

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«РОССИЙСКИЙ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОСБИОТЕХ)»

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«ОФТАЛЬМОЛОГИЯ»

Уровень образования:	Специалитет
Специальность	31.05.01 Лечебное дело
Направленность программы	Лечебное дело
Форма обучения	Очная
Срок освоения образовательной программы в соответствии с ФГОС (очная форма)	6 лет
Год начала подготовки	2023
В соответствии с утвержденным УП:	Протокол № 14 от 07.08.2023 г.
шифр и наименование дисциплины	Б1.О.46 Офтальмология
семестры реализации дисциплины	9 семестр
форма контроля	Зачет в 9 семестре

г. Москва 2023 г.

1. Область применения.

Фонд оценочных средств (ФОС) является неотъемлемой частью программы дисциплины при реализации основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования (ВО) по специальности:

31.05.01 Лечебное дело

Направленность: Лечебное дело

Оценочные фонды разрабатываются для проведения оценки степени соответствия фактических результатов обучения при изучении дисциплины запланированным результатам обучения, соотнесенных с установленными в программе индикаторами достижения компетенций, а также сформированности компетенций, установленных программой специалитета.

Таблица 1
Паспорт фонда оценочных средств

Индекс и содержание компетенции	Индикатор достижения компетенции	Планируемые результаты обучения
ОПК – 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ОПК-7.2 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний профессиональной деятельности ОПК-7.3 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения	Знать основные закономерности развития заболеваний органа зрения, типы нарушений зрения и способы их коррекции
		Уметь выполнять инструментальную диагностику органа зрения и назначать лечение.
		Практический опыт комплексного лечения органа зрения, а также оценки эффективности выполненного лечения
ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей	Знать основные закономерности развития заболеваний органа зрения, типы нарушений зрения и способы их коррекции
		Уметь выполнять инструментальную диагностику органа зрения и назначать обследование с целью установления диагноза
		Практический опыт комплексного обследования органа зрения, а также оценки эффективности выполненной коррекции.

	<p>международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.4</p> <p>Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи</p>	
<p>ПК – 3</p> <p>Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p>ПК-3.1</p> <p>Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-3.2</p> <p>Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-3.3</p> <p>Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий,</p>	<p>Знать порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи</p> <p>Уметь составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Практический опыт составления плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>

	лечебного питания и иных методов лечения	
--	---	--

2. Цели и задачи фонда оценочных средств.

Целью ФОС является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям федерального государственного образовательного стандарта ФГОС ВО по ОПОП.

ФОС предназначен для решения задач контроля достижения целей реализации ОПОП ВО и обеспечения соответствия результатов обучения области, сфере, объектам профессиональной деятельности, области знаний и типам задач профессиональной деятельности.

3. Перечень оценочных средств, используемых для оценивания сформированности компетенций, критерии и шкалы оценивания в рамках изучения дисциплины.

3.1. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации (с ключом ответов).

9 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – зачет	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ОПК – 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ОПК-7.2 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности ОПК-7.3 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-3.1 Составляет план лечения заболевания / состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ПК-3.2 Назначает лечение в соответствии с действующими порядками

	оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ПК-3.3 Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения
--	--

Тестовые задания

Правильные ответы на тестовое задание выделены жирным шрифтом

Компетенции ОПК-7, ПК-2, ПК-3

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

1. Пациент с болями в области глаза, сниженным зрением, преципитатами на эндотелии роговицы, миозом и перикорнеальной инъекцией - диагноз:

 - а) острый конъюнктивит
 - б) острый иридоциклит**
 - в) острый приступ глаукомы
 - г) флегмона слезного мешка
 - д) острый эписклерит
2. Где начинается процесс зрительного восприятия?

 - а) в слое колбочек и палочек**
 - б) в слое биполярных клеток
 - в) в слое ганглионарных клеток г) в хориоидее
 - д) в зрительном нерве
3. Если при окрашивании эрозии роговицы дефект имеет древовидный характер, мы предполагаем диагноз:

 - а) глубокий герпетический кератит
 - б) поверхностный герпетический кератит**
 - в) ползучая язва роговицы г) туберкулезный кератит д) сифилитический кератит
4. Основной функцией верхней прямой мышцы глаза является:

 - а) смещение глазного яблока книзу
 - б) поднятие глазного яблока кверху**
 - в) приведение глазного яблока г) отведение глазного яблока д) расширение зрачка
5. Острый иридоциклит включает все следующие симптомы, кроме:

 - а) светобоязнь
 - б) перикорнеальная инъекция
 - в) боль в области глазного яблока г) слезотечение
 - д) макулярный отек**
6. Какая анатомическая структура глазного яблока имеет наибольшее количество чувствительных нервных волокон:

 - а) конъюнктивы
 - б) роговица**
 - в) склера г) сетчатка
 - д) хориоидея
7. Основной фактор совместного вовлечения в патологический процесс цилиарного тела и радужки при развитии воспаления:

- а) анатомическая близость
- б) общая васкуляризация**
- в) общая иннервация
- г) повышение ВГД
- д) общая лимфатическая сеть

8. Острота зрения у новорожденных приблизительно составляет:

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

9. Больной, страдающий глаукомой, должен посещать офтальмолога:

- а) каждую неделю
- б) 1 раз в 3 месяца**
- в) 1 раз в год
- г) 1 раз в 3 года
- д) при появлении радужных кругов перед глазами

10. Диагноз больного «Полная обструкция (непроходимость) слезных путей». Наиболее эффективный метод лечения:

- а) удаление палпебральной части слезной железы
- б) конъюнктивориностомия**
- в) каналикулориностомия
- г) дакриоцисториностомия
- д) конъюнктивно-гайморостомия

11. К проявлениям катаракты относятся:

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

12. К методам исследования орбиты относятся:

- а) рентгенография**
- б) компьютерная томография**
- в) периметрия
- г) тонометрия
- д) биомикроскопия

13. Лечение иридоциклита включает:

- а) дексаметазон в каплях**
- б) местное и общее применение нестероидных противовоспалительных средств**
- в) миотики
- г) местные анестетики
- д) мидриатики

14. Для лечения конъюнктивитов применяют все перечисленные средства, за исключением:

- а) р-р тимолола**
- б) р-р хлорамфеникола
- в) р-р пилокарпина**
- г) мазь оксациллиновая
- д) мазь тетрациклиновая

15. Какие из перечисленных средств менее всего показаны при лечении поверхностного древовидного кератита, вызванного вирусом простого герпеса:

- а) мазь ацикловир
- б) интерферон
- в) р-р пилокарпина 1%**
- г) р-р гентамицина
- д) мазь тобрамицина 0,3%

16. Обязательные методы исследования при проникающем ранении глазного яблока:

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

17. Повышенное слезотечение наблюдается при:

- а) хориоретинитах
- б) аномалиях рефракции в) катаракте
- г) **вывороте слезных точек**
- д) **обструкции слезных путей**

18. Какие из перечисленных симптомов характерны для кератитов:

- а) **боли в области глазного яблока б) блефароспазм**
- в) радужные круги перед глазами
- г) **выраженное слезотечение д) светобоязнь**

19. Жалобы больного при начальной катаракте:

- а) **снижение остроты зрения, полиопия**
- б) **наличие черных фиксированных точек перед глазами**
- в) боли в области глазного яблока
- г) радужные круги при взгляде на источник света
- д) слезотечение

20. Какие симптомы характерны для окклюзии центральной артерии сетчатки:

- а) постепенное снижение остроты зрения по типу затуманивания
- б) **резкое снижение остроты зрения**
- в) **в макуле – симптом «вишневой косточки» на фоне молочно-белой сетчатки**
- г) глаукоматозная экскавация ДЗН
- д) симптом «раздавленного помидора»

21. Васкуляризация сетчатки:

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

22. Какие утверждения в отношении паренхиматозного сифилитического кератита являются верными:

- а) **имеет три стадии развития**
- б) **развитие глубокой васкуляризации роговицы**
- в) васкуляризация роговицы отсутствует
- г) **поражаются оба глаза**
- д) поражается один глаз

23. Сужение поля зрения в одном квадранте возможно при следующих заболеваниях:

- а) **первичная глаукома б) отслойка сетчатки в) астигматизм**
- г) гиперметропия д) эмметропия

24. Приобретенная гемералопия может возникать вследствие:

а) недостаточного приема с пищей витамина А

б) атеросклероза

в) недостаточного приема с пищей витамина В

г) заболеваний печени

д) сахарного диабета

25. Местное и общее лечение, применяемое у больных с первичной открытоугольной глаукомой:

а) стероидные противовоспалительные средства б) мидриатики

в) миотики

г) бета-блокаторы

д) ингибиторы карбоангидразы

26. Субъективные симптомы острого приступа глаукомы:

а) сильные боли в области глаза и соответствующей части головы

б) выраженное снижение остроты зрения

в) диплопия

г) тошнота

д) радужные круги при взгляде на источник света

27. Амблиопия может развиваться при следующих заболеваниях:

а) врожденная катаракта б) одностороннее косоглазие

в) альтернирующее косоглазие г) возрастная катаракта

д) анизометропия

28. К симптомам проникающей раны роговицы относятся:

а) глубокая передняя камера

б) мелкая передняя камера вплоть до полного ее отсутствия

в) гипотония глазного яблока

г) выпадение радужки в роговичную рану

д) гифема

29. Симптомы инородного тела роговицы:

а) боли в области глазного яблока, чувство инородного тела

б) пониженная чувствительность роговицы

в) светобоязнь г) слезотечение д) блефароспазм

30. Диагноз первичной открытоугольной глаукомы ставится на основании следующих симптомов:

а) повышение ВГД

б) сужение поля зрения

в) глаукоматозная экскавация ДЗН

г) наличие открытого угла передней камеры

д) проминция ДЗН в стекловидное тело

31. Осложнениями проникающей раны глазного яблока являются:

а) посттравматическая катаракта б) вторичная глаукома

в) первичная глаукома

г) симпатическая офтальмия д) эндофтальмит

32. Ожог глазного яблока I степени характеризуется следующими симптомами:

а) гиперемия конъюнктивы

б) появление дефектов эпителия роговицы

- в) выраженное побледнение конъюнктивы, зачастую с вкраплениями точечных кровоизлияний
- г) «фарфоровая роговица»
- д) глубокий некроз роговицы

33. Атрофия ДЗН характеризуется следующими проявлениями:

- а) побледнение ДЗН**
- б) снижение остроты зрения**
- в) концентрическое сужение поля зрения**
- г) симптом «вишневой косточки»
- д) симптом «раздавленного помидора»

34. Метод локализации внутриглазного металлического инородного тела:

- а) рентгенографическое исследование в одной проекции
- б) рентгенографическое исследование в двух проекциях
- в) рентгенография по Комбергу-Балтину**
- г) ангиография сетчатки д) рефрактометрия

35. Укажите симптом, характерный только для дифтерийного конъюнктивита:

- а) выраженный отек, особенно верхнего века б) боли в области глазного яблока
- в) обильное гнойное отделяемое
- г) наличие фибриновой мембраны, сращенной с конъюнктивой**
- д) появление конъюнктивальных фолликулов

36. Халязион – это:

- а) врожденный дефект века
- б) паразитарное заболевание века
- в) хронический мейбомеит (с накоплением и инкапсуляцией секрета)**
- г) острый мейбомеит
- д) злокачественная опухоль века

37. Максимальная плотность колбочек в зоне:

- а) на периферии сетчатки
- б) в макуле**
- в) в области ДЗН
- г) распределены равномерно по всей сетчатке д) в области зубчатой линии

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

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

39. Лагофтальм в подавляющем большинстве случаев связан с параличом:

- а) n. abducens (отводящий нерв)
- б) n. trochlearis (блоковый нерв)
- в) n. facialis (лицевой нерв)**
- г) n. oculomotorius communis (глазодвигательный нерв) д) n. trigeminus (тройничный нерв)

40. Выворот края века наружу называется:

- а) лагофтальм
- б) блефароспазм
- в) эктропион** г) энтропион д) птоз

41. Заворот края века внутрь называется:
- а) лагофталм
 - б) блефароспазм в) эктропион
 - г) энтропион**
 - д) птоз
42. Питание хрусталика осуществляется за счет:
- а) сосудов радужки
 - б) сосудов цилиарного тела в) сосудов хориоидеи
 - г) сосудов сетчатки
 - д) водянистой влаги**
43. Лагофталм – это:
- а) невозможность поднятия верхнего века
 - б) выраженное закрытие глазной щели
 - в) невозможность закрытия глазной щели**
 - г) выворот нижнего века д) заворот нижнего века
44. Преломляющая сила хрусталика в состоянии покоя:
- а) 1-5 Д
 - б) 18-20 Д**
 - в) 40 Д
 - г) 44 Д
 - д) 60-64 Д
45. Какие сосуды питают вещество хрусталика у взрослого человека:
- а) гиалоидная артерия
 - б) передние цилиарные артерии
 - в) задние короткие цилиарные артерии г) задние длинные цилиарные артерии
 - д) хрусталик не получает питательные вещества непосредственно из кровеносных сосудов**
46. При обследовании больного выявлено: отсутствие рефлекса глазного дна, хрусталик серого цвета, острота зрения – правильная светопроекция (p.l.certa). Диагноз:
- а) начальная катаракта б) незрелая катаракта **в) зрелая катаракта**
 - г) глаукома
 - д) неврит зрительного нерва
47. Основной метод лечения возрастной катаракты:
- а) консервативный
 - б) хирургический**
 - в) не нуждается в лечении г) лазерное лечение
 - д) физиотерапевтическое лечение
48. В начале развития застойного ДЗН острота зрения:
- а) не меняется**
 - б) умеренно снижается
 - в) значительно снижается г) падает до «0»
 - д) правильно в) и г)
49. В случае неврита зрительного нерва острота зрения:
- а) не меняется
 - б) незначительно снижается

в) значительно снижается

50. Первая помощь в условиях поликлиники или медпункта при проникающей ране глазного яблока:

а) репозиция ущемленных в ране оболочек глаза

б) иссечение ущемленных оболочек и герметизация раны

в) наложение повязки на глаз и срочный перевод больного в специализированный глазной травматологический центр

г) амбулаторное лечение у врача-офтальмолога в условиях поликлиники

д) закапывание миотиков

51. Фиброзное кольцо Зинна берет начало от:

а) круглого отверстия

б) зрительного отверстия в) верхней глазничной щели

г) нижней глазничной щели д) овального отверстия

52. Задние короткие цилиарные артерии питают:

а) роговицу

б) радужку

в) внутренние слои сетчатки **г) наружные слои сетчатки** д) цилиарное тело

53. Кровоснабжение цилиарного тела и радужки осуществляют:

а) задние длинные цилиарные артерии б) задние короткие цилиарные артерии

в) передние цилиарные артерии

г) артерии век

д) центральная артерия сетчатки

54. Центральная артерия сетчатки обеспечивает кровоснабжение:

а) хориоидеи

б) внутренних слоев сетчатки

в) наружных слоев сетчатки г) радужки

д) цилиарного тела

55. Зрительный нерв – это:

а) чувствительный нерв

б) двигательный нерв в) смешанный нерв

г) симпатический нерв

д) парасимпатический нерв

56. Наружную прямую мышцу глаза иннервирует:

а) n. oculomotorius communis (глазодвигательный нерв) б) n. facialis (лицевой нерв)

в) n. abducens (отводящий нерв)

г) n. trochlearis (блоковый нерв)

д) n. simpaticus (симпатический нерв)

57. Халязион – это хроническое воспаление:

а) желез Цейсса

б) Мейбомиевых желез

в) желез Генле г) желез Краузе

д) желез Вольфринга

58. Какая из перечисленных опухолей век является злокачественной:

а) ангиома

б) дермоидная киста

в) невус

г) **аденокарцинома**

д) папиллома

59. Какая из перечисленных опухолей век является злокачественной:

а) ксантелазма

б) гемангиома

в) **базально-клеточная эпителиома**

г) пигментный невус д) папиллома

60. Какой симптом не характерен для конъюнктивита:

а) инъекция глазного яблока

б) чувство инородного тела под веком в) жжение

г) **выраженное снижение остроты зрения**

д) зуд

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

61. Какой цвет не различают больные с протанопией:

а) зеленый б) **красный** в) синий

г) желтый

д) фиолетовый

62. Паралич какого нерва может вызвать птоз верхнего века:

а) n. facialis (лицевой нерв)

б) **n. oculomotorius (глазодвигательный нерв)**

в) n. trigeminus (тройничный нерв) г) n. trochlearis (блоковый нерв)

д) n. opticus (зрительный нерв)

63. При остроте зрения, равной 1,0 ($V_{is}=1,0$), величина угла зрения, при которой различаются детали опто типов в таблице для исследования остроты зрения, составляет:

а) **1 мин.**

б) 2 мин.

в) 3 мин.

г) 4 мин.

д) 5 мин.

64. Если больной различает только первый ряд опто типов на расстоянии в 1 метр, его острота зрения составляет:

а) 0,1

б) 0,05

в) **0,02**

г) 0,01

д) 0,03

65. Аккомодационная астиопия чаще всего встречается при:

а) **гиперметропии**

б) миопии

в) пресбиопии г) афакии

д) эмметропии

66. Оказание первой помощи при остром иридоциклите включает закапывание раствора:

а) пилокарпина

б) атропина

в) тимолола

г) гентамицина д) дикаина

67. Эктропион – это:

а) помутнение хрусталика

б) помутнение стекловидного тела

в) выворот наружу ресничного края века

г) кровоизлияние в сетчатку д) отслойка сетчатки

68. Какой симптом не характерен для блефаритов:

а) зуд

б) жжение

в) снижение остроты зрения г) инъекция глазного яблока д) гиперемия края века

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

а) 35-40°

б) 45-50°

в) 80-90°

г) 60-70°

д) 20-30°

70. У взрослого человека темпоральная (височная) граница поля зрения на белый цвет составляет:

а) 60-70°

б) 50-60°

в) 80-90°

г) 100-110°

д) 40-50°

71. У взрослого человека назальная граница поля зрения на белый цвет составляет:

а) 20-30°

б) 45-55°

в) 60-70°

г) 50-60°

д) 70-80°

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

б) химотрипсин

в) лизоцим

г) вода

д) фосфатаза

73. Амблиопия – это нарушение функции:

а) светоощущения б) цветоощущения

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

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

а) 100 м

б) 10 м

- в) 1 м
- г) 10 см
- д) 1 см

75. Преломляющая сила линзы с фокусным расстоянием 0,5 м:

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

76. Какой признак не характерен для весеннего катара:

- а) является хроническим рецидивирующим заболеванием б) двухстороннее поражение
- в) обильное гнойное отделяемое**
- г) аллергический характер заболевания д) обычно поражаются дети до 15-17 лет

77. Гонококковый конъюнктивит у взрослых проявляется:

- а) в первые 3-7 дней после заражения б) в первые 11-20 дней после заражения**
- в) в первые 21-26 дней после заражения г) в первые 27-30 дней после заражения
- д) спустя 1 месяц после заражения

78. Какой признак не характерен для дифтерийного конъюнктивита:

- а) вызывается бактерией (палочкой) Леффлера
- б) фибринозные мембраны, сращенные с конъюнктивой
- в) болезненность предушных лимфоузлов
- г) болезненность поднижнечелюстных лимфоузлов
- д) повышение ВГД**

79. Сферические собирающие линзы используются для коррекции:

- а) миопии
- б) простого гиперметропического астигматизма в) сложного миопического астигматизма
- г) простого миопического астигматизма
- д) гиперметропии**

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

- а) вогнутые**
- б) выпуклые
- в) плоско-выпуклые г) двояковыпуклые д) астигматические

81. Оптическая коррекция простой миопии производится с помощью:

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

82. Возможное осложнение перезрелой катаракты:

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

83. Какой признак не характерен для застойного ДЗН:

- а) является отеком неинфекционного происхождения
- б) является отеком инфекционного происхождения**

- в) в дебюте заболевания - несоответствие выраженных изменений, определяемых при офтальмоскопии, минимальным функциональным нарушениям
- г) ДЗН может проминировать (выстоять) в стекловидное тело
- д) причиной этого заболевания могут быть опухоли головного мозга

84. Какой признак не характерен для хориоидитов:

- а) фотопсии
- б) боли в области глазного яблока**
- в) отсутствие боли в области глазного яблока г) метаморфопсии
- д) в большинстве случаев в воспалительный процесс вовлекается прилежащая сетчатка

85. Какой признак не характерен для окклюзии центральной артерии сетчатки:

- а) быстрое снижение остроты зрения вплоть до светоощущения
- б) миоз**
- в) мидриаз с отсутствием прямой реакции зрачка на свет
- г) ишемия сетчатки в виде отека молочно-белого цвета, определяемого при осмотре глазного дна
- д) симптом «вишневой косточки»

86. Какой признак не характерен для первичной отслойки сетчатки:

- а) чаще развивается на фоне миопии высокой степени
- б) появление затуманивания, тени в поле зрения
- в) боли в области глазного яблока**
- г) возникновение аномальных светоощущений по типу вспышек и искр (фосфен)
- д) метаморфопсии

87. Какой признак не характерен для ретробульбарного неврита:

- а) выраженное снижение остроты зрения
- б) сохранение высокой остроты зрения**
- в) центральная скотома в поле зрения
- г) возможным осложнением может быть атрофия зрительного нерва
- д) нарушения цветоощущения

88. К осложнениям хориоидита относятся:

- а) заращение зрачка б) кератопатия
- в) нейроретинит**
- г) экссудативная отслойка сетчатки**
- д) окклюзия центральной артерии сетчатки

89. Врожденная глаукома развивается вследствие:

- а) остаточной мезодермальной ткани в углу передней камеры**
- б) неоваскуляризации сетчатки
- в) уменьшения продукции водянистой влаги г) уменьшения передней камеры
- д) увеличения продукции водянистой влаги

90. Сфинктер зрачка иннервируется:

- а) симпатическими нервными волокнами
- б) парасимпатическими нервными волокнами**
- в) волокнами тройничного нерва г) волокнами лицевого нерва
- д) волокнами зрительного нерва

91. Причиной снижения остроты зрения при задних увеитах является:

- а) экссудативная реакция стекловидного тела**
- б) изменение рефракции роговицы в) светобоязнь

- г) блефароспазм
- д) преципитаты на эндотелии роговицы

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

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

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

95. Причины вторичного (последовательного) блефароспазма:
а) эрозия роговицы
б) поражения зубов
в) кровоизлияния в головной мозг г) перелом основания черепа
д) опухоли головного мозга

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

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

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

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

100. Характерные жалобы при начальной возрастной катаракте:
а) снижение остроты зрения б) полиопия
в) боли в области глазного яблока

г) радужные круги при взгляде на источник света д) гемералопия (куриная слепота)

101. Методами локализации уровня обструкции (непроходимости) слезных путей являются:

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

102. Для герпетического кератита характерно:

- а) снижение иммунитета**
- б) нормальный иммунитет
- в) сниженная чувствительность роговицы**
- з) длительный период развития (3-6 недель)** д) короткий период развития (1-3 дня)

103. Какие из перечисленных методов применяются для диагностики катаракты:

- а) гониоскопия
- б) биомикроскопия** в) рефрактометрия г) тест Соколова
- д) исследование при боковом (фокальном) освещении**

104. Какие из перечисленных заболеваний могут осложниться развитием катаракты:

- а) кератит
- б) увеит**
- в) окклюзия центральной артерии сетчатки
- г) глаукома
- д) миопия высокой степени**

105. Выберите оптимальные методы удаления инородного тела, частично вколоченного в слои роговицы:

- а) с помощью одноразовой иглы**
- б) с помощью марлевого тампона
- в) с помощью магнита (если инородное тело магнитное)**
- г) промывание роговицы антисептическими растворами д) с помощью пинцета

106. Симптомы врожденной глаукомы:

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

107. Клиническими формами первичной глаукомы являются:

- а) закрытоугольная б) открытоугольная** в) неоваскулярная
- г) увеальная
- д) фактоморфическая

108. Какие из перечисленных медикаментов являются гипотензивными средствами при лечении повышенного ВГД:

- а) холиномиметики**
- б) антихолинэстеразные средства в) бета-адреноблокаторы**
- г) ингибиторы карбоангидразы**
- д) сульфаниламиды

109. Симптомы острого иридоциклита:
а) светобоязнь и слезотечение б) перикорнеальная инъекция
в) боли в области глазного яблока г) изменение значений ВГД
д) метаморфопсии
110. Энтропион (заворот) века может осложняться развитием:
а) кератита
б) язвы роговицы
в) дакриоцистита
г) хронического конъюнктивита
д) иридоциклита
111. Дакриоаденит у детей может возникнуть как осложнение:
а) кори
б) скарлатины
в) эпидемического паротита (свинки)
г) ангины
д) отравлений
112. К возможным осложнениям нелеченного дакриоцистита новорожденных относятся:
а) флегмона слезного мешка
б) врожденная катаракта в) флегмона орбиты
г) язва роговицы
д) врожденная глаукома
113. Осложнения врожденной катаракты:
а) пресбиопия
б) амблиопия в) косоглазие г) миопия
д) гиперметропия
114. Осложнениями миопии высокой степени являются:
а) отслойка сетчатки б) глаукома
в) осложненная катаракта
г) эндогенный увеит
д) деструкция стекловидного тела
115. Какой из перечисленных препаратов не обладает профилактическим эффектом в отношении развития катаракты:
а) дексаметазон
б) сенкаталин в) квинакс
г) катахром
д) витайодурол
116. Какие утверждения верны в отношении адаптации глаза к свету:
а) происходит на 1-6 минуте
б) происходит в течение 1 часа
в) происходит в течение 45 минут
г) происходят фотохимические реакции, направленные на восстановление зрительных пигментов
д) происходит распад зрительных пигментов при фотохимической реакции
117. Для определения остроты зрения пациента необходимы:

- а) светлая комната для исследования, позволяющая соблюсти необходимое расстояние между пациентом и оптоотипом
- б) темная комната
- в) освещенный оптоотип или проектор оптоотипов**
- г) биомикроскоп д) офтальмоскоп

118. Наружная стенка орбиты сообщается с:

- а) лобным синусом (пазухой)
- б) височной ямкой**
- в) крыловидно-небной ямкой**
- г) клиновидным (основным) синусом (пазухой)
- д) гайморовой пазухой (верхнечелюстным синусом)

119. Внутренняя стенка орбиты сообщается с:

- а) клиновидным (основным) синусом (пазухой)**
- б) гайморовой пазухой (верхнечелюстным синусом) в) лобным синусом (пазухой)
- г) решетчатым синусом (пазухой) д) носовой полостью**

120. Через верхнюю глазничную щель проходят:

- а) глазная ветвь тройничного нерва (n. trigeminus)**
- б) II ветвь тройничного нерва
- в) глазодвигательный нерв (n. oculomotorius communis)**
- г) блоковый нерв (n. trochlearis)**
- д) отводящий нерв (n. abducens)**

121. Перикорнеальная инъекция указывает на присутствие: а) конъюнктивита

- б) первичной глаукомы
- в) воспаления сосудистого тракта (иридоциклит) г) воспаления роговицы (кератит)**
- д) отслойки сетчатки

122. Гемералопия (куриная слепота) характеризуется следующими признаками:

- а) нарушение функции колбочек
- б) нарушение функции палочек**
- в) нарушение зрительной адаптации в условиях пониженной освещенности**
- г) нарушение функции биполярных клеток д) нарушение зрительной адаптации к свету

123. Противопоказания для местного назначения кортикостероидов:

- а) ползучая язва роговицы**
- б) фликтенулезный кератоконъюнктивит
- в) эрозия роговицы**
- г) увеит
- д) проникающая рана глазного яблока

124. Какие из перечисленных заболеваний имеют тенденцию к рецидивирующему течению:

- а) герпетический кератит**
- б) катаракта
- в) ползучая язва роговицы
- г) фликтенулезный (скрофулезный) кератоконъюнктивит**
- д) сифилитический кератит

125. Какие утверждения относятся к старческой дуге роговицы:

- а) встречается после 50 лет
- б) встречается после 30 лет
- в) имеет бактериальное происхождение г) имеет вирусное происхождение
- д) относится к дегенеративным процессам роговицы

126. Сифилитический кератит встречается:

- а) в возрасте 6-20 лет
- б) на фоне туберкулеза
- в) на фоне врожденного сифилиса
- г) на фоне сахарного диабета д) на фоне ревматизма

127. Стадии сифилитического кератита:

- а) инфильтрации
- б) эволюционная
- в) васкуляризации г) резорбции
- д) выраженная

128. Какие из перечисленных кератитов относятся к экзогенным:

- а) туберкулезный
- б) сифилитический
- в) травматический г) кератомикозный д) аутоиммунный

129. Тромбоз центральной вены сетчатки характеризуется возникновением следующих симптомов:

- а) снижение остроты зрения
- б) расширение и неравномерная извитость вен сетчатки
- в) симптом «вишневой косточки»
- г) симптом «раздавленного помидора»
- д) выраженные боли в области глазного яблока

130. Какие симптомы характерны для ретробульбарного неврита:

- а) выраженное снижение остроты зрения
- б) сохранение высокой остроты зрения
- в) центральная скотома в поле зрения
- г) возможное осложнение - атрофия зрительного нерва
- д) дисхроматопсии (нарушения цветоощущения)

131. При полном повреждении (пересечении) зрительного нерва отмечаются следующие симптомы:

- а) слепота
- б) исчезновение прямой реакции зрачка на свет в) мидриаз
- г) миоз
- д) сохранение содружественной реакции на свет

132. Основные характеристики хрусталика:

- а) является двояковыпуклой линзой б) прозрачное и упругое образование
- в) фиксирован к цилиарному телу при помощи Цинновых связок
- г) может быть вовлечен в воспалительный процесс
- д) преломляющая сила в состоянии покоя 18,0-20,0 Д, при максимальном напряжении аккомодации – до 33Д

133. К снижению остроты зрения при заболеваниях роговицы приводят следующие причины:

- а) нарушение формы роговицы и изменение ее рефракции**
- б) роговичные инфильтраты**
- в) помутнения роговицы**
- г) васкуляризация роговицы**
- д) снижение чувствительности роговицы

134. Лазерное лечение в офтальмологии проводится при:
а) вторичной катаракте б) остром конъюнктивите в) остром иридоциклите
г) деструкции стекловидного тела
д) диабетической ретинопатии

135. Какие из перечисленных препаратов при закапывании вызывают мидриаз:
а) атропин
б) гоматропин в) пилокарпин г) адреналин д) мезатон

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

- а) прозрачный
- б) бледно-розовый**
- в) с четкими границами**
- г) с нечеткими (стертыми) границами д) деколорированный (бледный)

137. При остром конъюнктивите определяются следующие признаки:
а) изменение цвета конъюнктивы б) изменение рельефа конъюнктивы
в) отек конъюнктивы
г) слезостояние
д) задние синехии (иридохрусталиковые)

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

139. Какое из перечисленных травматических повреждений глазного яблока требует немедленного хирургического вмешательства:

- а) проникающая рана глазного яблока размерами более 2 мм**
- б) внутриглазное инородное тело
- в) вывих хрусталика в переднюю камеру
- г) тяжелая контузия (ушиб) глаза с субконъюнктивальным разрывом склеры
- д) гифема до 1/3 от объема передней камеры глаза

140. Характерными признаками пресбиопии являются:

- а) утрата хрусталиком своей эластичности**
- б) уменьшение аккомодационной способности глаза**
- в) помутнение хрусталика
- г) увеличение аккомодационной способности глаза д) снижение ВГД

141. К характеристикам диабетической катаракты относятся:

- а) двухсторонний характер заболевания**
- б) сочетание помутнений хрусталика и изменений глазного дна**
- в) увеличение ВГД
- г) снижение остроты зрения**
- д) сохранение нормальной остроты зрения

142. Неправильная светопроекция (p.l.incerta) у больного с катарактой позволяет предположить:

- а) патологию радужки
- б) патологию зрительного нерва в) патологию сетчатки**
- г) патологию роговицы
- д) патологию цилиарного тела

143. Стадия глаукомы определяется на основании показателей:

- а) зрительных функций (поля зрения, острота зрения)**
- б) офтальмотонометрии
- в) офтальмоскопической картины глазного дна (экскавация ДЗН)
- г) гониоскопической картины
- д) преломляющей силы роговицы

144. Причинами вторичной посттравматической глаукомы являются:

- а) массивные внутриглазные кровоизлияния б) смещение (дислокация) хрусталика**
- в) отслойка сетчатки
- г) выраженный ожог глазного яблока**
- д) разрывы хориоидеи

145. Протез Комберга-Балтина используется:

- а) в случае проникающей раны глазного яблока для локализации места повреждения
- б) для рентгенологической локализации внутриглазного инородного тела**
- в) в случае контузии (ушиба) глазного яблока
- г) для определения магнитных свойств инородного тела
- д) для определения объема интравитреального кровоизлияния

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

- а) наличие бело-желтого рефлекса глазного дна является нормой у ребенка в возрасте 1 года
- б) наличие бело-желтого рефлекса глазного дна является патологией**
- в) необходима срочная консультация врача-офтальмолога**
- г) у ребенка можно подозревать врожденную глаукому
- д) у ребенка можно подозревать ретинобластому**

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

- а) при содружественном косоглазии движения глазного яблока ограничены
- б) при содружественном косоглазии угол первичного отклонения равен вторичному**
- в) при паралитическом косоглазии движения глазного яблока ограничены
- г) при содружественном косоглазии движения глазного яблока сохранены в полном объеме
- д) при паралитическом косоглазии присутствует диплопия (двоение)**

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

- а) проявляется в виде снижения остроты зрения**
- б) может развиваться вследствие косоглазия**
- в) может развиваться вследствие ранее недиагностированной анизометропии**
- г) может развиваться вследствие конъюнктивита

д) может быть вылечена путем оптической коррекции и окклюзии

149. Бинокулярное зрение – это способность зрительного анализатора:

- а) к видению объектов, расположенных на различном расстоянии
- б) к восприятию цвета
- в) к различению света различной интенсивности
- г) к слиянию двух изображений от глазных яблок в единое изображение предмета**
- д) к распознаванию отдельных деталей предметов

150. Какие препараты используются для медикаментозной профилактики катаракты:

- а) противовоспалительные средства б) кортикостероиды
- в) антиоксиданты**
- г) сосудорасширяющие средства д) противовирусные средства

151. К характерным признакам паралитического косоглазия относятся:

- а) отклонение глаза имеет постоянную величину при взгляде в любом направлении
- б) наличие диплопии (двоения)**
- в) вынужденный поворот головы (тортиколис)**
- г) величина отклонения глаза меняется в зависимости от направления взгляда
- д) ограничение движений глазного яблока

Практико-ориентированные задания (ситуационные задачи).

ТЕМА: «РЕФРАКЦИЯ, АККОМОДАЦИЯ»

Задача № 1.

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

1. Какую патологию Вы заподозрите у пациента?
2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
4. Дальнейшая тактика Ваших действий?
5. Какие осложнения могут 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 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 дальнозоркостью.
4. Сказать маме о необходимости консультации у офтальмолога.
5. Спазм аккомодации может перейти в истинную близорукость.

Задача № 4.

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

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

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

Эталон ответа к задаче № 4.

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

Задача № 5.

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

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

Эталон ответа к задаче № 5.

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

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕК, КОНЬЮНКТИВЫ И СЛЕЗНЫХ ОРГАНОВ»

Задача № 1.

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

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

Эталон ответа к задаче № 1.

1. У пациента имеется острый бактериальный конъюнктивит обоих глаз
2. Необходимо провести осмотр переднего отдела глаз с помощью двух луп (бифокальным методом), проверить остроту зрения.

3. Дифференциальная диагностика проводится между конъюнктивитами другой этиологии. Направить на консультацию к офтальмологу для назначения лечения.
4. Лечение заключается в инстилляциях глазных капель с антибиотиками, глазных дезинфицирующих капель.
5. Острый конъюнктивит может перейти в хронический и осложниться вовлечением в воспалительный процесс роговицы

Задача № 2.

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

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

Эталон ответа к задаче № 2.

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

Задача № 3.

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

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

Эталон ответа к задаче № 3.

1. Можно заподозрить у новорожденных вспышку гонобленнорреи.
2. Тщательно проанализировать анамнез заболевания, эпиданамнез; провести визуальную оценку состояния переднего отдела глаз у заболевших новорожденных.
3. Дифференциальная диагностика должна быть проведена с острым эпидемическим конъюнктивитом, острым дифтерийным или пневмококковым конъюнктивитом, с острым вирусным конъюнктивитом.
4. Срочно поставить в известность главного врача больницы, известить по телефону местное отделение Роспотребнадзора. Вызвать в родильное отделение врача акушера-гинеколога и педиатра, в отделении изолировать больных детей от здоровых, ввести карантинный режим, назначить в глаза больным новорожденным

инстилляций 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.

Задача № 4.

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

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

Эталон ответа к задаче № 4.

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

Задача № 5.

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

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

Эталон ответа к задаче № 5.

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

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ И СКЛЕРЫ»

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

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

Эталон ответа к задаче № 1.

1. Можно заподозрить острый фликтенулезный кератит левого глаза.
2. Тщательно проанализировать жалобы, анамнез заболевания, семейный анамнез; проверить остроту зрения обоих глаз.
3. Провести бифокальный осмотр переднего отдела глаза и особое внимание уделить роговой оболочке левого глаза.
4. В данном случае следует дифференцировать с гематогенным туберкулезным кератитом или конъюнктивитами.
5. Необходимы консультации фтизиатра, офтальмолога, при необходимости – консультация и лечение фтизиоокулиста. Поскольку заболевание склонно к рецидивам, постепенно может мутнеть вся роговая оболочка, при этом зрение значительно снижается. Может быть, перфорация роговой оболочки и процесс осложняется кератоувеитом. При рецидивах образуется бельмо роговой оболочки.

Задача № 2.

Ввиду отсутствия окулиста к Вам обратилась женщина с мальчиком 11 лет, которого беспокоят снижение остроты зрения, боли в левом глазу, отдающие в зубы и ухо с левой стороны. Боль в глазу появилась вчера днем, к вечеру - усилилась, и мама ребенка заметила изменение цвета радужной оболочки и сужение зрачка на больном глазу. При обследовании: OD спокоен; OS - глазная щель умеренно сужена, отмечается выраженная светобоязнь, перикорнеальная инъекция, радужная оболочка отечна, рисунок ее ступешеван, зрачок узкий, слегка овальной формы, реакция на свет снижена. В проходящем свете рефлекс с глазного дна виден, но нечетко.

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

Эталон ответа к задаче № 2.

1. Необходимо уточнить анамнез заболевания, проверить остроту зрения обоих глаз, определить, имеются ли циклитные (цилиарные) боли при пальпации левого глазного яблока.

2. Можно предположить острый иридоциклит левого глаза.
3. Данное заболевание следует дифференцировать с острым кератитом левого глаза (объясните - почему и в чем различие).
4. Направить в офтальмологический стационар, дополнительно проконсультировать с педиатром, стоматологом и ЛОР – врачом.
5. При остром иридоциклите возможно сращение и заращение зрачка, позднее – развитие осложненной (постувеальной) катаракты, вторичной (постувеальной) глаукомы, переход воспаления на внутренние среды глаза - стекловидное тело; хронизация процесса.

Задача № 3.

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

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

Эталон ответа к задаче № 3.

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

Задача № 4.

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

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

Эталон ответа к задаче № 4.

1. Необходимо проверить остроту зрения обоих глаз. По возможности окрасить роговицу 1% раствором метиленовой синьки с целью определения глубины поражения роговой оболочки и внимательно осмотреть ее с помощью бифокального освещения.
2. Можно предположить эрозию роговой оболочки левого глаза.
3. Следует дифференцировать с поверхностным посттравматическим кератитом и проникающим ранением роговой оболочки.
4. Внутримышечно ввести ПСС или анатоксин по Безредке и направить больного на консультацию к офтальмологу, в офтальмотравматологический пункт или глазной стационар.
5. Возможны осложнения в виде развития кератита (в том числе, учитывая условия получения травмы – грибковой этиологии) и кератоувеита.

Задача № 5.

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

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

Эталон ответа к задаче № 5.

1. Проверить остроту зрения, фокально и бифокально осмотреть роговую оболочку и весь передний отдел OD. Посмотреть в проходящем свете другие прозрачные среды глаза (хрусталик, стекловидное тело), пальпировать глазное яблоко для выявления циклитных (цилиарных) болей в нем.
2. Можно предположить хронический рецидивирующий кератит туберкулезной этиологии правого глаза.
3. Туберкулезный кератит необходимо дифференцировать с другими специфическими воспалениями роговой оболочки (паренхиматозным сифилитическим, токсоплазмозным, бруцеллезным и др. кератитами), кератоувеитом этой же этиологии.
4. Направить больного на консультацию к фтизиоокулисту в тубдиспансер или офтальмологический стационар.
5. Прогноз неблагоприятный, так как процесс рецидивирующий и приводит к формированию стойкого помутнения роговой оболочки - бельма. Кроме того, в воспаление может вовлекаться радужная оболочка и цилиарное тело с развитием кератоувеита.

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСУДИСТОГО ТРАКТА»

Задача № 1.

Родители ребенка 7 лет заметили у него припухлость и покраснение в области обоих коленных суставов. Накануне у него покраснел левый глаз, зрение снизилось, и появились боли. По поводу суставов родители обращались к фельдшеру, который

рекомендовал провести обследование ребенка, однако этого сделано не было. При наружном осмотре OS: выражена перикорнеальная инъеция, роговая оболочка отечная, цвет радужной оболочки изменен по сравнению со здоровым глазом, рисунок ее смазан, зрачок сужен, форма неправильная, реакция на свет снижена. OD спокоен.

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

Эталон ответа к задаче № 1.

1. Можно заподозрить острый иридоциклит левого глаза.
2. Проверить остроту зрения обоих глаз. Бифокальным методом исследовать OS: роговую оболочку, переднюю камеру, радужную оболочку, зрачок, провести исследование в проходящем свете. Пальпаторно определить наличие или отсутствие циклитных (цилиарных) болей в левом глазу.
3. Данное заболевание следует дифференцировать с острым кератитом или симптомокомплексом с поражением суставов и переднего отдела увеального тракта.
4. Следует срочно направить больного на консультацию к офтальмологу, педиатру, ревматологу.
5. Вовлечение в воспалительный процесс стекловидного тела, сращение или заращение зрачка, позднее – развитие осложненной (постувеальной) катаракты, вторичной (постувеальной) глаукомы.

Задача № 2.

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

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

Эталон ответа к задаче № 2.

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

панофтальмита с исходом в субатрофию глазного яблока и слепоту. Может быть переход в хроническую форму заболевания.

Задача № 3.

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

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

Эталон ответа № 3.

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

Задача № 4.

1. На консультацию обратился больной 32 лет с жалобами на повторяющиеся покраснения глаз, снижение остроты зрения. Болен в течение 3 лет, неоднократно лечился в стационаре и амбулаторно; обострения бывают с частотой до 4-6 раз в год. В течение последней недели стал отмечать прогрессирующее ухудшение зрения обоих глаз. Имеются симптомы язвенного поражения слизистой полости рта, со слов больного – язвенные поражения половых органов, эритема кожи туловища. Со стороны OU - признаки обострения хронического иридоциклита с наличием гноя в передней камере.
2. Какую патологию можно заподозрить у пациента?
3. Методы диагностики, которые можно применить в данной ситуации?
4. С чем проводится дифференциальная диагностика предполагаемого заболевания? Дальнейшая тактика Ваших действий?
5. Чем может осложниться это заболевание?

Эталон ответа к задаче № 4.

1. Можно заподозрить синдром Бехчета.
2. Необходимо проверить остроту зрения обоих глаз без коррекции и с коррекцией, фокально и бифокально осмотреть роговую оболочку, переднюю камеру и ее содержимое (гипопион), радужную оболочку и ее зрачковый край, определить

- реакцию зрачков на свет, в проходящем свете попытаться оценить состояние хрусталика и стекловидного тела.
3. Предполагаемый синдром Бехчета дифференцируют с синдромом Стивенса – Джонсона, синдромом Рейтера, СПИДом.
 4. Больной нуждается в консультации офтальмолога, уролога, ревматолога и других специалистов. Необходимо направить к офтальмологу или в офтальмологический стационар.
 5. Осложнения со стороны глаз при синдроме Бехчета – развитие осложненной катаракты, помутнение стекловидного тела, вовлечение в процесс собственно сосудистой оболочки (хориоидеи) и сетчатой оболочки с возникновением хориоретинита.

Задача № 5.

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

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

Эталон ответа к задаче № 5.

1. Можно предполагать наличие острого гнойного иридоциклита ревматоидной этиологии правого глаза.
2. Необходимо выяснить анамнез общего заболевания, проверить остроту зрения без коррекции и с коррекцией, провести фокальный и бифокальный осмотры переднего отдела обоих глаз, в проходящем свете попытаться оценить состояние хрусталика и стекловидного тела, пальпаторно проверить, имеются ли циклитные (цилиарные) боли в правом глазу. Дифференциальная диагностика проводится с острым кератоконъюнктивитом, острым кератитом, острым приступом закрытоугольной глаукомы.
3. Больной нуждается в срочной консультации офтальмолога и лечении в офтальмологическом стационаре.
4. Острый иридоциклит может довольно быстро привести к возникновению сращений между зрачковым краем радужной оболочки и передней капсулой хрусталика (синехиям), сращению и заращению зрачка, утяжелению процесса с вовлечением в воспаление стекловидного тела (эндофтальмит) или всех оболочек глаза (панофтальмит), с последующим исходом в субатрофию глаза и слепоту. В более позднем периоде развивается осложненная (постувеальная) катаракта и вторичная (постувеальная) глаукома.

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ ХРУСТАЛИКА И СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА»

Задача № 1.

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

1. Какую патологию Вы заподозрите у ребенка?
2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику?

3. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?
4. Тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут развиваться при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 1.

1. Необходимо заподозрить у ребенка врожденную катаракту обоих глаз
2. Надо выяснить анамнез, особенности течения беременности, перенесенные матерью во время беременности заболевания (особенно вирусные и в первом триместре беременности). Выяснить вопросы наследственности со стороны родителей ребенка. Было ли что-то подобное у старших детей этой пары, если этот ребенок не единственный? Провести исследование в проходящем свете, пальпаторное исследование внутриглазного давления на обоих глазах.
3. Дифференцировать эту патологию глаз нужно с ретинобластомой обоих глаз, ретинопатией недоношенных, врожденной патологией сетчатки и зрительного нерва.
4. Направить ребенка на консультацию к детскому офтальмологу или в детскую офтальмологическую больницу.
5. Если не удалить врожденную катаракту обоих глаз, разовьется амблиопия обоих глаз со снижением остроты зрения до слабовидения и слепоты; может развиваться нистагм, вторичное косоглазие.

Задача № 2.

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

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

Эталон ответа к задаче № 2.

1. Зрелая возрастная катаракта правого глаза, незрелая возрастная катаракта левого глаза.
2. Провести осмотр в проходящем свете, пальпаторно исследовать внутриглазное давление на обоих глазах.
3. Дифференцировать данную патологию глаз следует с первичной открыто- угольной глаукомой, при этом общим является только снижение остроты зрения, все остальные симптомы разные.
4. Направить к офтальмологу для более детального обследования и решения вопроса об удалении катаракты.
5. Возрастная катаракта может перезреть, что приведет к возникновению вторичной факолитической или фактопической глаукомы; возникновению катаракты Морганьи; иридоциклиту, как аутоимунному ответу на нарушение барьерной функции капсулы хрусталика и попаданию хрусталиковых белков во внутреннюю среду глаза.

Задача № 3.

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

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

Эталон ответа к задаче № 3.

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

Задача № 4.

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

1. Какую патологию можно заподозрить у пациента?
2. С чем проводится дифференциальная диагностика?
3. Какие методы обследования нужно провести дополнительно?
4. Ваши рекомендации пациенту?
5. Можно ли данную патологию глаз лечить консервативно?

Эталон ответа к задаче № 4.

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

5. Консервативное лечение возрастной катаракты существует, но эффективность его невелика, основной способ лечения – хирургический.

Задача № 5.

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

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

Эталон ответа к задаче № 5.

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

ТЕМА: «ГЛАУКОМЫ»

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

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

Эталон ответа к задаче № 1.

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

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

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

4. Больная нуждается в срочной консультации офтальмолога и постоянном диспансерном наблюдении. Прогноз в плане сохранения зрения неблагоприятный.

Задача № 2.

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

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

Эталон ответа к задаче № 2.

1. Предположительный диагноз: вторичная (посттравматическая) глаукома, неполная осложненная (посттравматическая) катаракта, посттравматический мидриаз правого глаза.

2. Пальпаторно (ориентировочно) определить уровень внутриглазного давления обоих глаз, посмотреть среды глаз в проходящем свете.

3. С другими видами вторичных глауком, определение стадии глаукомы правого глаза.

4. Направить больного на консультацию к офтальмологу для лечения и диспансерного наблюдения.

5. Неблагоприятный исход заболевания – необратимая слепота.

Задача № 3.

Обратился пациент 28 лет, перенесший, со слов больного, в новорожденном состоянии воспаление левого глаза. Беспокоит снижение зрения левого глаза, постепенно отмечаемое в течение нескольких лет. Кроме того, беспокоят боли в левом глазу, в виске слева, в левой половине головы, ноющего характера, несильные. Объективно на OS определяется: роговая оболочка в пределах глазной щели непрозрачная, отечная. Зрачок неправильной формы, неравномерно серого цвета, реакции зрачка на свет нет, зрачок сужен до 3 мм. Глазное дно на OS не просматривается, ВГД - 37 мм рт. ст. Правый глаз здоров.

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

5. Каков прогноз при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 3.

1. У пациента предполагается вторичная (постувеальная) глаукома, частичная (осложненная) катаракта, лентовидная дегенерация роговой оболочки левого глаза.

2. Больному необходимо обследование в офтальмологическом стационаре (УЗИ – исследование левого глаза, электрофизиологические 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.

Обратилась женщина 35 лет, постоянно находящаяся на учете по поводу туберкулеза. Несколько раз лечилась в тубдиспансере и больнице внелегочных форм туберкулеза на курорте «Озеро Тагарское». Беспокоит снижение зрения на обоих глазах. Перенесла неоднократные обострения воспалений глаз в течение последних 10 лет. Объективно: ОУ спокойны, передняя камера мелкая, зрачки сужены до 1,5 мм, неправильной формы, реакции на свет нет, отмечается выбухание радужной оболочки в переднюю камеру, рефлекса с глазного дна при осмотре в проходящем свете нет, передняя камера мелкая на обоих глазах. Внутриглазное давление: OD - 38 мм рт. ст., OS - 42 мм рт. ст.

1. Какое заболевание Вы заподозрите у этой больной?

2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?

4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?

5. Какой исход может быть при данной патологии?

Эталон ответа к задаче № 4.

1. У больной имеется вторичная (постувеальная, туберкулезной этиологии) глаукома обоих глаз. Окклюзия зрачков, бомбаж радужной оболочки обоих глаз.

2. Проверить остроту зрения без коррекции и с коррекцией; по возможности, ориентировочно определить границы полей зрения, фокально и бифокально осмотреть роговую оболочку, переднюю камеру, радужную оболочку, зрачки. Учитывая анамнез заболевания, пропальпировать глазные яблоки на наличие цилиарных (цилиарных) болей.

3. Со вторичными глаукомами другой этиологии.

4. Срочно направить на консультацию к офтальмологу, в лазерное отделение офтальмологического стационара для решения вопроса о возможности лазерной иридэктомии на обоих глазах, затем – под наблюдение фтизиоокулиста и фтизиатра.

5. Прогноз и исход заболевания неблагоприятные, слепота.

Задача № 5.

На прием обратился солдат срочной службы 18 лет с жалобами на значительное снижение зрения в сумерках и ночью. Был призван в ряды армии

6 месяцев назад, служил в ВДВ. Во время дневных прыжков проблем не возникало, во время ночных прыжков почувствовал себя совершенно беспомощным. Объективно: острота зрения OU - 1,0. Поля зрения сужены до 5- 10° от точки фиксации на обоих глазах. На глазном дне OU: диски зрительных нервов серые, субтотальная глубокая экскавация. Внутриглазное давление: OD - 45 мм рт. ст., OS - 42 мм рт. ст.

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

Эталон ответа к задаче № 5.

1. У пациента далекозашедшая стадия юношеской глаукомы обоих глаз
2. Выяснить анамнез заболевания – семейный и личный. Особое внимание обратить на наличие неблагоприятной наследственности по мужской линии –страдает ли кто-либо из кровных родственников (отец, дядя, брат) аналогичным заболеванием.
3. Дифференциальная диагностика должна проводиться с атрофиями зрительного нерва другой этиологии.
4. Срочно направить пациента к офтальмологу для решения вопроса о хирургическом лечении юношеской глаукомы. Далее – для постоянного диспансерное наблюдения и лечения.
5. Так как у больного уже далекозашедшая стадия глаукомы, прогноз неблагоприятный, и после хирургического лечения возможно прогрессирование с исходом в необратимую слепоту вследствие атрофии зрительного нерва.

ТЕМА: «ТРАВМЫ ОРГАНА ЗРЕНИЯ»

Задача № 1.

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

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

Эталон ответа к задаче № 1.

Контузия правого глаза 1 степени тяжести. Возможно, имеется нарушение целостности костей внутренней стенки правой орбиты.

Осторожно пропальпировать края правой орбиты, провести фокальный и бифокальный осмотры, а также исследование в проходящем свете.

Дифференцировать следует по степени тяжести травмы правого глаза.

Следует срочно («скорой помощью») отправить пострадавшего в офтальмотравматологический пункт.

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

Задача № 2.

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

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

Эталон ответа к задаче № 2.

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

Задача № 3.

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

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

Эталон ответа к задаче № 3.

1. Можно заподозрить разрыв слезного канальца (скорее всего, нижнего) левого глаза в результате контузии века, но может быть и надрыв или отрыв нижнего века левого глаза, выворот нижней слезной точки.
2. Дополнительно необходимо провести фокальный и бифокальный осмотры слезных точек и век левого глаза, пропальпировать слезный мешок, провести канальцевую и носовую пробы (объяснить их принципы).
3. Дифференцировать следует с выворотом века, окклюзией слезной точки, хроническим дакриоциститом.
4. Необходима консультация офтальмолога, дать направление.
5. Данная патология может осложняться упорным слезотечением, хроническим конъюнктивитом, мацерацией и дерматитом кожи век.

Задача № 4.

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

1. Какую патологию Вы заподозрите у этого пациента?
2. Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

3. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику данной патологии?
4. Какова тактика Ваших дальнейших действий?
5. Какие осложнения могут быть при данной патологии.

Эталон ответа к задаче № 4.

1. Контузия правого глаза (предположительно, тяжелой степени).
2. Пропальпировать края обеих орбит, провести фокальный и бифокальный осмотры, осмотр в проходящем свете, проверить остроту зрения, сделать обзорную рентгенограмму проекции орбит.
3. Данную травму правого глаза следует дифференцировать с проникающим ранением глазного яблока, переломом костей внутренней стенки орбиты.
4. Срочно направить больного к офтальмотравматологический пункт или в глазной стационар.
5. Нарушение целостности внутренних структур глаза, кровоизлияние в сетчатку, стекловидное тело, подвывих или вывих хрусталика, отрыв корня радужки, разрыв и отслойка сетчатки, отрыв зрительного нерва.

Задача № 5.

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

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

Эталон ответа к задаче № 5.

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

ТЕМА: «ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕТЧАТКИ И ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА»

Задача № 1.

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

1. Какой стадии гипертонической болезни соответствуют описанные офтальмологом изменения глазного дна пациентки?
2. Как называется эта стадия изменений на глазном дне?
3. Указывают ли описанные изменения на нарушение гемодинамики в сетчатой оболочке?

4. Характерен ли для этой стадии изменений симптом «медной и серебряной проволоки»?
5. Приводят ли отмеченные офтальмологом изменения к значительному снижению зрительных функций?

Эталон ответа к задаче № 1.

1. Указанные изменения соответствуют стадии функциональных сосудистых расстройств, гипертонической болезни IA или ПА.
2. Описанные изменения соответствуют стадии гипертонической ангиопатии.
3. Несомненно, указанные изменения свидетельствуют о нарушениях гемодинамики сетчатой оболочки.
4. Для описанной стадии изменений сосудов сетчатой оболочки симптом «медной и серебряной проволоки» не характерен - он соответствует стадии гипертонического ангиосклероза.
5. Отмеченные изменения не приводят к значительному снижению зрительных функций.

Задача № 2.

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

1. Какой стадии гипертонической болезни соответствуют указанные офтальмологом изменения на глазном дне у данной пациентки?
2. Как называется эта стадия изменений на глазном дне?
3. Характерно ли для этой стадии изменений сосудов сетчатой оболочки появление кровоизлияний, белых ватообразных очагов и картины застойного диска зрительного нерва?
4. Характерно ли для этой стадии изменений сетчатой оболочки появление в области желтого пятна «фигуры звезды»?
5. Приводят ли отмеченные окулистом изменения к снижению зрительных функций?

Эталон ответа к задаче № 2.

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

Задача № 3.

Вы направили на консультацию к офтальмологу больную 60 лет, которая в течение 15 лет страдает гипертонической болезнью. В своем заключении офтальмолог констатирует, что на глазном дне обоих глаз отмечается выраженное сужение, неравномерность калибра, извитость и уплотнение стенок артерий. Артерии имеют вид «медной и серебряной проволоки», вены расширены и извиты; имеется симптом Салюса-Гунна II-III степени. Отмечены также кровоизлияния в сетчатой оболочке, ее отек, наличие белых ватообразных очагов и желтовато-белых экссудативных очагов. В области

желтого пятна видна «фигура звезды». Имеется отек сетчатой оболочки в области макулы, отек и нечеткость границ диска зрительного нерва с кровоизлияниями вокруг него.

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

Эталон ответа к задаче № 3.

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

Задача № 4.

Вы направили на консультацию к офтальмологу беременную женщину

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

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

Эталон ответа к задаче № 4.

1. Исследование остроты зрения, ориентировочное определение границ полей зрения двух глаз.
2. При такой патологии беременной женщины отмечают значительное снижение зрительных функций.
3. После прерывания беременности, если нет отслойки сетчатки или кровоизлияния в нее и стекловидное тело, зрительные функции восстанавливаются.
4. Вследствие выпота под сетчатку из сосудов хориоидеи может произойти отслойка сетчатки.
5. Отслойка сетчатки и/или увеличение патологических изменений на глазном дне, наряду с ухудшением общего состояния, являются прямыми показаниями к прерыванию беременности.

Задача № 5.

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

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

Эталон ответа к задаче № 5.

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

ТЕМА: «ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ БИНОКУЛЯРНОГО ЗРЕНИЯ»

Задача № 1.

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

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

Эталон ответа к задаче № 1.

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

Задача № 2.

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

1. Какую патологию Вы заподозрите у девочки?

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

Эталон ответа к задаче № 2.

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

Задача № 3.

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

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

Эталон ответа к задаче № 3.

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

Задача № 4.

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

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

Эталон ответа к задаче № 4.

1. Вероятнее всего, у больного имеется паралич наружной прямой мышцы правого глаза.

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

Задача № 5.

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

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

Эталон ответа к задаче № 5.

1. У подростка, скорее всего, имеется некомпенсированная экзофория.
2. Проанализировать жалобы и анамнез заболевания, проверить остроту зрения вдаль каждого глаза, вид и степень рефракции, при необходимости – остроту зрения вдаль с субъективно определенной коррекцией. Определить объем движений глазных яблок, характер (вид) зрения – монокулярное, одновременное или бинокулярное.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить между явными и кажущимся косоглазием, а также – между содружественным и паралитическим.
4. Рекомендуется консультация офтальмолога для диагностики и лечения.
5. Больше будет беспокоить мышечная астенопия

3.2. Критерии и шкалы оценивания.

Текущий контроль по дисциплине

Оценивание обучающегося на занятиях осуществляется в соответствии с локальным актом университета (положением), регламентирующим проведение текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся и организации учебного процесса с применением балльно-рейтинговой системы оценки качества обучения.

Шкала оценивания тестовых заданий

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«отлично»	90-100
«хорошо»	66-89
«удовлетворительно»	50-65
«неудовлетворительно»	0-49

Оценивание практико-ориентированных заданий (ситуационные задачи):

Критерии оценки решения проблемно-ситуационной задачи:

5 «отлично» – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий; последовательное,

уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

4 «хорошо» – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями преподавателя; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

3 «удовлетворительно» – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов преподавателя; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах преподавателя, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций 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.

Оценивание практико-ориентированных заданий (мануальные практические навыки):

Критерии оценки выполнения практических навыков:

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 санэпидрежима; 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; все действия обосновываются с уточняющими вопросами преподавателя;

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 преподавателя; 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.

Промежуточная аттестация по дисциплине

Форма промежуточной аттестации 8 семестр — Зачет.

На промежуточной аттестации обучающийся оценивается – зачтено; не зачтено.

Результат обучения по дисциплине считается достигнутым при получении обучающимся оценки «зачтено» по каждому из контрольных мероприятий, относящихся к данному результату обучения.

Критерии оценки образовательных результатов обучающихся на зачете по дисциплине

Качество освоения ОПОП - рейтинг вые баллы	Оценка зачета (нормативная) в 5-балльной шкале	Уровень достижений компетенций	Критерии оценки образовательных результатов

90-100	Зачтено	Высокий (продвину- тый)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обладавший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 90-100.</p> <p>При этом, на занятиях, обучающийся исчерпывающе, последовательно, чётко и логически стройно излагал учебно-программный материал, умел тесно увязывать теорию с практикой, свободно справлялся с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, предусмотренные программой. Причем обучающийся не затруднялся с ответом при видоизменении предложенных ему заданий, правильно обосновывал принятое решение, демонстрировал высокий уровень усвоения основной литературы и хорошо знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины.</p> <p>Как правило, оценку «отлично» выставляют обучающемуся, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значение для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>
66-89	Зачтено	Хороший (базовый)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обладавший осознанное (твёрдое) знание учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 66-89.</p> <p>На занятиях обучающийся грамотно и по существу излагал учебно-программный материал, не допускал существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применял теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владел необходимыми навыками и приёмами их выполнения, уверенно демонстрировал хороший уровень усвоения основной литературы и достаточное знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины.</p> <p>Как правило, оценку «хорошо» выставляют обучающемуся, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

50-65	Зачтено	Достаточный (минимальный)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обладающий минимальные (достаточные) знания учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 50-65.</p> <p>На занятиях обучающийся демонстрирует знания только основного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной работы, слабое усвоение деталей, допускает неточности, в том числе в формулировках, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий и работ, знакомый с основной литературой, слабо (недостаточно) знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой.</p> <p>Как правило, оценку «удовлетворительно» выставляют обучающемуся, допускавшему погрешности в ответах на занятиях и при выполнении заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>
Менее 50	Не зачтено	Недостаточный (ниже минимального)	<p>НЕ ЗАЧТЕНО выставляется обучающемуся, который не знает большей части учебно-программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы на занятиях и самостоятельной работе.</p> <p>Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся продемонстрировавшего отсутствие целостного представления по дисциплине, предмете, его взаимосвязях и иных компонентов.</p> <p>При этом, обучающийся не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании вуза без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.</p> <p>Компетенции, закреплённые за дисциплиной, сформированы на недостаточном уровне или не сформированы.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«зачтено»	60-100
«незачтено»	0-59