусталика

в) рецессия угла передней камеры

г) периферические витреохориоретинальные дистрофии

д) разрывы хориоидеи Ответ: а

7.Назначение тимолола больным глаукомой противопоказано при: а) гепатите

б) цистите

в) мочекаменной болезни

г) аденоме простаты

д) бронхиальной астме Ответ: д

8.Формы ПОУГ включает:

а) псевдоэксфолиативная, пигментная, глаукома с низким ВГД глаукома

б) пигментная глаукома

в) глаукома с низким ВГД

г) глаукома с повышенным эписклеральным давлением

д) афакическая глаукома Ответ: а

9.Триада симптомов, характерных для глаукомы:

а) повышение сопротивляемости оттоку водянистой влаги, изменение полей зрения, сдвиг сосудистого пучка к носу

б) неустойчивость ВГД, гетерохромия, осложненная катаракта

в) повышение ВГД, перикорнеальная инъекция, отек роговицы

г) изменение поля зрения, побледнение ДЗН, ангиоретиносклероз

д) анизокория, преципитаты, повышение ВГД

Ответ: а

10.Дифференциальная диагностика функциональной и органической блокады УПК основана на:

а) тонографии

б) гониоскопии

в) ретроградном заполнении шлеммова канала кровью

г) гониоскопии с компрессией роговицы

д) гониоскопии с трансиллюминацией Ответ: г

11.Чем объясняется наиболее раннее появление скотом парацентральной области Бьерума при глаукоме:

а) особенностями кровообращения сетчатки

б) особенностями хода аксонов ганглиозных клеток

в) особенностями расположения нервных волокон на ДЗН

г) индивидуальными размерами ДЗН

д) особенностями биомеханики решетчатой пластинки Ответ: б

12.Наиболее значимым для диагностики ПОУГ является:

а) суточная тонометрия

б) тонография

в) гониоскопия

г) исследование периферического поля зрения

д) исследование центрального поля зрения Ответ: д

13.Различают следующие клинические формы первичной глаукомы:

а) закрытоугольная, открытоугольная

б) открытоугольная, псевдоэксфолиативная

в) неоваскулярная, травматическая

г) смешанная, факогенная

д) фафакическая, пигментная Ответ: а

14.Клинические проявления ПЗУГ со зрачковым блоком включают:

а) острое начало, мелкая передняя камера, закрытый угол передней камеры б) мелкая передняя камера

в) закрытый угол передней камеры

г) выраженная дистрофия радужки

д) частичный гемофтальм Ответ: а

15. Побочное действие глазных капель с клофелином включает:

а) понижение артериального давления

б) брадикардия

в) бронхиальный спазм

г) возбуждение

д) развитие катаракты Ответ: а

16. В ранней диагностике глаукомы наименее информативны:

а) суточная тонометрия

б) тонография

в) исследование поля зрения

г) биомикроскопия переднего отрезка глаза

д) экзоофтальмометрия Ответ: д

17.О нестабилизации глаукоматозного процесса свидетельствует:

а) снижение остроты зрения

б) появление болей в глазу

в) сужение поля зрения

г) покраснение глаза

д) отек роговицы Ответ: в

18.На основании каких признаков проводится дифференциальная диагностика глаукоматозной и физиологической экскавации: а) величины экскавации

б) цвета экскавации

в) глубины экскавации

г) краевого характера экскавации

д) величины В-зоны Ответ: г

19.К побочным эффектам холиномиметиков относятся:

а) ухудшение зрения при низкой освещенности, появление близорукости, боли в глазу

б) появление рефракционной близорукости

в) боли в глазу

г) углубление передней камеры глаза

д) деструкция стекловидного тела Ответ: а

20.Для острого приступа первичной закрытоугольной глаукомы характерны:

а) отек роговицы, мелкая ПК, широкий элипсовидный зрачок, застойная инъекция глазного яблока

б) зрачок узкий, реакция зрачка на свет сохранена, роговица прозрачная, поверхностная инъекция бульбарной конъюнктивы

в) отек роговицы, глубокая ПК, иридофакодонез, застойная инъекция глазного яблока

г) светобоязнь, слезотечение, роговицы тусклая, преципитаты, зрачок узкий

д) светобоязнь, боль в глазу, снижение зрения, субэпителиальные помутнения роговицы, перикорнеальная инъекция роговицы Ответ: а

21.Неоваскулярная глаукома возникает при следующих заболеваниях: а) тромбоз ЦВС

б) нейроретинит

в) артифакия

г) сенильной макулопатии

д) радиационного поражения глаз Ответ: а

22.Для общего лечения глаукомы назначают:

а) сосудистые препараты, ангиопротекторы, антиоксиданты

б) ангиопротекторы

в) антиоксиданты

г) цитостатики

д) кортикостероиды Ответ: а

23.После фистулизирующих операций возможны следующие осложнения:

а) цилиохориоидальная отслойка, гифема, иридоциклит

б) гифема

в) иридоциклит

г) пансинусит

д) хориоретинит Ответ: а

24.Лазерные гипотензивные вмешательства включают:

а) лазерную трабекулопластику, лазерную иридэктомию, гониопластику

б) лазерную иридэктомию

в) гониопластику

г) лазерную кератокоагуляцию

д) лазерную панкоагуляцию сетчатки Ответ: а

25.Общее в течение ПОУГ и ЗУГ:

а) миопизация рефракции

б) сужение зрачка

в) развитие глаукоматозной атрофии зрительного нерва

г) увеличение пигментации УПК

д) выбухание прикорнеальной части радужки Ответ: в

Ситуационные задачи Задача №1

Больной 30 лет. Обратился с жалобами на снижение зрения, боль в левом глазу. Три дня назад получил травму (удар по левому глазу). Объективно: застойная инъекция, отек роговицы. Передняя камера неравномерная: внизу мелкая, в верхнем отделе глубокая. Иридодонез. Зрачок несколько овальной формы. Глубжележащие отделы в деталях не видны. Острота зрения - 0,03, н/корр. ВГД =40 мм рт. ст.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? **Ответ**

Больному можно поставить диагноз вторичной факотопической глаукомы на почве травматического подвывиха хрусталика. Ему необходимо провести ультразвуковое исследование. Необходимо закапать в глаз 40 % раствор глюкозы для снятия отека роговицы и осмотра глубжележащих отделов глаза

Задача № 2

Больная 55 лет обратилась с жалобами на постепенное снижение зрения левого глаза.

При обследовании выявлено: VOS - 0,8 не корр., ВГД = 38 мм рт. ст. Поле зрения сужено до

300 с верхненосовой стороны.

Объективно: OS - роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, радужка атрофичная, распыление пигмента по ее передней поверхности, псевдоэксфолиации. Факосклероз. Глазное дно: выраженная глаукоматозная экскавация.

Угол передней камеры открыт. OD: передний отдел, среды, дно в норме. Острота зрения - 1,0. Поле зрения в норме. Угол открыт. ВГД = = 23 мм рт. ст. Тонография: OD P0 = 22; C = 0,25; F =1,9; P0/C = 92; OS P0 = 35; C = 0,10; F = 2,5; P0/C = 250.

Дополнительно выяснено, что больная применяла различные комбинации миотиков. ВГД на левом глазу ниже 30 мм рт. ст. не отмечалось. В правом глазу ВГД без миотиков было 22-24 мм рт. ст.

Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответ

Диагноз: открытоугольная глаукома; развитая, с высоким уровнем ВГД левого глаза. Показано хирургическое лечение - глубокая непроникающая склерэктомия.

Задача 3

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 глаза. При осмотре обнаружено: OD - 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: инстилляции 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 4

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.

Задача 5

Больной 30 лет. Обратился с жалобами на снижение зрения, «затуманивание», боль в левом глазу. Три дня назад случайно ушиб глаз. Объективно: застойная инъекция, небольшой отек роговицы. Передняя камера неравномерная: внизу мелкая, вверху глубокая. Иридодонез. Зрачок овальной формы. В поликлинике, для снятия отека роговицы и осмотра глубжележащих отделов глаза, закапали раствор глюкозы.

При осмотре выявлено: в области зрачка виден экватор хрусталика. Глазное дно в норме. Проведенное эхографическое исследование обнаружило наличие дополнительных пиков в нижнем отделе глаза, при отсутствии нормальных пиков от хрусталика в зоне

зрачка, ВГД = 40 мм рт. ст. Острота зрения - 0,02, с коррекцией sph (-) 10,0 D = 0,9. Ваш диагноз? Ваше лечение?

Ответ

Больному можно поставить диагноз вторичной факотопической глаукомы на почве травматического подвывиха хрусталика. Ему необходимо провести ультразвуковое исследование. Необходимо закапать в глаз 40 % раствор глюкозы для снятия отека роговицы и осмотра глубжележащих отделов глаза.

Оценочные средства для промежуточной аттестации по дисциплине «Диагностика глаукомы»

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся профессиональных (ПК) компетенций:

ПК-1 Способность к планированию и интерпретации инструментальных методов обследования пациентов с заболеваниями и/или состояними глаза, его придаточного аппарата и орбиты.

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

Результаты обучения по дисциплине соотнесенные с установленными в программе ординатуры индикаторами достижения компетенций.

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 – зачет

Вопросы к промежуточной аттестации

Компетенции: ПК-1

1. Внутриглазное давление (ВГД), понятие нормы ВГД, толерантного ВГД, «давления цели».
2. Особенности глаукомной оптической нейропатии. Патогенез. Методы диагностики.
3. Биомикроскопическое исследование при глаукоме.
4. Методика гониоскопии, опознавательные зоны угла передней камеры.
5. Кинетическая периметрия. Статическая периметрия. Оценка динамики поля зрения.
6. Первичная глаукома. Основной симптомокомплекс и типы глауком..
7. Воспалительная и послевоспалительная глаукома
8. Сосудистая глаукома. Особенности клиники, течения, диагностики.
9. Факогенная глаукома. Клиника, диагностика
10. Раневая посттравматическая глаукома. Патогенетические формы, клиника, диагностика..
11. Врожденная глаукома. Теории происхождения.. Состояние дренажной системы глаза.

Особенности клиники, диагностики.

12. Ведение больных с глаукомой.

13. Офтальмогипертензия. Причины. Диагностика

14. Глаукома низкого давления

15. Основные принципы проведения гипотензивной терапии первичной глаукомы.

Тесты для промежуточной аттестации

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: ПК-1

1.При выполнии фистулизирующих операций возможны осложнения:

а) фенестрация конъюктивального лоскута, кровоизлияние в переднюю камеру, выпадение стекловидного тела

б) кровоизлияние в переднюю камеру глаза

в) выпадение стекловидного тела

г) повреждение зрительного нерва

д) свободная тенотомия Ответ: а

2. Для ПОУГ характерны:

а) туман перед глазом, отсутствие жалоб, радужные круги при взгляде на источник света б) отсутствие жалоб

в) радужные круги при взгляде на источник света

г) секторальное выпадение поля зрения

д) боль в глазу Ответ: а

3. Ведущими признаками гидрофтальма является:

а) увеличение размеров роговицы, размеров глазного яблока, повышением ВГД

б) увеличение размеров глазного яблока

в) повышение ВГД, перикорнеальная инъекция, отек роговицы

г) полимегетиз эндотелия роговицы

д) кератоглобус Ответ: а

4. Ко вторичной глаукоме относят:

а) послевоспалительную, факогенную, сосудистую

б) факогенную

в) сосудистую

г) псевдоэксфолиативную

д) ползучую Ответ: а

5.Злокачественная форма ПЗУГ может возникать:

а) при витреальном блоке

б) при хрусталиковом блоке

в) при блоке шлеммова канала

г) не связана с развитием блоков

д) при артифакии Ответ: б

6.Причинами вторичной травматической глаукомы может быть:

а) внутриглазные кровоизлияния, дислокация хрусталика, рецессия угла передней камеры

б) дислокация и повреждение хрусталика

в) рецессия угла передней камеры

г) периферические витреохориоретинальные дистрофии

д) разрывы хориоидеи

Ответ: а

7.Назначение тимолола больным глаукомой противопоказано при: а) гепатите

б) цистите

в) мочекаменной болезни

г) аденоме простаты

д) бронхиальной астме Ответ: д

8.Формы ПОУГ включает:

а) псевдоэксфолиативная, пигментная, глаукома с низким ВГД глаукома
б) пигментная глаукома
в) глаукома с низким ВГД
г) глаукома с повышенным эписклеральным давлением
д) афакическая глаукома Ответ: а

9.Триада симптомов, характерных для глаукомы:
а) повышение сопротивляемости оттоку водянистой влаги, изменение полей зрения, сдвиг сосудистого пучка к носу
б) неустойчивость ВГД, гетерохромия, осложненная катаракта
в) повышение ВГД, перикорнеальная инъекция, отек роговицы
г) изменение поля зрения, побледнение ДЗН, ангиоретиносклероз
д) анизокория, преципитаты, повышение ВГД Ответ: а

10.Дифференциальная диагностика функциональной и органической блокады УПК основана на:
а) тонографии
б) гониоскопии
в) ретроградном заполнении шлеммова канала кровью
г) гониоскопии с компрессией роговицы
д) гониоскопии с трансиллюминацией Ответ: г

11.Чем объясняется наиболее раннее появление скотом парацентральной области Бьерума при глаукоме:
а) особенностями кровообращения сетчатки
б) особенностями хода аксонов ганглиозных клеток
в) особенностями расположения нервных волокон на ДЗН
г) индивидуальными размерами ДЗН
д) особенностями биомеханики решетчатой пластинки Ответ: б

12.Наиболее значимым для диагностики ПОУГ является:
а) суточная тонометрия
б) тонография
в) гониоскопия
г) исследование периферического поля зрения
д) исследование центрального поля зрения Ответ: д

13.Различают следующие клинические формы первичной глаукомы:
а) закрытоугольная, открытоугольная
б) открытоугольная, псевдоэксфолиативная
в) неоваскулярная, травматическая
г) смешанная, факогенная
д) фафакическая, пигментная Ответ: а

14.Клинические проявления ПЗУГ со зрачковым блоком включают:
а) острое начало, мелкая передняя камера, закрытый угол передней камеры
б) мелкая передняя камера
в) закрытый угол передней камеры
г) выраженная дистрофия радужки
д) частичный гемофтальм Ответ: а

15. Побочное действие глазных капель с клофелином включает:
а) понижение артериального давления
б) брадикардия
в) бронхиальный спазм
г) возбуждение
д) развитие катаракты Ответ: а

16. В ранней диагностике глаукомы наименее информативны:
а) суточная тонометрия

б) тонография
в) исследование поля зрения
г) биомикроскопия переднего отрезка глаза
д) экзоофтальмометрия Ответ: д

17.О нестабилизации глаукоматозного процесса свидетельствует:
а) снижение остроты зрения
б) появление болей в глазу
в) сужение поля зрения
г) покраснение глаза
д) отек роговицы Ответ: в

18.На основании каких признаков проводится дифференциальная диагностика глаукоматозной и физиологической экскавации: а) величины экскавации
б) цвета экскавации
в) глубины экскавации
г) краевого характера экскавации
д) величины В-зоны Ответ: г

19.К побочным эффектам холиномиметиков относятся:
а) ухудшение зрения при низкой освещенности, появление близорукости, боли в глазу
б) появление рефракционной близорукости
в) боли в глазу
г) углубление передней камеры глаза
д) деструкция стекловидного тела Ответ: а

20.Для острого приступа первичной закрытоугольной глаукомы характерны:
а) отек роговицы, мелкая ПК, широкий элипсовидный зрачок, застойная инъекция глазного яблока
б) зрачок узкий, реакция зрачка на свет сохранена, роговица прозрачная, поверхностная инъекция бульбарной конъюнктивы
в) отек роговицы, глубокая ПК, иридофакодонез, застойная инъекция глазного яблока
г) светобоязнь, слезотечение, роговицы тусклая, преципитаты, зрачок узкий
д) светобоязнь, боль в глазу, снижение зрения, субэпителиальные помутнения роговицы, перикорнеальная инъекция роговицы Ответ: а

21.Неоваскулярная глаукома возникает при следующих заболеваниях: а) тромбоз ЦВС
б) нейроретинит
в) артифакия
г) сенильной макулопатии
д) радиационного поражения глаз Ответ: а

22.Для общего лечения глаукомы назначают:
а) сосудистые препараты, ангиопротекторы, антиоксиданты
б) ангиопротекторы
в) антиоксиданты
г) цитостатики
д) кортикостероиды Ответ: а

23.После фистулизирующих операций возможны следующие осложнения:
а) цилиохориоидальная отслойка, гифема, иридоциклит
б) гифема
в) иридоциклит
г) пансинусит
д) хориоретинит Ответ: а

24.Лазерные гипотензивные вмешательства включают:

а) лазерную трабекулопластику, лазерную иридэктомию, гониопластику

б) лазерную иридэктомию

в) гониопластику

г) лазерную кератокоагуляцию

д) лазерную панкоагуляцию сетчатки Ответ: а

25.Общее в течение ПОУГ и ЗУГ:

а) миопизация рефракции

б) сужение зрачка

в) развитие глаукоматозной атрофии зрительного нерва

г) увеличение пигментации УПК

д) выбухание прикорнеальной части радужки Ответ: в

26.Факторами риска при офтальмогипертензии являются:

а) больные глаукомой среди ближайших родственников, офтальмотонус превышает 3 мм рт ст, асимметрия офтальмотонуса

б) офтальмотонус превышает 30мм рт.ст

в) ассиметрия в величине офтальмостатуса на двух глаза

г) катарактальные изменения в хрусталике

д) "золотой дождь" Ответ: а

27.Профиль угла определяется:

а) расположением цилиарного тела, соотношение корня радужки и трабекул, шлеммова канала

б) соотношением корнем радужной оболочки к корнеосклеральным трабекулам

в) расположением шлеммова канала

г) наличием псевдоэксфолиаций

д) количеством пигмента в радужке Ответ: а

28.Гониоскопические исследования при ПОУГ показывают:

а) понижение прозрачности корнео-склеральных трабекул, экзогенная пигментация угла,

сужение угла

б) наличие экзогенной пигментации в углу передней камеры

в) сужение угла передней камеры

г) новообразованные сосуды

д) закрытие угла передней камеры радужной оболочки Ответ: а

29.Экскавация ДЗН при развитой стадии первичной глаукомы составляет: а) 0,3

б) 0,5

в) 0,8

г) 0,4

д) 0,1 Ответ: а

30.Нагрузочные тесты, используемые для ранней диагностики закрытоугольной глаукомы:

а) позиционная проба Хаймса, задняя кольцевая компрессионная проба, водная проба

б) задняя кольцевая компресионная проба

в) водная проба

г) пилокарпиновый

д) мидриатический Ответ: а

31.Лечение острого приступа глаукомы включает:

а) инстилляции миотиков, бета-адреноблокаторов, симпатомиметиков

б) назначение бета-адреноблокаторов

в) инстилляции симпатомиметиков

г) назначение кортикостероидов

д) парацентез Ответ: а

32.К антихолинэстеразным средствам относятся:

а) армин, фосфакол, тосмилен

б) фосфакол

в) демекариум бромид(томсилен)

г) эзерин

д) клофелин Ответ: а

33.В дифференциальной диагностике острого приступа глаукомы и острого иридоциклита с гипертензией важны: а) жалобы

б) хараетер передней камеры

в) величина зрачка

г) состояние радужки

д) преципитаты Ответ: д

34.Причинами послевоспалительной вторичной глаукомы является:

а) передние увеиты, хориоидиты, склериты

б) хориодиты

в) склериты

г) тромбоз ЦВС

д) нейроретиниты Ответ: а

35.Стадия первичной глаукомы оценивается по показателям:

а) остроты зрения

б) уровня ВГД

в) площади глаукоматозной экскавации ДЗН

г) состояния поля зрения

д) размаха суточных колебаний ВГД Ответ: г

36.Одна из форм офтальмогипертензии:

а) эссенциальная

б) открытоугольная, псевдоэксфолиативная

в) закрытоугольная

г) ювенильная

д) инфантильная Ответ: а

37.Тактика врача при факоморфической глаукоме:

а) применение общей и местной гипотензивной терапии

б) экстракция катаракты

в) базальная иридэктомия

г) синусотрабекулэктомия

д) лазерная трабекулопластика Ответ: б

38.Причины развития сегментарной атрофии радужки после острого приступа глаукомы: а) коллапс склерального синуса

б) странгуляция сосудов радужки

в) паралич аккомодации

г) развитие синдрома сухого глаза

д) тромбоз вортикозных вен

Ответ: б

39.Для факоморфической глаукомы характерно:

а) корковая катаракта

б) перезревающая катаракта

в) набухающая катаракта

г) ядерная катаракта

д) сублюксация хрусталика Ответ: в

40.Признаками эссенциальной офтальмогипертензии являются:

а) повышенное внутриглазное давление, нормальное поле зрения, отсутствие глаукомной экскавации ДЗН

б) нормальное поле зрения
в) отсутствие глаукоматозной экскавации ДЗН
г) псевдоэксфолиации в переднем сегменте глаза
д) кравевая экскавация ДЗН Ответ: а

41.Поле зрения в начальной стадии первичной глаукомы сужено до: а) до 450
б) до 200
в) до 100
г) до 5 0
д) не сужено Ответ: д

42.Средства, снижающие продукцию водянистой влаги:
а) тимолол, диакарб, бетаксолол
б) ацетазоламид(диакарб)
в) бетаксолол(бетоптик)
г) эмоксипин
д) ксалатан Ответ: а

43.Верхняя граница истинного ВГД:
а) 19 мм рт.ст.
б) 21 мм рт.ст.
в) 25 мм рт.ст.
г) 17 мм рт.ст.
д) 15 мм рт.ст Ответ: б

44.Изменения поля зрения, характерные для ранней стадии глаукомы:
а) дугообразные скотомы в области Бьеррума
б) концентрическое сужение поля зрения на 15 градусов
в) секторальная гемианопсия
г) трубчатое поле зрения
д) секторальная темпоральная гемианопсия Ответ: а

45.Наиболее часто встречаемая форма первичной закрытоугольной глаукомы:
а) глаукома с относительно зрачеовым блоком
б) глаукома с хрусталиковым блоком
в) глаукома с плоской радужкой
г) ползучая глаукома
д) синдром пигментной дисперсии Ответ: а

46.Атрофия зрительного нерва при глаукоме зависит от:
а) степени повышения ВГД
б) соотношения ВГД и давления в сосудах, питающих ДЗН
в) уменьшения продкуции ВГЖ
г) потери астроглиального слоя зрительного нерва
д) выраженности атрофии переднего отдела сосудистого тракта Ответ: б

47.К циклодеструктивным операциям относятся:
а) циклодеструкция, циклодиатермия, лазерная циклодеструкция
б) циклодиатермия
в) лазерная циклодеструкция
г) витреапирация
д) циклодиализ Ответ: а

48.Блок угла передней камеры может быть вызван:
а) нерассосавшейся мезодермальной тканью, корнем радужки,новообразованными сосудами
б) корнем радужной оболочки
в) новообразованными сосудами
г) инородным телом
д) отслоенной десцеметовой мембраной Ответ: а

49.Толерантность зрительного нерва к повышенному ВГД определяется:

а) степенью развития опорной ткани в ДЗН

б) интенсивностью кровообращения тканей диска и ретроламинарной области в) размерами ДЗН

г) уровнем перфузионного давления

д) уровнем ликворного давления Ответ: б

50.На основании каких признаков проводится дифференциальная диагностика ПОУГ и ЗУГ а) глубина ПК

б) открытие УПК

в) состояние радужки

г) наличие псевдоэксфолиаций

д) состояние ДЗН Ответ: б

51.Побочное действие глазных капель с адреналином включает:

а) тихакардия, гиперемия конъюнктивы, аденохромная пигментация крнъюнктивы

б) реактивная гиперемия конъюнктивы

в) аденохромная пигментация конъюнктивы

г) асцит

д) понижение артериального давления Ответ: а

52."Симптом кобры" указывает на:

а) повышение внутгирглазного давления

б) нарушение кровообращения в сосудистой аркаде ЦАС

в) тромбоз ЦВС

г) гипертоническую ангиопатию

д) гарушение кровообращения в сосудах цилиарного тела Ответ: а

53.Стадия глаукомы оцениваеися по показателю:

а) острота зрения

б) состоянию поля зрения

в) отношению э/д

г) по величине легкости оттока

д) коэффициенту Беккера Ответ: б

54.К побочным эффектам антихолинэстеразных миотиков относятся:

а) усиление рефракции глаза, развитие катаракты, сенильной макулопатии б) развитие катаракты

в) возникновение сенильное макулопатии

г) помутнение стекловидного тела

д) стенокардия Ответ: а

55.О стабилизации глаукоматозного процесса свидетельствует:

а) нормальные цифры ВГД

б) сужение границ поля зрения по назальным меридианам

в) увеличение глаукоматозной экскавации ДЗН

г) увеличение дефектов в слое нервных волокон сетчатки

д) усиление пигментации структур УПК Ответ: а

56.Для ПЗУГ характерно:

а) мелкая передняя камера, уменьшение передне-заднего размера глаза, гиперметропическая или эмметропическая рефракция

б) уменьшение передне-заднего размера глазного яблока

в) гиперметропическая или эметропическая рефракция

г) открытый угол передней камеры Ответ: а

57.Тактика врача после постановки диагноза "офтальмогипертензия с факторами риска":

а) никаких лечебных назначений, периодический осмотр

б) назначение гипотензивных капель

в) лазерная операция
г) хирургическое вмешательство
д) физиотерапевтическое лечение Ответ: б
58.К холиномиметикам относятся:
а) пилокарпин, ацеклидин, эзерин
б) ацеклидин
в) эзерин
г) тоисилен
д) фосфакол
Ответ: а
59.Верхняя граница нормы ВГД при измерении тонометром Маклакова: а) 20 мм рт.ст
б) 24 мм рт.ст
в) 26 мм рт.ст
г) 27 мм рт.ст
д) 32мм рт.ст Ответ: в
60.Ко вторичной сосудистой глаукоме относят:
а) неоваскулярную
б) псевдогипертензию
в) глаукомоциклитический криз
г) гетехромную увеопатию (Фукса)
д) эксфолиативную глаукому Ответ: а
61.Динамику глаукоматозного процесса характеризуют:
а) величина внутриглазного давления
б) величина коэффециента легкости оттока
в) состояние поля зрения
г) состояние гемодинамики
д) уровень метаболизма зрительного нерва Ответ: д
62.При каких синдромах развивается юношеская форма глаукомы
а) синдром Франк-Каменицкого, Ригера, Стюрж-Вебера
б) синдром Ригера
в) синдром Стюрж-Вебера
г) синдром Горнера
д) синдром Иценко- Кушинга Ответ: а
63.После циклодеструктивных операций возможны следующие осложнения:
а) гипотония глаза, субатрофия, иридоциклит
б) субатрофия глазного яблока
в) иридоциклит
г) развитие альтернирующего косоглазия
д) неврит зрительного нерва Ответ: а
64.При "зрачковом блоке" имеют место все перечисленные клинические симптомы:
а) повышение внутриглазного давления, нарушения сообщения между камерами, передняя
камера мелкая
б) нарушение сообщения между передней и задней камерой
в) передняя камера мелкая
г) передняя камера глубокая
д) угол передней камеры открыт Ответ: а
65. Биомикроскопическая картина переднего отрезка при первичной открытоугольной глаукоме включает:
а) диффузная атрофия зрачкового пояса в сочетании с деструкцией пигментной каймы, широкий УПК

б) "чешуйки" по краю зрачка и на трабекулах в УПК, осложненная катаракта
в) зрачок расширен, "фигура подсолнечника"
г) закрытый УПК, дисперсия пигмента по передней поверхности радужки
д) колобома радужки, диффузное помутнение хрусталика Ответ: а
66.Типы суточных колебаний ВГД:
а) утренний тип
б) вечерний тип
в) дневной тип
г) все выше указанные типы
д) возможны комбинации Ответ: г
67. ПОУГ наиболее опасна в силу:
а) ее частоты
б) бессимптомного течения
в) потери остроты зрения
г) снижение темновой адаптации
д) внезапного начала Ответ: б
68. На основании каких методов исследования можно отличить органическую блокаду угла корнем радужной оболочки от функциональной: а) гониоскопия с роговичной компрессией
б) гониоскопия с трансиллюминацией
в) тонография
г) суточная тонометрия
д) эластотонометрия Ответ: а
69. Для ПОУГ характерны следующие изменения в радужке:
а) диффузная атрофия зрачкового пояса радужки, выщелачивание пигмента, пигментная дисперсия
б) выщелачивание пигмента зрачковой каймы
в) пигментная дисперсия на поверхности
г) секторальная атрофия стромы радужки
д) новообразованные сосуды радужки Ответ: а
70. Гипотензивные операции на глазу включают:
а) фистулизирующие вмешательства, циклокриодеструкция, циклодиализ
б) циклокриодеструкцию
в) циклодиализ
г) витрэктомию
д) кератотомию Ответ: а
71. Лечение злокачественной глаукомы включает:
а) назначение лазикса
б) удаление хрусталдика
в) назначение адреналина
г) назначение атропина
д) верно все перечисленное Ответ: д
72. В основе патогенеза врожденной глаукомы лежит:
а) неправильное положение структур УПК
б) недостаточная дифференциация корнео-склеральных трабекул
в) наличие мезодермальной ткани в УПК
г) гиперпродукция водянистой влаги цилиарным телом
д) изменение в дренажной системе на уровне инрасклеральной зоны Ответ: в
73. Глазные гипотензивные лекарственные группы включают:
а) холиномиметики, антихолинэстеразные, бета-блокаторы
б) антихолинэстеразные препараты
в) бета- адреноблокаторы

г) сердечные гликозиды

д) антагонисты кальция Ответ: а

74 .Продукция водянистой влаги осуществляется: а) в плоской части цилиарного тела

б) в отростках цилиарного тела

в) эпителием радужной оболочки

г) всеми выше перечисленными структурами

д) пигментным листком радужки Ответ: б

75. Нижние границы показателя коэффициента легкости оттока (С) составляют:

а) 0,17 мм3 /(мм рт.ст.) мин

б) 0,20 мм3 / (мм рт.ст) мин

в) 0,13 мм3/ (мм рт.ст.)мин

г) 0,25 мм3/(мм рт.ст)мин

д) 0,31 мм3/ (мм.рт.ст) мин Ответ: в

76. Для острого приступа первичной закрытоугольной глаукомы характерно:

а) снижение зрения

б) широкий элипсовидный зрачок

в) светобоязнь, слезотечение Ответ: б

77. Для острого приступа первичной закрытоугольной глаукомы характерно:

а) снижение зрения

б) преципитаты, зрачок узкий

в) застойная инъекция глазного яблока

Ответ: в

78. Стадия глаукомы оценивается по этому показателю:

а) состоянию поля зрения

б) по величине легкости оттока

в) острота зрения

Ответ: а

79. Тактика врача после постановки диагноза «офтальмогипертензия с факторами риска»: а) хирургическое вмешательство

б) физиотерапевтическое лечение

в) назначение гипотензивных капель

Ответ: в

80. Злокачественная форма ПЗУГ может возникать:

а) при витреальном блоке

б) при хрусталиковом блоке

в) при блоке шлеммова канала Ответ: б

81. В дифференциальной диагностике острого приступа глаукомы и острого иридоциклита с гипертензией важны: а) преципитаты

б) величина зрачка

в) характер передней камеры

Ответ: а

82. Одна из форм офтальмогипертензии:

а) псевдоэксфолиативная

б) эссенциальная

в) закрытоугольная Ответ: б

83. Стадия первичной глаукомы оценивается по показателям:

а) состояния поля зрения

б) площади глаукоматозной экскавации ДЗН

в) остроты зрения

Ответ: а

84. При выполнении фистулизирующих операций возможны осложнения:

а) повреждение зрительного нерва
б) свободная тенотомия
в) фенестрация конъюктивального лоскута
Ответ: в
85. При выполнении фистулизирующих операций возможны осложнения:
а) кровоизлияние в переднюю камеру
б) выпадение стекловидного тела
в) свободная тенотомия
Ответ:а
86. При выполнении фистулизирующих операций возможны осложнения:
а) свободная тенотомия
б) выпадение стекловидного тела
в) повреждение зрительного нерва Ответ: б
87. Причинами вторичных врожденных глауком является все, кроме:
а) сосудистая глаукома
б) аниридия
в) ангиоматоз
Ответ: в
88. Ретенция:
а) резкое повышение внутриглазного давления
б) затруднение оттока
в) усиление продукции жидкости Ответ: б
89. У новорожденного диаметр роговицы в норме равен:
а) 8 мм
б) 7 мм
в) 9 мм
Ответ: в
90. К вторичной глаукоме относится все, кроме:
а) послеоперационной
б) дистрофической
в) факогенной Ответ: б
91. Для исследования угла передней камеры используется следующий метод: а) гониоскопия
б) блефароскопия
в) дактилоскопия
Ответ: а
92. Из шлеммова канала жидкость оттекает в:
а) супрасклеральные вены
б) интрасклеральные вены
в) леральные вены Ответ: б
93. Из шлеммова канала жидкость оттекает в:
а) леральные вены
б) супрасклеральные вены
в) эписклеральные вены
Ответ: в
94. Для исследования гидродинамики глаза используют:
а) эластотонометрию
б) тонометрию
в) тонографию Ответ: б
95. Для отличия отека роговицы при врожденной глаукоме от других видов применяют: а) пилокарпин
б) атропин

в) глюкозу

Ответ: в

96. При врожденной глаукоме различают:

а) 5 стадий

б) 4 стадии

в) 7 стадий Ответ: б

97. Побочным действием клофелина не является:

а) раздражение конъюнктивы

б) сухость во рту

в) снижение давления

Ответ: а

98. При остром приступе закапывание пилокарпина снижает ВГД вследствие: а) сужения зрачка

б) смещения радужки к фильтрационной зоне

в) расширения зрачка и улучшения оттока через него

Ответ: в

99. При одновременном применении пилокарпина и тимолола:

а) увеличивается отток жидкости, уменьшается продукция жидкости

б) увеличивается отток жидкости, увеличивается продукция жидкости

в) уменьшается отток, увеличивается ВГД

Ответ: а

100. Больным глаукомой не рекомендуется употреблять в больших количествах все, кроме: а) жидкости

б) соленой пищи

в) жирной пищи Ответ: б

Ситуационные задачи Задача №1

Больной 30 лет. Обратился с жалобами на снижение зрения, боль в левом глазу. Три дня назад получил травму (удар по левому глазу). Объективно: застойная инъекция, отек роговицы. Передняя камера неравномерная: внизу мелкая, в верхнем отделе глубокая. Иридодонез. Зрачок несколько овальной формы. Глубжележащие отделы в деталях не видны. Острота зрения - 0,03, н/корр. ВГД =40 мм рт. ст.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ответ.

Больному можно поставить диагноз вторичной факотопической глаукомы на Почве травматического подвывиха хрусталика. Ему необходимо провести ультразвуковое исследование. Необходимо закапать в глаз 40 % раствор глюкозы для снятия отека роговицы и осмотра глубжележащих отделов глаза.

Задача № 2

Больная 55 лет обратилась с жалобами на постепенное снижение зрения левого глаза.

При обследовании выявлено: VOS - 0,8 не корр., ВГД = 38 мм рт. ст. Поле зрения сужено до

300 с верхненосовой стороны.

Объективно: OS - роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, радужка атрофичная, распыление пигмента по ее передней поверхности, псевдоэксфолиации. Факосклероз. Глазное дно: выраженная глаукоматозная экскавация. Угол передней камеры открыт. OD: передний отдел, среды, дно в норме. Острота зрения - 1,0. Поле зрения в норме. Угол открыт. ВГД = = 23 мм рт. ст. Тонография: OD P0 = 22; C = 0,25; F =1,9; P0/C = 92; OS P0 = 35; C = 0,10; F = 2,5; P0/C = 250.

Дополнительно выяснено, что больная применяла различные комбинации миотиков. ВГД на левом глазу ниже 30 мм рт. ст. не отмечалось. В правом глазу ВГД без миотиков было 22-24 мм рт. ст.

Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответ.

Диагноз: открытоугольная глаукома; развитая, с высоким уровнем ВГД левого глаза. Показано хирургическое лечение - глубокая непроникающая склерэктомия.

Задача 3

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 глаза. При осмотре обнаружено: OD - 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: инстилляции 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 4

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.

Задача 5

Больной 30 лет. Обратился с жалобами на снижение зрения, «затуманивание», боль в левом глазу. Три дня назад случайно ушиб глаз. Объективно: застойная инъекция, небольшой отек роговицы. Передняя камера неравномерная: внизу мелкая, вверху глубокая. Иридодонез. Зрачок овальной формы. В поликлинике, для снятия отека роговицы и осмотра глубжележащих отделов глаза, закапали раствор глюкозы.

При осмотре выявлено: в области зрачка виден экватор хрусталика. Глазное дно в норме. Проведенное эхографическое исследование обнаружило наличие дополнительных пиков в нижнем отделе глаза, при отсутствии нормальных пиков от хрусталика в зоне зрачка, ВГД = 40 мм рт. ст. Острота зрения - 0,02, с коррекцией sph (-) 10,0 D = 0,9.

Ваш диагноз? Ваше лечение?

Ответ.

Больному можно поставить диагноз вторичной факотопической глаукомы на почве травматического подвывиха хрусталика. Ему необходимо провести ультразвуковое исследование. Необходимо закапать в глаз 40 % раствор глюкозы для снятия отека роговицы и осмотра глубжележащих отделов глаза.

Задача 6.

Больная 57 лет обратилась с жалобами на сильнейшие боли в правом глазу, иррадиирующие в правую половину головы, тошноту, рвоту. Глаз заболел внезапно утром после нервного потрясения.

Объективно: OD - застойная инъекция, отек роговицы. Передняя камера мелкая. Зрачок широкий. Глубжележащие отделы видны нечетко. После закапывания 40 % раствора глюкозы отек роговицы исчез. Было обнаружено, что глубжележащие среды не изменены, глазное дно в норме. Острота зрения - 1,0. ВГД = 41 мм рт. ст.

Ответ.

Диагноз: острый приступ глаукомы правого глаза.

Лечение: необходимо провести медикаментозное купирование приступа. Если приступ не купируется в течение 12 часов, необходимо проведение хирургического лечения. Поскольку блок угла функциональный, то операцией выбора является периферическая иридэктомия. Так как в левом глазу угол закрыт, он также предрасположен к острому приступу глаукомы. Показана периферическая иридэктомия.

Задача 7.

Больная 65 лет обратилась с жалобами на боли в правом глазу, резкое снижение зрения. Из анамнеза выяснено, что у больной зрение стало падать 5 лет назад. Тогда же обнаружена катаракта. Выписали какие-то «витаминные капли», операцию не предлагали. Боли возникли вчера вечером.

Объективно: OD: Смешанная инъекция. Отек роговицы. Глубжележащие отделы видны пло- хо. После закапывания 40 % раствора глюкозы отек роговицы исчез. Обнаружена опалесценция влаги передней камеры, взвесь беловатых частичек в ней.

Передняя камера глубокая. Радужка - в пределах возрастной нормы. Хрусталик мутный, молочного цвета, рисунок его сглажен. Глубжележащие отделы не видны. Острота зрения - светоощущение с правильной проекцией. ВГД = 37 мм рт. ст.

OS: интактен. Передний отдел, среды, дно в норме. Острота зрения = 1,0. ВГД = 24 мм рт. ст. Гониоскопия: OD: угол открыт, широкий. По всему углу видны белые включения; OS: угол открыт, средней ширины.

Эхография: OD: передняя камера = 4,5 мм, хрусталик = 1,5 мм, длина оси = 24 мм; OS: передняя камера = 3,0 мм, хрусталик = 4,0 мм, длина оси = 24 мм. Ваш диагноз? Лечение

Ответ.

Диагноз: острый приступ вторичной глаукомы (перезрелая катаракта).

Лечение: показано удаление катаракты

Задача 8.

К врачу-педиатру обратилась женщина с жалобами на то, что у её годовалого ребенка, как ей кажется, слишком большие глаза. Отмечает частое покраснение глаз.

При осмотре: инъекция цилиарных сосудов, увеличение размеров глазного яблока (больше возрастной нормы), увеличение роговицы, глубокая передняя камера, расширение зрачка.

ВГД Т(+)2. Педиатр посоветовал матери срочно обратиться к офтальмологу. Какое заболевание заподозрил педиатр?

Ответ.

Педиатр заподозрил врожденную глауком.

Задача 9.

К детскому офтальмологу обратилась женщина по направлению педиатра. Она жалуется на то, что у её ребенка возрастом 1 год, как ей кажется, слишком большие глаза, которые постоянно красные. Объективно: глазные яблоки увеличены в размере, инъецированы, глубокая передняя камера. Зрачок широкий. На глазном дне выраженная глаукоматозная экскавация. ВГД = 37 мм рт. ст.

Гониоскопия. Угол передней камеры открыт, широкий. Элементы угла дифференцировать не удается из-за большого количества мезодермальной ткани в углу.

Эхография (оба глаза): передняя камера - 4,5мм, хрусталик - 3,2 мм. Длина оси глаза - 25 мм.

Ваш диагноз? Лечение?

Ответ.

Диагноз: врожденная глаукома обоих глаз. Рекомендации: необходимо хирургическое лечения.

Задача 10.

Больной 55 лет состоит на учете у офтальмолога по поводу открыто-угольной глаукомы правого глаза. Закапывает I % раствор пилокарпина 3 раза в день. Объективно: оба глаза спокойны. OD: Роговица прозрачная. Радужка субатрофичная. Распыление пигмента по ее передней поверхности, псевдоэксфолиации. Среды прозрачны. Глазное дно: диск зрительного нерва несколько деколорирован, небольшой сдвиг сосудистого пучка к носу. Острота зрения - 1,0. Поле зрения в норме. Угол открыт. Отмечается повышенная пигментация Шлеммова канала ВГД = 25 мм рт. ст. Топография: Р0 = 22 мм. С = 0,17. F = 2,1 мм3. Р0/С = 130.

Врач рекомендовал продолжить лечение и назначил повторный осмотр через 3 месяца. За 3 месяца в динамике отмечено следующее: усиление атрофии радужки и распыление пигмента по ее передней поверхности. Шлеммов канал стал резко пигментирован. Значительное побледнение диска зрительного нерва; произошло расширение экскавации в темпоральную сторону. В центральном поле зрения появились единичные микроскотомы. Периферические границы поля зрения остались в норме. Острота зрения - 1,0. ВГД = 26 мм рт. ст.

Тонография: Р0=26 мм. С = 0,10. F =1,6 мм3. Р0/С = 260.

Ваш диагноз? Лечение?

Ответ

Диагноз: у больного начальная открытоугольная глаукома с нормальным ВГД, нестабилизированная.

Рекомендации: в связи с тем, что у больного ухудшились показатели гидродинамики, увеличивается экскавация диска зрительного нерва, появились парацентральные скотомы, показано хирургическое лечение.

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 нестандартное решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических	«отлично» / зачтено

	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.