

**федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ярославский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

ВОЛОГОДСКИЙ ФИЛИАЛ

**Фонд оценочных средств
по дисциплине**

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Специальность

31.08.59 Офтальмология

Направленность (профиль) программы

Офтальмология

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Фонд оценочных средств дисциплины «Офтальмология» разработан в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.59 Офтальмология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 02.02.2022 № 98

Реализация образовательной программы осуществляется в **Вологодском филиале** ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России.

Программа разработана на кафедре офтальмологии
Заведующий кафедрой – Страхов Владимир Витальевич, доктор мед. наук,
профессор

Разработчики:

Страхов Владимир Витальевич, доктор мед. наук, профессор
Климова Ольга Николаевна, кандидат мед. наук, доцент

Согласовано:

Декан факультета
подготовки кадров высшей
квалификации

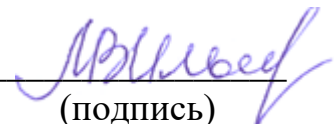


(подпись)

Л.А. Савельева

« 14 » июня 2024 года

Проректор по лечебной
работе и развитию
регионального
здравоохранения,
профессор



(подпись)

М.В. Ильин

« 15 » июня 2024 года

Утверждено Советом по управлению образовательной деятельностью
« 17 » июня 2024 года, протокол № 4

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме экзамена и (или) зачета с оценкой обучающиеся оцениваются по четырехранговой шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Оценка «отлично» - выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» - выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» - выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» - выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме зачета обучающиеся оцениваются по двухбалльной шкале:

Оценка «зачтено» - выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: подробно ответил на теоретические вопросы, справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных программой ординатуры, ориентируется в основной и дополнительной литературе, рекомендованной рабочей программой дисциплины (модуля).

Оценка «не зачтено» - выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: не владеет теоретическим материалом и допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля).

Шкала оценивания (четырёхбалльная или двухбалльная), используемая в рамках текущего контроля успеваемости определяется преподавателем, исходя из целесообразности применения той или иной шкалы.

Если текущий контроль успеваемости и (или) промежуточная аттестация, предусматривает тестовые задания, то перевод результатов тестирования в четырёхранговую шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» - 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» - 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» - 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов.

Перевод результатов тестирования в двухбалльную шкалу:

Оценка «Зачтено» - 71-100% правильных ответов;

Оценка «Не зачтено» - 70% и менее правильных ответов.

Для промежуточной аттестации, состоящей из двух этапов (тестирование + устное собеседование) оценка складывается по итогам двух пройденных этапов. Обучающийся, получивший положительные оценки за тестовое задание и за собеседование считается аттестованным. Промежуточная аттестация, проходящая в два этапа, как правило, предусмотрена по дисциплинам (модулям), завершающихся экзаменом или зачетом с оценкой.

Обучающийся, получивший неудовлетворительную оценку за первый этап (тестовое задание) не допускается ко второму этапу (собеседованию).

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Офтальмология

Специальность

31.08.59 Офтальмология

Направленность (профиль) программы

Офтальмология

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

- I **Топографическая анатомия органа зрения**
- 1 Какая стенка орбиты наиболее тонкая?
наружная
внутренняя
задняя
нижняя
верхняя
- 2 Какой структурой глаза вырабатывается внутриглазная жидкость?
роговицей
хрусталиком
цилиарным телом
стекловидным телом
сетчаткой
- 3 Аксоны клеток какого слоя формируют зрительный нерв
пигментного слоя
слоя палочек и колбочек
наружного зернистого слоя
глионарного слоя
внутреннего зернистого слоя
- 4 Какую из перечисленных структур питает хориоидея?
эндотелий роговицы
хрусталик
стекловидное тело

внутренние слои сетчатки
наружные слои сетчатки
- 5 Какая область соединяет орбиту с верхнеглазничной щелью?
средняя черепная ямка
задняя черепная ямка
височная ямка
крылонебная ямка
передняя черепная ямка
- 6 Какой нерв проходит через круглое отверстие в глазнице?
глазничный
верхнечелюстной
глазодвигательный
отводящий
блоковый
- 7 Какой нерв иннервирует мышцу, поднимающую верхнее веко?
блоковый
отводящий
глазодвигательный
слезный
- 8 Какой слой сетчатки является самым наружным?
наружный зернистый слой
наружная глиальная пограничная мембрана
слой палочек и колбочек
пигментный эпителий
наружный сетчатый слой
- 9 В каком месте сетчатка наиболее прочно прикреплена к сосудистой оболочке?
в области желтого пятна
в области крупных сосудов

- в области центральной артерии
вокруг диска зрительного нерва
в области экватора
- 10 Какой нерв находится в области мышечной воронки?
слезный
зрительный
блоковый
верхнечелюстной
лицевой
- 11 От какого нерва получает иннервацию сфинктер зрачка?
тройничного
лицевого
симпатического
глазодвигательного
- 12 Какая структура питает роговицу?
краевая петлистая сосудистая сеть
слезная артерия
передняя решетчатая артерия
надглазничная артерия
центральная артерия сетчатки
- 13 Какой из перечисленных нервов является источником чувствительной иннервации роговицы?
лицевой
блоковидный
тройничный
отводящий
глазодвигательный
- 14 Через какую структуру осуществляется отток жидкости из передней камеры?
область зрачка
капсулу хрусталика
зону трабекул
цилиарное тело
переднюю поверхность радужки
- 15 Какой области соответствует положение зубчатой линии?
месту прикрепления прямых мышц
экватору глаза
зоне проекции цилиарного тела
зоне проекции лимба
области диска зрительного нерва
- 16 Какая стенка орбиты является наиболее прочной?
задняя
нижняя
наружная
внутренняя
верхняя
- 17 Центральная артерия сетчатки питает
внешние слои сетчатки
внутренние слои сетчатки
хориоидею
внешние слои сетчатки и хориоидею
- 18 Основная физиологическая функция вортикозных вен состоит в
оттоке венозной крови из тканей заднего отдела глаза
регуляции внутриглазного давления

- обеспечивании нормальной трофики сетчатки
теплорегуляции тканей глаза
- 19 Боуменова мембрана находится между
эпителием и десцеметовой оболочкой
стромой и эндотелием
стромой и десцеметовой
эпителием роговицы и стромой
- 20 Слияние роговицы, склеры, конъюнктивы происходит в области
склеральной шпоры
зубчатой линии
лимба
- 21 Питание роговицы осуществляется за счет
краевой петливой сосудистой сети
центральной артерии сетчатки
слезной артерии
передними цилиарными артериями
- 22 Сетчатка развивается из
мезодермы

нейроэктодермы
стенок глазного бокала
поверхностной эктодермы
- 23 Связка Вигера выполняет функцию
сохраняет структуру радужной оболочки
удерживает глазное яблоко в полости глазницы
соединяет стекловидное тело и хрусталик
сохраняет структуру угла передней камеры
- 24 Радиус кривизны передней и задней поверхности роговицы соответствует
4.8 - 3.7
6.8 - 7.7
7.7 - 6.8
7.7 - 7.7
- 25 Иннервация слезной железы осуществляется
парасимпатической нервной системой
симпатической нервной системой
соматической нервной системой
по смешанному типу
- 26 Мышечная воронка берет свое начало от
зрительного отверстия
круглого отверстия
верхней глазничной щели
нижней глазничной щели
- 27 Мышцы, осуществляющие подвижность глазного яблока

наружная прямая
сфинктер и дилататор зрачка
круговая мышца глаза
верхняя прямая
нижняя прямая
- 28 Преломляющие структуры глаза
склера
роговица
влага передней камеры

- хрусталик
- стекловидное тело
- 29 Нейроны сетчатки
 - слой ганглиозных и мультиполярных клеток
 - слой волокон зрительного нерва
 - внутренний зернистый слой
 - нейроэпителий
 - пигментный эпителий
- 30 Образования, проходящие через верхнюю глазничную щель
 - глазная вена
 - блоковидный нерв
 - глазодвигательный нерв
 - глазная артерия
 - лицевой нерв
 - верхнечелюстной нерв
- 31 Слои роговицы
 - передний эпителий
 - передняя пограничная мембрана
 - строма
 - задняя пограничная мембрана
 - задний эпителий роговицы
- 32 Структуры, образующие переднюю камеру глаза
 - роговица
 - цилиарное тело
 - хрусталик
 - радужка
- 33 Глазодвигательные мышцы, начинающиеся от фиброзного кольца в области зрительного отверстия
 - круговая мышца
 - наружная прямая мышца
 - верхняя прямая мышца
 - нижняя прямая мышца
 - нижняя косая мышца
- 34 Симптомы, характерные для синдрома верхне-глазничной щели
 - лагофтальм
 - тетраплегия
 - мидриаз
 - миоз
 - птоз
- 35 Мышцы, иннервирующийся глазодвигательным нервом
 - верхняя прямая мышца
 - нижняя прямая мышца
 - круговая мышца глаза
 - наружная прямая мышца
 - верхняя косая мышца
- 36 Слои радужки
 - передний пограничный
 - лакунарный
 - стромальный
 - пигментно- мышечный
- 37 Слои собственно сосудистой оболочки
 - супрахориоидея
 - слой крупных сосудов

- слой средних сосудов
хориокапиллярный слой
мембрана Бруха
- 38 Структуры, образующие угол передней камеры
задняя поверхность роговицы
передняя гиалоидная мембрана
задняя поверхность радужки
передняя поверхность радужки
капсула хрусталика
- 39 Задняя камера - пространство, ограниченное
периферической частью радужной оболочки
цинновой связкой
хрусталиком
- ресничным телом
- 40 Функции стекловидного тела
продукция водянистой влаги
опорная
светопроводящая
питательная
- 41 Базальная слезная секреция обеспечивается
слезной железой
клапаном Розенмюллера
железами Краузе
синусом Майера
- 42 Сетчатка прикрепляется к сосудистой оболочке
на всем протяжении
в области центральной ямки
вокруг ДЗН
вдоль зубчатой линии
- 43 Анатомические особенности хориоидеи
лишена чувствительных и нервных окончаний
легко отслаивается от склеры
органично связана с сетчаткой
сосудистая сеть не анастомозирует с передними ресничными артериями
замедленный кровоток
- 44 В соответствии со структурой в сетчатке различают
зрительную часть
- хориоидальную часть
оптическую часть
реснично-радужковую
- 45 К вспомогательным органам глаза относят
веки
конъюнктиву
мышцы глазного яблока
слезный аппарат
фасции глазницы
- 46 Подвижность век обеспечивается
круговой мышцей глаза
глазной мышцей
мышцей, поднимающей верхнее веко
нижней тарзальной мышцей

- 47 Какие части выделяют у круговой мышцы глаза
ресничная
глазничная
склеральная
вековая
слёзная

1 Травмы глаза. ПХО ран век и глазного яблока

1 В какие сроки наиболее оптимально решение вопроса об удалении глазного яблока при его разрушении?

- через 24 часа
- сразу в операционной
- через 7 дней

через 9 дней

2 Какие сроки являются оптимальными для решения вопроса об удалении глазного яблока при отрицательной динамике в купирование увеита?

- 7 дней
- 24 часа
- 2 дня
- 14 дней

3 Что характерно для отрыва зрительного нерва?

- снижение зрения
- увеличение экскавации
- центральная скотома
- слепота
- сужение поля зрения

4 Сроки снятия давящей повязки после удаления глазного яблока

- первые сутки
- вторые сутки
- третьи сутки
- четвертые сутки
- пятые сутки

5 Оптимальные сроки протезирования после удаления глазного яблока

- при выписке
- 7 дней
- 14 дней
- месяц
- год

6 Оптимальные сроки для первичной отсроченной хирургической обработки при ранениях век

- 6 часов после травмы
- 12 часов после травмы
- после стихания острых воспалительных явлений
- в начале активного рубцевания
- от 2 до 4 дня после травмы

7 Какая локализация ранения фиброзной оболочки глаза влияет на развитие гидродинамических осложнений?

- склеральная
- роговичная
- корнеосклеральная
- экваториальная

8 Признак сквозного ранения глазного яблока

- энофтальм
- кровоотечение
- резкая боль при движении глазного яблока

- наличии входного и выходного отверстия
экзофтальм
- 9 Признаком легкой степени контузии глаза
гемофтальм
побледнение макулы (коммоция)
разрыв склеры
разрыв роговицы
дислокация хрусталика
- 10 Диагнозов соответствующий понятию - отсутствие глазного яблока

энофтальм
анофтальм
экзофтальм
нанофтальм
гемофтальм
- 11 Хирургическая обработка тяжелой внутриглазной травмы должна осуществляться в ближайшем
глазном кабинете поликлиники
больнице
медпункте
специализированном микрохирургическом глазном центре
- 12 При ранениях век регенерация тканей
высокая
низкая
существенно не отличается от регенерации тканей других областей лица
ниже, чем других областей лица
- 13 Укажите, какой из методов не пригоден для исследования содержимого орбиты
ультразвуковое исследование
рентгенография
биомикроскопия
компьютерная томография
ядерно-магнитный резонанс
- 14 При ожогах роговицы I степени наблюдаются
эрозия роговицы
поверхностный некроз роговицы

глубокий некроз роговицы
инфильтрация роговицы
- 15 При ожогах роговицы II степени наблюдаются
инфильтрация роговицы
эрозия роговицы
глубокий некроз роговицы
поверхностный некроз роговицы
- 16 При ожогах роговицы III степени наблюдаются
инфильтрация роговицы
эрозия роговицы
поверхностный некроз роговицы
глубокий некроз роговицы
- 17 Чаще всего развитием симпатического воспаления грозит иридоциклит
асептический
фибринозно-пластический
гнойный
геморрагический
- 18 При угрозе симпатического воспаления показано

своевременная энуклеация травмированного глаза
увеличение дозы кортикостероидов
увеличение дозы антибиотиков
постоянное наблюдение за травмированным и здоровым глазом

- 19 С целью профилактики возникновения симпатического воспаления определите сроки энуклеации травмированного глаза
срок не имеет значения
- 2-3 неделя после травмы
4-5 недель после травмы
1 -2 неделя после травмы
- 20 Прорободным ранением считается повреждение роговицы
до передней пограничной пластинки
до средних слоев стромы
через все ее слои
до задней пограничной пластинки
- 21 При контузиях глазного яблока разрывы склеры чаще встречаются
в зоне проекции венозного склерального синуса (шлеммова канала)
в зоне выхода зрительного нерва из глаза
в зоне проекции выхода из глаза вортикозных вен
на участках между местами прикрепления экстраокулярных мышц
- 22 Положительная проба Зейделя характерна для
эрозии роговицы
глубокого кератита
проникающего ранения роговицы
непрободного ранения роговицы
- 23 Наличие крови в передней камере - это
гемофтальм
гипопион
гифема
гипосфагма
- 24 Циклодиализ - это отслойка
десцеметовой оболочки
стекловидного тела
цилиарного тела
сетчатки
- 25 При контузионном повреждении сфинктера зрачка возникает
миоз
спазм аккомодации
гетерохромия
анизокория
- 26 Наиболее информативный метод диагностики металлических внутриглазных инородных тел
рентгенография
оптическая когерентная томография
ультразвуковое исследование
компьютерная томография
- 27 Какой показатель соответствует диагнозу проникающее ранение глаза?
гипотония
наличие раны со вставлением оболочек
рана склеры без вставления оболочек
неправильная форма зрачка
- 28 При наличии в глазу инородного тела характерно развитие

- увеит
 - косоглазие
 - абиотрофия сетчатки
 - кератит
- 29 Признаки перелома стенок орбиты
резкое ограничение подвижности глазного яблока
снижение офтальмотонуса
выраженный экзофтальм
обширное кровоизлияние в глазницу
смещение глазного яблока
- 30 Абсолютные признаки проникающего ранения глазного яблока
мелкая или глубокая передняя камера
инородное тело внутри глаза
выпадение внутренних оболочек глаза
входное отверстие в склере или роговицы
изменение формы зрачка
- 31 Относительные признаки проникающего ранения глазного яблока
мелкая или глубокая передняя камера
повышенное ВГД
наличие отверстия в радужке
гипотония глаза
гифема
- 32 Признаки сидероза глаза
коричневая окраска радужки
отложение пигмента под передней капсулой хрусталика
наличие пигментации в строме и на эндотелии роговицы
зеленовато-желтая опалесценция влаги передней камеры
наличие пигментации в радужно-роговичном углу
окрашивание радужки в зеленовато-желтый цвет
- 33 Признаки халькоза глаза
наличие в строме и на эндотелии роговицы отложений зеленовато-желтого пигмента
наличие диска помутнений на передней капсуле хрусталика в виде «подсолнуха»
зеленовато-желтая опалесценция влаги передней камеры
наличие коричневой пигментации в строме и на эндотелии роговицы
окрашивание радужки в зеленовато-желтый цвет
- 34 Действия врача общей практики при проникающем ранении глазного яблока
инстилляционная альбуцида
промывание глаза дезраствором
инстилляционная левомецетина
наложение стерильной повязки на глаз
- 35 К прободным ранениям глазного яблока относится
отрыв века
разрушение глазного яблока
сквозное ранение глазного яблока
проникающее ранение глазного яблока
- 36 По степени тяжести контузии органа зрения классифицируют как
легкие
средней тяжести
тяжелые
очень тяжелые
легчайшие
- 37 По классификации ранения век делятся на

сквозные
несквозные

с наличием инородных тел
без инородных тел
прямые и не прямые

- 38 К прободным ранениям глазного яблока относится
разрушение глазного яблока
субконъюнктивальный разрыв склеры
сквозное ранение глазного яблока.
проникающее ранение
- 39 Признаки симпатического воспаления
кератит
иридоциклит
хориоидит
нейроретинит
увеанейроретинит
- 40 Показания для удаления глазного яблока
вялотекущий иридоциклит при отсутствии остроты зрения
проникающее сквозное ранение глаза
терминальная болевая глаукома
злокачественные опухоли орбиты
субатрофия глазного яблока
- 41 Способы удаления глазного яблока с сохранением подвижности глазного протеза
эвисцерация
эвисцероэнуклеация
энуклеация с сшиванием мышц
эвисцерация с внутриглазным имплантатом
- 42 Методы лечения после хирургического удаления глазного яблока
сосудорасширяющая терапия
закладывание в орбиту антибиотика
адаптация конъюнктивальной раны
наложение давящей повязки
- 43 Хирургический инструментарий, необходимый для энуклеации глаза
изогнутые тупоконечные ножницы
хирургический пинцет
векорасширитель
иглодержатель
- 44 Показания рентгенологическому исследованию при подозрении на повреждение глазницы
резкое ограничение подвижности глазного яблока
повышение офтальмотонуса
смещение глазного яблока
энофтальм
- 45 Методы исследования локализации инородного тела
по Фогту
по Комбергу - Балтину
по Пивоварову-Абалихину
по Резе
по Гартману
- 46 Способы удаления внутриглазных инородных тел
роговичный
по ходу раневого канала

- трансклеральный
витрэктомия
- 47 Первая неотложная помощь на до госпитальном этапе при проникающем ранении глаза
введение противостолбнячной сыворотки
закапывание антибиотиков
закапывание анестетиков
бинокулярная повязка
закапывание кортикостероидов
- 48 Показания для рентгенологического исследования перелома внутренней стенки глазницы
диплопия
опущение бокового угла глазной щели
слезотечение
крепитация век
- 49 Методы исследования при проникающих ранениях глаза с неметаллическим инородным телом, гемофтальмом
рентгенологические
офтальмоскопия
компьютерная томография
ультразвуковые
гониоскопия
- 50 Методы исследования при проникающих ранениях глаза с инородным телом в заднем отрезке
офтальмоскопия
ультразвуковые
гониоскопия
рентгенологические
- 51 Выделяют следующие виды ранения век
резаные
рваные
колотые
оскольчатые
- 52 Виды травм при повреждении глазного яблока
тупые
колотые
непроникающие
проникающие
- 53 Для паннофтальмита характерно
сильные боли в глазу и голове
хемоз
экзофтальм
передняя камера заполнена гноем
- 54 Контроль за изменениями в стекловидном теле и сетчатке проводят с помощью
электрофизиологических исследований
биомикроскопии
исследования в проходящем свете
ультразвукового сканирования
- 1 Глаукома**
- 1 Внутриглазная жидкость секретируется в
плоской части цилиарного тела
беспигментном эпителии отростков цилиарного тела
крипах радужки
- слое пигментного эпителия сетчатки
хрусталике

- 2 Степень компенсации внутриглазного давления определяется показателями
тонометрии
тонографии
гониоскопии
периметрии
- 3 К каким видам глазных заболеваний относится первичная глаукома?
воспалительным
нейродегенеративным
рефракционным
сосудистым
- 4 Новая классификация первичной глаукомы основана на данных
офтальмобиометрии
ультразвукового исследования глаза
статической периметрии
кампиметрии
гониоскопии
- 5 Профиль угла передней камеры при гониоскопии определяется соотношением
корня радужки к корнесклеральным трабекулам
хрусталика к радужке
циновых связок к хрусталику
хрусталика к стекловидному телу
плоской и отросчетой частей цилиарного тела
- 6 Нормальные суточные колебания внутриглазного давления
не должны превышать 10 мм.рт.ст
не должны превышать 3 мм.рт.ст.
отсутствуют суточные колебания внутриглазного давления
не должны превышать 5 мм.рт.ст.
- 7 Границы величины тонометрического внутриглазного давления в норме
от 14 до 15 мм.рт.ст
от 12 до 29мм.рт.ст
от 16 до 26 мм.рт.ст
от 10 до 10мм.рт.ст.
- 8 Наиболее узкая граница поля зрения при исследовании его белым объектом диаметром в 5 мм
верхненазальная
темпоральная
верхняя
назальная
нижняя
- 9 Угол передней камеры исследуется с помощью
периметрия
гониоскопия
офтальмоскопия
биомикроскопия
циклосокопия
- 10 Количество стадий в развитии глаукомы
две

четыре
пять
три
шесть
- 11 Вторичная глаукома это заболевание глаз

- с различной этиологией, характеризующихся постоянным или периодическим повышением внутриглазного давления
- характеризующееся большим разнообразием этиологических факторов, патогенетических механизмов, клинических проявлений
- характеризующихся постоянным или периодическим повышением внутриглазного давления являющееся осложнением или следствием различных заболеваний и повреждений глаз
- 12 Основным лечением факоанафилактической глаукомы является
извлечение вещества хрусталика
гипотензивная терапия
противовоспалительная терапия
назначение мидриатиков
хирургическое лечение глаукомы
- 13 Основным лечением глаукомы хрусталиковых масс является
гипотензивная терапия
противовоспалительная терапия
аспирация вещества хрусталика
назначение мидриатиков
хирургическое лечение глаукомы
- 14 Причины развития воспалительной глаукомы
кератит
- конъюнктивит
увеит
блефарит
эндофтальмит
- 15 Поле зрения в развитой стадии глаукомы
сужено от 50 до 15 градусов от точки фиксации
в пределах нормы
меньше 15 градусов от точки фиксации
гомонимная гемианопсия
- 16 К первичной врожденной глаукоме относится
экзофтальм
микрофтальм
гидрофтальм
энофтальм
- 17 Признак, позволяющий рано заподозрить врожденную глаукому
помутнение роговицы
увеличение диаметра роговицы
помутнение хрусталика
уменьшение диаметра роговицы
- 18 На фоне набухающей катаракты развивается
факотопическая глаукома
факоморфическая глаукома
факолитическая глаукома
факотоксический иридоциклит
- 19 На фоне перезрелой катаракты развивается
факотоксический иридоциклит
факоморфическая глаукома
факотоксический иридоциклит
факолитическая глаукома
- 20 Осложнение травматической набухающей катаракты
атрофия стромы радужки
помутнение роговицы

- вторичная глаукома
отслойка сетчатки
- 21 При каком блоке показана операция лазерной иридэктомии
зрачковый
поверхностный склеральный
задний витреальный
трабекулярной сети
- 22 Какой вид лазера используется для проведения иридэктомии
эксимерный
гелий-неоновый
аргоновый
диодный
- 23 Операция для уменьшения продукции внутриглазной жидкости
синустрабекулоэктомия
вискоканалостомия
циклокриодеструкция
гониопунктура
- 24 Для исследования гидродинамики глаза применяется
тонометрия
гониоскопия
тонография
биомикроскопия
- 25 Что является причиной развития глаукомной экскавация
особенности строения диска зрительного нерва
давление на зрительный нерв в орбите
нарушение оттока венозной крови из глазного яблока
гибель ганглионарных клеток вследствие повышения ВГД, сдвига перфузионного давления и развития ишемии
- 26 В каких зонах хориоидеи не происходит глаукомных изменений
перипапиллярной бета-зоне
перипапиллярной альфа- зоне
парамакулярной зоне
альфа- и бета зонах
- 27 Что такое поле зрения?
цветовоспринимаемая часть окружающего пространства
пространство, одновременно воспринимаемое глазом при его неподвижности
часть пространства, в котором мы можем читать
часть пространства, которое мы видим двумя глазами
- 28 Что такое изоптера?
участки однозначные по уровню светочувствительности и соединенные воображаемой линией
линия, соединяющая участки сетчатки с различным уровнем светочувствительности
- определяет чувствительность сетчатки
определяет порог цветоощущения
определяется чувствительность сетчатки в макулярной области
- 29 Принцип работы статической периметрии
меняется величина предъявляемых объектов
меняется время предъявляемых объектов
меняется размер стимула
варьирует интенсивность стимула в одной и той же позиции объекта
- 30 Принцип работы кинетической периметрии
изменяется интенсивность и положение стимула

- изменяются размеры стимула
изменяется положение объекта
меняется интенсивность стимула
- 31 Критерии определения периметрической глаукомы на статическом периметры
не изменяется общая чувствительность сетчатки
показатель МД менее -2,0 дБ, индекс поля зрения менее 100%, две или более смежных скотомок при P<5%
- имеется изменение только индекса поля зрения
при незначительном изменении индекса поля зрения имеются единичные непарные скотомы
- 32 Когда ставиться диагноз препериметрической стадии глаукомы
когда имеются изменения диска зрительного нерва по глаукомному типу, повышение ВГД, но нет изменений в поле зрения
когда у пациента не выявлен наследственный фактор
когда у пациента имеются жалобы на резкое снижение ВГД
когда снижение зрения связано с невритом
- 33 Что характерно для первичной открытоугольной глаукомы с нормальным внутриглазным давлением?
быстрое прогрессирование глаукомного процесса
жалобы на затуманивание зрения, радужные круги
глаукомные изменения поля зрения, диска зрительного нерва, нормальные цифры ВГД
течет как острые и подострые приступы глаукомы
- 34 При какой рефракции и сопутствующих сосудистых заболеваниях развивается глаукома с нормальным внутриглазным давлением?
гиперметропия, гипертоническая болезнь
ранняя пресбиопия, нормальное артериальное давление
болезнь Бехтерева
миопия, гипотония, мигрень, болезнь Рейно
- 35 На чем основана классификация форм глаукомы с нормальным внутриглазным давлением?
на основании сопутствующих заболеваний
на основании изменений поля зрения
на типе оптической нейроретинопатии
на основании показателей артериального давления
- 36 Что является причиной развития пигментной формы глаукомы?
контакт радужки с корнеосклеральными трабекулами
иридозонулярный контакт между пигментным эпителием радужки и зонулярными связками
контакт густо пигментированной радужки с хрусталиком
сужение зрачка и натяжение корня радужки
- 37 Какие признаки не характерны для пигментной глаукомы?
формирование блокады угла корнем радужной оболочки
траниллюминация трамы радужку
канавообразная форма угла передней камеры
появление веретена Крюгенберга на роговице
- 38 Что должно предшествовать медикаментозному лечению пигментной формы глаукомы?
вымывание пигмента из передней камеры
удаление хрусталика
базальная иридэктомия
вымывание пигмента из трабекул угла передней камеры
- 39 Определение псевдоэкзофалиативного синдрома
врожденные дефекты развития угла передней камеры
накопление нерастворимых кислых мукополисахаридов в углу передней камеры
проявление иридокорнеального эндотелиального синдрома
передающийся по наследству стрессово - обусловленный эластасис

- 40 На каком уровне происходит наибольшее затруднение оттоку внутриглазной жидкости при псевдоэкзофиативной глаукоме?
на уровне эписклерального сплетения
на уровне зрачка
на уровне трабекулярной ткани
закрытие угла передней камеры
- 41 При какой рефракции наиболее часто встречается закрытоугольная глаукома?
гиперметропическая
пресбиопия
миопическая
рефракция не играет роли
- 42 Какие факторы не играют значительную роль при развитии первичной закрытоугольной глаукомы?
увеличение толщины хрусталика
состояние роговицы
мелкая передняя камера
переднее положение иридохрусталиковой диафрагмы
- 43 Какие формы глаукомы не относятся к закрытоугольной глаукоме?
глаукома с плоской радужкой
ползучая глаукома
глаукома со зрачковым блоком
глаукома нормального внутриглазного давления
- 44 Как течет первичная закрытоугольная глаукома?
течет бессимптомно
начинается с появления крови в передней камере
острые и подострые приступы
начинается с подвывиха хрусталика
- 45 Какие симптомы не характерны для острого приступа глаукомы?
гемфталм
отек роговицы
расширение зрачка
застойная инъекция переднего отрезка глаза
- 46 Основным лечением факолитической глаукомы является?
гипотензивная терапия
удаление хрусталиковых частиц и перезревшей катаракты после снижения уровня ВГД
назначение местных кортикостероидов
назначение простагландинов и миотиков
- 47 Лечение фактоморфической глаукомы
периферическая иридэктомия с экстракцией катаракты
периферическая иридэктомия
оперативное снижение ВГД
назначение гипотензивной терапии
- 48 В развитии неоваскулярной глаукомы выделяют
2 стадии
5 стадий
4 стадии
6 стадий
- 49 Реактивная гипертензия развивается
через несколько недель после ожога
в первые 3 дня после ожога
в течение 5 лет после ожога
в первые 10 дней после ожога

- 50 Истинная вторичная глаукома развивается
через несколько недель после ожога
в первые 3 дня после ожога
в первые 10 дней после ожога
через 2 года после ожога
- 51 Медикаментозно-индуцированная глаукома развивается в результате
применения нестероидных противовоспалительных средств
действия стероидов
фильтрующей дренажной хирургии
применения гипотензивной терапии
- 52 При слабом ответе на действия стероидов ВГД повышается
менее 6 мм рт.ст.
повышается от 6 до 15 мм.рт.ст
не повышается
повышается от 6 до 8 мм.рт.ст
- 53 Глаукома - это
повышение внутриглазного давления
нарушение оттока внутриглазной жидкости
развитие экскавации зрительного нерва
нарушение поля зрения
- 54 Злокачественная форма первичной закрытоугольной глаукомы может возникать
не связана с развитием блоков
при блоке шлеммова канала
при зрачковом блоке
при хрусталиковом блоке
- 55 В диагностике первичной глаукомы имеют важное значение следующие исследования
суточная тонометрия
гониоскопия
исследование поля зрения
исследования диска зрительного нерва
рефрактометрия
- 56 Какие факторы влияют на возникновение первичной глаукомы
наследственность
рефракция

величина артериального давления
дистрофия сетчатки
строение переднего отрезка глаза
- 57 Формы открытоугольной глаукомы
пигментная
псевдоэкзофиативная
глаукома с нормальным внутриглазным давлением
глаукома с плоской радужкой
первичная открытоугольная глаукома
- 58 Какие формы относятся к закрытоугольной глаукоме
глаукома со зрачковым блоком
глаукома с плоской радужкой
глаукома нормального внутриглазного давления
«ползучия» форма глаукомы
глаукома с витрео-хрусталиковым блоком
- 59 Какие структуры глаза не принимают участие в оттоке внутриглазной жидкости из глаза?
трабекула
шлемов канал

- эписклеральные вены
коллекторные каналы
- 60 Циркуляция внутриглазной жидкости в глазу необходима для поддержания метаболизма хрусталика
метаболизма роговицы
метаболизма трабекулярного аппарата
внутриглазного давления
- стабильности зрительного процесса
- 61 Какие структуры глаза принимают участие в формировании увеосклерального пути оттока?
периваскулярные пространства радужки
мышечные волокна цилиарной мышцы
периваскулярные пространства сосудов хориоидеи
эмиссарии склеры
корнесклеральные трабекулы
- 62 Величина внутриглазного давления зависит от упругости оболочек
величины артериального давления
величины давления в эписклеральных венах
сердечного ритма
- 63 Какие виды тонометров существуют?
инверсионные
аппланационные
пульсовые
импрессионные
склеральные
- 64 Какие факторы влияют на точность исследования аппланационных тонометров?
толщина центральных отделов роговицы
воспалительные заболевания переднего отрезка глаза
высокие степени аномалий рефракции
высокие цифры артериального давления
синдром сухого глаза
- 65 Причины развития вторичной глаукомы
воспалительная
факогенная
дистрофическая
дистрофическая
травматическая
- 66 Формы воспалительной глаукомы
открытоугольная
закрытоугольная со зрачковым блоком
узкоугольная глаукома
закрытоугольная без зрачкового блока
- 67 Дифференциальную диагностику воспалительной глаукомы проводят с острым приступом закрытоугольной глаукомы
гетерохромный иридоциклит Фукса
неоваскулярная глаукома
глаукомоциклитический криз
факогенная глаукома
- 68 Причины, приводящие к закрытию угла передней камеры при воспалительной глаукоме
формирование задних синехий
приципитаты
формирование циркулярных синехий

- формирование передних периферических синехий
формирование неоваскулярной мембраны
- 69 При воспалительной глаукоме проводят следующие обследования
флуоресцентная ангиография
- тщательный сбор анамнеза
проведение лабораторных исследований с целью уточнения диагноза увеита
биомикроскопическое исследование
постановка диагностических проб для установления диагноза глаукомы
- 70 Для глаукомоциклитического криза характерно
наличие синехий
угол передней камеры закрыт
приступообразное течение
в анамнезе перенесённый ранее серозный увеит
- 71 При глаукомоциклитическом кризе дифференциальную диагностику проводят с
острым приступом закрытоугольной глаукомы
передним увеитом с гипертензией
неоваскулярной глаукомой
факогенной глаукомой
эндофтальмитом
- 72 К закрытоугольной форме факогенной глаукомы относятся
факоморфическая
факолитическая
факотопическая
факоанафилактическая
- 73 Лечение факоанафилактической глаукомы включает
извлечение вещества хрусталика
аналоги простагландинов
бета-адреноблокаторы
альфа-адреномиметики
- ингибиторы карбоангидразы
- 74 Критерии, на основании которых устанавливается стадия первичной глаукомы
повышение внутриглазного давления
сужение границ поля зрения
развитие гемералопии
экскавация диска зрительного нерва
- 75 При открытоугольной глаукоме целесообразно проведение операции
трабекулоэктомия
селективная лазерная трабекулопластика
гониотомия
периферическая иридэктомия
- 76 В основе патогенеза глаукомы лежит
наличие мезодермальной ткани в углу передней камеры
недостаточная дифференциация отростков цилиарного тела
недостаточная дифференциация корнео-склеральных трабекул
изменение в дренажной системе на уровне интрасклеральной зоны
- 77 Ведущими признаками гидрофтальма являются
светобоязнь
повышение ВГД
глубокая передняя камера
увеличение размеров глазного яблока
- 78 Синдромы сочетающиеся с развитием ювенильной глаукомы

Горнера
Ригера

Стюж-Вебера
Франк-Каменицкого

- 79 Стадия врожденной глаукомы определяется по
расширению лимба
увеличению диаметра роговицы
изменению диска зрительного нерва
степени увеличения параметров глаза по сравнению с нормой (по данным УЗИ)
- 80 Лекарственные препараты для лечения глаукомы
атропин
пилокарпин
тафлотан
тимолол
- 81 Перечень обследований при подозрении на глаукому
офтальмоскопи
периметрия
тонометрия
ОСТ
- 82 Показания к проведению лазерной иридэктомии
первичная закрытоугольная глаукома
неоваскулярная глаукома
вторичная закрытоугольная глаукома
смешанная форма глаукомы
- 83 Клинические симптомы при «зрачковом блоке»
передняя камера мелкая

повышение внутриглазного давления
нарушение сообщения между передней и задней камерой
псевдоэкзофиативный синдром
- 84 Какие изменения сосудов на глазном дне относятся к глаукомным?
симптом «очерчивающих» сосудов
симптом «штыка»
симптом «ступеньки»
симптом Салюса
- 85 Клиническая картина рецессии угла передней камеры
может сопровождаться отеком роговицы, разрывом сфинктера зрачка, люксованием хрусталика
в остром периоде проявляется гифемой или увеитом
двусторонний процесс
может протекать бессимптомно
- 86 Лечение рецессии угла передней камеры
при повышении ВГД - В-блокаторы, альфа-агонисты и ингибиторы карбоангидразы
при необходимости хирургическое снижение ВГД
при лечении позднего классического синдрома вторичной глаукомы препаратом выбора являются
синтетические простагландины
применение топических кортикостероидов, нестероидных противовоспалительных препаратов в
ранний посттравматический период
- 87 К ожоговой глаукоме относятся
развитие зрачкового блока
приступ закрытоугольной глаукомы
реактивная гипертензия
истинная вторичная глаукома

- 88 Для синдрома Сторжа-Вебера характерно наличие конъюнктивальной и эписклеральной гемангиом гетерохромия радужки (более темная на пораженной стороне) наличие хориоидальной гемангиомы отек диска зрительного нерва
- 89 Глаукома при каротидно-кавернозном соустье сочетается с пульсирующим экзофтальмом хемозом расширением ретинальных вен периорбитальным отеком
- 90 Глаукома при венозной обструкции сочетается с пульсирующим экзофтальмом отеком век, лица и конъюнктивы отеком диска зрительного нерва с застойными и расширенными венами лица, шеи, конъюнктивы, эписклеры и глазного дна
- 91 Причины развития послеоперационной глаукомы экстракция катаракты кератопластика кератопластика после фистулизирующей хирургии глаукомы
- 92 Для 4 стадии неоваскулярной глаукомы характерно высокое ВГД и отёк роговицы рост новообразованных сосудов угол передней камеры закрывается по окружности наподобие застёжки «молния» неоваскулярная ткань распространяется на поверхность ресничного тела и склеральной шпоры, проникая в угол передней камеры
- 93 Для 3 стадии неоваскулярной глаукомы характерно рост новообразованных сосудов неоваскулярная ткань распространяется на поверхность ресничного тела и склеральной шпоры, проникая в угол передней камеры повышение ВГД формирование фиброваскулярной мембраны
- 94 Для 2 стадии неоваскулярной глаукомы характерно рост новообразованных сосудов повышение ВГД формирование фиброваскулярной мембраны интрастромальное расширение сосудов
- 95 Причины развития неоваскулярной глаукомы набухающая катаракта первичное поражение артерий пролиферативные сосудистые заболевания глаза новообразования, воспаления, травмы глаза
- 96 Факотопическая глаукома характеризуется гиперсекрецией внутриглазной жидкости наличием остаточных хрусталиковых масс в полости глаза возможным образованием циклохрусталикового блока механической блокадой угла передней камеры
- 97 Механизм развития факотопической глаукомы набухающая катаракта механическая блокада угла передней камеры
вторичная глаукома при дислокации хрусталика в стекловидное тело

- клеточно-белковая блокада трабекулы
- 98 Причины развития факотопической глаукомы
синдром Марфана
увеличение глаза (буфтальм, высокая миопия)
синдром Вейля-Марчезани
поражение цинновых связок
- 99 Для факоморфической глаукомы характерно
односторонний процесс, возникший одновременно с катарактой
набухающая катаракта на пораженном глаукомой глазу
двусторонний процесс
глубокая передняя камера и открытый УПК на парном глазу
- 100 К предрасполагающим факторам развития факоморфической глаукомы относятся
относительно крутая роговица
динамическое увеличение рефракции глаза
патологическое увеличение коэффициента соотношения размеров хрусталика и длины глазного яблока
малый сагиттальный размер глаза
- 1 Патология хрусталика
- 1 В процессе эмбрионального развития из эктодермы хрусталик формируется на
1 -2-й недели жизни зародыша
3-4-й недели жизни зародыша
6-7-й недели жизни зародыша
9-10-й недели жизни зародыша
- 2 Что не является пороком развития хрусталика?

эктопия
микрофакия
катаракта
факосклероз
колобома хрусталика
лентиконус, лентиглобус
- 3 Противопоказания к имплантации искусственного хрусталика
некорректируемый астигматизм
наличие пигментного хориоретинита
неблагоприятный функциональный послеоперационный прогноз
отсутствие анатомических условий в глазу для стабильной фиксации
- 4 Наиболее эффективным методом лечения катаракты является
внутриглазное введение стероидных препаратов
инстиляция витаминных капель
экстракция катаракты
местная физиотерапевтическая терапия
- 5 Для диабетической катаракты характерно
истончение передней капсулы хрусталика
веретенообразные помутнения в веществе хрусталика
врастание сосудов в вещество хрусталика
помутнения под задней капсулой
сочетанием помутнения хрусталика с офтальмогипертензией
- 6 Подвывих хрусталика это
конусовидное выпячивание одной из поверхностей хрусталика
частичный отрыв цинновой связки, который может иметь разную протяженность по

окружности
полный отрыв хрусталика от поддерживающей связки и смещение его в переднюю и заднюю камеру
глаза
дефект ткани хрусталика по средней линии в нижнем отделе

- 7 Основной симптом подвывиха хрусталика
офтальмогипертензия
дрожание радужки (иридолиз)
наличие эксфолиаций на передней поверхности хрусталика
узкая передняя камера
- 8 Воспалительные заболевания глаз, способствующие развитию катаракты
аденовирусный конъюнктивит
увеит
кератит
эписклерит
хориоретинит
- 9 Оптическая сила хрусталика в среднем соответствует
8,0 Дптр
28,0 Дптр
38,0 Дптр
19,0 Дптр
14,0 Дптр
- 10 Тактика офтальмолога при сочетании катаракты с компенсированной глаукомой предусматривает
факоэмульсификацию катаракты
экстракапсулярную экстракцию катаракты
антиглаукоматозную операцию с последующей экстракцией катаракты
- 11 Вторичная катаракта - это
нарушение прозрачности передней гиалоидной мембраны
помутнение искусственного хрусталика
неполное удаление вещества хрусталика в ходе удаления катаракты
нарушение прозрачности задней капсулы хрусталика
- 12 Толщина хрусталика в норме составляет
до 2 мм
2,1-3,5 мм
3,6-5,0 мм
5,1 - 6,0 мм
больше 6,0 мм
- 13 Синдром Марфана это
системное поражение мезенхимальной ткани
системное поражение соединительной ткани
системный наследственный порок развития соединительной ткани
системное наследственное поражение мезенхимальной ткани
- 14 «Золотым» стандартом катарактальной хирургии является
фемтосопровождение
интракапсулярная экстракция катаракты
факоэмульсификация катаракты
лазерная экстракция катаракты
экстракапсулярная экстракция катаракты
- 15 У пациента осложненная катаракта на фоне миопии высокой степени. Расчет оптической силы хрусталика проводится с расчетом получения следующей послеоперационной рефракции

миопии слабой степени
слабой гиперметропии
соответствующей исходной миопии
эмметропии
- 16 В какие сроки после проведения экстракции катаракты наиболее часто развивается макулярный отек?
на первые сутки после операции

- на 7-е сутки после операции
через 1-6 месяцев после операции
через 12 месяцев после операции
- 17 Интракапсулярная экстракция это
удаление хрусталика вместе с капсульным мешком
удаление хрусталика внутри капсульного мешка
удаление хрусталика со стороны стекловидного тела
- 18 Экстракапсулярная экстракция это
удаление хрусталика вместе с капсульным мешком
удаление хрусталика внутри капсульного мешка
удаление хрусталика со стороны стекловидного тела
- 19 Факоэмульсификация это
гидромониторное удаление катаракты
лазерное удаление катаракты
мануальное удаление катаракты
ультразвуковое удаление катаракты
- 20 Операцию экстракции катаракты впервые произвел
В. П. Филатов
- А. Грефе
А. Эльшниг
Ж. Давиель
Г. Гельмгольц
- 21 Толщина хрусталика у детей в среднем (в мм)
2,5
3,0
3,5
4,0
4,5
- 22 Признак, соответствующий афакии
усиление рефракции на 10-12 дптр
ослабление рефракции на 10-12 дптр
появление метаморфопсии
появление метаморфопсии
появление фотопсий
- 23 Нарушение способности аккомодации хрусталика с возрастом называется
пресбиопия
афакия
катаракта
артифакия
- 24 Врожденные катаракты, как правило
медленно прогрессируют
прогрессируют в пубертатном периоде
быстро прогрессируют
- не прогрессируют
прогрессируют до 1 года
- 25 Неправильная проекция света у больного с катарактой указывает на наличие
патологии сетчатки и зрительного нерва
зрелой катаракты
сублюксации хрусталика
помутнения стекловидного тела
- 26 Электрофизиологические исследования при катаракте проводят для

- определения хирургической тактики
 выбора модели ИОЛ
 прогноза зрения после операции
 определения хирургической тактики
- 27 Ультразвуковые исследования глаза при катаракте проводят с целью
 выбора хирургической тактики
 выработки послеоперационной тактики лечения
 прогноза зрения после экстракции катаракты
 расчета имплантируемой ИОЛ
- 28 Основным методом исследования для определения клинической формы врожденной катаракты является
 гониоскопия
 биомикроскопия
 скиаскопии
 УЗИ глаз (В-скан)
- 29 При врожденной катаракте проводят
 экстракапсулярная экстракция
 интракапсулярная экстракция
 факоэмульсификация
 факоаспирация
- 30 Какое исследование целесообразно проводить после экстракапсулярной экстракции катаракты с целью исключения синдрома Ирвина-Гасса
 ЭФИ
 ОСТ
 УЗИ глаза
 тонометрия
- 31 Методы, позволяющие измерить толщину хрусталика
 ультразвуковая эхобиометрия
 циклоскопия
 рефрактометрия
 гониоскопия
- 32 Колобома хрусталика это
 конусовидное выпячивание одной из поверхности хрусталика
 дефект ткани линзы по средней линии в нижнем отделе
 помутнение хрусталика
 отсутствие хрусталика
- 33 Основные функции хрусталика
 светопроведение
 барьерная
 тепловой коллектор переднего отрезка глаза
 светопреломлени
 аккомодация
- 34 Микрофакия в сочетании с подвывихом хрусталика является одним из проявлений синдрома Вандер-Хуве
 болезни Бехчета
 синдрома Марфана
 синдрома Марчезани
- 35 Внешний вид больного с синдром Марфана
 низкий рост, короткие руки, которыми трудно обхватить собственную голову, короткие и толстые пальцы
 высокий рост, непропорционально длинные конечности, тонкие длинные пальцы рук
 слабо развитые мышцы и подкожная жировая клетчатка, искривление позвоночника

- гипертрофированные мышцы, асимметричный сдавленный череп
- 36 Виды врожденной катаракты
полярная
травматическая
веретенообразная
слоистая (зонулярная)
тотальная
ядерная
- 37 При расчете оптической силы искусственного хрусталика учитывается
длина передне-задней оси глаза
оптическая сила нативного хрусталика
преломляющая сила роговицы
возраст пациента
- 38 Причины возникновения врожденной катаракты
хромосомные дефекты

травмы во время родов
метаболические нарушения
внутриутробные инфекции
- 39 Возможные осложнения хирургии катаракты
отек роговицы
иридоциклит
декомпенсация ВГД
макулярный отек
децентрация искусственного хрусталика
- 40 Современные искусственные хрусталики производятся из
силикон-гидрогель
гидрофильного акрила
гидрофобного акрила
полиметилметакрилат
силикон
- 41 Показания к хирургическому лечению катаракты
желание пациента
невозможность выполнения профессиональных обязанностей
острота зрения 0,5 и менее
наличие катаракты любой степени зрелости
- 42 Внешний вид больного с синдром Марчезани
низкий рост, короткие руки, которыми трудно обхватить собственную голову, короткие и толстые пальцы

высокий рост, непропорционально длинные конечности, тонкие длинные пальцы рук
слабо развитые мышцы и подкожная жировая клетчатка, искривление позвоночника

гипертрофированные мышцы, асимметричный сдавленный череп
- 43 При зрачковом типе фиксации искусственного хрусталика в послеоперационном периоде противопоказано применение
бетаблокаторов
ингибиторов карбоангидразы
симпатомиметиков
холиномиметиков
простагландинов
- 44 Вискоэластики - класс препаратов, применяемых
для защиты тканей глаза в ходе операции
перед операцией для профилактики воспаления
для герметизации операционной раны

для расправления капсульного мешка при имплантации искусственного хрусталика
для коррекции гипертензии в послеоперационном периоде

- 45 К признакам вторичной катаракты относятся
эксфолиации по краю зрачка и на линзе
децентрация ИОЛ
наличие шаров Адамюка-Эльшнига
фиброз задней капсулы хрусталика
- 46 Способы фиксации искусственного хрусталика
роговичный
переднекамерный
зрачковый
заднекамерный
- 47 Основные преимущества факэмульсификации перед экстракапсулярной экстракцией
катаракты
более широкие показания к операции
меньший послеоперационный астигматизм
более короткий период реабилитации
меньше послеоперационных осложнений
- 48 При исследовании афакичного глаза обращают на себя внимание
узкая передняя камера
глубокая передняя камера
бамбаж радужки
дрожание радужки (иридодонез)
- 49 Симптомы набухающей катаракты
бамбаж радужки
сужения угла передней камеры
дрожание радужки (иридодонез)
гидротацияхрусталика
помутнения под задней капсулой хрусталика
- 50 Развитие экспульсивной геморрагии во время экстракции катаракты связано с кровотечением из
центральной артерии сетчатки
центральной вены сетчатки
передних цилиарных артерий
сонной артерии
задних длинных цилиарных артерий
- 51 Патология хрусталика при синдроме Марфана включает
эктопию хрусталика
микросферофакию
афакию
развитие катаракты
макросферофакию
- 52 По этиологии различают катаракту
врожденную
травматическую
осложненную
возрастную
токсическую
- 53 При подвывихе хрусталика наблюдается
кератоконус
неравномерная передняя камера
факодонез
афакия

- 54 К симптомам незрелой катаракты относится
постепенное снижение зрения
туман перед глазами
серый оттенок хрусталика
резкое снижение зрения
мушки перед глазами
- 55 Для точного расчета силы имплантируемой ИОЛ необходимо провести следующие исследования
А-сканирование
В-сканирование

кератометрию
рефрактометрию
- 56 Клинико-анатомические особенности хрусталика у детей
тонкость передней капсулы
прочность цинновых связок
тонкость задней капсулы хрусталика
отсутствие плотного ядра хрусталика
- 57 Синдромы, для которых характерно смещение хрусталика в переднюю камеру или стекловидное тело
Марфана
Стюрдж-Вебера
Марчезани
Дауна
- 58 По клинической форме врожденные катаракты классифицируются на
ядерные
полярные
зонулярные
веретенообразные
- 59 Основные методы экстракции катаракты
факоэмульсификация
интракапсулярная
экстрануклеарная
экстракапсулярная
- 60 Посттравматические изменения в хрусталике могут проявляться
помутнение хрусталика

смещением хрусталика
повышением офтальмотонуса
отслойкой сетчатки
- 61 При лучевой катаракте в хрусталике остаются следы
рентгеновских лучей
радиевых лучей
протоны
нейтроны
- 1 Оптическая система и рефракция глаза. Косоглазие
- 1 Пределами изменения физической рефракции глаза являются
от 21 до 51 диоптрий
от 52 до 71 диоптрий
от 72 до 91 диоптрий
от 91 до 100 диоптрий
- 2 Рефракцией оптической системы называется
способность оптической системы нейтрализовать проходящий через нее свет
система линз, расположенных на определенном расстоянии друг от друга
преломляющая сила оптической системы, выраженная в диоптриях

- отражение оптической системой падающих на нее лучей
- 3 Клиническая рефракция - это
преломляющая сила оптической системы, выраженная в диоптриях
радиус кривизны роговицы
преломляющая сила хрусталика
соотношение между оптической силой и длиной оси глаза
 - 4 Статическая рефракция отражает

преломляющую силу оптической системы глаза относительно сетчатки при действующей аккомодации
преломляющую силу роговицы
получение изображения на сетчатке в состоянии покоя аккомодации
преломляющую силу хрусталика
 - 5 Под динамической рефракцией понимают
радиус кривизны роговицы
радиус кривизны хрусталика
преломляющую силу роговицы
преломляющую силу оптической системы глаза относительно сетчатки при действующей аккомодации
 - 6 Дальнейшая точка ясного видения при эметропии находится в
5 м от глаза
бесконечности
позади глаза
4 м от глаза
 - 7 Дальнейшая точка ясного видения при миопии находится
позади глаза
перед глазом на конечном расстоянии
в бесконечности
на сетчатке
 - 8 Аметропии слабой степени соответствуют следующие значения рефракции
до 2,5 Дптр
до 3,0 Дптр включительно
до 3,25 Дптр
до 3,5 Дптр
 - 9 Аметропии средней степени соответствуют следующие значения рефракции
от 2,5 до 5,5 Дптр
от 2,75 до 5,75 Дптр
от 3,0 до 6,0 Дптр
от 3,25 до 6,0
от 3,5 до 6,25 Дптр
 - 10 Аметропии высокой степени соответствуют следующие значения
более 6,0 Дптр
более 5,5 Дптр
более 5,75 Дптр
более 6,25 Дптр
 - 11 Фокусом линзы называется
центр ее цилиндрической поверхности
центр ее сферической поверхности
центр ее плоской поверхности
точка, в которой собирается пучок падающих на линзу параллельных лучей
 - 12 Преломляющей силой линзы называется
радиус кривизны задней поверхности линзы
радиус кривизны передней поверхности линзы
величина, обратная ее фокусному расстоянию

фокусное расстояние линзы

- 13 За 1 диоптрию принимают преломляющую силу линзы с фокусным расстоянием
100 м
10 м

1 м
10 см
- 14 Правильным называют астигматизм
при котором в двух главных меридианах преломляющая сила одинакова
при котором в каждом из главных меридианов преломляющаяся сила меняется
при котором в каждом из главных меридианов преломляющая сила остается постоянной
при котором разность рефракции в двух главных меридианах не превышает 2,0 диоптрии
- 15 Средний диаметр роговицы взрослого человека в норме равен
11-12 мм
13-14 мм
15-16 мм
10 мм
- 16 Средняя величина преломляющей силы роговицы взрослого человека равна
23 Дптр
30 Дптр
43 Дптр
50 Дптр
- 17 Средняя величина радиуса кривизны передней поверхности роговицы взрослого человека составляет
7,7-7,8 мм
6,7-6,8 мм
5,5 мм
5 мм
- 18 Нормальная толщина центральной части роговицы взрослого человека равна
0,4 мм

0,5-0,6 мм
0,7-0,8 мм
1,2 мм
- 19 Для измерения радиуса кривизны и преломляющей силы роговицы применяется
диоптриметр
офтальмоскоп
рефрактометр
офтальмометр
- 20 Для измерения толщины роговицы применяется
офтальмометр
рефрактометр
кератометр
кератопахометр
- 21 Цель операции при близорукости
«ослабить» преломляющую силу глаза, фокусирующего изображение перед сетчаткой
«сделать нейтральной» преломляющую силу глаза, фокусирующего изображение перед сетчаткой
«усилить» преломляющую силу глаза, фокусирующего изображение перед сетчаткой
- 22 Цель операции при дальнозоркости
«ослабить» преломляющую силу глаза, фокусирующего изображение перед сетчаткой
«сделать нейтральной» преломляющую силу глаза, фокусирующего изображение перед сетчаткой
«усилить» преломляющую силу глаза, фокусирующего изображение перед сетчаткой
- 23 Оптимальным для хирургического лечения содружественного косоглазия является возраст

- 1-3 года
- 4-6 лет
- 7-9 лет
- 10-12 лет
- 24 Для определения характера зрения используют
тест Г иршберга
щелевую лампу
четырёхточечный цветотест
периметр
- 25 Прибор для восстановления и развития бинокулярного зрения
четырёхточечный цветотест
синоптофор
биомикроскоп
щелевая лампа
- 26 Проба Кальфа это
проба «с дыркой в ладони»
проба промахивания, проводится с помощью двух карандашей
проба с призмой
проба с установочным движением
- 27 Тест Баголини это
проба с установочным движением
проба с призмой
проба промахивания
пациент фиксирует точечный источник света через очки, на стекла которых нанесены тончайшие
полоски под углом 45° и 135°
- 28 При проведении четырёхточечного цветотеста пациент с бинокулярным зрением увидит:

4 кружка (справа - один красный, слева 2 зелёных, и ещё один в цвет ведущего глаза)
два красных или три зелёных
5 кружков: два красных и три зелёных
6 кружков: три красных и три зелёных
- 29 При проведении четырёхточечного цветотеста пациент с монокулярным зрением увидит
5 кружков: два красных и три зелёных
6 кружков: три красных и три зелёных
два красных или три зелёных
4 кружка (справа - один красный, слева 2 зелёных, и ещё один в цвет ведущего глаза)
- 30 Различают следующие виды клинической рефракции
статическую
роговичную
хрусталиковую
динамическую
- 31 Возможные осложнения в ходе эксимерлазерной операции
отек роговицы
слишком тонкий лоскут
отверстие в лоскуте
полный срез лоскута
- 32 Показания к проведению эксимерлазерной хирургии
гиперметропия
миопия
астигматизм
бельмо роговицы

- 33 Осложнения раннего послеоперационного периода эксимерлазерной операции
гипопион
гифема
смещение лоскута
складки лоскута
- 34 Осложнения позднего послеоперационного периода эксимерлазерной операции
кератоэктазии
бельмо роговицы
врастание эпителия под лоскут
кератоэктазии
- 35 Структуры глаза, подвергаемые воздействию при проведении эксимерлазерной хирургии
роговица
конъюнктивa
хрусталик
сетчатка
- 36 Виды рефракционной хирургии
склеротомия
кератотомия
капсулотомия
кератофакия
- 37 Виды миопии по времени возникновения
врожденная
рано приобретённая
неонатальная
школьная
- 38 Степени миопии
начальная
слабая
средняя
высокая
- 39 Операции при миопии
склеропластика
кератопластика
эксимерлазерная хирургия
лазеркоагуляция
- 40 Для коррекции близорукости были предложены следующие операции
термокератокоагуляция
передняя радиальная кератотомия
миопический кератомилёз
введение внутрироговичных колец и линз
- 41 Этапы операции ФРК
удаление эпителия
формирование лоскута
удаление эндотелия
испарение стромы роговицы
- 42 К ранним послеоперационным осложнениям ФРК относят
длительную эпителизацию роговицы
послеоперационные кератиты
выраженную эпителиопатию

грубые субэпителиальные помутнения в пределах зоны испарения роговицы
- 43 Осложнения позднего послеоперационного периода после ФРК

- субэпителиальные помутнения роговицы
гиперкоррекция
регресс рефракционного эффекта
неправильный астигматизм
- 44 Специфические методы обследования для проведения LASIK
ультразвуковая пахиметрия
кератотопография
конфокальная микроскопия
кератометрия
- 45 В зависимости от принципа действия методы коррекции амметропий можно условно разделить на
консервативные
хирургические
постхирургические
очковые и контактные линзы
- 46 Диагноз рефракционная амблиопия ставится при
врожденных аметропиях высокой степени
астигматизме
катаракте
аномалиях рефракции с анизометрическим компонентом
- 47 С точки зрения влияния на анатомо-функциональное состояние целесообразно выделить
слабые аметропии
осложненные аметропии
- сильные аметропии
неосложненные аметропии
- 48 С точки зрения стабильности клинической рефракции выделяют
стационарные аметропии
прогрессирующие аметропии
нестабильные аметропии
стабильные аметропии
- 49 В зависимости от патогенеза выделяют
вторичную аметропию
первичную аметропию
осложненную аметропию
возрастную аметропию
- 50 Какие виды аккомодации выделяют?
недостаточная
абсолютная
относительная
начальная
- 51 К методам исследования рефракции относятся
скиаскопия
рефрактометрия
определения остроты зрения с помощью таблиц Головина-Сивцева
кератотопография
- 52 К операциям, усиливающим мышцы при косоглазии относятся
тенорафия
- прорафия
рецессия
резекция
- 53 К операциям, ослабляющим мышцы при косоглазии, относятся
рецессия

- частичная тенотомия
свободная (полная) тенотомия
пролонгация (теномиопластика)
- 54 По направлению различают косоглазие
комбинированное
сходящееся
расходящееся
вертикальное
- 55 Цель операции на мышцах - глазодвигателях
восстановления мышечного баланса
создание условий для восстановления содружественной деятельности глаз
получение симметричного или близкого к нему положения глаз
уменьшения мышечного баланса
- 56 Угол косоглазия можно определить с помощью
метода нейтрализации
синоптофора
циклоскопии
метода Гиршберга
- 57 При хирургическом лечении косоглазия производят

рецессию
резекцию
тенорафию
криоапликацию
- 58 При параличе глазодвигательного нерва на стороне поражения отмечаются
птоз
отклонение глаза кнаружи и несколько книзу
расширение зрачка, отсутствие его реакции на свет
паралич аккомодации
- 1 Заболевания переднего отрезка глаза
- 1 Какую из перечисленных функций выполняют веки?
опорную
защитную
аккомодационную
зрительную
- 2 Какая основная причина развития птеригиума?
гиповитаминоз витамина А
длительное воздействие пыли растений
длительное раздражение конъюнктивы пылью
уменьшение продукции слезной железы
- 3 Какое из перечисленных образований век имеет воспалительное происхождение?
папиллома
фиброма
гемангиома
халазион
- 4 Нарушение слёзоотведения у детей приводит
бактериальному конъюнктивиту
гонобленорее новорожденных
дакриоциститу новорождённых
острому дакриoadениту
- 5 К какому возрасту формируется нормальное слезоотделение у детей?
1 месяцу жизни

- 6 месяцам жизни
1 году жизни
2-3 месяцам жизни
- 6 Какое из перечисленных образований век имеет воспалительное происхождение?
фиброма
халазион
липома
папиллома
- 7 Какой симптом соответствует понятию дакриоцистит?
спазм слезной точки
воспаление слезного мешка
покраснение глаза
воспаление слезно-носового канала
- 8 Какой симптом из перечисленных симптомов соответствует понятию канникулит?
воспаление слезного мешка
воспаление слезного канальца
воспаление слезно-носового канала
спазм слезной точки
- 9 Для воспаления слезного мешка характерно
болезненность у наружного края глазной щели
болезненность у нижнего века
болезненность у верхнего века
болезненность у внутреннего угла глазной щели
цилиарная болезненность
- 10 Отсос содержимого носовой полости новорожденного проводят с целью
разрыва слезно-носовой мембраны
открытие слезных канальцев
стимуляция слизистой носа
стимуляции слезопродукции
- 11 Основная причина развития дакриоцистита у детей
спазм слезных точек
внутриутробная инфекция
атрезия слезных канальцев
не открытие слезно-носового канала
- 12 Сочетание признаков - светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, боль в глазу — характерно для
отслойки сетчатки
атрофии зрительного нерва
кератита
атрофии зрительного нерва
- 13 Наличие перикорнеальной инъекции глазного яблока, шероховатой поверхности роговицы, нарушения тактильной чувствительности роговицы, инфильтратов в роговице и васкуляризации роговицы характерно для
дегенерации желтого пятна

диабетической ретинопатии
кератита
тромбоза центральной зоны сетчатки
- 14 При центральной язве роговицы с угрозой ее прободения показано
хирургическое лечение в плановом порядке
инстилляций и инъекции кортикостероидов
срочное хирургическое лечение
консервативное лечение
- 15 При операциях на роговице предпочтительно накладывать швы из

- найлона
шелка виргинского
кетгута
шелка туркменского
- 16 Влечения поверхностных форм герпетического кератита наиболее эффективно применение антиоксидантов
кортикостероидов
интерферонов и интерферогенов
антибиотиков
- 17 Поверхностная васкуляризация роговицы встречается при фликтенулезном кератите
аденовирусном конъюнктивите
склерите
кератоконусе
- 18 Отложения жира в роговице могут обнаружиться при
кольце Флейшера
старческой дуге
линии Хадсон-Штали
линии Стоккера
- 19 Применение кортикостероидов показано при
древовидном кератите
рецидивирующей эрозии роговицы
везикулезном кератите
дисковидном кератите
- 20 Для переднего склерита характерно
часто изъязвляется
характеризуется коротким течением
может развиваться кератит
может развиваться в стафилому
- 21 При кольце Флейшера обнаруживается
желтоватое кольцо или дуга у основания конуса при кератоконусе
дегенерация в подлежащей Боуменовой мембране
отложении железа в глубоких слоях роговицы
кератоконус развитой или далеко зашедшей стадии
- 22 Грибковому поражению глаз способствует
длительная гипотензивная терапия
длительная антибиотикотерапия
длительная нестероидная терапия
аденовирусный кератоконъюнктивит
- 23 Наиболее часто генерализованные и двусторонние поражения сосудистой оболочки глаза
отмечаются при
стрептококковых заболеваниях
стафилококковых заболеваниях
аденовирусной инфекции
- 24 При врожденном токсоплазмозе наиболее частой формой увеита является
передний увеит
эписклерит
неврит
нейрохориоретинит
- 25 В супрахориоидее проходят
длинные задние цилиарные артерии

- симпатические нервы
 - вортикозные вены
 - парасимпатические нервы
- 26 Реакция антиген-антитело в тканях глаза при увеитах сопровождается воспалением
отложением липидов
гемолизом
отложением пигмента
- 27 Обследованию на токсоплазмоз подлежат больные с кератитами
очаговым или центральным хориоретинитом
кератоконусом
конъюнктивитам неясной патологии
- 28 При бруцеллезном увеите обычно поражается ресницы
роговица
хрусталик
сетчатка
- 29 Пациент с болями в области глаза, сниженным зрением, преципитатами на эндотелии роговицы, миозом и перикорнеальной инъекцией - диагноз
острый конъюнктивит
острый приступ глаукомы
острый иридоциклит
острый эписклерит
- 30 Мидриатики показаны при диагнозе иридоциклит
глаукома
острый конъюнктивит
неврит зрительного нерва (папиллит)
- 31 Перикорнеальная инъекция возникает при первичной открытоугольной глаукоме
воспалении сосудистой оболочки глаза
отслойке сетчатки
конъюнктивите
- 32 Оказание первой помощи при остром иридоциклите включает закапывание раствора тимолола
пилокарпина
атропина

гентамицина
- 33 Какое из заболеваний характеризуется появлением преципитатов на задней поверхности роговицы?
отслойка сетчатки
конъюнктивит
хориоидит
иридоциклит
- 34 Возбудителем бактериальных конъюнктивитов из перечисленных являются стафилококки
хламидии
герпес
аденовирус
- 35 Клинические признаки халязиона
отсутствие болезненности при пальпации

- кожа над ним легко смещается
гнояная пустула на веке
плотное образование, спаянное с хрящом
- 36 Показания к оптической кератопластике
перфорациях роговицы
кератоконус
первичные дистрофии роговицы
язва роговицы
- 37 Показания к оптической кератопластике
первичные дистрофии роговицы
кератоконус
- перфорациях роговицы
глубоком герпетическом кератите
- 38 Показания к лечебной кератопластике
перфорация роговицы
буллезная кератопатия
нейропаралитический кератит
кератомалиция
- 39 Признаки дакриоцистита новорождённых
слезостояние
светобоязнь
слезотечение
фолликулы на конъюнктиве
- 40 Несвоевременное и неадекватное лечение дакриоцистита новорожденных приводит к
язве роговицы
гнояному перидакриоциститу
флегмоне орбиты
иридоциклиту
- 41 Показания к хирургическому лечению нарушения слёзоотведения
спазм слезной точки
непроходимость слезно-носового канала
отрицательная проба Ширмера
дакриоцистит
- 42 Показания к хирургическому лечению нарушения слезопродукции
отрицательная проба Веста
- флегмона слезной железы
дакриoadенит
сухость глаз
- 43 Отделы слёзопродуцирующего аппарата глаза
слезный мешок
орбитальная часть слезной железы
пальпебральная часть слезной железы
добавочные слезные железы конъюнктивы
- 44 Отделы слёзоотводящего аппарата глаза
слезные точки
слезный мешок
слезные канальца
носослезный канал
- 45 Операции при нарушении слёзоотведения глаза
дакриoadенотомия
дакриоцисторинотомия

- пластика слезных канальцев
эндоназальное вскрытие слезного мешка
- 46 При иридоциклите
перикорнеальная инъекция
на задней поверхности роговицы преципитаты
зрачок узкий
ВГД в норме
- 47 Типичными жалобами при остром иридоциклите являются

светобоязнь
чувство распирания в глазу
ломящая боль при взгляде на источник света
туман перед взором
- 48 Какой симптом характерен для иридоциклитов?
перикорнеальная инъекция
роговичный
миоз
блефароспазм
- 49 Профилактика внутрибольничной аденовирусной инфекции включает
осмотр глаз каждого больного в день госпитализации
раннее выявление случаев развития инфекции в стационаре
изоляция больных при возникновении заболевания
санитарно-просветительская работа
- 50 Для эпидемического геморрагического конъюнктивита характерно
скудное отделяемое
острое начало
передаётся воздушно-капельным путём
сначала поражается один глаз, через 8-24 ч - второй
- 51 Для 1 стадии трахомы характерно
диффузная инфильтрация
отёк конъюнктивы с развитием в ней единичных фолликулов
выраженное поражение роговицы
образование рубцов на конъюнктиве
- 52 Для 2 стадии трахомы характерно
разлитое рубцевание конъюнктивы и роговицы
выраженное поражение роговицы
может возникать паннус роговицы
образование рубцов на конъюнктиве
- 53 Для 3 стадии трахомы характерно
образование рубцов на конъюнктиве
диффузная инфильтрация
может возникать паннус роговицы
разлитое рубцевание конъюнктивы и роговицы
- 54 Для 4 стадии трахомы характерно
отёк конъюнктивы с развитием в ней единичных фолликулов
может возникать паннус роговицы
отёк конъюнктивы с развитием в ней единичных фолликулов
разлитое рубцевание конъюнктивы и роговицы
- 55 Основные принципы лечения аллергических конъюнктивитов
исключение «виновного» антигена
местно- закапывание антигистаминных капель
прием антигистаминных препаратов в внутрь

специфическая иммунотерапия

- 56 Последствия трахомы
укорочение конъюнктивальных сводов
симблефарон
ксероз роговицы
трихиаз
- 1 Изменения органа зрения при общих заболеваниях
- 1 Согласно классификации Краснова М.Л. для оценки изменений сосудов глазного дна, обусловленных артериальной гипертензией выделяют
пять стадий изменений сосудов сетчатки
три стадии изменений сосудов сетчатки
шесть стадий изменений сосудов сетчатки
четыре стадии изменений сосудов сетчатки
- 2 Для гипертонической ангиопатии характерно
сужение артерий и расширение вен в соотношении калибра 1:4, симптом Салюса-Гунна II стадии
сужение артерий и расширение вен в соотношении калибра 1:2, симптом Салюса-Гунна I
сужение артерий и расширение вен в соотношении калибра 1:4, симптом Салюса-Гунна I
сужение артерий и расширение вен в соотношении калибра 2:3, симптом Салюса-Гунна
- 3 Стадия гипертонической ангиопатии соответствует стадии
органических сосудистых изменений
острых нарушений кровообращения
функциональных сосудистых изменений
выраженных сосудистых изменений
- 4 Дифференциальная диагностика застойного диска зрительного нерва при тяжелом течении гипертонической болезни проводится с
повышением внутричерепного давления
атрофией зрительного нерва
опухолью мозга
тромбозом ЦВС
- 5 Феномен вишневого пятна наблюдается при
макулярном разрыве

тромбозе вен сетчатки
неврите
острой артериальной непроходимости сетчатки
- 6 Острые нарушения артериального кровообращения в сетчатке не связаны с
изменением поля зрения, феномен "вишневого пятна"
резким подъемом ВГД
резким снижением зрения
ишемическим отеком сетчатки
- 7 Для спазма центральной артерии сетчатки и её ветвей при офтальмоскопии характерно
резким подъемом ВГД
сужение всех или отдельных веточек центральной артерии сетчатки с ишемией вокруг
симптом «вишневой косточки»
симптом «раздавленного помидора»
- 8 Для эмболии центральной артерии сетчатки и её ветвей при офтальмоскопии характерно
сужение всех или отдельных веточек центральной артерии сетчатки с ишемией вокруг
симптом «вишневой косточки»
симптом «раздавленного помидора»
симптом Салюса-Гунна I
- 9 Острые нарушения венозного кровообращения в сетчатке могут быть вызваны ангиоретинопатией

- эмболией
спазмом
тромбозом
- 10 При закупорке одной из ветвей центральной артерии сетчатки
зрение снижается только частично, наблюдается выпадение соответствующего участка
поля зрения
полная потеря зрения
зрение снижается только частично, наблюдается выпадение противоположного участка поля зрения
зрение снижается только частично, наблюдается трубчатое поле зрения
- 11 Лечение тромбозов вен сетчатки включает
антикоагулянты и антиагреганты
мочегонные средства
ангиопротекторы
эндовитреальное введение озурдекса
- 12 Лазертерапия сетчатки показана при
артериальной непроходимости в отдаленном периоде заболевания
артериальной непроходимости в остром периоде заболевания
венозной непроходимости в отдаленном периоде заболевания
венозной непроходимости в остром периоде заболевания
- 13 Для почечной ретинопатии характерно
симптом «вишневой косточки»
симптом «раздавленного помидора»
в макулярной области множественные мелкие очаги образуют фигуру звезды
геморрагии или отслойкой сетчатки
- 14 Почечная ретинопатия может осложняться
нисходящей атрофией зрительного нерва
невритом зрительного нерва
геморрагиями или отслойкой сетчатки
в макулярной области множественные мелкие очаги образуют фигуру звезды
- 15 При гиперфункции коры и мозгового вещества надпочечников
происходят изменения в сетчатке, свойственные вторичной артериальной гипертензии
нарушается белковый обмен
кровоизлияния разной величины и формы - симптом «раздавленного помидора»
нарушается электролитный обмен
- 16 В основе диабетических ангиопатий лежит
инсулинотерапия
повышенное внутриглазное давление
нарушение обмена веществ
рубеоз радужки
- 17 К факторам, способствующим развитию диабетической ангиоретинопатии, относятся
гипергликемия
гипоглобулинемия
гипохолестериемия
миопия
- 18 Основные биомикроскопические признаки начальной диабетической катаракты включают
помутнение под задней капсулой
помутнение в зоне отщепления
помутнение под передней капсулой
уплотнение поверхности ядра
- 19 В выборе сроков хирургического лечения диабетической катаракты имеет значение
острота зрения

биомикроскопический вариант катаракты
жалобы пациента
степень зрелости катаракты

- 20 Рассасывающую терапию при геморрагии в сетчатку или стекловидное тело у больных диабетом следует начинать
через неделю после кровоизлияния
через 2 недели после кровоизлияния
через месяц после кровоизлияния
через 2-3 суток после кровоизлияния
- 21 Курсовое лечение при пролиферативной диабетической ретинопатии следует проводить
1 раз в полугодие
1 раз в 3 месяца
ежемесячно
1 раз в год
- 22 У больных сахарным диабетом регулируют белковый обмен
трентал
ретаболил
пармидин
дицинон
- 23 Глаукома при сахарном диабете встречается с частотой
5%
12%
20%
- 24 Лазертерапия показана при
грубом фиброзе сетчатки
высоких цифрах агрегации эритроцитов
при тракционной отслойке сетчатки
пролиферации и неоваскуляризации сетчатки
- 25 Для абсолютной гипергликемии характерно
сахар крови ниже 5,8 ммоль/л
сахар крови ниже 6,1 ммоль/л
сахар крови выше 10 ммоль/л
сахар крови в пределах 9-10 ммоль/л
- 26 Основными процессами, происходящими в тканях глаза у больного сахарным диабетом, является
дегенеративные
воспалительные
экссудативные
геморрагические
- 27 Воспалительный процесс в органе зрения у больного сахарным диабетом локализуется в
хрусталике
радужке
сетчатке
роговице
- 28 Основные процессы, происходящие в тканях глаза у больного сахарным диабетом можно характеризовать, как
воспалительные процессы
сочетание сахарного диабета с гипертонической болезнью
сочетание сахарного диабета с атеросклерозом
гипоксия тканей
- 29 Заболевания, с которыми дифференцируют диабетическую ретинопатию
осложненная миопия

- ретинопатия недоношенных
- возрастная макулярная дегенерация
ретиношизис
- 30 Первая стадия диабетической ретинопатии
непролиферативная
препролиферативная
пролиферативная
рубцовая
- 31 Вторая стадия диабетической ретинопатии
рубцовая
препролиферативная
непролиферативная
пролиферативная
- 32 Третья стадия диабетической ретинопатии
препролиферативная
непролиферативная
пролиферативная
рубцовая
- 33 Характерными симптомами начальной диабетической катаракты являются
появление "летающих мушек" перед глазами
появление феномена Тиндаля во влаге передней камеры
появление анизометропии
снижение зрения, появление миопии или увеличение миопической рефракции
- 34 Основными признаками диабетической ретинопатии склеротического типа являются
геморрагии в стекловидное тело
- отложение в сетчатку холестерина
геморрагии в сетчатку, стекловидное тело
перипапиллярный отек сетчатки
- 35 Для 1 стадии диабетической ретинопатии характерны следующие офтальмоскопические изменения
новообразованные сосуды
твердые экссудаты
кровоизлияния в сетчатку и стекловидное тело
гемианопсии
- 36 Для 2 стадии диабетической ретинопатии характерны следующие офтальмоскопические изменения
твердые экссудаты
кровоизлияния в сетчатку и стекловидное тело
новообразованные сосуды
гемианопсии
- 37 Основные принципы в лечении диабетической ангиоретинопатии включают
сосудоукрепляющую терапию
витаминотерапию
терапию сосудорасширяющими препаратами
лазерную коагуляцию
- 38 Основные принципы лечения геморрагической формы диабетической ангиоретинопатии не включают
средства, укрепляющие сосудистую стенку
средства, улучшающие микроциркуляцию
бета-блокаторы
сосудорасширяющими препаратами
- 39 Для геморрагического процесса в органе зрения у больного сахарным диабетом не характерна
локализация в

радужке
стекловидном теле
сетчатке
слезной железе

- 40 Нехарактерными для диабетической ангиоретинопатии данными флюоресцентной ангиографии являются
отсутствие контрастирования центральной артерии сетчатки
окклюзия капилляров, кровоизлияния
новообразованные сосуды
микроаневризмы
- 41 Для гипертонического ангиосклероза сетчатки характерно
артерии приобретают вид «серебряной проволоки»
в области диска зрительного нерва могут наблюдаться новообразованные сосуды
микроаневризмы
симптом Салюса- Гунна II
- 42 Для артериальной гипертензии характерно
нарушение микроциркуляции, снижение интенсивности кровотока в капиллярах
гипертрофия мышечного слоя сосудистой стенки
локальный спазм артерий
застой в венах
- 43 Для стадии гипертонической ангиоретинопатии характерно
симптом Салюса- Гунна III
кровоизлияния в сетчатку, ее отек и белые очаги экссудации
симптом Салюса- Гунна II

симптом Салюса- Гунна I
- 44 Острые нарушения артериального кровообращения в зрительном нерве могут быть вызваны
тромбозом сосуда
нейропатией
спазмом сосуда
эмболией сосуда
- 45 Лечение острой непроходимости центральной артерии сетчатки и её ветвей заключается в назначении
местных сосудосуживающих средств
глюкокортикоидов
общих сосудосуживающих средств
нестероидных противовоспалительных средств
- 46 Тромбоз центральной вены сетчатки характеризуется
кровоизлияниями
макулопатией
отёком сетчатки
появлением центральной скотомы
- 47 Тромбоз центральной вены сетчатки способствует развитию
пролиферативным изменениям в сетчатке
атрофии зрительного нерва
сужению всех или отдельных веточек центральной артерии сетчатки с ишемией вокруг макулопатии
- 48 При тромбозе вен сетчатки гемorragии локализуются
преретинально

интратетинально
в эписклере
в радужке и цилиарном теле
- 49 Последствия тромбоза вен сетчатки связаны с

- вторичной катарактой
частичной атрофией зрительного нерва
вторичной посттромботической глаукомой
катарактой
- 50 Офтальмоскопическая картина почечной нейроретинопатии
диск зрительного нерва отёчен, границы нечеткие
отёк сетчатки
очаги экссудата в области жёлтого пятна
геморрагии
- 51 Изменения желтого пятна в виде фигуры звезды могут появляться после
краснухи
туберкулёза
сифилиса
кори
- 52 Особенностью состояния глазного дна при лейкозах является
общий бледный фон с желтоватым оттенком
деколорация диска зрительного нерва, ступенчатость его границ
множественные геморрагии
проминенция диска зрительного нерва в стекловидное тело
- 53 Для миелоидной лейкемии характерно:

диск зрительного нерва бледный, с четкими границами
глазное дно бледное, диск зрительного нерва обнаруживается с трудом
тонус сосудов снижен, артерию невозможно отличить от вены
образование миелом
- 54 Наиболее тяжелые проявления анемии
экссудация в виде фигуры звезды в макулярной области
диск зрительного нерва отёчен, красного цвета
экссудативная отслойка сетчатки
застойный диск зрительного нерва
- 55 Для эритремии характерно
диск зрительного нерва отёчен, красного цвета
артерии не изменены
глазное дно тёмное, цианотичное
глазное дно бледное, диск зрительного нерва обнаруживается с трудом
- 56 Причинами билатерального экзофтальма являются
аневризма глазной артерии
абсцесс орбиты
рак слезной железы
флегмона орбиты
- 57 Пульсирующий экзофтальм наблюдается при
артерио-венозном соустье между внутренней сонной артерией
кавернозным синусом
дакриoadените
рак слезной железы
- 58 У больных с акромегалией на почве дисфункции гипофиза характерно
ангиопатия сетчатки
симптом застойного диска зрительного нерва
снижение восприятия цвета
атрофия зрительного нерва
- 59 При гипофункции коры и мозгового вещества надпочечников отмечают
нарушается электролитный и белковый обмен

окраска радужки и глазного дна становится более тёмной
артериальная гипотензия и пигментация кожи
пигментация кожи век и конъюнктивы

- 60 Для 3 стадии диабетической ангиоретинопатии характерны следующие офтальмоскопические изменения
тромбоз полный или неполный центральной вены сетчатки или ее ветви
кровоизлияния в стекловидное тело с началом пролиферации
отслойка сетчатки
неоваскуляризация на диске зрительного нерва
- 61 К типичным изменениям при диабетической ретинопатии в детском и юношеском возрасте относятся
неоваскуляризация ДЗН
транссудативные очаги в сетчатке
неоваскуляризация области желтого пятна
артериовенозные анастомозы
- 62 У больных сахарным диабетом жировой обмен регулируют лекарственные препараты
солкосерил
эмоксипин
клофибрат

липостабил
Наиболее частым у больного сахарным диабетом является заболевание
блефарит
халазион
экзема кожи век
папилломы век
- 63 Для больного сахарным диабетом типичными изменениями со стороны конъюнктивит
отложение холестерина-белковых фракций
кровоизлияния
птеригиум
- 64 Типичными изменениями со стороны роговицы для больного сахарным диабетом являются
снижение чувствительности
изъязвление роговицы
истончение роговицы и кератоконус
эпителиальная дистрофия
- 65 Для больного сахарным диабетом основными изменениями радужки являются
неовакуляризация
вялое расширение зрачка
живая реакция на свет
колобома радужки
- 66 Основными признаками диабетического ирита являются
застойная инъекция
выраженная смешанная инъекция
единичные преципитаты

отсутствие рефлекса с глазного дна
- 67 Способствуют рецидивам кровоизлияний при диабетической ангиоретинопатии
гипергликемия
альбуминурия
абсолютные или относительные гипогликемии
окклюзия капилляров
- 68 К изменениям в углу передней камеры у больных сахарным диабетом относятся
новообразованных сосудов
гониосинехий

- экссудата
передние синехии
- 69 К основным признакам диабетического ирита относятся
выраженная инъекция
выраженные преципитаты
гипопион
вялое расширение зрачка
- 70 Показаниями к лазерной коагуляции при диабетической ангиоретинопатии являются
макулярный отек
микроаневризмы
твердые экссудаты
неоваскуляризация
- 71 Изменения в стекловидном теле при сахарном диабете проявляются в виде
задней отслойки стекловидного тела
неоваскуляризации
- геморрагий
шварт
- 72 Основными признаками диабетической ангиоретинопатии геморрагического типа являются
микроаневризмы
преретинальные кровоизлияния
интратинальные кровоизлияния
кровоизлияния в стекловидное тело
- 73 Методы позволяющие диагностировать диабетическую ретинопатию на доклиническом этапе
биомикроофтальмоскопия
электрофизиологическое исследование
флюоресцентная ангиография
адаптомметр
- 74 Возможны все перечисленные клинические формы диабетической ангиоретинопатии
диабето-гипертоническая
транссудативная
геморрагическая
Диабето-склеротическая
- 75 Для непролиферативной диабетической ретинопатии характерно
микроаневризмы
твердые экссудаты
отек сетчатки
геморрагии
- 76 Для препролиферативной диабетической ретинопатии характерно
- артериальные нарушения
венозные нарушения
ватообразные очаги
интратинальные сосудистые нарушения
геморрагические «инфаркты» сетчатки
- 77 Стадиями диабетической макулопатии являются
локальная экссудативная
диффузная экссудативная
ишемическая
смешанная
- 78 Для кистозного макулярного отека при ангиографическом обследовании не характерно
диффузное утолщение сетчатки
точечные геморрагии

- микроаневризмы
транссудация по сосудистым аркадам
- 79 К факторам для неблагоприятного прогноза диабетической макулопатии относятся
диффузный кистовидный отек макулы
твердые экссудаты, охватывающие фовеа
смешанная экссудативно-ишемическая макулопатия
выраженная ретинопатия на момент обследования
- 80 Для туберкулезного увеита характерно
острое течение
подострое течение
полиморфное течение
хроническое рецидивирующее течение
- 81 Офтальмологические проявления туберкулеза
хронический иридоциклит
хориоидит
перифлебит
панувеит
- 82 Для токсоплазмоза характерна офтальмоскопическая картина
грубые или множественные атрофические очаги
склероз сосудов хориоидеи
отек сетчатки
очаги неправильной формы с отложением пигмента по краям очага
- 83 Сифилитический кератит сопровождается
ранним проявлением боли и светобоязни
снижением остроты зрения
образованием синехий
стромальной пленчатой мембраной наиболее плотной в центре
- 1 Заболевания заднего отрезка глаза. Витреоретинальная хирургия
- 1 Какую отслойку сетчатки относят к первичной
центральная
регматогенная
периферическая
экссудативная
- 2 С какой целью у миопов с периферической хориоретинальной дистрофией сетчатки по типу «решетки» проводится профилактическая лазеркоагуляция сетчатки
улучшение микроциркуляции
предупреждение прогрессирования миопии
- предупреждение отслойки сетчатки
с трофической
- 3 Острые нарушения венозного кровообращения в сетчатке могут быть вызваны
ангиоретинопатией
эмболией
тромбозом
спазмом
- 4 Острые нарушения артериального кровообращения в сетчатке характеризуются
полем зрения не изменено
расширением сосудов сетчатки
наличием феномена контраста foveacentralis (вишневого пятна)
симптомом «раздавленного помидора»
- 5 Лазертерапия сетчатки показана при
венозной непроходимости в остром периоде заболевания

- артериальной непроходимости в отдаленном периоде заболевания
артериальной непроходимости в остром периоде заболевания
венозной непроходимости в отдаленном периоде заболевания
- 6 Риск возникновения отслойки сетчатки повышен
после экстракапсулярной экстракции катаракты
после контузии глазного яблока
после перенесенного приступа глаукомы
при кератоконусе
 - 7 Пузыри отслоенной сетчатки обычно выше
в макулярной зоне

на стороне разрыва
на противоположной разрыву стороне
в зоне диска зрительного нерва
 - 8 При разрывах в верхней половине отслойки сетчатки
отслойка никогда не бывает тотальной
отмечается склонность к образованию тотальной отслойки
обычно формируется линия самоограничения
закономерностей не выявляются
 - 9 В классификации в отслойке сетчатки выделяют
1 степени
2 степени
3 степени
4 степени
 - 10 При отслойке сетчатки больные обращаются с жалобами на
появление «вспышек», «завесы» в глазу
слезотечение и светобоязнь
появление «мушек» перед глазом
давящие боли в глазу
 - 11 При экстрасклеральном методе пломбирования отслойки сетчатки предпочтение обычно отдается
диатермокоагуляции
лазеркоагуляции
фотокоагуляции
криокоагуляции
 - 12 К тотальной отслойке сетчатки наиболее часто приводят

ретиношизис
дырчатые разрывы
клапанные разрывы
макулярные разрывы
 - 13 При отслойке сетчатки наиболее часто сопутствующим заболеванием является
хориоретинальная дистрофия
тромбоз вен сетчатки
иридоциклит
неврит зрительного нерва
 - 14 Рецидивирующий ретробульбарный неврит в молодом возрасте чаще всего является следствием
синусита
ревматизма
рассеянного склероза
туберкулеза
 - 15 При периферической форме ретробульбарных невритов наблюдается
концентрическое сужение поля зрения
центральная скотома

- аркоподобные скотомы
секторальные выпадения
- 16 При аксиальной форме ретробульбарных невритов наблюдается
секторальные выпадения
концентрические сужение поля зрения
центральная скотома
аркоподобные скотомы
- 17 Первичная атрофия диска зрительного нерва (ДЗН) - это конечный исход
глаукомной оптической нейропатии
неврита зрительного нерва
ретробульбарного неврита
застойного ДЗН
- 18 При оптических невритах наблюдается
светобоязнь, слезотечения
резкое снижение зрения, гиперемия, отек и кровоизлияния в сетчатку и ДЗН
нарушение подвижности глазного яблока
покраснение глазного яблока, птоз
- 19 Болевой синдром наблюдается при следующих формах оптического неврита
нейроретините
атрофии диска зрительного нерва
папиллите зрительного нерва
ретробульбарном неврите
- 20 При неврите зрительного нерва цвет диска
бледный
восковидный
серый
гиперимирован
- 21 При неврите зрительного нерва проминенция диска
незначительная, плоская
формируется колобома диска
имеет место экскавация диска
резко выражена
- 22 Кровоизлияния при неврите локализуются
по ходу ретинальных венул
на диске или около него
на периферии глазного дна
по всему глазному дну
- 23 Назовите непосредственную причину возникновения первичной открытоугольной глаукомы
сдвиг вперед иридохрусталиковой диафрагмы
переднее расположение трабекулы
закрытие угла передней камеры корнем радужки
- 24 Причиной развития невритов не является
микробная флора
вирусы
аллергия
колобомы зрительного нерва
- 25 Методы исследования в диагностике отслойки сетчатки
офтальмоскопия
эхография
циклоскопия
скиаскопия

- 26 Методы лечения отслойки сетчатки
электростимуляции
медикаментозное
хирургическое
лазерное
- 27 Виды хирургического лечения отслойки сетчатки
витреоретинальная хирургия
экстрасклеральная хирургия
эксимерлазерная хирургия
эндолазеркоагуляция
- 28 Методы диагностики эндофтальмита
электроретинография
биомикроскопия
осмотр в проходящем свете
ультразвуковое исследование
- 29 При эндофтальмите стекловидное тело имеет цвет
желтоватый
зеленоватый
желто-зеленый
белый
- 30 Дифференциальную диагностику при эндофтальмите проводят с
катарактой
панофтальмитом
ретинобластомой
глаукомой
- 31 Причины эндофтальмита
проникающее ранение склеры
внутриглазное инородное тело
вторичная глаукома
- проникающее ранение роговицы
- 32 Для застойного диска характерно
высокая острота зрения
ДЗН с нечеткими границами, гиперемирован
ДЗН проминирует в стекловидное тело
вены полнокровны
- 33 Первичная атрофия диска зрительного нерва (ДЗН) - это конечный исход
застойного ДЗН
глаукомной оптической нейропатии
оптико-хиазмального арахноидита
неврита зрительного нерва.
- 34 Для папиллита характерны
гиперемия диска зрительного нерва
умеренный отек диска зрительного нерва
сужение поля зрения
нарушение цветового зрения
- 35 Рецидивирующий ретробульбарный неврит в молодом возрасте чаще всего является следствием
лейкемии
синусита
ревматизма
туберкулеза

- 36 Особенностью состояния глазного дна при лейкозах является общий бледный фон с желтоватым оттенком
деколорация диска зрительного нерва, ступенчатость его границ

множественные геморрагии
проминенция диска зрительного нерва в стекловидное тело
- 37 Для миелоидной лейкемии характерно:
диск зрительного нерва бледный, с четкими границами
глазное дно бледное, диск зрительного нерва обнаруживается с трудом
тонус сосудов снижен, артерию невозможно отличить от вены
образование миелом
- 38 При тромбозе вен сетчатки геморрагии локализуются
преретинально
в радужке и цилиарном теле
субретинально
интратретинально
- 39 Острые нарушения артериального кровообращения в зрительном нерве могут быть вызваны
эмболией
спазмом
лейкемией
хориопатией
- 40 При тромбозе вен сетчатки в стекловидном теле отмечаются
витреоретинальная пролиферация
дистрофия стекловидного тела
отслойка задней пластины
геморрагии

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача 1

Больной К. поступил в кабинет неотложной офтальмологической помощи со следующей симптоматикой: отёк и гематома век, сужение глазной щели, экзофтальм, ограничение подвижности глазного яблока книзу и к носу, птоз, подкожная эмфизема с крепитацией в области левого глаза.

Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы исследования и консультации специалистов необходимо провести. Назовите и обоснуйте тактику лечения текущего состояния.

Ситуационная задача 2

Больной получил удар щепкой по правому глазу во время колки дров. Жалобы на сильные боли в глазу и отсутствие зрения. Объективно: острота зрения - счет пальцев у лица. Правый глаз инъецирован, роговица блестящая, передняя камера заполнена кровью. Глубжележащие отделы глазного яблока не просматриваются. Под конъюнктивой глазного яблока в верхне-внутреннем сегменте определяется округлой формы образование размером около 1см в диаметре. Пальпаторно определяется выраженная гипотония.

Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз. Назовите тактику лечения текущего состояния.

Ситуационная задача 3

Больной 34 лет жалуется на боль в области правого глаза, головную боль, повышение температуры до 38,6°С. Два дня назад появился на нижнем веке правого глаза ячмень, который больной выдавливал. Объективно: резкий отек век, глазная щель закрыта, в ней защемлена отечная конъюнктивa. Экзофтальм. Глазное яблоко неподвижно, зрение снижено.

Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз. Назовите причину развития и тактику лечения текущего состояния. Сроки оказания медицинской помощи.

Ситуационная задача 4

Больной Г., 36 л., жалуется на боль покраснение правого глаза. Из анамнеза: около 2-х недель назад собирал в лесу грибы, ударил веткой по глазу. К врачу не обращался, закапывал альбуцид. Постепенно краснота нарастала, боли усилились, снизилось зрение. Объективно: смешанная инъекция глазного яблока, на роговице в параоптической зоне на 5 часах округлый инфильтрат беловатого цвета, 2,0x2,0мм, с морщинистой сухой поверхностью, вокруг него, на расстоянии 2,0 мм по окружности определяются округлые инфильтраты небольших размеров серо-белого цвета. Передняя камера средней глубины, влага опалесцирует, на дне гипопион в виде сгустка 1 мм, зрачок узкий.

Поставьте предварительный диагноз. Предполагаемый возбудитель, необходимые методы обследования. Тактика лечения.

Ситуационная задача 5

Больной К., 35 лет жалуется на сильную боль в правом глазу, светобоязнь, слезотечение, ухудшение зрения, которые возникли 3 дня назад. Из анамнеза: 2 года назад с такими же жалобами лечился в офтальмологическом стационаре около 2-х недель, диагноза не знает, выписка не сохранилось. Объективно: острота зрения OD 0.05 н/к, OS 1.0. Глазная щель сужена, смешанная инъекция глазного яблока, роговица отечная, в центре определяется инфильтрат сероватого цвета с нечеткими контурами, неправильной вытянутой формы чувствительность роговицы значительно снижена, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, зрачок круглый, реакция на свет сохранена, глубжележащие отделы не изменены.

Поставьте предварительный диагноз. Назовите дополнительные методы исследования, лечение и профилактики.

Ситуационная задача 6

В приемное отделение городской больницы обратилась женщина 34 лет с жалобами на образование на верхнем веке правого глаза. Образование постепенно увеличилось до размеров горошины. При осмотре: на верхнем веке справа - новообразование, не спаянное с кожей, круглой формы, признаков воспаления нет. Пациентка работает, нуждается в выдаче листа трудоспособности. При вывороте верхнего века видно серо-желтую область хряща с легкой гиперемией возле нее.

Поставьте диагноз. Определите тактику лечения и возможные сроки временной нетрудоспособности.

Ситуационная задача 7

Больной П., 10 лет, жалуется: на зуд, тяжесть, покраснение век, которое отмечает уже несколько лет в одно и то же время, в конце марта. Объективно: веки отечны, край их утолщен, на конъюнктивы верхнего века - диффузная сосочковая гипертрофия, наиболее выраженная на верхнем хряще, напоминает «бульжнюю мостовую».

Поставьте диагноз, назначьте и обоснуйте лечение. Расскажите об организации медицинской помощи и оформлении медицинской документации с учетом возраста и текущего состояния пациента, профилактике его развития.

Ситуационная задача 8

У больного во время проведения факоемульсификации катаракты, на стадии аспирации-ирригации хрусталиковых масс у пациента появились боли в глазу, уменьшилась глубина передней камеры, резко повысилось ВГД.

Какое состояние развилось у данного пациента? Каков объем экстренной помощи? Назовите

возможные исходы текущего состояния и прогноз по зрительным функциям. Связано ли текущее состояние с реакцией на лекарственные препараты?

Ситуационная задача 9

К Вам обратился пациент с миопической анизометропией. Жалоб на фотопсии нет. Vis OD = 0,03 sph -15.0 дптр = 0,4, Vis OS = 0,2 sph - 3.0 дптр = 1,0. Преломляющие среды прозрачны. На крайне периферии глазного дна правого глаза определяется решётчатая дистрофия с дырчатым разрывом соотв. 4-5 ч.ч.

Составьте план лечения пациента. Следует рекомендовать такому пациенту факоемульсификацию хрусталика или лазерную рефракционную кератопластику? Следует ли проводить отграничительную лазеркоагуляцию? Каковы сроки оказания медицинской помощи? Существует ли дополнительный риск развития отслойки сетчатки после операции и в какие сроки?

Ситуационная задача 10

Пациенту 2 дня назад была выполнена неосложненная факоемульсификация катаракты с бесшовной герметизацией основного разреза. При осмотре глаз практически спокоен, ВГД пальпаторно -2, складчатость десцеметовой оболочки, влага передней камеры прозрачна, радужка спокойна, ИОЛ центрирована, розовый рефлекс с глазного дна. Проведена фоторегистрация переднего отрезка для публикации клинического случая в научном журнале.

Чем может быть вызвана гипотония, что следует предпринять? Составьте план лечения пациента. Какие данные по анамнезу пациента следует уточнить? Каковы сроки оказания медицинской помощи? Какие осложнения могут развиваться на фоне текущего состояния? Какие дополнительные методы обследования следует провести? Какие данные и каким образом можно использовать полученные данные о пациенте при подготовке научной публикации.

Ситуационная задача 11

Пациенту была проведена синустрабекулэктомия. В течение первых 3-х дней фильтрационная подушечка остаётся плоской, ВГД п/п +1, зрачок в центре, розовый рефлекс с глазного дна.

С чем может быть связана гипертония? Какие дополнительные методы обследования следует провести? Какова будет тактика ведения и сроки реабилитации пациента?

Ситуационная задача 12

К Вам обратился пациент 65 лет с открытоугольной развитой глаукомой на обоих глазах. Жалоб на момент осмотра нет. Vis OD = 0,5 н/к, Vis OS = 0,7 н/к, ВГД (Ро, мм рт.ст.) OD/OS = 23/26. Гипотензивный режим: дорзоламид 2% 2 раза в день. Общесоматический и аллергический анамнез не отягощены.

Какие данные о пациенте необходимо дополнительно узнать? Какие целевые значения уровня офтальмотонуса при данной стадии глаукомы? Какова тактика ведения пациента с учетом клинических рекомендаций? Каковы международные рекомендации и сроки диспансерного наблюдения пациентов с глаукомой?

Ситуационная задача 13

К Вам обратился пациент 72 лет с открытоугольной развитой глаукомой на обоих глазах. На момент осмотра предъявляет жалобы на снижение зрения обоих глаз. Месяц назад обратился в оптику, где ему подобрали очки для дали и чтения. Vis OD = 0,1 sph -4.0 дптр = 0,2, Vis OS = 0,2 sph - 3.0 дптр = 0,4, ВГД (Ро, мм рт.ст.) OD/OS = 17/18. При осмотре выявлено помутнение хрусталика обоих глаз, изменение центральной зоны сетчатки не отмечается.

Какова тактика ведения пациента с учетом клинических рекомендаций? Какие данные о пациенте необходимо дополнительно узнать? Обосновано ли назначение очковой коррекции с учетом данных глазного статуса? Оцените прогноз при проведении соответствующего лечения.

Ситуационная задача 14

К поликлинику обратился пациент 17 лет с прогрессирующей миопией на обоих глазах. На момент осмотра предъявляет жалобы на снижение зрения обоих глаз. Месяц назад обратился в оптику, где ему подобрали очки для дали и чтения. Vis OD = 0,05 sph -7.0 дптр = 0,8, Vis OS = 0,02 sph - 10.0 дптр = 0,6, ВГД (Ро, мм рт.ст.) OD/OS = 17/18. За последний год отмечается изменение коррекции на 2 дптр на обоих глаз. Пациент субъективно отмечает ухудшение за последний год.

Какова тактика ведения пациента с учетом клинических рекомендаций и международного опыта? Какие данные о пациенте необходимо дополнительно узнать? Оцените прогноз при проведении соответствующего лечения. Какие реабилитационные мероприятия и сроки диспансерного наблюдения необходимо рекомендовать? Следует ли направить пациента на медико-социальную экспертизу?

Ситуационная задача 15

Пациенту 10 дней назад была выполнена неосложненная фактоэмульсификация катаракты. Пациент отмечает дискомфорт в глазу, «туман» перед оперированным глазом. При осмотре отмечается застойная инъеция, ВГД пальпаторно +2, складчатость десцеметовой оболочки, влага передней камеры прозрачна, радужка спокойна, ИОЛ частично вывихнута из капсульного мешка (верхний гаптический элемент находится вне капсульного мешка), розовый рефлекс с глазного дна.

Какова тактика ведения пациента? Какие данные о пациенте необходимо дополнительно узнать? Какова будет Ваша тактика взаимодействия с хирургом? Оцените прогноз при проведении соответствующего лечения. Какие реабилитационные мероприятия необходимо рекомендовать?

Ситуационная задача 16

Женщина, 47 лет, обратилась к врачу-офтальмологу с жалобой на снижение зрения обоих глаз. Указанные жалобы отмечает при длительной работе за компьютером. Рефракционный анамнез не отягощен. При осмотре Vis OD = 1,0, Vis OS = 1,0, ВГД (Ро, мм рт.ст.) OD/OS = 17/18.

Какова тактика ведения пациента? Какие данные о пациенте можно использовать для подбора соответствующей коррекции? Оцените прогноз при отсутствии проведения соответствующего лечения.

Ситуационная задача 17

Женщина, 42 лет, обратилась к врачу-офтальмологу с жалобой на снижение зрения правого глаза. Указанные жалобы отметила около двух недель назад. Работа пациентки связана с обработкой больших цифровых данных, режим сна и отдыха нарушает в течение последних 6 месяцев, спит по 3-4 часа в сутки. Рефракционный анамнез не отягощен. При осмотре Vis OD = 0,5 sph +1,25 = 1,0, Vis OS = 1,0, ВГД (Ро, мм рт.ст.) OD/OS = 16/18. По данным офтальмоскопии ML OD проминирует.

Какова тактика диагностики пациентки? Какие методы лечения данной патологии вы знаете? Оцените прогноз при проведении соответствующего лечения.

Ситуационная задача 18

Женщина, 53 лет, обратилась к врачу-офтальмологу с жалобой на боль и отсутствие зрения правого глаза. Указанные жалобы отметила около двух недель назад. В анамнезе перенесенный тромбоз центральной вены сетчатки около 6 месяцев назад, проходила стационарное лечение без улучшения зрительных функций на фоне проведенной терапии. Последние 4 месяца у врача-офтальмолога не наблюдалась, капли в глаза не закапывала. Рефракционный анамнез не отягощен. Работает уборщицей. При осмотре Vis OD = 0 (ноль), Vis OS = 1,0, ВГД (Ро, мм рт.ст.) OD/OS = 58/18. По данным биомикроскопии выраженная застойная инъеция правого глаза, рубец радужки, роговицы отечная, офтальмоскопия OD - ML проминирует.

Сформулируйте диагноз. Какова тактика диагностики пациентки? Какие методы лечения данной патологии вы знаете? Оцените трудовой и зрительный прогноз, возможность направления на

МСЭ.

Ситуационная задача 19

Мужчина, 70 лет, обратился к врачу-офтальмологу с жалобой на снижение зрения обоих глаз. Указанные жалобы отмечает в течение последних двух лет. В анамнезе глаукома, возрастная макулярная дегенерация обоих глаз. Последние 4 месяца у врача-офтальмолога не наблюдалась, назначенный гипотензивный режим соблюдал (тимолол 0,5%, латанопрост 0,005%). Рефракционный анамнез не отягощен, оперативное лечение катаракты обоих глаз около 5 лет назад. При осмотре Vis OD = 0,1 н/к, Vis OS = 0,05 н/к, ВГД (Ро, мм рт.ст.) OD/OS = 14/24. По данным биомикроскопии застойная инъекция левого глаза. По данным офтальмоскопии ОУ: ДЗН серый, границы четкие, сосудистый пучок смещен в носовую сторону, э/д 0,9, в ML друзы.

Сформулируйте диагноз для обоих глаз. Какие методы лечения можно предложить данному пациенту? Оцените правильность гипотензивной терапии: к каким группам лекарственных препаратов они относятся и являются ли препаратами первой линии при лечении глаукомы? Какие есть противопоказания к назначению тимолола?

Ситуационная задача 20

Мужчина, 78 лет, обратился к врачу-офтальмологу с жалобой на снижение зрения обоих глаз. Указанные жалобы отмечает в течение последнего года. В анамнезе глаукома обоих глаз более 10 лет. Последние 6 месяцев у врача-офтальмолога не наблюдалась, назначенный гипотензивный режим соблюдал (бринзоламид 0,5%, латанопрост 0,005%). Рефракционный анамнез не отягощен, оперативное лечение катаракты обоих глаз около 7 лет назад. При осмотре Vis OD = 0,1 н/к, Vis OS = 0,05 н/к, ВГД (Ро, мм рт.ст.) OD/OS = 12/29. По данным биомикроскопии застойная инъекция левого глаза. По данным офтальмоскопии ОУ: ДЗН серый, границы четкие, сосудистый пучок смещен в носовую сторону, э/д 0,9, ML без грубой очаговой патологии.

Сформулируйте диагноз для обоих глаз. Какие методы лечения можно предложить данному пациенту? Оцените правильность гипотензивной терапии: к каким группам лекарственных препаратов они относятся и являются ли препаратами первой линии при лечении глаукомы?

Ситуационная задача 21

Мужчина, 73 лет, обратился к врачу-офтальмологу с жалобой на снижение зрения обоих глаз. Указанные жалобы отмечает в течение последних двух лет. В анамнезе возрастная макулярная дегенерация обоих глаз на протяжении последних 7 лет. При осмотре Vis OD = 0,05 н/к, Vis OS = 0,1 н/к, ВГД (Ро, мм рт.ст.) OD/OS = 14/13. Пациенту дано направление на оперативное лечение катаракты правого глаза.

Сформулируйте диагноз для обоих глаз. Какой метод диагностики следует предложить данному пациенту? Оцените зрительный прогноз при проведении соответствующего лечения.

Ситуационная задача 22

В детскую поликлинику по месту жительства к офтальмологу обратились мама с ребенком 1,5 лет с жалобой на нарушение концентрации на объекте

При осмотре остроту зрения обоих глаз определить невозможно. Внутриглазное давление в пределах возрастной нормы. Передний отрезок глаз не изменен. При биомикроскопии обоих хрусталиков отмечаются дисковидные помутнения серого цвета в центральных отделах. Рефлекс глазного дна ослаблен. Центральные отделы не просматриваются. По периферии сетчатка не изменена.

Сформулируйте диагноз для обоих глаз. Какие методы лечения можно предложить данному пациенту? Оцените зрительный прогноз при проведении соответствующего лечения.

Ситуационная задача 23

Женщине, 55 лет, проведено оперативное лечение катаракты правого глаза. В анамнезе сахарный диабет 2 типа, диагностированный около 3-х лет назад, ожирение. При осмотре Vis OD = 1,0 н/к, Vis OS = 0,05 н/к, ВГД (Ро, мм рт.ст.) OD/OS = 17/19. Проведение офтальмоскопии левого глаза затруднено ввиду выраженных диффузных помутнений хрусталика. При офтальмоскопии правого глаза выявлены множественные геморрагии в виде пятен, микроаневризмы.

Сформулируйте диагноз для обоих глаз. Какой метод диагностики следует предложить данному пациенту? Какие методы лечения можно предложить данному пациенту в зависимости от результатов дополнительных исследований? Какие методы профилактики возможных осложнений можно рекомендовать пациентке? Оцените зрительный прогноз при проведении соответствующего лечения.

Ситуационная задача 24

Женщине, 73 лет, проведено оперативное лечение катаракты правого глаза. В анамнезе сахарный диабет 2 типа в течение последних 12 лет, ожирение. При осмотре Vis OD = 0,3 н/к, Vis OS = 0,02 н/к, ВГД (Ро, мм рт.ст.) OD/OS = 16/17. Проведение офтальмоскопии левого глаза затруднено ввиду выраженных диффузных помутнений хрусталика. При офтальмоскопии правого глаза выявлены множественные геморрагии в виде пятен, микроаневризмы, ML проминирует.

Сформулируйте диагноз для обоих глаз. Какой метод диагностики следует предложить пациентке? Какие методы лечения можно предложить данному пациенту в зависимости от результатов дополнительных исследований? Какие методы профилактики возможных осложнений можно рекомендовать данной пациентке? Оцените зрительный прогноз при проведении соответствующего лечения.

Ситуационная задача 25

Мужчине, 57 лет, проведено оперативное лечение катаракты правого глаза. При осмотре Vis OD = 0,5 н/к, Vis OS = 1,0, ВГД (Ро, мм рт.ст.) OD/OS = 17/19. Субъективно отмечает двоение перед правым глазом, искривление прямых линий. При офтальмоскопии левого глаза патологических изменений заднего отрезка не выявлено. При офтальмоскопии правого глаза ML проминирует, «целлофановый» блеск.

Сформулируйте диагноз для правого глаза. Какие методы диагностики следует предложить данному пациенту? Какой метод лечения следует предложить данному пациенту с учетом имеющихся жалоб? Оцените зрительный прогноз при проведении соответствующего лечения.

Ситуационная задача 26

Мужчине, 63 лет, проведено оперативное лечение катаракты правого глаза. При осмотре Vis OD = 0,9 н/к, Vis OS = 1,0, ВГД (Ро, мм рт.ст.) OD/OS = 17/19. Субъективно жалоб со стороны правого глаза не отмечает. При офтальмоскопии левого глаза патологических изменений заднего отрезка не выявлено. При офтальмоскопии правого глаза в ML «целлофановый» блеск.

Сформулируйте диагноз для правого глаза. Какие методы диагностики следует предложить данному пациенту? Какие методы профилактики возможных осложнений можно рекомендовать пациенту? Оцените зрительный прогноз.

Ситуационная задача 27

Юноша, 16 лет, доставлен по каналу скорой медицинской помощи в приемное отделение многопрофильной детской больницы с диагнозом OS Иностранное тело роговицы. Со слов, в глаз попала «металлическая стружка» при работе со шлифовальной машиной, защитные очки не надевал. Отмечает острую боль в левом глазом в течение последних двух часов. При осмотре выраженное слезотечение, блефароспазм, светобоязнь, верхнее веко отечное, глаз не открыть не может.

Сформулируйте предварительный диагноз для левого глаза. Каким образом необходимо подготовить пациента к осмотру? Что необходимо оценивать при проведении осмотра левого глаза? Может ли пациент самостоятельно подписывать информированное согласие на осмотр? Какие методы профилактики возможных осложнений можно рекомендовать пациенту? Оцените зрительный прогноз.

Ситуационная задача 28

Девочка, 9 лет, госпитализирована в офтальмологическое отделение Детской городской больницы с диагнозом ОД Халазион верхнего века. Согласно предоставленной медицинской документации, образование верхнего века левого глаза появилось около 6 месяцев назад, проводилось местная терапия, без эффекта, после чего направлена на стационарное лечение. В анамнезе миопия средней степени, миопический астигматизм, рекомендации по использованию очковой коррекции не соблюдает. При осмотре в средней трети верхнего века правого глаза округлое образование, безболезненное при пальпации, не спаяно с окружающими тканями, размером 3x5 мм, без признаков изъязвления.

Сформулируйте предварительный диагноз для левого глаза. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику. Какой объем лечения требует текущее состояние? Каковы будут амбулаторные рекомендации? Может ли пациентка самостоятельно подписывать информированное согласие на осмотр?

Ситуационная задача 29

Мужчина, 23 лет, доставлен по каналу скорой медицинской помощи в приемное отделение многопрофильной больницы с диагнозом OS Иностранное тело роговицы. Со слов, боль в глазу появилась позавчера, через несколько часов после купания в бассейне. Самостоятельно закапывал альбуцид, без эффекта. Отмечает острую боль в левом глазом в течение последних трех часов. Постоянно носит контактные линзы. Трудовой анамнез: работает инженером.

При осмотре Vis OD = 0,1 sph - 3,5 = 1,0, Vis OS = 0,02 н/к, ВГД (Ро, мм рт.ст.) OD/OS = 16/11 Н. При проведении биомикроскопии левого глаза выраженное слезотечение, блефароспазм, светобоязнь, обильное слизисто-гнойное отделяемое, перикорнеальная инъекция, определяется кольцевидный инфильтрат роговицы.

Сформулируйте диагноз для левого глаза. Какая будет тактика лечения пациента? Какие методы профилактики возможных осложнений следует рекомендовать данному пациенту? Оцените зрительный и трудовой прогноз при проведении соответствующего лечения.

Ситуационная задача 30

Мужчине, 67 лет, проведено оперативное лечение катаракты обоих глаз около 3 -х месяцев назад, в послеоперационном периоде без особенностей. При осмотре Vis OD = 0,3 н/к, Vis OS = 1,0, ВГД (Ро, мм рт.ст.) OD/OS = 17/19. Субъективно отмечает двоение перед правым глазом, искривление прямых линий, с данными жалобами обратился поликлинику по месту жительства. При биомикроскопии правого глаза выявлен фиброз задней капсулы хрусталика. Трудовой анамнез: работает водителем.

Сформулируйте диагноз для обоих глаз. Какой метод лечения следует предложить данному пациенту с учетом имеющихся жалоб? Оцените зрительный и трудовой прогноз при проведении соответствующего лечения.

ВОПРОСЫ ДЛЯ ИТОГОВОГО СОБЕСЕДОВАНИЯ

1. Принципы и методы диспансерного наблюдения офтальмологических больных. Частота наблюдения, алгоритм обследования.
2. Основы медико-социальной экспертизы.
3. Анатомофизиологические особенности век и слезного аппарата глаза детей и взрослых.
4. Анатомофизиологические особенности наружной оболочки глаза детей и взрослых.
5. Анатомофизиологические особенности радужки и цилиарного тела детей и взрослых.

6. Анатомофизиологические особенности сетчатки детей и взрослых.
7. Анатомофизиологические особенности хориоидеи детей и взрослых.
8. Анатомофизиологические особенности хрусталика и стекловидного тела детей и взрослых.
9. Анатомофизиологические особенности угла передней камеры глаза детей и взрослых.
10. Анатомофизиологические особенности центральных отделов зрительного анализатора детей и взрослых.
11. Анатомофизиологические особенности орбиты глаза детей и взрослых.
12. Особенности функционального развития зрительного анализатора.
13. Анатомофизиологические особенности глазодвигательного аппарата детей и взрослых.
14. Основные функции глазодвигательного аппарата.
15. Патогенез бинокулярных нарушений.
16. Клинические особенности содружественного косоглазия.
17. Клинические особенности паралитического косоглазия.
18. Методы исследования центрального зрения и рефракции у детей и взрослых.
19. Развитие рефракции в норме и при патологии.
20. Методы исследования аккомодации, возрастные особенности, клиническое значение.
21. Основные формы нарушений аккомодационной способности глаз. Лечение, профилактика.
22. Патогенез и функциональные симптомы амблиопии.
23. Дифференциальная диагностика амблиопии. Лечение.
24. Классификация нистагма. Обследование больного с нистагмом.
25. Содружественное косоглазие. Частота, сроки и причины возникновения. Классификация. Факторы, способствующие возникновению косоглазия. Объем обследования больного с косоглазием.
26. Топография и строение цилиарного узла. Его роль в иннервации оболочек глаза. Основные признаки поражения цилиарного узла при ретробульбарных процессах.
27. Гиперметропия. Возрастная динамика, распространенность, динамика в зависимости от возраста. Особенности оптической коррекции гиперметропии у детей и взрослых. Осложнения некорригированной гиперметропии.
28. Астигматизм. Классификация, распространенность, динамика астигматизма в зависимости от возраста. Методы его определения. Особенности оптической коррекции астигматизма у детей и взрослых. Осложнения некорригированного астигматизма.
29. Рефракционная астигматизация, клиника, методы лечения. Гигиена зрительной работы.
30. Врожденная миопия. Классификация, этиология, клиника, возрастная динамика и частота распространения. Особенности оптической коррекции миопии у детей и взрослых.
31. Приобретенная миопия. Классификация, этиология, клиника, возрастная динамика и частота распространения. Особенности оптической коррекции миопии у детей и взрослых. Методы консервативного и хирургического лечения.
32. Методы консервативного и хирургического лечения миопии. Особенности рефракционных операций у детей и взрослых.
33. Симптомокомплекс кератитов. Классификация кератитов. План общего обследования больного с кератитом. Исследование с целью определения этиологии (возбудителя) кератита. Осложнения кератита, их профилактика и лечение.
34. Врожденная патология роговой оболочки. Диагностика, клиническое значение, реабилитация.
35. Герпетические кератиты. Частота заболевания. Особенности клиники и течения первичного и постпервичного герпетического кератита. Формы кератитов. Методы диагностики. Современные методы лечения. Профилактика.
36. Кератиты туберкулезной этиологии. Клиника диффузной, очаговой, склерозирующей форм. Лабораторная диагностика. Принципы и продолжительность местного и общего лечения.
37. Аденовирусный кератоконъюнктивит. Эпидемиология, контагиозность. Основные штаммы возбудителей. Формы аденовирусного конъюнктивита. Дифференциальный диагноз с трахомой и микробными конъюнктивитами. Методы диагностики, профилактики и лечения.
38. Аномалии развития век. Птоз. Классификация. Тактика ведения, принципы хирургического лечения.
39. Дакриоцистит, особенности у грудных детей. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.
40. Дакриоаденит, особенности детей и взрослых. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.

41. Флегмона орбиты. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.
42. Синдром сухого глаза. Этиология. Диагностика. Клиника. Особенности клиники и течения синдрома Сьегрена. Современные методы лечения и профилактики синдрома сухого глаза.
43. Воспалительные заболевания глазницы - остеоперистит, тенонит. Этиология. Клиника. Дифференциальный диагноз. Современные методы диагностики и лечения. Осложнения.
44. Увеиты передние. Классификация. Причины возникновения. Особенности клинического течения различных форм увеитов (ревматоидный, туберкулезный, вирусный). Возрастные особенности. Современные методы диагностики и лечения. Прогноз. Осложнения.
45. Увеиты задние. Классификация. Причины возникновения. Особенности клинического течения различных форм увеитов (ревматоидный, токсоплазмозный, туберкулезный, вирусный). Возрастные особенности. Современные методы диагностики и лечения. Прогноз. Осложнения.
46. Симптомокомплекс конъюнктивитов. Классификация. План общего обследования больного с конъюнктивитом. Исследование с целью определения этиологии (возбудителя). Осложнения, профилактика и лечение.
47. Симптомокомплекс бактериальных конъюнктивитов. Классификация. План общего обследования больного с конъюнктивитом. Исследование с целью определения этиологии (возбудителя). Осложнения, профилактика и лечение.
48. Симптомокомплекс аллергических конъюнктивитов. Классификация. План общего обследования больного с конъюнктивитом. Осложнения, профилактика и лечение.
49. Трахома. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клинические симптомы. Дифференциальный диагноз. Современная терапия.
50. Аденовирусный конъюнктивит. Эпидемиология, контагиозность. Основные штаммы возбудителей. Формы аденовирусного конъюнктивита. Дифференциальный диагноз с трахомой и микробными конъюнктивитами. Методы диагностики, профилактики и лечения.
51. Катаракты возрастные. Классификация. Показания к оперативному лечению в зависи - мости от величины катаракты, ее локализации, остроты зрения. Принципы операций. Артифакия. Афакия. Коррекция афакии.
52. Катаракты врожденные. Классификация. Показания к оперативному лечению в зависимости от величины катаракты, ее локализации, остроты зрения, от возраста ребенка. Принципы операций. Артифакия. Афакия. Коррекция афакии. Особенности коррекции у детей. Особенности функциональной реабилитации у детей.
53. Первичная открытоугольная глаукома. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные методы медикаментозного, лазерного, хирургического лечения. Наследственность. Прогноз.
54. Первичная глаукома закрытоугольная. Этиология. Патогенез. Острый приступ глаукомы. Клиника. Современные методы медикаментозного, лазерного, хирургического лечения. Наследственность. Прогноз.
55. Врожденная глаукома. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные методы хирургического лечения. Прогноз.
56. Периферическое зрение. Возрастная динамика, нормальные границы поля зрения на белый и хроматические цвета, физиологические скотомы. Методы периметрии. Роль определения периферического зрения в диагностике патологических процессов в глазу и ЦНС.
57. Особенности течения глаукомы при миопии и артериальной гипотонии. Офтальмотонус: условия его формирования, понятие истинного и тонометрического ВГД, их уровни и колебания.
58. Вторичные и осложненные катаракты. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
59. Виды рефракционных операций. Показания, противопоказания. Возможные осложнения, профилактика осложнений.
60. Способы коррекции аметропии. Очковая коррекция (преимущества и недостатки). Контактная коррекция зрения (преимущества и недостатки, показания, противопоказания).
61. Патология стекловидного тела врожденная и приобретенная. Диагностика. Лечение.
62. Нарушения цветового зрения врожденные и приобретенные. Классификация. Диагностика. Тактика ведения.
63. Пигментный ретинит. Клиника. Диагностика. Атипичные формы. Лечение.
64. Болезнь Беста. Клиника. Диагностика. Лечение.
65. Болезнь Штаргардта. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
66. Ретинит Коатса. Клиника, диагностика. Лечение. Значение флюоресцентно- ангиографических проявлений для определения объема лазеркоагуляции при данной патологии. Прогноз.

67. Факоматозы. Цереброретинальный ангиоматоз (болезнь Гиппеля-Линдау). Клиника, диагностика. Лечение. Значение флюоресцентно-ангиографических проявлений для определения объема лазеркоагуляции при данной патологии. Прогноз.
68. Центральная хориоретинальная дистрофия. Классификация. Этиология. Патогенез. Диагностика. Флюоресцентно-ангиографические проявления разных форм. Клиника, динамика зрительных функций. Лечение. Прогноз.
69. Периферические витреохориоретинальные дистрофии. Классификация. Этиология. Патогенез. Диагностика. Клиника. Показания к лазеркоагуляции сетчатки. Прогноз.
70. Отслойка сетчатки. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
71. Острая непроходимость центральной вены сетчатки. Симптомокомплекс. Диагностика. Лечение. Прогноз.
72. Острая непроходимость центральной артерии сетчатки. Симптомокомплекс. Диагностика. Лечение. Прогноз.
73. Изменения глазного дна при гипертонической болезни. Диагностика. Клиническое значение. Тактика ведения.
74. Патология органа зрения при сахарном диабете. Флюоресцентно-ангиографические симптомы при диабетической ангиоретинопатии. Клиническое значение. Показания к лазеркоагуляции сетчатки.
75. Воспаления зрительного нерва. Клиника папиллита, ретробульбарного неврита. Этиология. Особенности течения при демиелинизирующих заболеваниях нервной системы. Современные методы диагностики и лечения.
76. Патология глаза при неврологических заболеваниях с локализацией в области зрительного перекреста. Этиология. Особенности клиники. Современные методы диагностики и лечения. Прогноз.
77. Токсические невриты. Этиология. Особенности клиники. Современные методы диагностики и лечения. Прогноз.
78. Атрофии зрительного нерва. Классификация. Этиология. Особенности клиники. Современные методы диагностики и лечения. Прогноз.
79. Застойный диск зрительного нерва. Этиология. Особенности клиники по стадиям. Современные методы диагностики и лечения. Прогноз.
80. Современные электрофизиологические методы исследования зрительного анализатора. Особенности формирования электроретинографии и зрительных вызванных потенциалов у пациентов различного возраста.
81. Оптическая когерентная томография. Диагностические возможности при патологии сетчатки и зрительного нерва
82. Тупая травма глаза. Особенности клиники по степени тяжести. Современные методы диагностики и лечения. Прогноз.
83. Ожоги глаз. Классификация. Особенности клиники. Современные методы лечения. Прогноз.
84. Поражение глаз ультрафиолетом. Классификация. Особенности клиники. Профилактика, лечение. Прогноз.
85. Ранения глаза. Классификация. Клиническая картина проникающего роговичного и склерального ранения. Первая врачебная помощь. Осложнения. Принципы лечения. Исходы.
86. Симпатическая офтальмия. Частота и сроки возникновения. Этиология, профилактика, лечение. Показания к энуклеации раненого глаза.
87. Сидероз. Этиология. Особенности клиники. Диагностика. Лечение. Прогноз.
88. Халькоз. Этиология. Особенности клиники. Диагностика. Лечение. Прогноз.
89. Перелом стенок орбиты. Особенности клиники. Диагностика. Лечение. Прогноз.
90. Современные способы диагностики внутриглазных инородных тел. Хирургическое лечение. Прогноз.
91. Ретинобластома. Наследственность. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
92. Меланома. Наследственность. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
93. Гемангиома век. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
94. Дермоид век. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
95. Ретинопатия недоношенных. Частота патологии, ранняя диагностика. Классификация. Этиология, патогенез, клиника разных стадий ретинопатии недоношенных. Профилактика развития и прогрессирования. Методы лечения. Прогноз заболевания.

96. Ретинопатия недоношенных. Классификация. Клиника разных стадий ретинопатии недоношенных. Показания к витриальной хирургии. Прогноз.
97. Альбинизм. Патогенез. Клинические формы. Зрительные функции. Тактика ведения больных. Прогноз.
98. Аномалии развития зрительного нерва. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
99. Изменения глаз при заболеваниях щитовидной железы. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
100. Топография верхней глазничной щели. Синдром верхней глазничной щели. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Процедура оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю) осуществляется в соответствии с Порядком организации и проведения текущего контроля успеваемости и Порядком проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю)

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю) осуществляется в ходе контактной работы с преподавателем в рамках аудиторных занятий.

Текущий контроль успеваемости в виде устного или письменного опроса

Устный и письменный опрос - наиболее распространенный метод контроля знаний обучающихся.

Устный опрос может проводиться в начале учебного занятия, в таком случае он служит не только целям контроля, но и готовит обучающихся к усвоению нового материала, позволяет увязать изученный материал с тем, с которым они будут знакомиться на этом же или последующих учебных занятиях.

Опрос может быть фронтальный, индивидуальный и комбинированный. Фронтальный опрос проводится в форме беседы преподавателя с группой, с целью вовлечения в активную умственную работу всех обучающихся группы.

Вопросы должны иметь преимущественно поисковый характер, чтобы побуждать обучающихся к самостоятельной мыслительной деятельности.

Индивидуальный опрос предполагает обстоятельные, связные ответы обучающихся на вопрос, относящийся к изучаемому учебному материалу и служит важным учебным средством развития речи, памяти, критического и системного мышления обучающихся.

Заключительная часть устного опроса - подробный анализ ответов обучающихся.

Устный опрос как метод контроля знаний, умений и навыков требует больших затрат времени, кроме того, по одному и тому же вопросу нельзя проверить всех обучающихся. Поэтому в целях рационального использования учебного времени может быть проведен комбинированный, уплотненный опрос, сочетая устный опрос с письменным.

Письменный опрос проводится по тематике прошедших занятий. В ходе выполнения заданий обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, владений, сформированности компетенции дать развернутые ответы на поставленные в задании открытые вопросы и (или) ответить на вопросы закрытого типа в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала.

Вопросы для устного и письменного опроса сопровождаются тщательным всесторонним продумыванием содержания вопросов, задач и примеров, которые будут предложены, поиском путей активизации деятельности всех обучающихся группы в процессе проверки, создания на занятии деловой и доброжелательной обстановки.

Результаты работы обучающихся фиксируются в ходе проведения учебных занятий (активность, полнота ответов, способность поддерживать дискуссию, профессиональный язык и др.).

Текущий контроль успеваемости в виде тестовых заданий

Оценка теоретических и практических знаний может быть осуществлена с помощью тестовых заданий. Тестовые задания могут быть представлены в виде:

Тестов закрытого типа - задания с выбором правильного ответа.

Задания закрытого типа могут быть представлены в двух вариантах:

- задания, которые имеют один правильный и остальные неправильные ответы (задания с выбором одного правильного ответа);
- задания с выбором нескольких правильных ответов.

Тестов открытого типа - задания без готового ответа.

Задания открытого типа могут быть представлены в трех вариантах:

- задания в открытой форме, когда испытуемому во время тестирования ответ необходимо вписать самому, в отведенном для этого месте;
- задания, где элементам одного множества требуется поставить в соответствие элементы другого множества (задания на установление соответствия);
- задания на установление правильной последовательности вычислений, действий, операций, терминов в определениях понятий (задания на установление правильной последовательности).

Текущий контроль успеваемости в виде ситуационных задач

Анализ конкретных ситуаций - один из наиболее эффективных и распространенных методов организации активной познавательной деятельности обучающихся. Метод анализа конкретных ситуаций развивает способность к анализу реальных ситуаций, требующих не всегда стандартных решений. Сталкиваясь с конкретной ситуацией, обучающиеся должны определить: есть ли в ней проблема, в чем она состоит, определить свое отношение к ситуации.

На учебных занятиях, как правило, применяются следующие виды ситуаций:

- Ситуация-проблема - представляет определенное сочетание факторов из реальной профессиональной сферы деятельности. Обучающиеся пытаются найти решение или прийти к выводу о его невозможности.
- Ситуация-оценка - описывает положение, вывод из которого в определенном смысле уже найден. Обучающиеся проводят критический анализ ранее принятых решений, дают мотивированное заключение.
- Ситуация-иллюстрация - поясняет какую-либо сложную процедуру или ситуацию. Ситуация-иллюстрация в меньшей степени стимулирует самостоятельность в рассуждениях, так как это примеры, поясняющие излагаемую суть представленной ситуации. Хотя и по поводу их может быть сформулирован вопрос или согласие, но тогда ситуация-иллюстрация уже переходит в ситуацию-оценку.
- Ситуация-упражнение - предусматривает применение уже принятых ранее положений и предполагает очевидные и бесспорные решения поставленных проблем. Такие ситуации способствуют развитию навыков в обработке или обнаружении данных, относящихся к исследуемой проблеме. Они носят в основном тренировочный характер, в процессе их решения обучающиеся приобретают опыт.

Контроль знаний через анализ конкретных ситуационных задач в сфере профессионально деятельности выстраивается в двух направлениях:

1. Ролевое разыгрывание конкретной ситуации. В таком случае учебное занятие по ее анализу переходит в ролевую игру, так как обучающиеся заранее изучили ситуацию.

2. Коллективное обсуждение вариантов решения одной и той же ситуации, что существенно углубляет опыт обучающихся, каждый из них имеет возможность ознакомиться с вариантами решения, послушать и взвесить множество их оценок, дополнений, изменений и прийти к собственному решению ситуации.

Метод анализа конкретных ситуаций стимулирует обучающихся к поиску информации в различных источниках, активизирует познавательный интерес, усиливает стремление к приобретению теоретических знаний для получения ответов на поставленные вопросы.

Принципы разработки ситуационных задач

- ситуационная задача носит ярко выраженный практико-ориентированный характер;
- для ситуационной задачи берутся темы, которые привлекают внимание обучающихся;
- ситуационная задача отражает специфику профессиональной сферы деятельности, который вызовет профессиональный интерес;
- ситуационная задача актуальна и представлена в виде реальной ситуации;
- проблема, которая лежит в основе ситуационной задачи понятна обучающему;
- решение ситуационных задач направлено на выявление уровня знания материала и возможности оптимально применить их в процессе решения задачи.

Решение ситуационных задач может быть представлено в следующих вариантах

- решение задач может быть принято устно или письменно, способы задания и решения ситуационных задач могут быть различными;
- предлагается конкретная ситуация, дается несколько вариантов ответов, обучающийся должен выбрать только один - правильный;
- предлагается конкретная ситуация, дается список различных действий, и обучающийся должен выбрать правильные и неправильные ответы из этого списка;
- предлагаются 3-4 варианта правильных действий в конкретной ситуации, обучающийся должен выстроить эти действия по порядку очередности и важности;
- предлагается условие задачи без примеров ответов правильных действий, обучающийся сам ищет выход из сложившейся ситуации.

Применение на учебных занятиях ситуационных задач способствует развитию у обучающихся аналитических способностей, умения находить и эффективно использовать необходимую информацию, вырабатывать самостоятельность и инициативность в решениях. Что в свою очередь, обогащает субъектный опыт обучающихся в сфере профессиональной деятельности, способствует формированию компетенций, способности к творческой самостоятельности, повышению познавательной и учебной мотивации.

Оценки текущего контроля успеваемости фиксируются в ведомости текущего контроля успеваемости.

ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Промежуточная аттестация в форме зачета осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в рамках аудиторных занятий, как правило, на последнем практическом (семинарском) занятии.

Промежуточная аттестация в форме экзамена или зачета с оценкой осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в период экзаменационной (зачетно-экзаменационной) сессии, установленной календарным учебным графиком.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПО ПРАКТИКЕ

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Специальность

31.08.59 Офтальмология

Направленность (профиль) программы

Офтальмология

**Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации**

1. Типовые контрольные задания

Таблица 2

Примерные варианты оценочных заданий для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации

| Раздел | Наименование раздела | Оценочное задание | Код индикатор |
|----------|-------------------------|----------------------|------------------|
| Раздел 1 | | Контрольное задание: | ПК-1.2 |

| | | | |
|----------|-----------|---|--|
| | | <p>1. Перечислите алгоритм действий при:</p> <ul style="list-style-type: none"> - остром приступе глаукомы - проникающем ранении глазного яблока - инородном теле роговицы, конъюнктивы - при закрытой травме глаза (контузии) - при перфорации язвы роговицы - при ожогах глаза и его придаточного аппарата различной этиологии - при остром нарушении кровообращения в сосудах сетчатки, диска зрительного нерва - при эндофтальмите, панофтальмите <p>при абсцессе, флегмоне век и слезного мешка, теноните, флегмоне орбиты</p> | ПК-1.6 |
| | | <p>2. Перечислите алгоритм осмотра ABCDE у пациента в критическом состоянии.</p> <p>3. Продемонстрируйте алгоритм проведения базовой СЛР.</p> <p>4. Продемонстрируйте наложение узловых швов</p> | |
| Раздел 2 | Стационар | <p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите нормативные правовые акты, регулирующие деятельность организации - места прохождения практики. 2. Охарактеризуйте особенности организации - места прохождения практики. 3. Перечислите локальные нормативные акты, изданные в организации по месту прохождения практики, какова цель их издания. 4. Какие электронные документы Вы заполняли/составляли при прохождении практики? Каковы требования к их содержанию? 5. Какие методы диагностики пациентов вы проводите всем пациентам, поступающим на стационарное лечение? 6. Какие данные о пациенте вы учитываете и на какие официальные источники вы ссылаетесь при назначении лечения? 7. С какими неотложными состояниями, вызванными заболеваниями и/или состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты вы встречались в практической деятельности? 8. Какие методы санитарно-просветительской работы по вопросам профилактики заболеваний и (или) состояний органа зрения проводятся в стационаре по месту прохождения практики? 9. Пациентам с какими заболеваниями и (или) состояниями органа зрения проводилась экспертиза временной нетрудоспособности? 10. Какова роль лечащего врача в проведении экспертизы временной нетрудоспособности? Каким документам регламентированы сроки временной нетрудоспособности? 11. В каких консилиумах по разбору сложных пациентов вы принимали участие во время прохождения практики? 12. Как проходило дежурство в стационаре? Пациенты с какими заболеваниями поступали для оказания неотложной помощи? | <p>УК-1.1</p> <p>УК-1.2</p> <p>УК-3.1</p> <p>УК-3.2</p> <p>УК-3.3</p> <p>УК-4.1</p> <p>УК-4.2</p> <p>УК-4.3</p> <p>ОПК-4.1</p> <p>ОПК-4.2</p> <p>ОПК-5.1</p> <p>ОПК-5.2</p> <p>ОПК-8.1</p> <p>ОПК-8.2</p> <p>ОПК-9.2</p> <p>ПК-1.1</p> <p>ПК-1.2</p> <p>ПК-1.5</p> <p>ПК-2.2</p> <p>ПК-2.3</p> |

| | | | |
|----------|-------------|--|--|
| Раздел 3 | Поликлиника | <p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> Какие электронные документы Вы заполняли/составляли при прохождении практики? Каковы требования к их содержанию? Как проводится маршрутизация пациентов при оказании неотложной помощи? С какими неотложными состояниями, вызванными заболеваниями и/или состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты вы сталкивались в практической деятельности? Какова специфика этической основы видов деятельности в организации - месте прохождения практики? | <p>УК-1.1 УК-1.2 УК-4.1 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ОПК-9.2</p> |
| | | <ol style="list-style-type: none"> Как проводилась проверка зрения пациентам при первичном и повторном обращении? Какие санитарно-просветительские мероприятия осуществлялись в поликлинике по месту прохождения практики? Какие исследования органа зрения вы проводили при медицинском осмотре пациентов в рамках диспансеризации? Пациентов с какими заболеваниями вы ставили на диспансерное наблюдение? Как вы проводили удаление инородного тела роговицы? Что рекомендовали пациентам после выполнения манипуляции? | <p>ПК-2.2 ПК-2.3</p> |
| | | Полугодие 3 | |
| Раздел 1 | Стационар | <p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> Охарактеризуйте внутреннюю структуру организации - места прохождения практики, принципы взаимодействия с медицинским персоналом. Перечислите и охарактеризуйте основные направления деятельности медицинского персонала в организации по месту прохождения практики. Как проводится доклад пациента на врачебных конференциях? В какие сроки и в каком объеме проводится оказание помощи при тромбозе центральной вены сетчатки? Как оценивается эффективность лечения? С какими неотложными состояниями, вызванными заболеваниями и/или состояниями глаза, его придаточного аппарата и орбиты вы сталкивались в практической деятельности? Как и кем происходит выдача листа нетрудоспособности? Когда требуется проведение врачебной комиссии? | <p>УК-1.1 УК-1.2 УК-3.1 УК-3.2 УК-3.3 УК-4.1 УК-4.2 УК-4.3 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-6.1</p> |
| Раздел 2 | Поликлиника | <p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> Охарактеризуйте принципы направления пациентов на плановую госпитализацию. Какой объем профилактических мероприятий рекомендуется пациентам с отягощенным семейным анамнезом по глаукоме? Какие рекомендации и на какой срок необходимо соблюдать пациентам после оперативного лечения проникающих ранений глаз? Когда им необходимо приходить на плановый осмотр? Что необходимо оценивать при проведении осмотра? Какое офтальмологическое обследование рекомендуется проходить всем пациентам старше 40 лет? Каким образом и кому проводится освидетельствование пациентов для последующего направления на медико-социальную экспертизу? На основании каких данных вы определяли показания к лазерной коагуляции сетчатки у пациентов с миопией? Как вы проводили контроль внутриглазного давления пациентам с глаукомой? | <p>УК-1.1 УК-1.2 УК-3.2 УК-4.1 УК-4.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-6.1 ОПК-6.2 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ОПК-9.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3</p> |
| | | Какие мероприятия по реабилитации вы проводили пациентам с заболеваниями | |
| | | Полугодие 4 | |

| | | | |
|----------|-------------|--|---|
| Раздел 1 | Стационар | <p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Как проводится медицинский консилиум в медицинской организации? 2. Как происходит выполнение и контроль за выполнением лечебных и диагностических врачебных назначений медицинским персоналом в отделении? Правила оформления листа назначений и записи пациентов на исследования. 3. Как после энуклеации проводится направление пациентов на протезирование? 4. Показания для проведения антиглаукомной операции. Как проводится подготовка к ней и оценка эффективности? 5. Методы и показания удаление птеригиума. Причины рецидивов. 6. Как проводится обоснование назначенной терапии и методов обследования? 7. Какие профилактические мероприятия проводятся пациентам после экстракции катаракты? На что они направлены? | <p>УК-1.1 УК-1.2 УК-3.1 УК-3.2 УК-3.3 УК-4.1 УК-4.2 УК-4.3 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-6.1</p> |
| Раздел 2 | Поликлиника | <p>Контрольное задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В какие сроки проводится экстракция катаракты парного глаза согласно клиническим рекомендациям? 2. Как проводится удаление инородного тела роговицы? 3. Как пациенты направляются на консультацию к смежным специалистам? 4. Какой объем обследования необходимо проводить пациентам с сахарным диабетом? Что необходимо рекомендовать пациентам с отягощенным анамнезом по сахарному диабету? 5. Как вы определяли сроки диспансерного наблюдения пациентов с диабетической ретинопатией? 6. Как вы определяли сроки диспансерного наблюдения пациентов с возрастной макулярной дегенерацией? 7. Какие рекомендации по изменению образа жизни вы давали пациентам с возрастной макулярной дегенерацией? 8. Какие рекомендации и на какой срок необходимо соблюдать пациентам после оперативного лечения проникающих ранений глаз? Когда им необходимо приходить на плановый осмотр? Что необходимо оценивать при проведении осмотра? 9. Каким образом и кому проводится освидетельствование пациентов для последующего направления на медико-социальную экспертизу? 10. Как вы проводили контроль внутриглазного давления пациентам с глаукомой? 11. Какие мероприятия по реабилитации вы проводили заболеваниями органа зрения? | <p>УК-1.1 УК-1.2 УК-3.2 УК-4.1 УК-4.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-6.1 ОПК-6.2 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ОПК-9.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК-1.5 ПК-2.2</p> |

2. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов прохождения практики

По результатам прохождения практики обучающийся обязан подготовить отчет о прохождении практики, свидетельствующий о закреплении знаний, умений, приобретении практических навыков и опыта, сформированности компетенций и защитить его.

Если обучающийся без уважительной причины своевременно не сдал отчет по итогам прохождения практики, то у него возникает академическая задолженность. Обучающиеся, имеющие академическую задолженность по практике, вправе предоставить отчет о прохождении практики и защитить его в течение одного месяца с момента образования

академической задолженности.

Обучающиеся, не ликвидировавшие в установленные сроки академической задолженности, отчисляются из Университета как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы.

Примерная структура отчета о прохождении практики:

1. Введение;
2. 2-3 раздела;
3. Заключение;
4. Список использованных источников;
5. Приложения (при необходимости).

Основными требованиями, предъявляемыми к содержанию отчета о прохождении практики, являются следующие:

- во введении указываются: цель, место, дата начала и продолжительность практики, краткий перечень основных работ и заданий, выполненных в процессе практики;

- в основной части отчета дается описание основных достигнутых результатов в период прохождения практики в соответствии с программой практики. В случае невыполнения (неполного выполнения) программы практики в отчете отразить причины невыполнения.

- в заключении описываются навыки и умения, приобретенные за время практики; делаются индивидуальные выводы о практической значимости для себя пройденной практики.

Основными требованиями, предъявляемыми к оформлению отчета о прохождении практики, являются следующие:

- отчет должен быть отпечатан на компьютере через 1,5 интервала, номер шрифта - 14 Times New Roman, объемом 15-30 страниц машинописного текста;

- в отчет могут входить приложения (таблицы, графики, заполненные бланки и т.п.) объемом не более 20 страниц (приложения (иллюстрационный материал) в общее количество страниц отчета не входят);

- качество напечатанного текста и оформление иллюстраций, таблиц должно удовлетворять требованию их четкого воспроизведения;

- фамилии, названия учреждений, организаций, фирм и другие имена собственные приводят на языке оригинала;

- страницы отчета нумеруют;

- схемы, рисунки, таблицы и другой иллюстративный материал, расположенный на отдельных листах, включаются в общую нумерацию страниц, но не засчитываются в объем

работы;

- титульный лист включается в общую нумерацию страниц, однако номер страницы на титульном листе не проставляется;

- расчетный материал должен оформляться в виде таблиц, таблицу следует располагать в отчете непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или на следующей странице, на все приводимые таблицы должны быть ссылки в тексте отчета. Рисунки (графики, схемы, диаграммы и т.п.) следует располагать в работе непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или на следующей странице, иллюстрации могут быть в компьютерном исполнении, в том числе и цветные, на все рисунки должны быть даны ссылки в работе.

Наиболее общими недостатками при составлении отчета о прохождении практики являются:

- нарушение правил оформления отчета о прохождении практики;
- отсутствие вспомогательных документальных материалов, подтверждающих проведение (выполнение) в ходе практики различных задач;
- невыполнение программы практики;
- расплывчатость заключений обучающегося в отчете о прохождении практики;
- отсутствие списка использованных источников.