

ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине «ОФТАЛЬМОЛОГИЯ»

Уровень высшего образования
СПЕЦИАЛИТЕТ

Направление подготовки
31.05.03. – РФ, 560003 – КР Стоматология
(код и наименование направления подготовки)

Квалификация
Врач-стоматолог

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ОПК-5: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	<u>Знать:</u> - Морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека	Блок А, Д – задания репродуктивного уровня - тест; - контрольные вопросы исходного уровня
	<u>Уметь:</u> - Применять методы диагностики, в том числе с применением инструментальных медицинских изделий при диагностических исследованиях, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	Блок В, Д – задания реконструктивного уровня - решение ситуационных задач; - контрольные вопросы рубежного уровня.
	<u>Владеть:</u> - способностью верификации диагноза с использованием лабораторных, инструментальных, специализированных методов обследования и консультативных заключений профильных врачей-специалистов	Блок С, Д – задания практико-ориентированного и/или исследовательского уровня - микроскопическая – макроскопическая диагностика патологических процессов.

2. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ДИСЦИПЛИНЫ «ОФТАЛЬМОЛОГИЯ»

Курс 4, семестр 7, ЗЕ – 2, Ответность – зачет

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля
Модуль 1					3 неделя
Анатомия органа зрения, физиология, рефракция и методы исследования органа зрения. Патология переднего отрезка глаза	Текущий	Фронтальный опрос; Курация больного (анализ результатов дополнительных исследований). Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл</i>	15	25	
	Рубежный	Тест; Защита	5	10	

		презентации; Ситуационная задача			
7дунль 2					
Глаукома. Патология заднего отрезка глаза	Текущий	Фронтальный опрос; Курация больного (анализ результатов дополнительных исследований, участие в перевязочных процедурах). Посещаемость: <i>за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 1 балл</i>	15	25	14 неделя
	Рубежный	Тест; Защита презентации; Ситуационная задача	5	10	
ВСЕГО за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (зачет с оценкой)	Теоретическое задание; Ситуационная задача; Подведение итогов по истории болезни		20	30	16 неделя
	Семестровый рейтинг по дисциплине		60	100	

3. ТИПОВЫЕ КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ/ПРАКТИКЕ (ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА)

Блок А

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1 РАЗДЕЛ: Перечень типовых заданий для проверки уровня обученности ЗНАТЬ:

Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ:

1. Строение и функции век.
2. Слезопроизводящие и слезоотводящие органы.
3. Строение, питание роговой оболочки.
4. Строение сосудистой оболочки.
5. Строение и функции радужной оболочки.
6. Строение и функции цилиарного тела.
7. Анатомическое и гистологическое строение хориоидеи.
8. Анатомическое и гистологическое строение сетчатки.
9. Три нейрона сетчатки.
10. Строение и функции хрусталика.
11. Глазодвигательные мышцы, строение, кровоснабжение.
12. Кровоснабжение глазного яблока.
13. Циркуляция внутриглазной жидкости.
14. Строение зрительного нерва.
15. Строение орбиты.
16. Отверстия орбиты и их содержимое.
17. Кровоснабжение сосудистого тракта глаза.
18. Соседство глазницы с придаточными пазухами носа и их значение в возникновении заболеваний орбиты.
19. Синдром верхней глазничной щели.
20. Синдром нижней глазничной щели.
21. Строение зрительного тракта.
22. Центральное зрение. Что такое острота зрения и угол зрения. Формула Снеллена.
23. Принцип построения таблиц для определения остроты зрения.
24. Определение остроты зрения ниже 0,1. Минимальная острота зрения.
25. Поле зрения и методы его определения.
26. Скотомы, виды, методы определения.
27. Гемианопсия, виды, топическая диагностика.
28. Цветовосприятие. Трехкомпонентная теория Ломоносова-Юнга-Гельмгольца.
29. Свойства цвета. Механизм цветовосприятия.
30. Классификация нарушений цветового зрения.
31. Принцип построения таблицы Рабкина для исследования цветовосприятия.
32. Функциональная и органическая гемералопия.
33. Адаптация, механизм темновой адаптации.
34. Световосприятие, механизм световосприятия.
35. Физическая рефракция. Клинические виды рефракции.
36. Виды клинической рефракции и методы их определения.
37. Миопия, виды, клиника, лечение. Современные методы коррекции.
38. Миопия высокой степени, клиника, лечение. Хирургические методы лечения миопии.
39. Гиперметропия, ее виды, принципы коррекции.
40. Осложнения гиперметропии, лечение.
41. Хирургические методы лечения гиперметропии.
42. Выписать очки гиперметропу в 3,0 Д в возрасте 40 лет.
43. Выписать очки для работы эметропу в 55 лет.
44. Выписать очки миопу в 6,0 Д в 45 лет.
45. Какие очки нужны больному с миопией 2,0 Д в 50 лет.
46. Виды оптических стекол.
47. Выписать очки для работы миопу в 1,0 Д в возрасте 50 лет.
48. Пресбиопия и ее коррекция.
49. Астигматизм, виды, типы.
50. Коррекция простого миопического астигматизма.
51. Коррекция простого гиперметропического астигматизма.
52. Коррекция сложного миопического астигматизма.
53. Коррекция сложного гиперметропического астигматизма.
54. Коррекция смешанного астигматизма.
55. Паралитическое косоглазие, признаки, клиника, лечение.
56. Выписать больному очки после экстракции катаракты для дали и для близи.
57. Аккомодация, механизм аккомодации, значение.
58. Объем и длина аккомодации. Формула Дондερса.
59. Ближайшая точка ясного зрения и ее определение. Дальнейшая точка ясного зрения и ее положение при разных видах рефракции.
60. Астенопия, виды, лечение.
61. Сдружественное косоглазие, его происхождение, виды, лечение.
62. Методы лечения амблиопии.
63. Паралитическое косоглазие.
64. Бинокулярное зрение и методы его определения.

65. Аккомодационное косоглазие, признаки, лечение.
66. Врожденная патология век.
67. Птоз, лагофthalm, их лечение.
68. Дакриоаденит, клиника, лечение.
69. Врожденный дакриоцистит. Причина, клиника, лечение.
70. Дакриоцистит, формы, клиника, лечение.
71. Аденовирусный конъюнктивит, его течение и лечение.
72. Аденофарингоконъюнктивальная лихорадка, клиника, лечение.
73. Весенний катар. Этиология, клиника, течение и лечение.
74. Птеригиум, клиника, лечение.
75. Гонобленорея, клиника, лечение.
76. Причины, клиника, лечение паренхиматозного кератита.
77. Клиника, течение и лечение герпетического кератита.
78. Симптоматика острого иридоциклита, причины возникновения, лечение.
79. Флектенулезные заболевания глаз.
80. Ползучая язва роговицы, клиника, лечение.
81. Острый эпидемический конъюнктивит, клиника, лечение, профилактика.
82. Синдром Стилла, этиопатогенез, клиника, лечение.
83. Синдром Бехтерева, этиопатогенез, клиника, лечение.
84. Синдром Бехчета, этиопатогенез, клиника, лечение.
85. Синдром Рейтера, этиопатогенез, клиника, лечение.
86. Врожденная катаракта, ее виды, клиника, лечение.
87. Старческая катаракта, стадии, лечение.
88. Открытоугольная глаукома, клиника, лечение.
89. Закрытоугольная глаукома, клиника, лечение.
90. Клиника и лечение острого приступа глаукомы.
91. Симптоматика проникающих ранений роговицы и склеры, оказание экстренной помощи.
92. Контузии глазного яблока.
93. Ожоги кислотами, классификация, клиника, оказание экстренной помощи.
94. Причины, клиника и лечение панофтальмита.
95. Симпатическое воспаление, этиопатогенез, клиника, лечение и профилактика.
96. Электроофтальмия, причины, клиника, лечение.
97. Металлоз глаза, клиника, лечение.
98. Травматический эндофтальмит, его лечение и профилактика.
99. Панофтальмит, клиника, лечение.
100. Флегмона орбиты, этиопатогенез, клиника, лечение.
101. Дифференциальная диагностика острого приступа глаукомы и острого иридоциклита.
102. Ретробульбарный неврит, диагностика, лечение.
103. Изменения глазного дна при гипертонической болезни.
104. Острые нарушения кровообращения в сосудах сетчатки.
105. Изменения глаз при сахарном диабете.
106. Изменения глаз при заболеваниях крови.
107. Пигментная дегенерация сетчатки.
108. Атрофии зрительного нерва.

2 РАЗДЕЛ: Перечень типовых заданий для проверки уровня обученности УМЕТЬ И ВЛАДЕТЬ:

Ситуационная задача №1

К офтальмологу обратился подросток 16 лет с жалобами на низкое зрение левого глаза. Со слов пациента, зрение левого глаза снижено с детства, до этого к врачу не обращался, очками не пользовался.

При осмотре: Visus OD = 1,0 б/к.

Visus OS = 0,03 с корр. convex sph + 6,5 Д = 0,09.

ОУ - глаза спокойные, движения глаз в полном объеме, безболезненные, веки не изменены, правильный рост ресниц.

Конъюнктам бледно-розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, OD=OS, фотореакция сохранена. Оптические среды прозрачные. Глазное дно в пределах возрастной нормы.

УЗИ глаз: ПЗО OD=21,9 мм; ПЗО OS= 23,8.

1. Поставьте диагноз
2. Ваши рекомендации по лечению данного пациента.

Ситуационная задача №2

К врачу обратился пациент 15 лет с жалобами на низкое зрение правого глаза. Со слов мамы, впервые заметили снижение зрения правого глаза около 4 лет назад, но к врачу не обращались, не лечились, очками никогда не пользовался.

При осмотре: Visus OD = 0,2 с корр. concav sph - 4,75 Д = 1,0.

Visus OS = 1,0 б/к.

OU - глаза спокойные, движения глаз в полном объеме, безболезненные, веки не изменены, правильный рост ресниц.

Конъюнктивы бледно-розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, OD= OS, фотореакция сохранена. Оптические среды прозрачные. Глазное дно OD: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, с височной стороны диска миопический конус в 1/5 PD, сосуды не изменены, очаговой патологии не выявлено.

Глазное дно OS: в пределах возрастной нормы.

1. Поставьте диагноз.
2. Ваши рекомендации по коррекции и лечению данного пациента.

Ситуационная задача №3

К офтальмологу обратился подросток 13 лет с жалобами на низкое зрение обоих глаз. Со слов мамы, впервые выявили снижение зрения обоих глаз год назад при прохождении профилактического осмотра в школе, был направлен в поликлинику по месту жительства, но по семейным обстоятельствам на прием не попали.

При осмотре: Visus OD = 0,2 с корр. concav sph - 2,0 Д = concav cyl - 4,0 Д ax 90° = 1,0.

Visus OS = 0,3 с корр. concav sph - 1,0 Д = concav cyl - 5,5 Д ax 90° = 1,0.

OU - глаза спокойные, движения глаз в полном объеме, безболезненные, веки не изменены, правильный рост ресниц.

Конъюнктивы бледно-розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, OD = OS, фотореакция сохранена. Оптические среды прозрачные. Глазное дно: ДЗН бледно-розовые, границы четкие, с височной стороны дисков миопический конус в 1/5 PD, калибр и ход сосудов не изменены, очаговой патологии сетчатки не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Ваши рекомендации по коррекции и лечению данного пациента.

Ситуационная задача №4

К офтальмологу обратился студент горного института 19 лет. Из анамнеза следовало, что год назад ему была выполнена лазерная коррекция близорукости, до операции носил контактные линзы -6,75Д на оба глаза, но коррекция была неполная. После операции в коррекции не нуждается.

При осмотре: Visus OD = 0,8 не корр.

Visus OS = 0,8 не корр.

OU - глаза спокойные, движения глаз и полном объеме, безболезненные, веки не изменены, правильный рост ресниц.

Конъюнктивы бледно-розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, OD = OS, фотореакция сохранена. Оптические среды прозрачные. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, с височной стороны дисков миопический конус в 1/3 PD, сетчатка умеренно растянута, макулярный рефлекс отсутствует, артерии сужены, вены не изменены.

УЗИ глаз: ПЗО OD = 24,5 мм; ПЗО OS = 24,5 мм.

1. Поставьте диагноз.

2. Ваши рекомендации по коррекции и лечению данного пациента.

Ситуационная задача №5

К врачу обратился подросток 16 лет с жалобами на низкое зрение на обоих глазах. Из анамнеза: зрение обоих глаз снижено с 8 лет, в течение последних 5 лет постоянно носит очки. Около 4 лет назад была выполнена склеропластика на обоих глазах.

При осмотре: Visus OD = 0,04 с корр. concav sph - 8,5 Д=1,0.

Visus OS = 0,03 с корр. concav sph - 8,0 Д=1,0.

OU - глаза спокойные, движения глаз в полном объеме, безболезненные, веки не изменены, правильный рост ресниц.

Конъюнктивы бледно-розовая, гладкая, в 4-х квадрантах на конъюнктиве на расстоянии 10-12 мм от лимба видны нежные линейные рубцы, дистальнее которых просматриваются трансплантаты гомосклеры.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, OD = OS, фотореакция сохранена. Хрусталики прозрачные, в стекловидном теле определяются плавающие помутнения. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, с височной стороны дисков миопическая стафилома, в макулярной зоне рефлекс отсутствует, отмечается перераспределение пигмента, сосуды сетчатки сужены, сетчатка растянута.

УЗИ глаз: ПЗО OD = 27,9 мм; ПЗО OS = 27,9 мм.

1. Поставьте диагноз.

2. Выпишите рецепт на очки.

3. Можно ли в данном случае применить современные методы коррекции аметропии.

Ситуационная задача №6

К офтальмологу обратился подросток 15 лет с жалобами на плохое зрение на обоих глазах вдаль. Из анамнеза: зрение обоих глаз снижено с 10 лет, в течение последних 5 лет постоянно носит очки, которые недавно сломал.

При осмотре: Visus OD = 0,1 с корр. concav sph - 4,0 Д=1,0.

Visus OS = 0,6 с корр. concav sph - 1,0 Д=1,0.

OU - глаза спокойные, движения глаз в полном объеме, безболезненные, веки не изменены, правильный рост ресниц.

Конъюнктивы бледно-розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, OD = OS, фотореакция сохранена. Оптические среды прозрачные. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, с височной стороны дисков узкий миопический конус (OD>OS), очаговой патологии не выявлено, сосуды умеренно сужены.

УЗИ глаз: ПЗО OD = 24,9 мм; ПЗО OS = 24,1 мм.

1. Поставьте диагноз.

2. Выпишите пациенту очки для дали.

3. Объясните, в чем заключаются недостатки очковой коррекции аметропии для данного пациента.

4. Назовите возможные современные способы коррекции аметропии.

Ситуационная задача №7

К врачу обратился пациент 17 лет с жалобами на снижение зрения обоих глаз вблизи, головную боль, двоение в глазах, бессонницу, общую слабость, сухость во

рту. Вышеуказанные жалобы появились накануне. В анамнезе — в течение последнего месяца были интенсивные зрительные нагрузки (сдавал экзамены), два дня назад участвовал в выпускном вечере в школе, на котором пил какие-то напитки. При осмотре: Visus OD = 1,0 с диафрагмой.

Visus OS = 1,0 с диафрагмой.

ОУ - глаза спокойные, движения глаз и полном объеме, безболезненные, веки не изменены, правильный рост ресниц. Конвергенция глаз отсутствует.

Конъюнктив бледно-розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, OD = OS=8 мм, прямая и содружественная реакция на свет отсутствуют. Оптические среды глаз прозрачные. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, сосуды сетчатки из центра, не изменены, очаговой патологии не выявлено.

Температура тела 37,8°C. АД= 120/80, пульс 78 уд/мин, ритмичный.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите возможные причины развития патологии.
3. Ваша тактика ведения пациента.

Ситуационная задача №8

К врачу обратилась мама с дочкой 10 лет, которая жалуется на снижение зрения обоих глаз вдаль, головную боль. Со слов мамы, девочка впервые стала предъявлять вышеуказанные жалобы около 3-4 недель назад, до этого зрение обоих глаз было хорошим, что подтверждается записью в амбулаторной карте, сделанной год назад во время профилактического осмотра.

При осмотре: Visus OD = 0,1 с корр. concav sph - 2,0 Д=1,0.

Visus OS = 0,1 с корр. concav sph - 2,0 Д=1,0.

ОУ - глаза спокойные, движения глаз в полном объеме, безболезненные, веки не изменены, правильный рост ресниц.

Конъюнктив бледно-розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, OD = OS, фотореакция сохранена. Оптические среды глаз прозрачные. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, сосуды сетчатки не изменены, очаговой патологии не выявлено.

глаз прозрачные. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, сосуды сетчатки не изменены, очаговой патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите причину развития патологии.
3. Ваша тактика ведения пациентки.

Ситуационная задача №9

К офтальмологу обратился пациент 70 лет с жалобами на плохое зрение обоих глаз вблизи. Со слов пациента, зрение вблизи стало ухудшаться около 20 лет назад, пользовался очками для близи, но месяц назад потерял их.

При осмотре: Visus OD = 1,0 без корр.

Visus OS = 1,0 без корр.

ОУ - глаза спокойные, движения глаз в полном объеме, безболезненные, веки не изменены, правильный рост ресниц.

Конъюнктив бледно-розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, OD = OS, фотореакция сохранена. Оптические среды глаз прозрачные. Глазное дно: ДЗН

бледно-розовый, границы четкие, сосуды сетчатки сужены, очаговой патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Выпишите рецепт на очки для работы на близком расстоянии. '

Ситуационная задача №10

К врачу обратился пациент 40 лет с жалобами на ухудшение зрения обоих глаз вблизи. Со слов пациента, в течение многих лет постоянно носит очки, но в последние 6 месяцев стал в них плохо видеть вблизи.

При осмотре:

Visus OD = 0,4 с корр. convex sph+ 2,5 Д=1,0.

Visus OS = 0,4 с корр. convex sph+ 2,5 Д=1,0.

ОУ - глаза спокойные, движения глаз в полном объеме, безболезненные, веки не изменены, правильный рост ресниц.

Конъюнктива бледно-розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, OD = OS, фотореакция сохранена. Оптические среды глаз прозрачные. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, сосуды сетчатки не изменены, очаговой патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Выпишите очки для дали и для близи.

Ситуационная задача №11

К врачу обратился пациент 60 лет с жалобами на низкое зрение обоих глаз вдаль и вблизи. Из анамнеза: зрение обоих глаз снижено приблизительно с 20 лет, постоянно носит очки. Три дня назад случайно сломал очки.

При осмотре:

Visus OD = 0, 1 с корр. concav sph-5,0 Д=1,0

Visus OS = 0, 1 с корр. concav sph-5,0 Д-1,0.

ОУ – глаза спокойные, движения глаз и полном объеме, безболезненные, веки не изменены, правильный рост ресниц.

Конъюнктива бледно- розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, OD = OS, фотореакция сохранена. Оптические среды глаз прозрачные. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, с височной стороны узкий миопический конус, сосуды сетчатки сужены, очаговой патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Выпишите очки для дали и для близи.

Ситуационная задача №12

К офтальмологу обратилась мама с сыном 15 лет с жалобой на низкое зрение правого глаза. Со слов мамы, зрение правого глаза снижено с 7 лет, постоянно носит очки. Год назад был удален левый глаз после травмы, полученной разбитым стеклом очков во время драки.

При осмотре: Visus OD = 0,4 с корр. concav sph - 3,5 Д=1,0.

Visus OS = 0 (анофтальм).

OD - глаз спокойный, движения в полном объеме, безболезненные, веки не изменены, рост ресниц правильный.

Конъюнктива бледно-розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачок в центре, округлый, фотореакция сохранена. Оптические среды глаза прозрачные. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый,

границы четкие, с височной стороны миопический конус в $\frac{1}{4}$ PD, артерии немного сужены, вены не изменены, очаговой патологии не выявлено.

OS - конъюнктивальная полость чистая, отделяемого нет, культи подвижная, положение протеза правильное, по центру.

1. Поставьте диагноз.
2. Выпишите пациенту очки.

Ситуационная задача №13

В глазной травмпункт обратился пациент, 19 лет с жалобами на боль, слезотечение, светобоязнь, покраснение, чувство инородного тела в правом глазу. Со слов пациента, около 2-х часов назад на стройке при работе со шлифовальным кругом в правый глаз что-то попало. Самостоятельно промыл глаз проточной водой, но без видимого эффекта. До травмы жалоб со стороны органа зрения не было.

При осмотре: Visus OD = 0,5 не корр.

Visus OS = 1,0.

OD - глазная щель сужена, веки отечные, гиперемированы, обильное слезотечение. Выраженная конъюнктивальная инъекция. На роговице на 10 и 5 часах в парацентральной зоне в поверхностных слоях роговицы определяются 2 инородных тела округлой формы, светло-серого цвета, диаметром 1-1,5 мм. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Зрачок в центре, округлый, реакция на свет сохранена, OD = OS. Глублежащие среды глаза прозрачные. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, сосуды не изменены, очаговой патологии не выявлено.

OS - глаз спокойный, движения в полном объеме, безболезненные, веки не изменены, рост ресниц правильный.

Конъюнктива бледно-розовая, гладкая.

Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачок в центре, округлый, фотореакция сохранена. Оптические среды глаза прозрачные. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, сосуды не изменены, очаговой патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Ваша тактика.
3. Какие необходимо провести дополнительные методы исследования.

Ситуационная задача №14

В глазной травмпункт скорой помощью доставлена пациентка с жалобами на снижение зрения, резкую боль, выраженную светобоязнь, обильное слезотечение и покраснение обоих глаз. Со слов больной, около 30 минут назад дома при консервировании пыталась открыть бутылку с уксусной кислотой и разбрызгала раствор на кожу лица и оба глаза. Дома промыла лицо и глаза проточной водой и вызвала скорую помощь. До травмы жалоб со стороны органа зрения не было.

При осмотре:

OU - выраженный блефароспазм, резкий отек и гиперемия век, светобоязнь, слезотечение.

OD - конъюнктива тусклая, серого оттенка, роговица диффузно мутная («матовое» стекло).

OS - выраженная гиперемия конъюнктивы, легкий отек эпителия роговицы.

1. Поставьте диагноз.
2. Какую необходимо оказать неотложную помощь.
3. Тактика врача после оказания неотложной помощи.

Ситуационная задача №15

Ночью в глазной травмпункт обратился пациент 20 лет с жалобами на резкие боли в обоих глазах, выраженную светобоязнь, невозможность открыть глаза, обильное слезотечение и покраснение обоих глаз. Вышеперечисленные жалобы появились вечером без видимых причин. Пациент работает на стройке, где весь день проводились электросварочные работы.

При осмотре:

Visus OU = 1,0.

OU - выраженный блефароспазм и гиперемия конъюнктивы, на роговице отмечаются отдельные участки спущенного эпителия. Глублежащие отделы глаз без изменений.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №16

В глазной травмпункт обратился пациент 45 лет с жалобами на снижение зрения на левом глазу. Со слов больного, накануне вечером по дороге с работы домой поскользнулся, упал и ударился левой половиной головы о бордюр. Зрение левого глаза снизилось сразу после падения. До травмы зрение обоих глаз было хорошим.

При осмотре:

Visus OD = 1,0 без корр.

Visus OS = 0,2 не корр.

OD - глаз спокойный, патологии не выявлено.

OS лег кий отек и гиперемия век, в наружной половине глаза массивное субконъюнктивальное кровоизлияние. Роговица прозрачная, ПК средней глубины, в нижних отделах ПК отмечается гифема 2 мм. Зрачок деформирован, овальной формы, фотореакция ослаблена, на радужке с 12 до 3 часов участок иридодиализа. Рефлекс с глазного дна розовый.

1. Поставьте диагноз.
2. План обследования пациента.
3. Тактика ведения данного больного.

Ситуационная задача №17

К врачу обратился пациент 27 лет с жалобами на выраженное покраснение, невозможность открыть, выпячивание левого глаза. Со слов больного, накануне участвовал в соревнованиях по восточным единоборствам и получил травму головы, после чего появились вышеперечисленные жалобы. При осмотре:

Visus OD = 1,0 без корр.

Visus OS = 0,9 не корр.

OD - глаз спокойный, патологии не выявлено.

OS - подкожное кровоизлияние обоих век, глазная щель закрыта, самостоятельно открыть глаз пациент не может, выраженные экзофтальм. Движения г лазного яблока полностью отсутствуют, в нижней половине массивное субконъюнктивальное кровоизлияние. Роговица прозрачная, ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Радужка не изменена, зрачок в центре, округлый, расширен (диаметр 8 мм), реакция на свет отсутствует. Рефлекс с глазного дна розовый.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить.
3. Тактика ведения данного больного.

Ситуационная задача №18

К врачу обратился пациент 47 лет с жалобами на снижение зрения на правом глазу. Со слов больного, около 3 часов назад занимался дома мелким ремонтом автомобиля, во время которого что-то попало в правый глаз и пациент почувствовал резкий укол в этом глазу. Боль в данное время не беспокоит, но зрение правого глаза снизилось.

При осмотре:

Visus OD = 0,4 не корр.

Visus OS = 1,0 без корр.

OD - легкая смешанная инъекция глаза, глазная щель несколько сужена. Роговица прозрачная, гладкая, на 2 часах пара- центрально точечное помутнение диаметром 1 мм. ПК средней глубины, влага; ПК прозрачная. Радужка не изменена, на 2 часах на радужке темное отверстие, сквозь которое просвечивает розовый рефлекс с глазного дна. Зрачок в центре, округлый, фотореакция сохранена. Глазное дно не изменено.

OS - глаз спокойный, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить.
3. Тактика ведения данного больного.

Ситуационная задача №19

К врачу обратился пациент 18 лет с жалобами на снижение зрения и покраснение правого глаза. Со слов больного, вышеуказанные жалобы появились около 2 часов назад, когда на работе при разгрузке из кузова машины рулонов проволоочной сетки травмировал правый глаз о проволоку. До травмы зрение обоих глаз было сниженным с 15 лет, периодически пользовался очками для дали.

При осмотре:

Visus OD = 0,09 не корр.

Visus OS = 0,6 concav sph -2,0 Д = 1,0.

OD - глазная щель сужена, смешанная инъекция глазного яблока. На 9 часах в 4 мм от лимба дефект конъюнктивы размером 3х5 мм, края раны конъюнктивы имбибированы кровью. В центре конъюнктивального дефекта на склере проминирующее темное образование 2,5 х 3 мм. Роговица прозрачная, гладкая. ПК глубже средней, влага ПК прозрачная. Зрачок овальной формы, подтянут к 9 часам. При исследовании в проходящем свете рефлекс с глазного дна тусклый, определяются массивные плавающие помутнения. Глазное дно не детализируется.

OS - глаз спокойный, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить.
3. Тактика ведения данного больного.

Ситуационная задача №20

К офтальмологу обратился пациент 48 лет с жалобами на сильную боль, снижение зрения и покраснение правого глаза. Из анамнеза: 2 дня назад при выполнении строительных работ на даче (покрывал крышу металлочерепицей) что-то попало в правый глаз. Пациент самостоятельно промыл глаз проточной водой, закапал раствор сульфацила-натрия 30% из автомобильной аптечки. До травмы зрение обоих глаз было хорошим, с 40 лет пользовался очками для дали и для близи.

При осмотре:

Visus OD = 0,05 не корр.

Visus OS = 0,6 convex sph + 1,0 Д = 1,0.

OD - глазная щель сужена, выраженная смешанная инъекция глазного яблока, определяется выраженная циклитическая болезненность. На роговице в оптической зоне линейный дефект длиной 2 мм, на эндотелии роговицы снизу преципитаты. ПК мелкая, снизу в ПК гипопион высотой 1,5 мм. Радужка зеленоватого цвета (слева радужка серого цвета). На 3 часах в зрачковой зоне радужки дефект. Зрачок узкий, неправильной формы, подтянут к 3 часам. И просвете зрачка определяется серовато-желтая пленка экссудата. Рефлекс с глазного дна тусклый, глазное дно не детализируется.

OS - глаз спокойный, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить.
3. Тактика ведения данного больного.

Ситуационная задача №21

К офтальмологу обратился пациент 72 лет с жалобами на отсутствие предметного зрения, сильную боль и покраснение правого глаза. Со слов больного, несколько дней назад выполнял дома ремонтные работы, и при работе бензопилой что-то попало в правый глаз. К врачу обратился впервые. До травмы зрение обоих глаз было хорошим, пользовался очками для близости.

При осмотре:

Visus OD = 1/∞ pr. 1. incertae.

Visus OS = 1,0.

OD - глазная щель резко сужена, отек обоих век, движения глаза в полном объеме. Выраженная смешанная инъекция глазного яблока, хемоз конъюнктивы. На 6 часах у лимба проникающая рана роговицы длиной 2 мм, в просвете которой видна радужка. ПК отсутствует, рисунок радужки ступенчат. Зрачок неправильной формы, подтянут к 6 часам, реакция на свет отсутствует. Рефлекс с глазного дна желтый.

OS - глаз спокойный, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить.
3. План лечения данного больного.

Ситуационная задача №22

В глазной травмпункт доставлен скорой помощью пациент 53 лет с жалобами на плохое общее состояние, слабость, выраженную головную боль, отсутствие зрения, сильную боль и покраснение левого глаза. Из анамнеза: несколько дней назад получил травму левого глаза во время полевых работ. В районной больнице были произведены первичная хирургическая обработка раны. Однако пациент на следующий день самовольно покинул отделение и прекратил лечение. До травмы с 15 лет зрение обоих глаз было снижено, пользовался очками для дали.

При осмотре:

Visus OD = 0,5 concav sph -2,0 Д = 1,0.

Visus OS = 0 (ноль).

OD - глаз спокойный, патологии не выявлено.

OS - выраженный отек и гиперемия век, подкожное кровоизлияние верхнего века. Глазная щель смыкается не полностью, между краями век выступает конъюнктива. Выраженный экзофтальм, при раскрытии глазной щели векоподъемниками боль в глазу резко усиливается. Движения глазного яблока полностью отсутствуют,

выраженная инъекция глаза. Роговица мутная, в оптической зоне роговицы видны 2 узловых шва, ГОС полностью заполнена гноем. Глублежащие отделы глаза не детализируются.

1. Поставьте диагноз.
2. План лечения данного больного.

Ситуационная задача №23

К врачу обратилась пациентка 20 лет с жалобами на покраснение, снижение зрения и боль в правом глазу. Со слов больной, вышеперечисленные жалобы беспокоят около 7 дней. Также беспокоит покраснение левого глаза. Из анамнеза: в возрасте 8 лет пациентка получила травму левого глаза осколком оконного стекла, в офтальмологическом отделении была произведена первичная хирургическая обработка раны левого глаза. Зрение левого глаза после травмы очень низкое, периодически отмечалось покраснение этого глаза. Правый глаз никогда не болел, зрение было хорошее, но в течение последних 1,5 лет пациентка стала замечать светобоязнь на правом глазу. К врачу не обращалась в течение многих лет.

При осмотре:

Visus OD = 0,1 не корр.

Visus OS = счет пальцев на расстоянии 40 см от лица.

OD - смешанная инъекция глазного яблока, на эндотелии роговицы множественные преципитаты, ПК средней глубины. Рисунок радужки стушеван, зрачок в центре, неправильной формы, на свет не реагирует, множественные задние синехии. В просвете зрачка пленка экссудата. Рефлекс с глазного дна тусклый, глазное дно не просматривается.

OS - глаз несколько уменьшен в размерах, перикорнеальная инъекция глазного яблока. На роговице с 10 до 4 часов плотный линейный рубец серого цвета с прорастанием сосудов. На эндотелии роговицы мелкие преципитаты. ПК средней глубины, неравномерная, влага ПК прозрачная. Тотальная колобома радужки с 10 до 2 часов, выраженный рубец радужки. В стекловидном теле множественные плавающие помутнения, из-за чего невозможно рассмотреть детали глазного дна.

1. Поставьте диагноз.
2. План лечения данного больного.

Ситуационная задача №24

К дежурному врачу глазного травмпункта обратился пациент 48 лет с жалобами на резкое снижение зрения, покраснение левого глаза. Со слов больного, 2 часа назад открывал бутылку шампанского, и вылетевшая из бутылки пробка ударила по левому глазу. До травмы зрение обоих глаз было одинаково хорошим.

При осмотре:

Visus OD = 1,0 без корр.

Visus OS = 0,04 не корр.

ВГД OU пальпаторно в норме.

OD - глаз спокоен, патологии не выявлено.

OS — подкожное кровоизлияние обоих век, смешанная инъекция глаза. Роговица отечная, ПК немного глубже средней, снизу в ПК определяется гифема высотой 2 мм. Зрачок в центре, слегка неправильной формы, на свет реагирует вяло, при движении глазом отмечается иридолиз. Рефлекс с глазного дна отсутствует, детали глазного дна не просматриваются.

1. Поставьте диагноз.
2. План лечения данного больного.

Ситуационная задача №25

К врачу обратилась пациентка 21 года с жалобами на покраснение правого глаза, невозможность открыть глаз, боль в области верхнего века справа. Повышение общей температуры, слабость, недомогание. Вышеуказанные жалобы беспокоят 2 дня, после проведения в салоне красоты коррективки формы бровей.

При осмотре:

Общее состояние больной средней тяжести, температура тела 37,8 °С. Региональные лимфатические узлы справа увеличены в размерах, умеренная болезненность при их пальпации.

Visus OU = 1,0 без корр.

OD - верхнее веко гиперемировано, отечно, при пальпации болезненно, плотной консистенции. Выраженная конъюнктивальная инъекция. Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачок в центре, округлый, фотореакция сохранена. Рефлекс с глазного дна розовый, глазное дно без патологии.

OS - глаз спокоен, патологии не выявлено.

3. Поставьте диагноз.

4. План лечения данного больного.

Ситуационная задача №26

К врачу обратился пациент 29 лет с жалобами на покраснение век обоих глаз, чувство тяжести в глазах, жжение, зуд краев век, быструю утомляемость глаз, головную боль. Данные жалобы беспокоят около 1 месяца, к врачу не обращался. Из анамнеза: зрение обоих глаз снижено с 8-9 лет, постоянно носил очки, но 1,5 месяца назад случайно сломал очки и в данное время ими не пользуется.

При осмотре:

Visus OU = 0,4 convex sph + 4,0 Д = 1,0.

OU - края век гиперемированы и утолщены, определяются телеангиоэктазии, на коже век и на ресницах большое количество

мелких сероватых чешуек. Конъюнктива рыхлая, умеренно гиперемирована. Роговица прозрачная, ПК средней глубины, зрачки в центре, округлые, фотореакция сохранена. Рефлекс с глазного дна розовый, глазное дно без патологии.

1. Поставьте диагноз.

2. Определите план обследования и лечения данного пациента.

Ситуационная задача №27

К врачу обратился пациент 18 лет с жалобами на покраснение век обоих глаз, выпадение ресниц, сильный зуд краев век. Вышеуказанные явления беспокоят около 2 месяцев.

При осмотре:

Visus OU = 1,0 без корр.

OU - края век гиперемированы, утолщены, телеангиоэктазии по интрамаргинальному краю. На краях век множественные крупные отрубевидные серые чешуйки, у основания ресниц корочки, белые муфты, многие ресницы обломаны, истончены.

1. Поставьте диагноз.

2. Определите план обследования и лечения данного пациента.

Ситуационная задача №28

К врачу обратился пациент 20 лет с жалобами на покраснение, отек и боль нижнего века левого глаза. Данные жалобы появились накануне вечером после переохлаждения.

При осмотре:

Visus OU = 1,0 без корр.

OD - глаз спокоен, патологии не выявлено.

OS - в наружной трети нижнего века определяется ограниченный, гиперемированный, отечный участок, при пальпации резко выраженная болезненность. Движения глаза безболезненные, в полном объеме, патологии со стороны глазного яблока не выявлено.

1. Поставьте диагноз.

2. Определите план обследования и лечения данного пациента.

Ситуационная задача №29

К врачу обратилась пациентка 34 лет с жалобами на покраснение обоих глаз, обильное гнойное отделяемое из глаз, склеивание ресниц, невозможность открыть глаза по утрам.

При осмотре:

Visus OU = 1,0 без корр.

OU - веки умеренно гиперемированы, обильное гнойное отделяемое из обоих глаз, ресницы склеены между собой, на них видно засохшее отделяемое. Выраженная гиперемия и отечность конъюнктивы век и глазного яблока. Движения глаз безболезненные, в полном объеме, патологии со стороны глазных яблок не выявлено.

1. Поставьте диагноз.

2. Определите план лечения данного пациента.

Ситуационная задача №30

К врачу обратилась пациентка 18 лет с жалобами на покраснение обоих глаз, отделяемое из обоих глаз. Из анамнеза: 3 дня назад без видимых причин появилось покраснение правого глаза, закапывала сульфацил натрия 3-4 раза в день, но без видимого эффекта. Сегодня утром покраснел и левый глаз и появился шум, снижение слуха, боль в правом ухе.

При осмотре:

Visus OU = 1,0 без корр.

OU - выраженный отек век, сужение глазной щели обоих глаз. Выраженная гиперемия, отек и инфильтрация конъюнктивы век и переходных складок, умеренное слизисто-гнойное отделяемое, больше справа. В нижнем конъюнктивальном своде определяются крупные рыхлые фолликулы. Патологии со стороны глазных яблок не выявлено.

Пальпаторно справа определяется периаурикулярная аденопатия.

1. Поставьте диагноз.

2. Определите план обследования и лечения данного пациента.

Ситуационная задача №31

К врачу обратилась мама с ребенком в возрасте 6 дней. У ребенка накануне появились отек и покраснение век обоих глаз, обильное отделяемое из глаз. Беременность и роды протекали без патологии.

При осмотре:

OU - веки отечные, плотные, синюшно-багровые, открыть веки для осмотра практически невозможно, из глазной щели выделяется кровянисто-гнойное отделяемое. Конъюнктива резко гиперемирована, разрыхлена, легко кровоточит. Патологии со стороны глазных яблок не выявлено.

1. Поставьте диагноз.

2. Определите предположительный путь заражения ребенка.

3. Составьте план обследования и лечения данного пациента.

Ситуационная задача №32

В начале июня к врачу обратился пациент 18 лет с жалобами на выраженный зуд, жжение глаз и век, покраснение обоих глаз, умеренную светобоязнь, слезотечение, обильное водянистое отделяемое из носа, периодические приступы чихания, резкое затруднение носового дыхания, чувство першения в горле. Вышеуказанные жалобы появились накануне после полевых работ.

При осмотре:

Visus OU = 1,0 без корр.

OU - глазная щель сужена, обильное слезотечение, светобоязнь. Конъюнктивит век и глазного яблока резко гиперемизирован и отечный. Отек выражен настолько резко, что роговица обоих глаз «утапает» в окружающей ее отечной конъюнктиве. Патологии со стороны глазных яблок не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план лечения данного пациента.

Ситуационная задача №33

К врачу обратился пациент 57 лет с жалобами на покраснение и болезненность верхнего века правого глаза, которые появились накануне. Со слов пациента, 3 года назад впервые заметил на верхнем веке правого глаза плотное образование эластичной консистенции, безболезненное, с четкими краями. Кожа над ним была подвижная. Образование постепенно увеличивалось и стало заметно окружающим. Пациент прогревал веко лампой с синим цветом, применял различные компрессы, после чего и появились покраснение и болезненность.

При осмотре:

Visus OU = 1,0 без корр.

OD - верхнее веко резко отечное, гиперемизировано, больше в наружной половине. В наружной трети века около ресничного края пальпируется болезненный инфильтрат размером 20 x 25 мм, в центре которого определяется флюктуация. Глаз спокоен, среды прозрачные, рефлекс с глазного дна розовый, глазное дно без патологии.

OS - глаз и структуры вокруг него не изменены, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план лечения данного пациента.

Ситуационная задача №34

К врачу обратилась пациентка 36 лет с жалобами на покраснение, боль и отечность в области внутреннего угла левого глаза снизу, слизисто-гнойное отделяемое, слезотечение из левого глаза, повышение общей температуры до 38 °С, слабость, недомогание. Данные жалобы появились 3-4 дня назад, интенсивность и выраженность их нарастала с каждым днем. Из анамнеза: в течение последних 4 лет отмечает постоянное слезотечение и слизисто-гнойное отделяемое из левого глаза. Периодически закапывала сульфацил-натрия 30 %, но с временным эффектом.

При осмотре:

Visus OU = 1,0 без корр.

OD - глаз спокоен, патологии не выявлено.

OS - веки отечные, глазная щель сужена, слизисто-гнойное отделяемое из глазной щели. У внутреннего угла глаза снизу отек и гиперемия кожных покровов, распространяющиеся на щеку и нос. Пальпация этой зоны резко болезненна, в центре определяется флюктуация.

1. Поставьте диагноз.

2. Определите тактику лечения и дальнейшего ведения пациента.

Ситуационная задача №35

К врачу обратился пациент 70 лет с жалобами на чувство инородного тела, песка, жжения, рези, сухости в обоих глазах, светобоязнь, плохую переносимость ветра, сигаретного дыма. Данные жалобы беспокоят в течение многих лет и более выражены к вечеру.

При осмотре:

Visus OU = 0,4 convex sph +3,0 Д=1,0.

OU — выраженная конъюнктивальная инъекция, складчатость конъюнктивы. В сводах конъюнктивы видны хлопьевидные включения. При окраске флюоресцеином в парацентральной зоне роговицы определяются единичные точечные дефекты эпителия. ПК средней глубины, зрачок в центре, округлый, фотореакция сохранена. Оптические среды глаз прозрачные, глазное дно в пределах возрастной нормы.

1. Поставьте диагноз.

2. Определите план лечения данного пациента.

Ситуационная задача №36

К врачу обратился пациент 72 лет с жалобами на покраснение нижнего века правого глаза. Со слов пациента, около 5 лет назад на коже нижнего века правого глаза появился плотный узелок небольших размеров, который постепенно увеличивался. Месяц назад поверхность узелка покраснела, и пациент случайно полотенцем травмировал его до крови. С тех пор повреждение кожи не заживает.

При осмотре:

Visus OU = 1,0 без корр.

OD - в средней трети нижнего века определяется язва диаметром 9 мм с приподнятыми в виде валика краями. При пальпации язва безболезненна, покрыта сухой корочкой. После снятия корочки поверхность язвы легко кровоточит, по краям язвы видны бугристые разрастания. Глазное яблоко без патологии.

OS - глаз спокоен, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.

2. Определите план лечения данного пациента.

Ситуационная задача №37

К врачу обратился пациент 17 лет с жалобами на покраснение, светобоязнь, слезотечение, чувство жжения в обоих глазах. Со слов пациента, зрение обоих глаз снижено в течение 10 лет, последние 2 года постоянно пользуется мягкими контактными линзами плановой замены. Линзы переносил хорошо, режим ношения и ухода за линзами соблюдал не всегда. В течение последних 3 недель отмечает умеренный дискомфорт при ношении контактных линз.

При осмотре:

Visus OU = 0,1 concav sph - 4,0 = 0,6.

OU- выраженная конъюнктивальная инъекция, на конъюнктиве верхних век определяются мелкие фолликулы и крупные сосочковые разрастания. Роговица слегка отечная, при окрашивании флюоресцеином выявляются множественные точечные эрозии. Глублежащие отделы глаза без патологии.

1. Поставьте диагноз.

2. Определите план лечения данного пациента.

Ситуационная задача №38

К врачу обратилась мама с сыном 15 лет с жалобами на покраснение правого глаза, невозможность открыть глаз, выраженную светобоязнь и слезотечение,

чувство инородного тела в глазу. Со слов подростка, вышеуказанные жалобы появились накануне вечером после того, как во время катания на роликах получил удар веткой дерева по лицу.

При осмотре:

Visus OD = 0,3 не корр.

Visus OS = 1,0 без корр.

OD - глазная щель сужена, умеренно выраженная инъекция конъюнктивы. Инородное тело при осмотре конъюнктивы век, роговицы не обнаружено. Роговица в оптической зоне несколько отечная, тусклая. Глублежащие отделы глазного яблока без патологии.

OS - глаз спокоен, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести.
3. Определите план лечения данного пациента.

Ситуационная задача №39

К врачу обратилась пациентка 21 года с жалобами на покраснение левого глаза, снижение зрения, светобоязнь, слезотечение, чувство инородного тела в левом глазу. Данные жалобы появились 2 дня назад, в течение последних 1,5 недель лечилась по поводу гриппа.

При осмотре:

Visus OD = 1,0 без корр.

Visus OS = 1,6 не корр.

OD - глаз спокоен, патологии не выявлено.

OS - перикорнеальная инъекция глазного яблока, на роговице в центре определяется инфильтрат в поверхностных слоях причудливой формы в виде веточки дерева. Глублежащие отделы глазного яблока без патологии.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
3. Определите план лечения данного пациента.

Ситуационная задача №40

К врачу обратился пациент 35 лет с жалобами на покраснение правого глаза, снижение зрения, светобоязнь, слезотечение, чувство инородного тела, невозможность открыть правый глаз. В анамнезе: 2 дня назад в правый глаз попало инородное тело, которое в тот же день было удалено офтальмологом в глазном травмпункте. Капли, которые были назначены врачом, пациент не капал, надеясь, что все пройдет без лечения.

При осмотре:

Visus OD = 0,1 не корр.

Visus OS = 1,0 без корр.

OD - глазная щель резко сужена, веки отечные, выраженная смешанная инъекция, на роговице в оптической зоне определяется помутнение желтоватого цвета, размером 3 x 2 мм с нечеткими границами, поверхность роговицы в этой зоне тусклая. Глублежащие отделы глаза без патологии.

OS - глаз спокоен, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план лечения данного пациента.

Ситуационная задача №41

К врачу обратился пациент 29 лет с жалобами на снижение зрения, покраснение левого глаза. Со слов пациента, 3 дня назад во время полевых работ в левый глаз попали кусочки сухой травы, которые пациент самостоятельно удалил, промыв глаз водой. Несмотря на это зрение левого глаза снизилось.

При осмотре:

Visus OD = 1,0 без корр.

Visus OS = 0,4 не корр.

OD - глаз спокоен, патологии не выявлено.

OS - легкая перикорнеальная инъекция глаза, на роговице парацентрально на 3 часах расположен очаг желтоватого цвета, с четкими границами, окруженный ограниченным валиком инфильтрации, размером 3х3 мм. Поверхность данного очага «сухая», как будто состоит из крупинок. Глублежащие отделы глаза не изменены.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план лечения данного пациента.

Ситуационная задача №42

К врачу обратился пациент 59 лет с жалобами на снижение зрения, покраснение, сильную боль в правом глазу, выраженную светобоязнь и слезотечение. Со слов пациента, глаз болит в течение 2 недель после того, как в глаз что-то попало. К врачу не обращался, не лечился. До этого зрение обоих глаз было одинаково хорошим.

При осмотре:

Visus OD = счет пальцев на расстоянии 20 см от лица.

Visus OS = 1,0 без корр.

OD - выраженная смешанная инъекция глаза, в оптической зоне роговицы очаг размером 6х6 мм, один край его инфильтрирован, подрыв в виде кармана, другой край относительно пологий. В центре очага участок прозрачной роговицы размером 1 х 1,5 мм, проминирующий в виде пузырька. В передней камере уровень гноя высотой 4 мм, радужка грязно-зеленого цвета (слева - серого цвета), зрачок узкий.

OS - глаз спокоен, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план лечения данного пациента.

Ситуационная задача №43

К врачу обратился пациент 32 лет с жалобами на сильную боль, снижение зрения, покраснение правого глаза. Со слов пациента, вышеуказанные жалобы беспокоят около 2 дней после переохлаждения.

При осмотре:

Visus OD = 0,6 не корр.

Visus OS = 1,0 без корр.

OD - глазная щель несколько сужена, выраженная смешанная инъекция глаза. Роговица прозрачная, на эндотелии роговицы снизу множественные крупные преципитаты. ПК средней глубины, влага ПК опалесцирует. Рисунок радужки ступенчатый, цвет грязно-зеленый (слева радужка серого цвета). Зрачок в центре, узкий, реакция на свет отсутствует.

OS - глаз спокоен, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
3. Определите план лечения данного пациента.

Ситуационная задача №44

К врачу обратился пациент 54 лет с жалобами на сильную боль, снижение зрения, покраснение левого глаза; головную боль, особенно в левой половине головы, боли в левой руке. Вышеперечисленные жалобы появились после длительной физической работы на даче.

При осмотре:

Visus OD = 1,0 без корр.

Visus OS = 0,06 не корр.

OD — глаз спокоен, патологии не выявлено.

OS - веки отечные, глазная щель сужена, выраженная застойная инъекция глазного яблока. Роговица отечная, ПК глубиной 2 мм, влага ПК прозрачная. Зрачок неправильной формы, диаметром около 6 мм, реакция на свет отсутствует. Из-за отека роговицы рефлекс с глазного дна тусклый, глазное дно не детализируется.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
3. Первая помощь пациенту с данной патологией.
4. Определите дальнейший план лечения данного пациента.

Ситуационная задача №45

К врачу обратился пациент 50 лет с жалобами на сильную боль, снижение зрения, покраснение правого глаза; общую слабость, тошноту, боли в области сердца и желудка. Вышеперечисленные жалобы появились после эмоционального стресса во время ночной смены.

При осмотре:

Visus OD = 0,1 не корр.

Visus OS = 1,0 без корр.

АД = 220/120 мм рт. ст.

1. Для каких офтальмологических заболеваний характерны такие симптомы. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза.

2. Дифференциальный диагноз.
3. Неотложная помощь и дальнейший план лечения.

Ситуационная задача №46

К врачу обратился пациент 62 лет с жалобами на низкое зрение правого глаза. Со слов пациента, 2 года назад зрение правого глаза резко снизилось, глаз покраснел и сильно болел, беспокоило слезотечение, выраженная светобоязнь, ощущение инородного тела в глазу. Лечился в глазном отделении по месту жительства, глаз успокоился, но зрение правого глаза не улучшилось.

При осмотре:

Visus OD = 0,02 не корр.

Visus OS = 1,0 без корр.

OD - веки не изменены, глазная щель обычных размеров, конъюнктивы бледно-розовая. В центре роговицы определяется помутнение белого цвета, распространяющееся на все слои, границы помутнения четкие. ПК средней глубины, рисунок радужки не изменен, зрачок в центре, округлый, фотореакция сохранена. Из-за помутнения роговицы глублежащие отделы глаза не детализируются.

OS - глаз спокоен, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план лечения данного пациента.

Ситуационная задача №47

К врачу обратился пациент 79 лет с жалобами на сильные боли, покраснение, резкое снижение зрения на правом глазу. Из анамнеза: вышеуказанные жалобы появились накануне без видимых причин. За 3 месяца до этого пациент был на приеме у офтальмолога, который выставил диагноз «Незрелая катаракта обоих глаз» и рекомендовал хирургическое лечение (экстракция катаракты). Пациент от операции отказался по семейным обстоятельствам.

При осмотре:

Visus OD = 1/∞ pr. 1. certae.

Visus OS = 0,08 не корр.

OD - глазная щель сужена, застойная инъекция глаза, роговица отечная. ПК практически отсутствует, влага ПК прозрачная. Зрачок диаметром 7 мм, на свет не реагирует. Хрусталик серого цвета с выраженным перламутровым оттенком, рефлекс с глазного дна отсутствует.

OS - глаз спокоен, роговица прозрачная, ПК средней глубины, влага прозрачная. Зрачок в центре, округлый, реакция на свет сохранена. В хрусталике помутнения в слоях, рефлекс с глазного дна тусклый. Глазное дно не детализируется.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
3. Неотложная помощь и дальнейший план лечения.

Ситуационная задача №48

К врачу обратилась пациентка 49 лет с жалобами на умеренные боли, покраснение и снижение зрения на левом глазу. Из анамнеза: вышеуказанные жалобы появились 2 дня назад без видимых причин. 3 года назад впервые появились боли в левом глазу, лечилась в стационаре в течение трех недель. При выписке зрение левого глаза восстановилось полностью.

При осмотре:

Visus OD = 1,0 без корр.

Visus OS = 0,4 не корр.

OD - глаз спокоен, патологии не выявлено.

OS - глазная щель умеренно сужена, слабовыраженная смешанная инъекция глазного яблока. При пальпации умеренная циклитическая болезненность. Роговица прозрачная, гладкая, на эндотелии роговицы видны мелкие преципитаты. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Зрачок в центре, неправильной формы. При инстилляции 0,5 % раствора мидриацила зрачок расширяется неравномерно, на 4 и 7 часах зрачковый край фиксирован к передней капсуле хрусталика. На передней капсуле хрусталика по окружности диаметром 3 мм определяются отложения пигмента. Рефлекс с глазного дна тусклый.

1. Поставьте диагноз.
2. Неотложная помощь.
3. Составьте план обследования и дальнейшего лечения данного пациента.

Ситуационная задача №49

К врачу обратился пациент 67 лет с жалобами на отсутствие предметного зрения на правом глазу, низкое зрение на левом глазу. Со слов больного, зрение обоих глаз снижалось постепенно, безболезненно, без видимых причин в течение многих лет. К врачу не обращался, не лечился. Около 2 месяцев заметил, что правый глаз не видит.

При осмотре:

Visus OD = 1/∞ pr. 1. certae.

Visus OS = 0,2 не корр.

OD — глаз спокоен, конъюнктив бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая, ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Зрачок в центре, округлый, фотореакция сохранена. Рефлекс с глазного дна отсутствует.

ВГД = 18 мм рт. ст.

OS - глаз спокоен, конъюнктив бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая, ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Зрачок в центре, округлый, фотореакция сохранена. При осмотре в проходящем свете на фоне ярко-красного рефлекса с глазного дна определяются помутнения в виде спиц, верхушки которых направлены к центру, а основание - к периферии. На глазном дне очаговой патологии не выявлено.

ВГД = 19 мм рт. ст.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите глазные капли, которые можно рекомендовать в данном случае.
3. Определите план дальнейшего лечения данного пациента.
4. Возможно ли возвращение зрения пациенту с таким диагнозом.

Ситуационная задача №50

К врачу обратилась пациентка 62 лет с жалобами на низкое зрение на правом глазу. Со слов больной, зрение правого глаза снижалось без видимых причин, постепенно, безболезненно в течение трех лет. По рекомендации офтальмолога закапывала в правый глаз витаминные капли, но зрение продолжало снижаться. Два года назад пациентке была удалена катаракта на левом глазу.

При осмотре:

Visus OD = 0,04 не корр. ВГД OD = 19 мм рт. ст.

Visus OS = 1,0 без корр. ВГД OS = 20 мм рт. ст.

OD - глаз спокоен, конъюнктив бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая, ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Зрачок в центре, округлый, фотореакция сохранена. При осмотре в проходящем свете рефлекс с глазного дна неравномерный, тусклый. Глазное дно не детализируется.

OS - глаз спокоен, конъюнктив бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. Вверху у лимба с 13 до 14 часов нежный рубец длиной 2 мм. ПК глубже средней, влага ПК прозрачная. Зрачок в центре, округлый, реакция на свет сохранена. В центре зрачка определяется ИОЛ, рефлекс с глазного дна розовый, глазное дно без патологии.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите глазные капли, которые были рекомендованы пациентке для закапывания в правый глаз.
3. Назовите способ экстракции катаракты, выполненный на левом глазу пациентки.
4. Определите план дальнейшего ведения данной пациентки.

Ситуационная задача №51

К врачу обратился пациент 80 лет с просьбой выписать очки для дали и для близи, т.к. свои очки потерял. В анамнезе: около 20 лет назад перенес на обоих глазах операции по поводу катаракты.

При осмотре:

Visus OU = 0,04 convex sph + 10,0 Д = 1,0.

ОУ - глаза спокойные, конъюнктив бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая, в лимбальной зоне с 10 до 14 часов линейный рубец. ПК глубиной 5 мм, влага ПК прозрачная. Радужка атрофична, рисунок не изменен, при движении глазом отмечается дрожание радужки. Зрачок в центре, округлый, реакция на свет живая. Рефлекс с глазного дна розовый, глазное дно в пределах возрастной нормы.

1. Поставьте диагноз.
2. Выпишите очки для дали и для близи.
3. Назовите способ экстракции катаракты, выполненный у данного пациента.

Ситуационная задача №52

К врачу обратился пациент 72 лет с жалобами на постепенное, безболезненное снижение зрения обоих глаз.

При осмотре:

Visus OD = 0,08 не корр.

Visus OS = 0,2 не корр.

ОУ- глаза спокойные, конъюнктив бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Рисунок радужки не изменен, зрачок в центре, округлый, реакция на свет живая.

1. Какие заболевания глаз с подобной симптоматикой, встречающиеся в пожилом возрасте, должен заподозрит!» врач.
2. Дифференциальная диагностика этих заболеваний.
3. Какие исследования необходимо провести для установления точного диагноза.
4. При каких заболеваниях снижение зрения обратимо, а при каких - необратимо.

Ситуационная задача №53

К врачу обратился пациент 68 лет с жалобами на постепенное, безболезненное снижение зрения обоих глаз вдаль. Со слов больного, впервые заметил снижение зрения около двух месяцев назад. До этого пользовался очками для чтения (+) 3,0Д, но в последнее время свободно читает газетный шрифт без очков.

При осмотре:

Visus OD = 0,3 concav sph - 3,0Д = 0,5.

Visus OS = 0,04 concav sph - 3,0Д = 0,08.

ОУ - глаза спокойные, конъюнктив бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Рисунок радужки не изменен, зрачок в центре, округлый, реакция на свет живая. Рефлекс с глазного дна ослаблен, при биомикроскопии определяется ядро хрусталика бурого цвета. На глазном дне справа очаговой патологии не выявлено. Слева глазное дно не детализируется. ВГД ОУ = 19 мм рт. ст.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Возможно ли улучшение зрения у данного пациента после лечения.

Ситуационная задача №54

К врачу обратился пациент 69 лет с жалобами на постепенное, безболезненное снижение зрения обоих глаз, больше справа. Со слов больного, зрение обоих глаз снижается постепенно, без видимых причин в течение последних 5 лет. Г од назад

офтальмологом было рекомендовано закапывать в глаза витаминные капли, но несмотря на регулярные инстилляций зрение обоих глаз продолжало снижаться.

При осмотре:

Visus OD = 0,02 не корр. ВГД OD = 35 мм рт. ст.

Visus OS = 0,4 не корр. ВГД OS = 29 мм рт. ст.

OU - глаза спокойные, конъюнктив бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Рисунок радужки не изменен, строма радужки атрофична. Зрачок в центре, округлый, реакция на свет сохранена, зрачковая кайма выщелочена. Рефлекс с глазного дна бледно-розовый. Глазное дно: ДЗН серые, границы четкие, краевая экскавация зрительного нерва.

При периметрии определяется сужение полей зрения справа на 50° с носовой стороны, слева на 20° с носовой стороны.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Возможно ли улучшение зрения у данного пациента после лечения.

Ситуационная задача №55

К врачу обратился подросток 15 лет с жалобами на ухудшение зрения, особенно в вечернее время. Со слов пациента, данные симптомы появились около года назад без видимых причин.

При осмотре:

Visus OU = 1,0 без корр.

OU - глаза спокойные, конъюнктив бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Рисунок радужки не изменен, зрачок в центре, округлый, реакция на свет сохранена, рефлекс с глазного дна розовый. Глазное дно: ДЗН бледный, границы четкие, на периферии сетчатки множественные пигментные отложения темно-коричневого цвета в виде «костных телец».

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
3. Назначьте лечение.
4. Можно ли ожидать улучшения состояния зрения у данного пациента после лечения.

Ситуационная задача №56

К врачу обратился пациент 76 лет с жалобами на постепенное безболезненное снижение зрения обоих глаз. Со слов пациента, зрение обоих глаз снижалось в течение 8 лет без видимых причин. К врачу не обращался, не лечился.

При осмотре:

Visus OD = 0,04 не корр. ВГД OD = 18 мм рт. ст.

Visus OS = 0,06 не корр. ВГД OS = 18 мм рт. ст.

OU — глаза спокойные, конъюнктив бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Рисунок радужки не изменен, строма радужки атрофична. Зрачок в центре, округлый, реакция на свет сохранена, рефлекс с глазного дна бледно-розовый. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, артерии узкие, склерозированы, вены расширены, полнокровны. В макулярной зоне обширные атрофические очаги с перераспределением пигмента.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

3. Можно ли ожидать улучшения состояния зрения у данного пациента после лечения.

Ситуационная задача №57

К врачу обратился пациент 36 лет с жалобами на низкое зрение на правом глазу. Со слов пациента, снижение зрения правого глаза обнаружил 2 недели назад случайно, закрыв левый глаз. Год назад проходил медосмотр, нарушений со стороны органа зрения выявлено не было.

При осмотре:

Visus OD = 0,2 не корр.

Visus OS = 1,0 без корр.

OD - глаз спокойный, конъюнктивы бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Рисунок радужки не изменен, зрачок в центре, округлый, реакция на свет сохранена, рефлекс с глазного дна бледно-розовый. Глазное дно: ДЗН бледный, монотонный, границы четкие, артерии узкие, вены не изменены. Очаговой патологии не выявлено.

OS - глаз спокоен, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите возможные причины развития патологии.
3. Определите план дальнейшего обследования и лечения данного пациента.

Ситуационная задача №58

К врачу на прием пришел пациент 56 лет с жалобами на низкое зрение обоих глаз. Со слов пациента, снижение зрения обоих глаз заметил около трех месяцев назад. К врачу не обращался, не лечился. В анамнезе: многократный прием внутрь в больших количествах непищевых спиртосодержащих жидкостей.

При осмотре:

Visus OU = 0,08 не корр.

OU — глаза: спокойные, передний отдел глаз без патологии. Рефлекс с глазного дна бледно-розовый. Глазное дно: ДЗН бледные, границы четкие, артерии резко сужены, вены умеренно сужены. Очаговой патологии не выявлено.

Поля зрения на белый, красный и зеленый цвета на периметре Гольдмана не удается проверить, т.к. пациент не понимает поставленной перед ним задачи.

Контрольно поля зрения обоих глаз концентрически сужены.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план лечения данного пациента.

Ситуационная задача №59

К врачу обратился пациент 19 лет с жалобами на двоение в глазах и отклонение правого глаза кнутри. Вышеперечисленные жалобы появились около 1 месяца назад после драки. К врачу не обращался, не лечился.

При осмотре:

Visus OD = 0,4 concav sph -2,5Д = 1,0.

Visus OS = 0,7 concav sph - 0,5Д = 1,0.

OD - глазное яблоко резко отклонено кнутри, значительное ограничение подвижности глаза, наружные движения глаза отсутствуют. Конъюнктивы бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Рисунок радужки не изменен, зрачок в центре, округлый, реакция на свет сохранена, рефлекс с глазного дна бледно-розовый. Глазное дно: ДЗН

бледно-розовый, границы четкие, артерии в калибре не изменены, вены расширены, полнокровны.

OS - глаз спокоен, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза.
3. Какие рекомендации вы дадите данному пациенту.

Ситуационная задача №60

К врачу обратилась мама с сыном 5 лет. Со слов мамы, недавно заметили, что ребенок плохо видит вдаль обоими глазами. В течение 1,5 лет оба глаза мальчика отклоняются попеременно кнаружи, к врачу не обращались, не лечились, очки не носит.

При осмотре:

Visus OD = 0,2 concav sph - 4,0Д = 1,0.

Visus OS = 0,3 concav sph - 3,5Д = 1,0.

OU- отмечается попеременная девиация глаз кнаружи на, движения глаз в полном объеме, безболезненные. В очках положение глаз правильное, по центру. Патологии переднего отрезка глаз не выявлено. Рефлекс с глазного дна бледно-розовый. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, с височной стороны диска миопический конус в $\frac{1}{4}$ PD, артерии несколько сужены, вены не изменены. Очаговой патологии на сетчатке не обнаружено.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план лечения данного пациента.

Ситуационная задача №61

К врачу обратилась пациентка 34 лет с жалобами на резкое снижение зрения на правом глазу, появление «пятна» перед правым глазом. Со слов пациентки, данные жалобы появились 2 дня назад без видимой причины.

При осмотре:

Visus OD = 0,1 не корр.

Visus OS = 1,0 без корр.

OD - глаз спокойный, движения в полном объеме, патологии переднего отрезка глаза не выявлено. Рефлекс с глазного дна бледно-розовый. Глазное дно: ДЗН гиперемирован, сливается с фоном сетчатки, ткань диска отечная, границы ступенчатые. Артерии и вены умеренно расширены.

OS - глаз спокоен, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие необходимы дополнительные исследования для подтверждения диагноза.
3. Перечислите возможные причины заболевания.
4. Определите план обследования и лечения данной пациентки.

Ситуационная задача №62

К врачу обратилась пациентка 25 лет с жалобами на снижение зрения, боли за левым глазом при движении глазного яблока. Со слов пациентки, данные жалобы появились 2 дня назад без видимой причины. Из анамнеза: 8 месяцев назад пациентка родила сына, через 7 месяцев после родов появились неуверенность походки и слабость в правой руке. К врачу не обращалась.

При осмотре:

Visus OD = 1,0 без корр.

Visus OS = 0,04 не корр.

OU - глаза спокойные, патологии переднего отрезка глаза не выявлено. Рефлекс с глазного дна бледно-розовый. ВГД OU " 18 мм рт. ст.

1. Поставьте диагноз.
2. Какую картину глазного дна следует ожидать увидеть при офтальмоскопии.
3. Какие необходимы дополнительные исследования для подтверждения диагноза.
4. Перечислите возможные причины заболевания.
5. Определите план обследования и лечения данной пациентки.

Ситуационная задача №63

К врачу обратился пациент 32 лет с жалобами на резкое снижение зрения, появление «завесы» перед левым глазом. Со слов пациента, данные жалобы появились накануне. За день до этого перед левым глазом появились «вспышки света», искривления предметов. Из анамнеза: со школьного возраста снижено зрение обоих глаз, постоянно носит очки.

При осмотре:

Visus OD = 0,3 concav sph - 4,0 Д = 1,0.

Visus OS = 0,06 не корр.

OD - глаз спокойный, передний отрезок без патологии. Рефлекс с глазного дна розовый. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, с височной стороны миопический конус в $\frac{1}{4}$ PD. Артерии несколько сужены, вены не изменены. Очаговой патологии на сетчатке не выявлено.

OS — глаз спокойный, передний отрезок без патологии. При исследовании в проходящем свете при взгляде вниз и вправо определяется серый рефлекс с глазного дна. При офтальмоскопии на глазном дне виден колеблющийся беловато-серый пузырь.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
3. Определите план лечения данного пациента.

Ситуационная задача №64

К врачу обратился пациент 69 лет с жалобами на резкую потерю предметного зрения на правом глазу, головокружение, головную боль, онемение пальцев рук и ног. Вышеперечисленные симптомы появились внезапно час назад без видимых причин. Из анамнеза: пациент страдает ККБ, ГБ III ст., атеросклеротическим кардиосклерозом, облитерирующим эндоартериитом нижних конечностей, имеет инвалидность II группы по общему заболеванию.

При осмотре:

Visus OD = 0 (ноль).

Visus OS = 1,0 без корр.

OU - глаза спокойные, передний отрезок без патологии. Рефлекс с глазного дна розовый.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие экстренные меры необходимо предпринять.
3. Какие изменения будут выявлены на глазном дне при офтальмоскопии.

Ситуационная задача №65

К врачу обратился пациент 58 лет с жалобами на снижение зрения на правом глазу. Со слов пациента, зрение правого глаза снизилось безболезненно 2 дня назад. До

этого зрение обоих глаз было одинаково хорошим. Из анамнеза: пациент страдает ГБ III ст., СД II типа средней степени тяжести, атеросклерозом.

При осмотре:

Visus OD = 0,04 не корр.

Visus OS = 1,0 без корр.

OU - глаза спокойные, патологии переднего отрезка глаз не выявлено. Рефлекс с глазного дна розовый.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие экстренные меры необходимо предпринять.
3. Какие изменения будут выявлены при офтальмоскопии на сетчатке правого и левого глаз.
4. Определите план лечения данного пациента.

Ситуационная задача №66

К врачу обратился пациент 46 лет с жалобами на головную боль и ухудшение зрения обоих глаз. Со слов пациента, зрение снизилось накануне после физического и нервного перенапряжения. До этого зрение обоих глаз было одинаково хорошим. Из анамнеза: пациент страдает ГБ II ст. в течение 10 лет.

При осмотре:

Visus OU = 1,0 без корр.

OU - глаза спокойные, патологии переднего отрезка глаз не выявлено. Рефлекс с глазного дна розовый. Глазное дно: ДЗН бледно-розовые, границы четкие, артерии узкие, местами склерозированы, извитые, вены умеренно сужены.

При исследовании полей зрения (контрольно) определяется выпадение височной половины поля зрения правого глаза и носовой половины поля зрения левого глаза.

1. Поставьте диагноз.
2. Консультация и лечение у специалистов какого профиля необходимы данному пациенту.

Ситуационная задача №67

К врачу обратился пациент 49 лет с жалобами на головную боль, тошноту, желудочно-кишечные расстройства, резкое снижение зрения обоих глаз, появление темных пятен перед глазами. Со слов пациента, вышеперечисленные жалобы появились накануне после приема спиртных напитков сомнительного качества.

При осмотре:

Visus OU = 0,03 не корр.

OU - глаза спокойные, конъюнктивы бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Рисунок радужки не изменен, зрачки в центре, округлые, диаметр 5 мм, на свет не реагирует. Рефлекс с глазного дна розовый, на глазном дне очаговой патологии не выявлено.

При исследовании полей зрения выявлено сужение периферических границ полей зрения на белый, красный и зеленый цвета, центральные абсолютные скотомы.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Ситуационная задача №68

К врачу обратился пациент 20 лет с жалобами на резкое снижение зрения, появление пятна и ярких вспышек света перед правым глазом. Со слов пациента, вышеперечисленные жалобы появились утром, накануне вечером попал под проливной дождь.

При осмотре:

Visus OD = 0,3 convex sph + 3,0Д = 0,8.

Visus OS = 1,0 без корр.

OD - глаз спокойный, передний отрезок без изменений, рефлекс с глазного дна розовый. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, калибр и ход сосудов не изменена. В макулярной зоне определяется очаг помутнения сетчатки размером до 1,5 PD, светло-серого цвета, проминирующий в стекловидное тело.

OS - глаз спокоен, патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
3. Определите план лечения данного пациента.

Ситуационная задача №69

К врачу обратился пациент 52 лет с жалобой на резкое снижение зрения левого глаза. Со слов пациента, данная жалоба появилась накануне, в течение последних двух лет страдает СД I типа средней тяжести течения.

При осмотре:

Visus OD = 0,02 не корр.

Visus OS = 0,7 не корр.

OD - глаз спокойный, передний отрезок без изменений. При осмотре в проходящем свете на фоне розового рефлекса с глазного дна определяются множественные темные плавающие помутнения, не позволяющие провести офтальмоскопию.

OS - глаз спокойный, передний отрезок без изменений. Рефлекс с глазного дна розовый. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие, у диска и в макулярной области видны мелкие точечные кровоизлияния и очаги плазморрагий.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза.
3. Определите план лечения данного пациента.

Ситуационная задача №70

К врачу обратился пациент 51 года с жалобами на головную боль, боль в глазах, ухудшение зрения вдаль, подергивание век обоих глаз, обильное отделяемое из носа, чувство стеснения в груди. Вышеперечисленные жалобы появились 2 дня назад после работы на даче, где удобрял посадки овощей и проводил обработку плодовых деревьев от вредителей.

При осмотре:

Visus OU = 0,4 concav sph - 3,0Д = 1,0.

OU - глаза спокойные, конъюнктив бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Рисунок радужки не изменен, зрачки в центре, округлые, диаметр 1,5 мм, реакция на свет отсутствует. Темновая адаптация нарушена.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику ведения пациента.

Ситуационная задача №71

К врачу обратился пациент 68 лет с жалобами на головную боль, боль в области сердца, тошноту, рвоту, понос, двоение в глазах, снижение зрения обоих глаз. Окружающие предметы кажутся пациенту окрашенными в желтый, синий, зеленый цвета, пульс 76 уд/мин, выраженная аритмия. Проверять остроту зрения пациент

отказывается, мотивируя отказ тяжелым общим состоянием. Из анамнеза: пациент страдает хронической сердечной недостаточностью в течение 6 лет, постоянно принимает коргликон.

При осмотре:

ОУ - умеренно выраженный экзофтальм обоих глаз, горизонтальный мелкоразмашистый нистагм, движения глаз умеренно ограничены. Конъюнктива бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Рисунок радужки не изменен, зрачки в центре, округлые, диаметр 6 мм, на свет не реагируют. Рефлекс с глазного дна розовый, очаговой патологии на глазном дне не выявлено.

При исследовании полей зрения выявлено концентрическое сужение периферических границ полей зрения, центральные абсолютные скотомы.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие неотложные меры необходимо предпринять.

Ситуационная задача №72

К врачу обратился пациент 25 лет с жалобами на резкое снижение зрения обоих глаз, плавающие пятна перед глазами, общую слабость, периодическое повышение температуры тела, проливной пот по ночам, снижение массы тела в течение последнего месяца.

При осмотре:

Visus OD = 0,04 не корр.

Visus OS = 0,06 не корр.

ОУ - глаза спокойные, конъюнктива бледно-розовая, роговица прозрачная, гладкая. ПК средней глубины, влага ПК прозрачная. Рисунок радужки не изменен, зрачки в центре, округлые, реакция на свет сохранена. При исследовании в проходящем свете на фоне розового рефлекса с глазного дна определяются темные плавающие помутнения. Глазное дно: ДЗН деколорирован, границы четкие. По всей сетчатке, преимущественно у крупных сосудов расположены ватообразные очаги неправильной формы, проминирующие в стекловидное тело, а также множество ретинальных кровоизлияний.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие неотложные меры необходимо предпринять

Блок В

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО РАЗДЕЛУ «АНАТОМИЯ, ФИЗИОЛОГИЯ, РЕФРАКЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ. ПАТОЛОГИЯ ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗА»

1. Верхняя косая мышца иннервируется:

- А) N.oculomotorius
- Б) N.abducens
- В) N. ophthalmicus
- Г) N.opticus
- Д) N. trochlearis

2. Стекловидное тело играет роль в:

- а) Регуляции потока световых лучей

- b) Питании сетчатки
 - c) Циркуляции внутриглазной жидкости
 - d) Преломление световых лучей
 - e) Аккомодации
3. К слезоотводящему аппарату не относится:
- a) Слезный мешок
 - b) Слезная железа
 - c) Слезный ручей
 - d) Слезные точки
 - e) Носослезный канал
4. Роговица иннервируется:
- a) III –й парой ЧМН
 - b) II-ой парой ЧМН
 - c) IV-ой парой ЧМН
 - d) V-ой парой ЧМН
 - e) VI-ой парой ЧМН
5. От сухожильного кольца начинаются:
- a) Верхняя прямая мышца
 - b) Нижняя прямая мышца
 - c) Верхняя косая мышца
 - d) Наружная прямая мышца
 - e) Все вышеперечисленные мышцы
6. Наружная прямая мышца поворачивает глазное яблоко:
- a) Кнутри
 - b) Кнаружи и кверху
 - c) Кнаружи и книзу
 - d) Кверху
 - e) Кнаружи
7. Хрусталик участвует в:
- a) Регулирование светового потока
 - b) Аккомодации
 - c) Циркуляции внутриглазной жидкости
 - d) Выработки внутриглазной жидкости
 - e) Преломление световых лучей
8. Радужка питается за счет:
- a) Задних коротких ресничных артерий
 - b) Передних ресничных артерий
 - c) Задних решетчатых артерий
 - d) Центральной артерии сетчатки
 - e) Задних длинных ресничных артерий
9. У человека в общей сложности:
- a) 6 слезных точек
 - b) 4 слезных точек
 - c) 2 слезные точки
 - d) 5 слезных точек
 - e) 3 слезные точки
10. Через canalis opticus проходит:
- a) N. trochlearis
 - b) N. ophthalmicus
 - c) N. opticus
 - d) N. oculomotorius
 - e) N. abducens
11. К роговице относится:
- a) Мембрана Бруха
 - b) Бурая пластинка
 - c) Пигментный эпителий
 - d) Эндотелий

е) Стекловидная пластинка

12. Сила преломления хрусталика и роговицы соответственно составляет:

а) 20,0 Д и 30,0 Д

б) 25,0 Д и 40,0 Д

с) 20,0 Д и 40,0 Д

д) 18,0 Д и 45,0 Д

е) 20,0 Д и 35,0 Д

13. Кровоснабжение хориоидеи осуществляется за счет:

а) Передних ресничных артерий

б) Задних длинных ресничных артерий

с) Центральной артерии сетчатки

д) Задних коротких ресничных артерий

е) Задних решетчатых артерий

14. Глазное яблоко книзу поворачивает:

а) Верхняя прямая мышца

б) Нижняя косая мышца

с) Верхняя косая мышца

д) Наружная мышца

е) Внутренняя прямая мышца

15. В среднем глазное яблоко:

а) 22 мм

б) 23 мм

с) 25 мм

д) 24 мм

е) 22,5 мм

16. К слоям склеры относится:

а) Боуменова мембрана

б) Стекловидная пластинка

с) Эндотелий

д) Пигментный слой

е) Бурая пластинка

17. Радужка выполняет роль в:

а) Преломлении световых лучей

б) Выработки внутриглазной жидкости

с) Регуляции светового потока

д) Аккомодации

е) Питание сетчатки

18. Внутренняя прямая мышца иннервируется:

а) II-ой парой ЧМН

б) III –й парой ЧМН

с) IV-ой парой ЧМН

д) V-ой парой ЧМН

е) VI-ой парой ЧМН

19. Самое тонкое место склеры:

а) Под прямыми мышцами глазами

б) Вокруг зрительного нерва

с) Решетчатая пластинка

д) У места прикрепления сухожильных прямых мышц глаза

е) У места выхода водоворотных мышц

20. Функция отростчатой части цилиарного тела это:

а) регуляции светового потока

б) выработки внутриглазной жидкости

с) преломлении световых лучей

д) проведение нервных импульсов

е) питание сетчатки

21. Роговица питается за счет:

а) Задних коротких ресничных артерий

- b) Краевой сосудистой петли
 - c) Центральной артерии сетчатки
 - d) Задних длинных ресничных артерий
 - e) Внутриглазной жидкости
22. Глаз поднимает кверху:
- a) Верхняя косая мышца
 - b) Нижняя прямая мышца
 - c) Нижняя косая мышца
 - d) Внутренняя прямая мышца
 - e) Наружная прямая мышца
23. Через нижнюю глазную щель проходит:
- a) N. oculomotorius
 - b) N. facialis
 - c) N. trochlearis
 - d) N. ophthalmicus
 - e) V. ophthalmicus inferior
24. M. sphincter pupillae иннервируется:
- a) I-ой парой ЧМН
 - b) III –й парой ЧМН
 - c) IV-ой парой ЧМН
 - d) VI-ой парой ЧМН
 - e) VII-ой парой ЧМН
25. Цилиарное тело иннервируется:
- a) II-ой парой ЧМН
 - b) III –й парой ЧМН
 - c) IV-ой парой ЧМН
 - d) VII-ой парой ЧМН
 - e) VI-ой парой ЧМН
26. Собственно сосудистая оболочка имеет следующие слои:
- a) Слой крупных сосудов
 - b) Слой мелких сосудов
 - c) Слой средних сосудов
 - d) Хориокапиллярный слой
 - e) Все вышеперечисленные
27. Орбита сверху граничит с:
- a) Гайморовой пазухой
 - b) Ячейками решетчатых кости
 - c) Лобной пазухой
 - d) Основанием клиновидной кости
 - e) Внешней средой
28. M. levator palpebrae superior иннервируется:
- a) N. abducens
 - b) N. facialis
 - c) N. infraorbitalis
 - d) N. trochlearis
 - e) N. oculomotorius
29. Вес глазного яблока составляет:
- a) 5 грамм
 - b) 6 грамм
 - c) 8 грамм
 - d) 9 грамм
 - e) 10 грамм
30. Боуменова мембрана является частью:
- a) Склеры
 - b) Радужки
 - c) Роговицы
 - d) Хориоидеи

- е) Цилиарного тела
- 31. К слоям склеры относится:
 - а) Стекловолоконная пластинка
 - б) Бурая пластинка
 - в) Дисциметова пластинка
 - г) Нероэпителий
 - е) Эписклера
- 32. Хориоидея играет роль в:
 - а) Преломление световых лучей
 - б) Аккомодации
 - в) Выработки внутриглазной жидкости
 - г) Восстановление зрительного пурпура сетчатки
 - е) Регулировании светового потока
- 33. Внутренняя прямая мышца иннервируется:
 - а) II-ой парой ЧМН
 - б) III –й парой ЧМН
 - в) IV-ой парой ЧМН
 - г) V-ой парой ЧМН
 - е) VI-ой парой ЧМН
- 34. Колбочки отвечают за:
 - а) Сумеречное зрение
 - б) Центральное зрение
 - в) Ночное зрение
 - г) Периферическое зрение
 - е) Цветовое зрение
- 35. IV нейрон зрительного анализатора располагается в:
 - а) Сетчатке
 - б) Хиазме
 - в) Шпорной борозде коры головного мозга
 - г) Наружных коленчатых телах
 - е) Внутренних коленчатых телах
- 36. Веки состоят из:
 - а) Конъюнктивы
 - б) Круговой мышцы
 - в) Хряща
 - г) Кожы
 - е) Всего вышеперечисленного
- 37. Ядро хрусталик формируется к:
 - а) 7 годам
 - б) 40 годам
 - в) 50 годам
 - г) 20 годам
 - е) Рождения ребенка
- 38. Самая длинная часть зрительного нерва:
 - а) Интраокулярная
 - б) Интраорбитальная
 - в) Интракраниальная
 - г) Интракраниальная
 - е) Все части равны
- 39. Круговая мышца глаза получает иннервацию от:
 - а) N. oculomotorius
 - б) N. fascialis
 - в) N. infraorbitalis
 - г) N. trochlearis
 - е) N. abducens
- 40. Через верхнюю глазничную щель проходят:
 - а) N. trochlearis

- b) N.fascialis
- c) N. infraorbitalis
- d) V.vorticose
- e) N. oculomotorius

41. Орбита снизу граничит с:

- a) Лобной пазухой
- b) Гайморовой пазухой
- c) Основанием клиновидной кости
- d) Внешней средой
- e) Ячейками решетчатой кости

42. В центральной зоне сетчатка состоит из:

- a) 2-х слоев
- b) 10-ти слоев
- c) 5-ти слоёв
- d) 3-х слоев
- e) 6-ти слоев

43. Цилиарное тело питается:

- a) Задними короткими ресничными артериями
- b) Центральной артерии сетчатки
- c) Передними ресничными артериями
- d) Веточками слезной артерии
- e) Задних длинных ресничных артерий

44. От сухожильного кольца берут начало все наружные мышцы глаза кроме:

- a) Наружной прямой мышцы
- b) Внутренней прямой мышцы
- c) Нижней прямой мышцы
- d) Верхней косой мышцы
- e) Нижней косой мышцы

45. В циркуляции внутриглазной жидкости принимают участие:

- a) Задняя камера
- b) Хрусталик
- c) Стекловидное тело
- d) Передняя камера
- e) Хориоидея

46. Функция плоской части цилиарного тела это:

- a) Преломление световых лучей
- b) Аккомодации
- c) Регулирование потока световых лучей
- d) Проведение нервных импульсов
- e) Питание сетчатки

47. Дисциметова мембрана является частью:

- a) Склеры
- b) Хориоидеи
- c) Радужки
- d) Роговицы
- e) Цилиарного тела

48. Палочки отвечают за:

- a) Центральное зрение
- b) Периферическое зрение
- c) Дневное зрение
- d) Светоощущение
- e) Цветоощущение

49. Где вырабатывается внутриглазная жидкость?

- a) В хрусталике
- b) В стекловидном теле
- c) В цилиарном теле
- d) В радужной оболочке

е) В хориоидее

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО РАЗДЕЛУ «ГЛАУКОМА. ПАТОЛОГИЯ ЗАДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗА»

1. Жалобы у больных глаукомой:

- а) Светобоязнь
- б) Гнойное отделяемое
- в) Искривление предметов
- г) Радужные круги
- е) Нарушение подвижности глазного яблока

2. Стадии первичной глаукомой:

- а) Развитая
- б) Зрелая
- в) Перезрелая
- г) Абсолютная
- е) Почти абсолютная

3. При первичной закрытоугольной глаукоме ВГД повышается вследствие:

- а) Функционального блока шлемового канала
- б) Блока угла передней камеры
- в) Наличие угла зародышевой ткани в углу передней камеры
- г) Задних синехий
- е) Сужение зрачка

4. При отсутствии компенсации ВГД при открытоугольной глаукоме показано:

- а) Иридэктомия
- б) Экстракция катаракты
- в) Трабекулэктомия
- г) Гониотомия
- е) Дакриоцисториностомия

5. Признаки врожденной глаукомы:

- а) Увеличение размера роговицы
- б) Кератоконус
- в) Мелкая передняя камера
- г) Изменение цвета радужной оболочки
- е) Застойный сосок зрительного нерва

6. Увеличение глазного яблока при врожденной глаукоме носит название:

- а) Экзофтальм
- б) Буфтальм
- в) Микрокорнеа
- г) Мегалокорнеа
- е) Анофтальм

7. Необратимая слепота наступает при:

- а) Катаракте
- б) Глаукоме
- в) Иридоциклите
- г) Помутнение роговицы
- е) Косоглазии

8. Факоморфическая глаукома возникает при:

- а) Афакии
- б) Внутриглазной опухоли
- в) Тромбозе центральной вены сетчатки
- г) Отслойке сетчатки
- е) Незрелой катаракте

9. В большинстве случаев открытоугольная глаукома протекает бессимптомно. В этих случаях проводится дифференциальная диагностика со следующими заболеваниями:

- а) Катаракта
- б) Отслойка сетчатки
- в) Застойный сосок зрительного нерва

d) Неврит зрительного нерва

10. К холиномиметическим средствам относится:

a) Пилокарпин 1 %

b) Тимолол 0,25%

c) Атропин 1 %

d) Фосфакол 2 %

e) Адреналин 1 %

11. Необратимая слепота наступает при:

a) Катаракте

b) Глаукоме

c) Иридоциклите

d) Помутнение хрусталика

e) Косоглазии

12. Лечение врожденной глаукомы:

a) Увеличение размера роговицы

b) Кератоконус

c) Мелкая передняя камера

d) Изменение цвета радужной оболочки

e) Застойный сосок зрительного нерва

13 При закрытоугольной глаукоме 1 «С» показана:

a) Криопексия цилиарного тела

b) Иридоциклоретракция

c) Экстракция катаракты

d) Витрэктомия

14. Гидродинамика глаза определяется:

a) Гониоскопией

b) Кампиметрией

c) Тонографией

d) Эхобиометрией

e) Тонометрией

15. Изменение поля зрения при развитой стадии глаукомы:

a) Битемпоральная гемианопсия

b) Скотома Бьеррума

c) Сужение поля на 15°

d) Концентрическое сужение до 30 °

e) Трубочное поле зрения

16. Разгрузочная проба при глаукоме проводится с помощью:

a) Пилокарпина 1 %

b) Гомотропина 1 %

c) Темновой пробы

d) Позиционной пробы

e) Тимолола 0,25 %

17. Коэффициент легкости оттока можно определить методом:

a) Тонометрии

b) Тонографии

c) Эхографии

d) Биомикроскопии

e) Ангиографии

18. Отток внутриглазной жидкости осуществляется через:

a) Угол передней камеры, стекловидное тело

b) Зрачок

c) Слезные пути

d) Роговицу

e) Склеру

19. Факторы, влияющие на ВГД:

a) Размеры глазного яблока

b) Гидродинамика глаза

с) Состояние цилиарной мышцы

д) Уплотнение хрусталика

е) Функция слезной железы

20. Методы исследования угла передней камеры:

а) Диафаноскопия

б) Тонография

с) Тонометрия

д) Эхография

е) Гониоскопия

21. Изменения со стороны зрительного нерва при первичной глаукоме:

а) Эккавация диска зрительного нерва

б) Стушеванность границ

с) Физиологическая эккавация

д) Гиперемия

е) Белого цвета

22. Острый приступ глаукомы может развиваться при:

а) Первичной закрытоугольной глаукоме

б) Первичной открытоугольной глаукоме

с) При врожденной глаукоме

д) При иридоциклите

е) При открытоугольной развитой глаукоме

23. Продукция внутриглазной жидкости определяется методом:

а) Гониоскопии

б) Кампиметрии

с) Перемитрии

д) Тонографии

е) Тонометрии

24. Местное лечение при остром приступе глаукомы:

а) Раствор пилокарпина 1 %

б) Раствор атропина 1 %

с) Интерферона

д) Дексаметазона 0,1 %

е) Раствор левомецетина 0,25 %

25. Слепота при глаукоме наступает вследствие:

а) Арофии зрительного нерва

б) Катаракты

с) Отрыва зрительного нерва

д) Помутнение роговицы

е) Гемофтальма

26. Дифференциальная диагностика острого приступа глаукомы проводится с:

а) Катарактой

б) Иридоциклитом

с) Кератитом

д) Невритом

е) Конъюнктивитом

27. При остром приступе роговица:

а) Прозрачная

б) Отек роговицы

с) Преципитаты на задней поверхности роговицы

д) Васкуляризация роговицы

е) Инфильтрат на роговице

28. Для открытоугольной глаукомы характерна:

а) Перикорнеальная инъекция

б) Смешанная инъекция

с) Помутнение стекловидного тела

д) Дистрофия радужной оболочки, отсутствие пигментной каймы

е) Глубокая передняя камера

29. При отсутствии компенсации ВГД при открытоугольной глаукоме показана:

- a) Иридэктомия
- b) Экстракция катаракты
- c) Трабекулэктомия
- d) Гониотомия
- e) Дакриоцистириномия

30. Лечение врожденной глаукомы:

- a) Гониотомия
- b) Мидриатики
- c) Экстракция катаракты
- d) Витрэктомия
- e) Консервативная терапия

31. Факторы, влияющие на развитие открытоугольной глаукомы:

- a) Наследственность
- b) Диабет
- c) Туберкулез
- d) Травмы глаза
- e) Увеит

32. При абсолютной стадии врожденной глаукомы:

- a) Функции глаза не изменены
- b) Преципитаты на задней поверхности роговицы
- c) Передняя камера нормальной глубины
- d) Роговица прозрачная
- e) Увеличение глазного яблока

33. При глазной гипертензии характерны:

- a) Асимметрия в состоянии двух глаз
- b) Снижение функции
- c) Сохранение функции
- d) Глаукоматозная экскавация
- e) Нарушение гидродинамики

34. Фактопическая глаукома развивается при:

- a) Подвывихе хрусталика
- b) Проникающем ранении хрусталика
- c) Незрелой катаракте
- d) Гемофтальме

35. Для первичной далеко зашедшей глаукомы характерно:

- a) Нормальные границы поля зрения
- b) Гиперемия зрительного нерва
- c) Помутнение хрусталика
- d) Васкуляризация хрусталика
- e) Экскавация зрительного нерва

36. Неотложная помощь при остром приступе глаукомы:

- a) Расширение зрачка
- b) Инъекция кортикостероидов
- c) Таблетки ацетазоломида
- d) Инъекции антибиотиков
- e) УВЧ на область глаза

37. При отсутствии компенсации ВГД при открытоугольной глаукоме показана:

- a) Иридэктомия
- b) Экстракция катаракты
- c) Трабекулэктомия
- d) Гониотомия
- e) Дакриоцистириномия

38. Лечение факорморфической глаукомы:

- a) Экстракция катаракты
- b) Назначение мидриатиков
- c) Лазерная иридэктомия

- d) Трабекулопластика
 - e) Дисцизия капсулы хрусталика
39. Нагрузочно водно-питьевая проба проводится при:
- a) Подозрении на открытоугольную глаукому
 - b) Иридоциклите
 - c) Неврите зрительно нерва
 - d) Увеите
 - e) При помутнении роговицы
40. Острый приступ глаукомы может развиваться при:
- a) Первичной закрытоугольной глаукоме
 - b) Первичной открытоугольной глаукоме
 - c) При врожденной глаукоме
 - d) При иридоциклите
 - e) При открытоугольной развитой глаукоме
41. Для начальной стадии открытоугольной глаукомы характерно:
- a) Концентрическое сужение поля зрения
 - b) Снижение остроты зрения
 - c) Атрофия зрительного нерва
 - d) Сужение сосудов на глазном дне
 - e) Нормальные функции
42. При остром приступе глаукомы показано:
- a) Трабекулоэктомия
 - b) Иридэктомия
 - c) Энуклиация глазного яблока
 - d) Глубокая склерэктомия
 - e) Экстракция катаракты
43. При развитой стадии закрытоугольной глаукомы:
- a) Угол передней камеры открыт
 - b) Новообразованные сосуды в углу
 - c) Угол закрыт
 - d) Пигментация шлемова канала
 - e) Мезодермальная ткань в углу
44. При терминальной стадии глаукомы характерно:
- a) Сужение поля зрения до 15 °
 - b) Острота зрения = 0,1
 - c) Острота зрения = 0 (ноль)
 - d) Гемиянопсия
 - e) Нормальное внутриглазное давление
45. Лазерная иридэктомия проводится при:
- a) Врожденной глаукоме
 - b) Вторичной глаукоме
 - c) Закрытоугольной глаукоме
 - d) Катаракте
 - e) Отслойке сетчатки
46. Бета – адреноблокаторы применяются при:
- a) Глаукоме
 - b) Катаракте
 - c) Герпетическом кератите
 - d) Конъюнктивите
 - e) Иридоциклите
47. Где вырабатывается внутриглазная жидкость:
- a) В хрусталике
 - b) В стекловидном теле
 - c) В цилиарном теле
 - d) В радужной оболочке
 - e) В хориоидее
48. Для консервативного лечения первичной глаукомы применяются:

- a) Антибиотики
- b) Аутогемотерапия
- c) Противовирусные средства
- d) Кортикостероиды
- e) Кавинтон

49. При отсутствии компенсации ВГД при закрытоугольной глаукоме:

- a) Тимоптик 0,25%
- b) Адреналин 1%
- c) Парабульбарные инъекции дексаметазона
- d) Атропин 1%
- e) Пилокарпин 1%

50. При первичной глаукоме с умеренно повышенным ВГД, уровень ВГД:

- a) 28-32 мм.рт.ст.
- b) 33-40 мм.рт.ст.
- c) 16-20 мм.рт.ст.
- d) 18-27 мм.рт.ст.
- e) 13-16 мм.рт.ст.

51. При первичной глаукоме поле зрения сужено на 15 ° с носовой стороны, уровень ВГД 30 мм. рт. ст. Это характеризует:

- a) Начальную с нормальным уровнем ВГД
- b) Развитую с высоким уровнем ВГД
- c) Развитую с умеренно повышенным ВГД
- d) Почти абсолютную с нормальным ВГД
- e) Абсолютную с умеренно повышенным ВГД

52. При первичной открытоугольной глаукоме ВГД повышается в следствии:

- a) Зрачкового блока
- b) Иридохрусталикового блока
- c) Блока шлемова канала
- d) Блока угла передней камеры
- e) Заращение зрачка

53. Изменение со стороны зрительного нерва при первичной глаукоме:

- a) Эккавация диска зрительного нерва Э \Д больше 0,5
- b) Ступеванность границ
- c) Физиологическая эккавация
- d) Гиперемия
- e) Белого цвета

54. Острый приступ характеризуются следующими изменениями:

- a) Сужение зрачка
- b) Аниридия
- c) Глубокая передняя камера
- d) Расширение зрачка
- e) Изменение цвета радужной оболочки

55. При глазной гипертензии характерно:

- a) Асимметрия в состоянии двух глаз
- b) Снижение функции
- c) Сохранение функции
- d) Глаукоматозная эккавация
- e) Нарушение гидродинамики

56. К β -блокаторам относятся препараты:

- a) Бетоптик «С»
- b) Пилокарпин
- c) Интерферон
- d) Катахром
- e) Лекролин

57. Смешанная форма глаукомы встречается при:

- a) Первичной глаукоме
- b) Вторичной глаукоме врожденной глаукоме

- с) Терминальной глаукоме
- д) Остром приступе глаукомы

58. Коэффициент легкости оттока можно определить методом:

- а) Тонометрии
- б) Тонографии
- с) Эхографии
- д) Биомикроскопии
- е) Ангиографии

59. Суточные колебания ВГД в норме составляет:

- а) Более 5 мм. рт. ст.
- б) Менее 5 мм. рт. ст.
- с) Без изменений
- д) Выше 10 мм. рт. ст.
- е) Выше 7 мм. рт. ст.

60. Для глаукомы характерно:

- а) Нормальное ВГД
- б) Циклитическая болезненность
- с) Экзофтальм
- д) Повышение ВГД
- е) Слезотечение

61. Факолитическая глаукома развивается при:

- а) Незрелой катаракте
- б) Тромбозе вен сетчатки
- с) Синдром Марфана
- д) Перезрелой катаракте
- е) Контузии глазного яблока

62. Вторичная глаукома развивается вследствие:

- а) Дакриоцистита
- б) Блефарита
- с) Иридоциклита
- д) Тромбоза центральной вены сетчатки
- е) Флегмоны орбиты

63. Исходом глаукомы может быть:

- а) Атрофия зрительного нерва
- б) Бельмо
- с) Катаракта
- д) Неврит
- е) Симпатическое воспаление

64. Изменения поля зрения при развитой стадии глаукомы:

- а) Битемпоральная гемианопсия
- б) Скотома Бьеррума
- с) Сужение поля на 15 °
- д) Концентрическое сужение до 30 °
- е) Трубочное поле зрения

65. Пациентам с закрытоугольной глаукомой не рекомендуется использование местноанестезирующих препаратов, содержащих

- А) эпинефрин (адреналин)
- Б) мепивакаин
- В) лидокаин
- Г) артикаин

66. Причина возникновения диплопии при переломе скуловой кости

- А) смещение глазного яблока
- Б) воспалительная реакция
- В) травма глазного яблока
- Г) травма зрительного нерва

67. Смещение глазного яблока при переломе скуловой кости чаще происходит

- А) вниз
- Б) вверх

- В) кпереди
Г) кзади
68. Одним из осложнений флегмоны глазницы может быть
А) потеря зрения
Б) ксерофтальмия
В) выворот век
Г) парез лицевого нерва
69. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является
А) тромбоз кавернозного синуса головного мозга
Б) паротит
В) медиастинит
Г) парез лицевого нерва

Блок С

ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ. Студент самостоятельно выбирает тему доклада.

Тематика докладов:

1. Применение ультразвука в офтальмологии.
2. Использование лазера в лечении офтальмопатологии.
3. Современные методы коррекции афакии.
4. Терапевтическое действие гелий-неонового лазера при заболевании глаз.
5. Герпетическая болезнь органа зрения.
6. Изменения органа зрения при СПИДе
7. Поражения глаз при сахарном диабете.
8. Хирургическое лечение миопии.
9. Осложнение высокой прогрессирующей миопии.
10. Профилактика миопии.
11. Синдром белого глаза с внезапной потерей зрения
12. Синдром белого глаза с медленной потерей зрения
13. Синдром красного глаза
14. Хронические воспалительные заболевания век
15. Реабилитация больных с ожогами глаз
16. Хирургическое лечение птоза
17. Реабилитация больных с амблиопией
18. Современное лечение эндофтальмитов
19. Бионический глаз
20. Современное лечение увеитов
21. Кератопластика и кератопротезирование
22. Атрофии зрительных нервов различного генеза и их лечение
23. Современный взгляд на лечение отслойки сетчатки
24. Периферические хориоретинальные дегенерации и их роль в развитии отслоек сетчатки
25. Врожденные макулярные дегенерации сетчатки
26. Факоматозы, диагностика и тактика ведения

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

(Т И Т У Л Ь Н Ы Й Л И С Т)

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

Кафедра офтальмологии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

БОЛЬНОГО (фамилия, имя и отчество) _____

Куратор: студент (ка) фамилия, имя, отчество, группа, курс, факультет, семестр.

Преподаватель: фамилия, имя, отчество, должность, ученая степень,

Начало курации _____
Окончание курации _____
Отметка преподавателя о зачёте _____

I. Сведения о больном:

Ф И О. _____
Возраст _____
Домашний адрес _____
Профессия _____
Диагноз при поступлении _____
Диагноз клинический _____

II. Жалобы больного. В этом разделе наряду с жалобами, характеризующими общее состояние больного, особое внимание уделяется типичным жалобам со стороны глаз. К таковым относятся жалобы на рези в глазах, ощущение инородного тела, боли, снижение зрения или ограничение поля зрения, утомляемость глаз при работе, мелькание перед глазами, радужные круги, затуманивание зрения, искажение предметов (метаморфопсии, фотопсии) и др. При описании вначале пишутся жалобы со стороны глаз, а затем общие жалобы (боли в суставах, боли в сердце и т.д.).

III. Анамнез болезни. В этом разделе подробно отражаются начало заболевания, жалобы и ощущение больного в первые часы и дни заболевания. Следует выяснить, с каким фактором сам больной связывает начало заболевания (простуда, травма, общие заболевания).

IV. Анамнез жизни. Излагаются общие сведения личного анамнеза: родился доношенным (недоношенным) ребенком, сведения о перенесенных ранее заболеваниях. Особое внимание обращается на перенесенные ранее заболевания глаз. Тщательно собираются анамнестические данные о таких заболеваниях, которые могут служить этиологическими факторами заболевания глаз (диабет, туберкулез, сифилис, гипертоническая болезнь, ревматизм, эндокринная патология, болезнь Боткина, диатезы, аллергические проявления и др. патология).

При сборе семейного анамнеза следует обратить внимание на заболевания глаз у родителей, братьев и сестер, детей (глаукома, близорукость, врожденные аномалии развития глаз, наследственные дистрофии роговицы, сосудистого тракта, сетчатки и т.д.).

Обращается внимание на бытовые и профессиональные условия. В частности, на характер работы, связана ли она со зрительным напряжением. каковы условия работы (освещенность, повышенная запыленность и загазованность и т.д.). Наличие других профессиональных вредностей (работа с химреактивами, радиоактивными веществами, ядохимикатами в сельском хозяйстве и промышленности). Следует отразить вредные привычки больного: курение, прием алкоголя, наркомания.

Дата первичного осмотра больного _____

V. Объективное исследование. Общий статус заполняется коротко согласно рекомендациям терапевтических кафедр.

VI. Офтальмологическое исследование каждого глаза в отдельности по разделам.

Формулировки нормального состояния того или иного отдела	Отправные пункты при описании отделов глаза при патологии
1. Глазница и окружающие глаз части лица Кожа лица, окружающая орбиту без особенностей. При пальпации орбитальные края глазницы гладкие, ровные, деформации пальпируемых костей орбитального края не выявлено.	Отсутствие или наличие изменений кожи, костного края орбиты при пальпации, деформации орбиты и окружающих тканей лица
2. Глазная щель и веки	

Глазные щели обоих глаз равномерные. Форма век обычная. положение век правильное - верхнее веко прикрывает верхний сегмент роговицы на 2 мм. нижнее веко касается лимба. Кожа век чистая, подвижная, складчатая, тонкая. Ребра свободного края век выражены, ширина интермаргинального пространства 1,5-2.0 мм, рост ресниц в направлении от глазного яблока. В интермаргинальном пространстве отчетливо просматриваются выводные протоки мейбомиевых желез	Величина глазной щели (обычная, сужена, расширена) Форма век (обычная, эпикантус, деформации) Подвижность (птоз, лагофтальм) Состояние кожи век: наличие рубцов, пигментация, гиперемия. отек и т.д. Состояние свободного края: переднее и заднее ребро, интермаргинальное пространство, правильность роста ресниц, состояние мейбомиевых желез
3. Слезные органы При пальпации верхне-наружного угла орбиты слезная железа не пальпируется, безболезненна. При вывороте верхнего века и фиксации глазного яблока книзу внутри видна пальпебральная часть слезной железы. Секреторная функция слезной железы нормальная. При пробе Ширмера лакмусовая полоска 0,5х3 см смачивается в течение 5 мин длиной не менее 1.5 см. Слезостояния не отмечается. Слезные точки выражены диаметром 0,2 мм, погружены в слезное озеро, слезные каналы свободно проходима, канальцевая проба положительная (закапанный флюоресциин или 3%-ный колларгол исчезает из конъюнктивального мешка за 30 сек), при зондировании свободно проходима. Кожа в области расположения слезного мешка не изменена, при надавливании на область слезного мешка отделяемого из слезных точек нет. Проба Веста с красящим веществом положительная	Слезные органы: слезная железа при пальпации увеличена, болезненная, наличие слезостояния. Состояние слезных точек (сужены, заращены, отсутствуют). Положение слезных точек (смещение, не прилежат к слезному озеру). Проходимость слезных канальцев (определяется по цветной канальцевой пробе, при промывании и зондировании при необходимости). Слезный мешок: при наличии отделяемого, его характер (слизистое, гнойное). Проходимость слезноносового канала (по цветной пробе, при необходимости промывание и рентгенография)
4. Конъюнктив Конъюнктив век и переходных складок бледно-розового цвета. блестящая. гладкая, влажная, чувствительная, с выраженным сосудистым рисунком. прозрачная. Конъюнктив глазного яблока прозрачная, гладкая, подвижная	Учитываются цвет, прозрачность. гладкость поверхности, влажность, наличие отделяемого. При патологии гиперемия (конъюнктивальная инъекция), наличие фолликулов, рубцов, инфильтрации и т.д. Отсутствие или наличие отделяемого и характер его. При необходимости бактериологическое исследование
5. Глазное яблоко в целом Глазное яблоко обычной формы и средне-нормальной величины. Подвижность глазного яблока полная неограниченная. положение в орбите правильное, симметричное	Величина (обычная, микрофтальм. макрофтальм, буфтальм. анофтальм). Деформация и ее характер. Подвижность (полная или ограниченная). Положение в орбите (обычное, энофтальм, экзофтальм,

6. Склера Склера белого цвета, хорошо видна через прозрачную конъюнктиву глазного яблока, инъекция отсутствует	смещение) При патологии: наличие инъекции (перикорнеальной, конъюнктивальной, смешанной) разлитой или регионарной, наличие выпячиваний, инфильтратов. Новообразований
7. Роговица Роговица прозрачная, гладкая, блестящая, зеркальная, сферичная, чувствительная. Горизонтальный размер 11 мм Сосудов в роговице нет. Лимб - молочного цвета, шириной 1.5 мм. васкуляризации не выявлено	Роговица: величина, форма, прозрачность, чувствительность. При патологии возможны изменения величины (мегалокорнеа. микрокорнеа). формы (керато- конус. кератоглобус, другие изменения). нарушения прозрачности (инфильтраты, наличие сосудов поверхностных, глубоких. рубцы, дегенерации), нарушения блестящей, зеркальной поверхности (нарушение блеска. окрашивание дефекта при язвах и эрозиях роговицы)
8. Передняя камера Обычной глубины, влага прозрачная	При патологии может углубляться или становиться мельче. Влага передней камеры может терять прозрачность, опалесцировать. Появляются форменные элементы (кровь-гифема, гной - гипопион), отложения на задней поверхности роговицы - преципитаты
9. Радужная оболочка Карего (голубого и т.д.) цвета с четко выраженным радиарным рисунком и рельефом. Зрачок в центре радужки правильной формы, диаметром 3 мм, реакции живые	Основные характеристики: цвет, рисунок, рельеф, состояние зрачка. При патологии изменяется цвет, рисунок становится смазанным или не различимым, рельеф сглаживается (отек). Обратить внимание на наличие новообразованных элементов; сосуды, пигментные локальные или разлитые образования, плоские или выступающие. Изменения формы зрачка в виде отдельных передних или задних синехий (круговая задняя синехия. сращение или заращение зрачка). Изменение реакции зрачка
10. Хрусталик Положение правильное, прозрачен	При патологии – изменение положения (подвывих, вывих), либо отсутствие хрусталика (афакия). Изменения прозрачности (в каких слоях, регионарные. центр, периферия, по всему хрусталику)
11. Стекловидное тело Прозрачно	При патологии изменение прозрачности: диффузная муть, деструкция (нитчатая и т.д.). отдельные грубые помутнения, гемофтальм. гнойное расплавление

12. Глазное дно

Диск зрительного нерва бледно-розовый с четкими границами. обычных размеров, хорошо выражена физиологическая экскавация. Сосуды выходят из центра диска, в дальнейшем ход их равномерный, дихотомически делятся, соотношение калибра артерий и вен 2:3. Общий тон глазного дна равномерный. красный. Зона желтого пятна хорошо контурируется, световые рефлексы выражены. Периферия сетчатки без особых изменений	Различительные зоны - диск зрительного нерва, сосуды, область желтого пятна, периферия сетчатки. Зрительный нерв - могут изменяться величина (отек, неврит), границы (нечеткие). Появление краевой экскавации. Изменение цвета диска (гиперемия, побледнение и т.д.). Изменение калибра сосудов, неравномерность их хода, изменение артериовенозного соотношения. Может изменяться зона желтого пятна (нечеткость рефлекса, отек, инфильтрации, кровоизлияния и т.д.). Изменения общего фона сетчатки (бледность при отеке и т.п.) Появление новых элементов: кровоизлияния, инфильтраты, экссудация и транссудация, новообразованные сосуды (микроаневризмы), пигментация, новообразования и т.д. Отслойка сетчатки
---	--

VII. Предварительный диагноз

VIII. Офтальмологические дополнительные методы исследования

1. Биомикроскопия (исследования щелевой лампой).
2. Гониоскопия (исследование угла передней камеры гониоскопом или упрощенным методом по Вургафту).
3. Рентгенография орбиты обзорная в 2-х проекциях и с индикатором Балтина.
4. Измерение ВГД.
5. Диафаноскопия и трансиллюминация.
6. Исследование темновой адаптации
7. Рефрактометрия на приборах.
8. Бактериологическое и вирусологическое исследование.
9. Эптопические феномены.
10. Экзофтальмометрия.
11. Ультразвуковая биометрия.

Примечание: Дополнительные методы исследования применяются только в тех случаях, где они необходимы, и только те, которые необходимы.

IX. Клинические анализы

X. Дифференциальный диагноз

XI. Клинический диагноз

XII. Обоснование клинического диагноза

XIII. Развернутый план лечения с обоснованием

XIV. Прогноз

XV. Исход заболевания

XVI. Использованная литература

Перечень вариантов дифференциальной диагностики некоторых заболеваний глаз

1. Острый приступ глаукомы и острый иридоциклит.
2. Открытоугольная глаукома и возрастная катаракта.
3. Хронический дакриоцистит и бактериальный конъюнктивит.

4. Врожденный дакриоцистит и бактериальный конъюнктивит
5. Весенний катар и бактериальный конъюнктивит.
6. Аллергический конъюнктивит и аденовирусный конъюнктивит
7. Врожденная глаукома и кератоглобус
8. Проникающее ранение и непроникающее ранение.
9. Птеригиум и пингвекула.
10. Ячмень и халязион.

Блок Д

ТЕСТЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ (ЗАЧЕТ С ОЦЕНКОЙ):

1. Цветное зрение определяется следующим методом: а) визометрия б) таблицы Рабкина в) гониоскопия г) офтальмометрия д) ретиноскопия
2. Принцип построения полихроматических таблиц: а) уравнивание яркости и тона б) одинаковый тон, различная яркость в) уравнивание яркости и насыщенности г) различная длина электромагнитных волн д) одинаковая яркость, различная насыщенность
3. При остроте зрения равной 1,0 угол зрения соответственно равен: а) 1 мин б) 2 мин в) 30 сек г) 60 мин д) 5 мин
4. Если буквы «Ш» и «Б» видны с расстояния 2,5 м, то острота зрения равна: а) 0,1 б) 1,0 в) 0,01 г) 0,05 д) 0,08
5. Острота зрения определяется: а) по таблицам Рабкина б) по методу Гиршберга в) по кольцам Ландольта г) периметром д) адаптометром
6. В таблицах для определения остроты зрения детали опто типов видны под углом зрения: а) 1 мин с расстояния 5 м б) 5 мин с расстояния 5 м в) 1 мин с расстояния 2 м г) 2 мин с расстояния 1 м д) 5 мин с расстояния 1 м
7. В желтом пятне находятся: а) колбочки б) палочки в) колбочки и палочки г) отсутствуют колбочки д) больше колбочек, чем палочек
8. Функцией жёлтого пятна является: а) центральное зрение и светоощущение б) центральное зрение в) периферическое зрение г) периферическое зрение и светоощущение д) цветоощущение и сумеречное зрение
9. Протанопия – это: а) нарушение темновой адаптации б) выпадение красного компонента в) нарушение восприятия синего цвета г) нормальное ощущение цветов д) нарушение световой адаптации
10. У ребёнка в первые дни жизни появилось слезостояние, слизисто – гнойное отделяемое на правом глазу. При надавливании на область слёзного мешка из н/слёзной точки выделяется гной. Диагноз? А) острый эпидемический конъюнктивит б) гонобленорея в) врождённый дакриоцистит г) атрезия слёзных канальцев д) дакриoadенит
11. Дакриоаденит – это: а) воспаление околоушной железы б) воспаление слёзного мешка в) воспаление слёзной железы г) воспаление слёзного мясца д) воспаление слёзного канальца
12. У ребёнка болеющей свинкой обнаружено покраснение правого глаза, отёк в наружной части верхнего века. При осмотре веко S-образной формы, гиперемизовано, отмечается резкая болезненность и инфильтрат в наружной половине века, предшннне железы увеличены, болезненны. Ваш диагноз: а) острый дакриоцистит б) флегмона слёзного мешка в) острый дакриoadенит г) абсцесс верхнего века д) панoftальмит
13. Основные клинические симптомы ячменя: а) безболезненное уплотнение века б) припухлость внутреннего угла глаза, при надавливании гнойное отделяемое из слёзной точки в) припухлость, гиперемия, локальная болезненность в области века г) безболезненный отёк века д) чешуйчатое отделяемое по краю века
14. В течение 3 лет у женщины 35 лет слезится правый глаз. В начале осени она попала под дождь. Через несколько дней появился озноб, температура, резкая болезненность, покраснение и припухлость у внутреннего угла века справа. Ваш диагноз? а) дакриоцистит б) флегмона слёзного мешка в) дакриoadенит г) ячмень д) блефарит
15. Лечение хронического дакриоцистита у взрослых: а) зондирование слёзных путей б) промывание слёзных путей в) хирургическое лечение г) антибиотикотерапия д) физиолечение
16. Весенний катар развивается вследствие: а) воспаления б) бактериальной инфекции в) вирусной инфекции г) аллергической реакции д) интоксикации
17. Крыловидная плева (птеригиум) развивается вследствие: а) воздействия воздействия солнца, сухого воздуха б) инфекции в) травмы г) воспалительного заболевания конъюнктивы д) воспаления роговицы
18. Ячмень характеризуется: а) острым воспалением сальной железы хряща б) покраснением век с сухими чешуйками в) ограниченное болезненным покраснением края века г) покраснение слёзного мясца д) покраснение всего века
19. Язвенный блефарит – это: а) воспаление краёв век с образованием язвочек между ресницами б) множественные кистозные образования по краю века в) кровоизлияние под кожей век г) одностороннее утолщение век д) покраснением век с образованием чешуек
20. Острый приступ глаукомы развивается при: а) закрытоугольной глаукоме б) открытоугольной глаукоме в) вторичной глаукоме г) врождённой глаукоме д) при блоке шлеммова канала
21. Утром появились боли в правом глазу у женщины 50 лет после стирки белья. При осмотре врачом скорой помощи обнаружено покраснение глаза, отёчность роговицы, расширенный зрачок. При пальпации глаз твёрдый. Ваш диагноз: а) острый приступ глаукомы б) открытоугольная глаукома в) увеит г) иридоциклит д) катаракта
22. Оказание неотложной помощи при остром приступе глаукомы: а) промывание конъюнктивальной полости р-ром фурацилина б) инстилляцией сульфацила натрия в) инстилляцией атропина г) инстилляцией холиномиметиков д) инстилляцией витаминных капель
23. Лечение острого приступа глаукомы: а) лазерная иридэктомия б) витриоектомия в) экстракция катаракты г) криопексия цилиарного тела д) кератотомия
24. Причины развития врождённой глаукомы: а) наличие мезодермальной ткани в углу передней камеры б) врождённая миопия в) вывих хрусталика г) врождённая катаракта д) микрофтальм, микрокорнеа
25. Вторичная глаукома развивается вследствие: а) проникающего ранения глаза б) блефарита в) наличия мезодермальной ткани в углу передней камеры г) облачковидного помутнения роговицы д) воспаления конъюнктивы
26. Больной 60 лет расстроился, ночью плохо спал. Утром появились сильные боли в правой половине головы и правого глаза. Объективно: застойная инъекция, передняя камера мелкая, зрачок расширен, ВГД пальпаторно повышено. Диагноз: а) иридоциклит б) острый приступ глаукомы в) кератит г) конъюнктивит д) открытоугольная III «С» глаукома

27. Хориоидит это: а) воспаление цилиарного тела б) воспаление сосудистой оболочки в) сосудистая патология в системе задних коротких цилиарных артерий г) воспаление сетчатки д) воспаление цилиарного тела
28. Для хориоидита характерно: а) снижение центрального зрения б) боли в глазу в) снижение чувствительности роговицы г) застойный сосок д) отсутствие рефлекса с глазного дна
29. Причина заболеваний сосудистой оболочки: а) токсоплазмоз б) блефарит в) конъюнктивит г) травмы д) сахарный диабет
30. Изменения на глазном дне характерные для хориоидита: а) атрофия зрительного нерва б) очаговые изменения на периферии глазного дна в) стафилома г) экскавация зрительного нерва д) преретинальные кровоизлияния
31. Для диагностики хориоидита используется метод: а) офтальмометрии б) офтальмоскопии в) тонографии г) тонометрии д) гониоскопии
32. Несвоевременное лечение врожденной катаракты приводит к: а) косоглазию б) амблиопии в) отслойке сетчатки г) атрофии глазного яблока д) афакии
33. Современный метод коррекции афакии: а) искусственный хрусталик б) эпикератофакция в) эпикератофакия г) очковая коррекция д) кератопластика
34. Больной 65 лет жалуется на понижение зрения в течение нескольких лет. Два месяца назад перестал видеть правым глазом. При осмотре глаза спокойны, ВГД нормальное, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, зрачок средней ширины, на правом глазу просвет зрачка «серого цвета». Рефлекса с глазного дна нет. Слева – тусклый рефлекс с глазного дна. Острота зрения правого глаза = светоощущению с правильной проекцией, левого глаза = 0,3 не корр. Вероятный диагноз: а) зрелая катаракта правого глаза, начальная катаракта левого глаза б) открытоугольная IV «а» глаукома правого глаза в) вторичная катаракта обоих глаз г) увеиты обоих глаз д) гемофтальм
35. Снижение зрения до светоощущения возможно: а) при катаракте б) при миопии в) при астигматизме г) при блефароконъюнктивите д) гиперметропии
36. Верхняя прямая мышца иннервируется: а) отводящим нервом б) зрительным нервом в) блоковым нервом г) лицевым нервом д) глазодвигательным нервом
37. Признак заболевания орбиты: а) экзофтальм б) полный объем движения глаза в) покраснение бульбарной конъюнктивы г) помутнение роговицы д) косоглазие
38. Экзофтальм, нарушение подвижности глазного яблока свидетельствуют о повреждении: а) глазного яблока б) орбиты в) век г) слезных органов д) придаточных пазух носа
39. Синдром верхней глазничной щели: а) экзофтальм и лагофтальм б) экзофтальм и птоз в) лагофтальм и энофтальм г) энофтальм и офтальмоплегия д) нистагм
40. Абсолютная аккомодация это: а) положение глаз при конвергенции б) прирост преломляющей силы хрусталика в процессе аккомодации в) аккомодация одного глаза г) уплотнение хрусталика д) аккомодация обоих глаз
41. Пресбиопия это: а) возрастное ослабление аккомодации б) помутнение хрусталика в) возрастное усиление аккомодации г) расстройство аккомодации при интоксикации д) прогрессирующее ослабление зрения у школьников
42. Пресбиопия проявляется раньше при следующем состоянии: а) эметропии б) миопии в) гиперметропии г) диплопии д) афакии
43. Какие очки необходимы для работы гиперметропу в 2,0 D в 40 лет? а) + 2,0 D б) + 3,0 D в) + 1,0 D г) - 2,0 D д) + 4,0 D
44. Как изменяются цинновы связки при сокращении цилиарной мышцы? а) не изменяются б) натягиваются в) ослабевают г) сокращаются д) укорачиваются
45. Девочка 14 лет жалуется на быструю утомляемость глаз, особенно при длительном чтении. В последнее время стала плохо видеть вдаль. При осмотре: острота зрения OD= 0,5 с корр - 0,5 D = 1,0; острота зрения OS = 0,6 с корр - 0,75 D = 1,0. После трёхкратного закапывания 1% р-ра гомотропина острота зрения обоих глаз = 1,0. Ваш диагноз? а) спазм аккомодации б) миопия слабой степени в) аккомодативная астигматизация г) астигматизм д) прогрессирующая миопия
46. Какие корректирующие очки нужны миопу в 3,0 D: а) для дали - 3,0 D б) для дали и для чтения в - 3,0 D в) только для близи + 1,0 D г) для дали очки не нужны д) для близи в - 3,0 D
47. Какой вид рефракции сильный: а) эметропия б) гиперметропия в) астигматизм г) анизометропия д) миопия
48. Клинические проявления спазма аккомодации: а) слезотечение, светобоязнь б) быстрая утомляемость глаз при работе на близком расстоянии в) ухудшение зрения вблизи г) головная боль, раздражительность д) снижение работоспособности
49. Симптом «амавротический кошачий глаз» характерен для: а) ангиоматоза сетчатки б) ретинобластомы в) отслойки сетчатки г) врожденной катаракты д) врожденной глаукомы
50. Для обследования сетчатки проводится: а) биомикроскопия б) офтальмоскопия в) рефрактометрия г) офтальмометрия д) рефрактометрия, ангиография
51. Высокая прогрессирующая миопия может вызывать осложнения в виде: а) отслойки сетчатки б) эмболии центральной артерии сетчатки в) застойного соска зрительного нерва г) субатрофии глазного яблока д) атрофии зрительного нерва
52. У больного в анамнезе ЧМТ. Жалобы на постепенное снижение зрения. При обследовании обнаружено увеличение слепого пятна, скласкопически над диском зрительного нерва гиперметропия в 7,0 D. Офтальмоскопически диск зрительного нерва проминирует, границы нечеткие. Ваш диагноз: а) застойный сосок зрительного нерва б) нисходящая атрофия зрительного нерва в) нейроретинит г) разрыв зрительного нерва д) неврит зрительного нерва
53. Атрофия зрительного нерва развивается после: а) травмы б) кератита в) ретиноваскулита г) катаракты д) увеита
54. При дифференциальной диагностике неврита зрительного нерва и застойного соска диагностическим критерием является: а) сроки снижения зрения б) уровень внутриглазного давления в) состояние макулярной зоны г) глубина передней камеры д) изменение цвета радужной оболочки
55. Тактика врача при подозрении на застойный сосок зрительного нерва: а) массивная кортикостероидная терапия б) назначение антибиотиков в) контроль ВГД г) обследование у нейрохирурга д) обследование у ЛОР врача
56. У больного жалобы на постепенное снижение зрения, при обследовании выявлено концентрическое сужение полей зрения. В анамнезе ЧМТ. Ваш диагноз? а) ретробульбарный неврит б) застойный сосок зрительного нерва в) атрофия зрительного нерва г) ретиноваскулит д) папиллит
57. Атрофия зрительного нерва характеризуется: а) ступенчатостью границ зрительного нерва б) проминенцией диска зрительного нерва в) побледнением диска зрительного нерва г) кровоизлиянием на глазном дне д) резким расширением вен сетчатки
58. Застойный сосок зрительного нерва возникает вследствие: а) повышения внутриглазного давления б) повышения внутричерепного давления в) синдрома верхней глазничной щели г) воспаления зрительного нерва д) увеита
59. Для гонококкового конъюнктивита характерно отделяемое: а) хлопьевидное б) пенистое в) гнойное сливкообразное г) слизисто - гнойное д) слизистое
60. Для дифтерийного конъюнктивита характерно: а) гиперемия конъюнктивы век с явлениями лихорадки и фарингита б) конъюнктивита век в углах глазной щели гиперемирована, мацерация кожи в) образование серых трудноотделяемых пленок на конъюнктиве век, поражение зова и гортани г) петехиальные кровоизлияния на конъюнктиве склеры д) точечные геморрагии в конъюнктиве сводов и век
61. Дакриоаденит возникает после: а) блефарита б) паротита в) острого конъюнктивита г) блефарита д) склерита
62. Для лечения первичной глаукомы применяются: а) антибиотики б) бета - блокаторы в) кортикостероиды г) сульфаниламиды д) противовирусные средства

63. Слепота при глаукоме наступает вследствие: а) атрофии зрительного нерва б) отрыва зрительного нерва в) катаракты г) гемофтальма д) помутнения роговицы
64. Дифференциальная диагностика острого приступа глаукомы проводится с: а) катарактой б) иридоциклитом в) конъюнктивитом г) кератитом д) невритом
65. Для острого приступа глаукомы характерно наличие: а) перикорнеальной инъекции б) симптома «кобры» в) застойной инъекции г) конъюнктивальной инъекции д) смешанной инъекции
66. Кардинальным симптомом первичной глаукомы является: а) нормальное внутриглазное давление б) циклитическая болезненность в) экзофтальм г) повышенное внутриглазное давление д) увеличение размеров глазного яблока
67. Симптомом врожденной и юношеской глаукомы является: а) атрофия радужки б) циклитическая болезненность в) экзофтальм г) повышенное внутриглазное давление д) увеличение размеров глазного яблока
68. Характерные жалобы у больных с открытоугольной глаукомой: а) наличие «радужных кругов» вокруг источника света б) периодическое затуманивание зрения в) чувство инородного тела в глазу г) резкое снижение зрения д) отсутствие типичных жалоб
69. Характерными жалобами больных с закрытоугольной формой глаукомы являются: а) наличие «радужных кругов» вокруг источника света б) постепенное снижение зрения в) чувство инородного тела в глазу г) боли за глазами при движении в разные стороны д) отсутствие типичных жалоб
70. В кровоснабжении радужной оболочки и цилиарного тела принимают участие: а) задние короткие цилиарные артерии б) задние длинные цилиарные артерии в) центральная артерия сетчатки г) мышечные артерии д) решетчатые артерии
71. Кровоснабжение хориоидеи осуществляется за счёт: а) передних цилиарных артерий б) задних длинных цилиарных артерий в) задних коротких цилиарных артерий г) центральной артерии сетчатки д) мышечных артерий
72. Функцией цилиарного тела является: а) расширение зрачка б) продукция внутриглазной жидкости в) отток внутриглазной жидкости г) продукция слезы д) светоощущение
73. Сужение зрачка осуществляется: а) цилиарной мышцей б) сфинктером в) леватором г) дилатором д) ресничной мышцей
74. Жалобами больных при начальной катаракте являются: а) покраснение глаза б) летающие мушки перед глазом в) светобоязнь г) снижение зрения вдаль д) боли в глазу
75. У здорового человека при обследовании обнаружена скотома. Её характеристика: а) положительная б) центральная в) патологическая г) относительная д) физиологическая
76. Больной жалуется на появившийся дефект в поле зрения, через который отсутствует зрительное восприятие. Что это? а) абсолютная положительная скотома б) абсолютная отрицательная скотома в) относительная отрицательная скотома г) относительная положительная скотома д) физиологическая скотома
77. Лазерная иридэктомия проводится при: а) врожденной глаукоме б) вторичной глаукоме в) закрытоугольной глаукоме г) катаракте д) отслойке сетчатки
78. Лазерная трабекулопластика применяется при: а) открытоугольной глаукоме б) зрелой катаракте в) вторичной глаукоме г) врожденной глаукоме д) иридоциклите
79. Тромбоз центральной вены сетчатки может привести к развитию: а) вторичной глаукомы б) катаракты в) иридоциклита г) отслойки сетчатки д) неврита зрительного нерва
80. Исходом глаукомы может быть: а) атрофия зрительного нерва б) бельмо в) катаракта г) неврит зрительного нерва д) симпатическое воспаление
81. Ребенка привели к врачу с выраженными явлениями слезотечения, светобоязни, блефароспазма. При осмотре глаз с помощью векоподъемника на роговице виден желтоватый-серый узелок диаметром 4 мм и идущие к нему сосуды в виде луча. Ваш диагноз: а) фликтенулезный кератит б) язва роговицы в) бельмо роговицы г) кератомикоз д) герпетический кератит
82. Герпетический кератит протекает в виде: а) древовидного кератита б) смешанной васкуляризации роговицы в) ползучей язвы роговицы г) склерозирующего кератита д) странствующей фликтены
83. Для лечения бельм роговицы используют: а) антибиотики б) витамины в) кератопластику г) ферменты д) кортикостероиды
84. Бельмо – это: а) помутнение роговицы б) помутнение хрусталика в) поверхностный инфильтрат роговицы г) дубликатура конъюнктивы д) кератомалиция
85. Начальная катаракта лечится: а) хирургическим методом б) кортикостероидами в) антибиотикотерапией г) витаминами д) витректомией
86. При перезрелой катаракте производится: а) дисцизия задней капсулы б) экстракция катаракты в) криопексия цилиарного тела г) алкоголизация цилиарного узла д) витаминотерапия
87. При действии средних волн возникает возбуждение: а) 1-го компонента сильно б) 2-го компонента сильно в) 3-го компонента сильно г) 1-й компонент слабо д) 2 –й компонент практически не возбуждается
88. При действии коротких волн возникает возбуждение: а) 1-го компонента сильно б) 2-го компонента сильно в) 2-го компонента слабо г) 3-го компонента сильно д) 3-й компонент практически не возбуждается
89. Слепое пятно это: а) относительная скотома б) положительная скотома в) абсолютная скотома г) патологическая скотома д) периферическая скотома
90. Слепое пятно расположено при кампиметрии в: а) верхней половине поля зрения б) височной половине поля зрения в) носовой половине поля зрения г) нижней половине поля зрения д) верхне-носовой половине поля зрения
91. В зависимости от того в каком меридиане преломление сильнее различают: а) правильный и неправильный астигматизм б) прямой и обратный астигматизм в) сложный и смешанный астигматизм г) простой и сложный астигматизм д) роговичный и хрусталиковый астигматизм
92. Острота зрения равна 1,0: а) свидетельствует о наличии астигматизма б) исключает наличие любой аметропии в) не исключает гиперметропию г) исключает наличие гиперметропии д) не исключает наличие миопии
93. Аккомодация находится в постоянном напряжении при: а) эметропии б) гиперметропии в) миопии г) сложном миопическом астигматизме д) пресбиопии
94. Во время напряжения аккомодации зрачок: а) расширяется б) не изменяется в) сужается г) приобретает неправильную форму д) остается неподвижным
95. Ниже перечислены линзы, с которыми острота зрения равна 1,0. Какая из них указывает на величину миопии: а) -3,0 Д б) -2,5 Д в) -2,0 Д г) -3,5 Д д) -4,0 Д
96. Гиперметроп в 1,5 Д очки не носит, жалуется на быструю утомляемость глаз при работе с мелкими предметами, чтении; головные боли; боли в области надбровных дуг. Ваш диагноз: а) аметропия б) аккомодационная астинопия в) мышечная астинопия г) амблиопия д) анизокория
97. Объективным методом определения рефракции является: а) периметрия, скиаскопия б) адаптометрия, офтальмометрия в) рефрактометрия, офтальмоскопия г) скиаскопия, рефрактометрия д) офтальмометрия, визометрия
98. В цилиндрической линзе оптически деятельен: а) меридиан, перпендикулярный оси цилиндра б) косой меридиан в) меридиан, параллельный оси цилиндра г) горизонтальный меридиан д) центр линзы
99. Ниже перечислены линзы, с которыми острота зрения равна 1,0. Какая из них указывает на величину гиперметропии: а) +1,0 Д б) +2,0 Д в) +1,5 Д г) +1,75 Д д) +0,5 Д
100. Гиперметропу в 1,0 Д в 40 лет при чтении нужны линзы: а) +1,0 Д б) +1,5 Д в) -1,0 Д г) +2,0 Д д) -2,0 Д

101. Миопия в 3,0 Д в 50 лет для чтения нужны очки: а) + 2,0 Д б) + 1,0 Д в) не нуждается г) – 1,0 Д д) + 3,0 Д
102. Миопия в 2,0 Д перед глазом поставили линзу + 3,0 Д. Какая стала общая рефракция: а) миопия в 2,0 Д б) гиперметропия в 1,0 Д в) гиперметропия в 5,0 Д г) миопия в 5,0 Д д) миопия в 1,0 Д
103. Гиперметропия в 3,0 Д перед глазом поставили линзу – 2,0 Д. Какая стала общая рефракция: а) миопия в 1,0 Д б) миопия в 5,0 Д в) гиперметропия в 5,0 Д г) гиперметропия в 1,0 Д д) смешанный астигматизм
104. Заворот века бывает: а) частично-паралитический, паралитический б) атонический, клонический в) спастический, гипертрофический г) спастический, рубцовый д) рубцовый, паралитический
105. Выворот века бывает: а) частично-паралитический, паралитический б) рубцовый, паралитический в) атонический, клонический г) спастический, паралитический д) спастический, гипертрофический
106. Глубина орбиты равна: а) 10 см б) 5 см в) 15 см г) 24 см д) 7 см
107. Диск зрительного нерва это: а) место наилучшего зрения б) место скопления биполярных клеток в) место выхода из сетчатки зрительного нерва г) место скопления колбочек д) место скопления палочек
108. Выводные протоки слезной железы открываются в: а) гайморову пазуху б) носовую полость в) верхний свод конъюнктивы г) нижний свод конъюнктивы д) слезный мешок
109. Внутренняя стенка орбиты граничит с: а) гайморовой пазухой носа б) лобной пазухой носа в) ячейками решетчатой кости г) височной ямкой д) крылонебной ямкой
110. Верхняя стенка орбиты граничит с: а) фронтальной пазухой носа б) гайморовой пазухой носа в) височной ямкой г) ячейками решетчатой кости д) основной пазухой
111. Зрительный нерв входит в: а) височную ямку б) крылонебную ямку в) среднюю черепную ямку г) переднюю черепную ямку д) заднюю черепную ямку
112. При металлозе в глазу больше всего страдает: а) роговица, склера б) хрусталик, стекловидное тело в) циркуляция внутриглазной жидкости г) сосудистый тракт, зрительный нерв д) склера, стекловидное тело
113. Металлозом называется: а) нахождение металлического инородного тела внутри глаза б) воспалительная реакция внутренних оболочек глаза из-за окисления инородного тела в) длительное пребывание металлического инородного тела в глубоких слоях роговицы г) длительное пребывание металлического инородного тела в хрусталике д) воспалительная реакция не травмированного глаза
114. Сидероз развивается в глазу вследствие длительного нахождения в глазу инородного тела из: а) меди б) свинца в) железа г) алюминия д) олова
115. Халькоз это воспалительная реакция внутренних оболочек глаза вследствие воздействия на них продуктов окисления: а) меди б) свинца в) железа г) алюминия д) олова
116. При длительном пребывании железосодержащего инородного тела в глазу радужка приобретает: а) желтовато-зеленый оттенок б) красный оттенок в) синий отлив г) серебристый отлив д) ржавый цвет
117. При длительном пребывании окислов меди в глазу радужка приобретает: а) желтовато-зеленый оттенок б) красный оттенок в) синий отлив г) серебристый отлив д) ржавый цвет
118. Металлоз протекает в глазу в виде: а) кератита б) склерита в) увеита г) конъюнктивита д) дакриоцистита
119. При металлозе характерно в итоге: а) сохранение высоких функций глаза б) снижение адаптации в) развитие полной слепоты г) снижение внутриглазного давления д) развитие эндофтальмита
120. Опасность при металлозе представляет развитие слепоты от поражения: а) зрительного нерва б) радужной оболочки и цилиарного тела в) хрусталика г) роговицы д) склеры
121. Атрофия зрительного нерва при металлозе развивается в результате: а) застойного соска б) нейроретинита в) ретробульбарного неврита г) нисходящего процесса в зрительно-нервных путях д) оптохиазмального арахноидита
122. Энуклеация глаза при металлозе показана при развитии: а) симблефарона, анкилоблефарона б) кератомяляции в) вторичной катаракты г) глаукомы, рецидивирующего увеита д) бельма роговицы
123. При невозможности удалить внутриглазное металлическое инородное тело показано: а) удаление хрусталика б) удаление поврежденного глаза в) удаление неповрежденного глаза г) отграничение инородного тела лазерными коагулятами д) применение антидотной терапии
124. Антидотом меди является: а) сульфацил натрия б) унитиол в) тиосульфат натрия г) мочевины д) аскорбиновая кислота
125. Смешанная инъекция глазного яблока характерна для : а) иридоциклита б) хориоидита в) острого приступа глаукомы г) катаракты д) дакриоцистита
126. Для устранения мнимого косоглазия необходимо следующее лечение: а) очковая коррекция б) хирургическое лечение в) прямая окклюзия г) обратная окклюзия д) в лечении не нуждается
127. У больного жалобы на нерезкое снижение зрения в течении 10 дней. Офтальмоскопическая картина: гиперемия диска зрительного нерва, размытость его границ. Ваш диагноз: а) застойный сосок зрительного нерва б) тромбоз ЦВС в) неврит г) нисходящая атрофия зрительного нерва д) спазм ЦАС
128. У пациента жалобы на постепенное снижение зрения, в анамнезе ЧМТ. Офтальмоскопическая картина: диск зрительного нерва с сероватым оттенком, контуры четкие. Ваш диагноз: а) застойный сосок зрительного нерва б) восходящая атрофия зрительного нерва в) атрофия Лебера г) нисходящая атрофия зрительного нерва д) синдром Фостера-Кеннеди
129. Офтальмоскопическая картина: диск зрительного нерва гиперемирован, границы нечеткие, вены полнокровные, в анамнезе ЧМТ. Ваш диагноз: а) нисходящая атрофия зрительного нерва б) восходящая атрофия зрительного нерва в) простая атрофия зрительного нерва г) застойный сосок зрительного нерва д) синдром Фостера-Кеннеди
130. Лечение атрофии зрительного нерва: а) дексаметазон б) цефамизин в) биохинол г) атропин д) кавинтон
131. При резко выраженных симптомах панеофтальмита без тенденции к регрессу показана операция: а) энвисцерация б) криопексия в) лазеркоагуляция г) циркуляж д) гониоспазис
132. У больного жалобы на фотопсии и метаморфопсии, при исследовании выявлено легкое помутнение задних слоев стекловидного тела. Ваш диагноз: а) хориоретинит б) отслойка сетчатки в) передний увеит г) увеопатия д) фиброзно-пластический увеит
133. В клинику обратился больной с жалобами на отсутствие зрения на одном глазу. В анамнезе контузия глазного яблока. При исследовании в проходящем свете рефлекса нет. Ваш диагноз? а) травматическая катаракта б) отслойка сетчатки в) частичный гемофтальм г) полный гемофтальм д) эндофтальмит
134. Причины наружной офтальмоплегии – повреждение: а) симпатического, лицевого, глазодвигательного нервов б) глазодвигательного, отводящего, блокового нервов в) зрительного, глазодвигательного, блокового нервов г) тройничного, отводящего, зрительного нервов д) глазодвигательного, зрительного, лицевого нервов
135. У пациента жалобы на резкое снижение зрения одного глаза, появление завесы снизу, при периметрии выявлено выпадение верхней половины поля зрения. Ваш диагноз: а) опухоль в области турецкого седла б) новообразование хиазмы в) отслойка сетчатки г) острый приступ глаукомы д) оптохиазмальный арахноидит
136. Ретинобластома чаще встречается в возрасте: а) после 60 лет б) у новорожденных в) от 20 до 45 лет г) юношеском возрасте д) детей 2-4 лет
137. Лечение эмболии центральной артерии сетчатки в первые часы: а) сосудорасширяющие препараты б) ферменты в) кортикостероиды г) противосклеротические препараты д) антиоксиданты

138. Картина глазного дна в норме: а) отсутствие макулярного рефлекса б) наличие макулярного рефлекса в) отсутствие фовеолярного рефлекса г) миелоидные волокна у диска зрительного нерва д) перераспределение пигмента
139. Осложнение тромбоза центральной вены сетчатки: а) отслойка сетчатки б) катаракта в) нейроретинопатия г) дистрофия сетчатки д) вторичная неоваскулярная глаукома
140. При ретинобластоме возможно развитие: а) гемофтальма б) неопластической глаукомы в) флегмогипертензивной глаукомы г) кератита д) инфантильной глаукомы
141. К вторичной глаукоме относится: а) простая глаукома б) пигментная глаукома в) воспалительная глаукома г) ползучая глаукома д) злокачественная глаукома
142. Двигательная иннервация нижней прямой мышцы осуществляется: а) 6-й парой ЧМН б) 7-й парой ЧМН в) 8-й парой ЧМН г) 3-й парой ЧМН д) 4-й парой ЧМН
143. Двигательная иннервация верхней косой мышцы осуществляется: а) 3-й парой ЧМН б) 5-й парой ЧМН в) 6-й парой ЧМН г) 8-й парой ЧМН д) 4-й парой ЧМН
144. Поворот глазного яблока вверх и наружу осуществляет: а) внутренняя прямая мышца б) верхняя косая мышца в) нижняя косая мышца г) верхняя прямая мышца д) нижняя прямая мышца
145. Мышца, поднимающая верхнее веко двигательную иннервацию получает от: а) 1-й пары ЧМН б) 3-й пары ЧМН в) 4-й пары ЧМН г) 6-й пары ЧМН д) 8-й пары ЧМН
146. В толще радужки есть мышца: а) наружная прямая б) дилатор в) нижняя косая г) круговая мышца д) верхняя косая
147. Поворот глазного яблока вниз и наружу осуществляется: а) нижняя прямая мышца б) нижняя косая мышца в) круговая мышца г) верхняя прямая мышца д) верхняя косая мышца
148. Для начальной стадии глаукомы характерны: а) концентрическое сужение полей зрения б) снижение остроты зрения до светоощущения в) атрофия зрительного нерва г) сужение сосудов на глазном дне д) нормальные функции
149. При отсутствии компенсации ВГД при открытоугольной глаукоме показана операция: а) иридэктомия б) экстракция катаракты в) трабекулэктомия г) гониотомия д) дакриоцисториностомия
150. Признак врожденной глаукомы: а) увеличение размера роговицы б) кератоконус в) мелкая ПК г) изменение цвета радужки д) застойный сосок зрительного нерва
151. При врожденной глаукоме характерно: а) увеличение глазного яблока б) микрокорнея в) кератоконус г) помутнение хрусталика д) циклитическая болезненность
152. Задние синехии характерны для: а) кератита б) сращенного бельма роговицы в) иридоциклита г) помутнения хрусталика д) хориоретинита
153. Клиническое течение иридоциклита сопровождается: а) расширением зрачка б) повышением ВГД в) офтальмоплегией г) циклитической болезненностью д) экзофтальмом
154. Жалобы больных при иридоциклите: а) боль в глазу б) светобоязнь в) слезотечение г) ограничение движений глаза д) радужные круги перед глазом
155. Признаком иридоциклита является: а) слизисто-гнойное отделяемое б) изменение цвета радужки в) повышение ВГД г) расширение зрачка д) конъюнктивальная инъекция
156. Лечение старческой катаракты: а) дисцизия б) экстракция катаракты в) витрэктомия г) электрофорез с алоэ д) иридэктомия
157. При незрелой катаракте острота зрения может быть: а) предметное зрение отсутствует б) острота зрения равна 0 (нулю) в) светоощущение с неправильной проекцией г) предметное зрение сохранено д) светоощущение с правильной проекцией
158. В клинику обратился больной с жалобами на отек век левого глаза, слезотечение, обильное гнойное отделяемое, повышение температуры. Объективно: резкий отек век, распространяющийся на левую половину лица, глазная щель закрыта, у внутреннего угла глаза пальпируется инфильтрат. Ваш диагноз? а) абсцедирующий ячмень нижнего века б) острый конъюнктивит в) флегмона орбиты г) флегмона слезного мешка д) дакриоаденит
159. Показанием к операции дакриоцисториностомии является: а) стриктура слезных канальцев б) атрезия слезных точек в) воспаление слезного канала г) флегмона слезного мешка д) хронический дакриоцистит
160. При операции дакриоцисториностомии создают соустье между: а) слезным мешком и верхней носовой раковиной б) слезным мешком и средней носовой раковиной в) слезным мешком и нижней носовой раковиной г) слезным мешком и конъюнктивальной полостью д) слезным мешком и гайморовой пазухой
161. При действии длинных волн возникает возбуждение: а) 2-го компонента сильно б) 1-го компонента слабо в) 1-го компонента сильно г) 3-го компонента сильно д) 1-й компонент практически не возбуждается
162. Полное выпадение 1-го компонента называется: а) тританопия б) тританомалия в) дейтеранопия г) дейтераномалия д) протанопия
163. Аномальное восприятие красного цвета называется: а) протанопия б) протаномалия в) дейтеранопия г) дейтераномалия д) тританопия
164. Ослабленное восприятие 2-го компонента называется: а) протанопия б) протаномалия в) дейтеранопия г) дейтераномалия д) тританопия
165. Выпадение одного компонента цветового зрения называется: а) аномальная трихромазия б) ахромазия в) дихромазия г) трихромазия д) монохромазия
166. Выпадение 2-х компонентов цветового зрения называется: а) аномальная трихромазия б) монохромазия в) протаномалия г) трихромазия д) дихромазия
167. Отсутствие цветового зрения называется: а) аномальная трихромазия б) ахромазия в) дихромазия г) дальтонизм д) трихромазия
168. Видение предметов в красном цвете называется: а) ксантопсия б) хлоропсия в) эритропсия г) цианопсия д) протаномалия
169. Причины внутренней офтальмоплегии: а) парез дилатора зрачка, повышение ВГД б) повреждение сфинктера зрачка, парез мышцы поднимающей верхнее веко в) повреждение сфинктера и дилатора зрачка г) мидриаз, отслойка стекловидного тела д) нарушение иннервации сфинктера зрачка и ресничной мышцы
170. Клиническая картина синдрома верхней глазничной щели это: а) птоз, миоз, экзофтальм б) птоз, миоз, экзофтальм, офтальмоплегия в) птоз, мидриаз, офтальмоплегия г) птоз, мидриаз, нистагм д) птоз, миоз, лагофтальм, офтальмоплегия
171. Возможные симптомы вывиха хрусталика в стекловидное тело: а) мелкая ПК, мидриаз, иридолиз б) глубокая ПК, иридолиз, снижение зрения в) мелкая ПК, снижение зрения, иридолиз г) глубокая ПК, миоз, гемералопия д) мелкая ПК, мидриаз, снижение зрения
172. Основные признаки ретробульбарного кровоизлияния: а) экзофтальм, отек диска зрительного нерва б) экзофтальм, лагофтальм, снижение зрения в) экзофтальм, отек диска зрительного нерва г) экзофтальм, офтальмоплегия, лагофтальм д) экзофтальм, экскавация диска зрительного нерва
173. Признаки проникающего ранения роговицы: а) глубокая ПК, гипотония, миоз б) мелкая ПК, мидриаз, гипертония в) мелкая ПК, гипотония, снижение зрения г) глубокая ПК, гипотония, смещение зрачка д) кровь в ПК, миоз, отек роговицы
174. Достоверный (абсолютный) признак проникающего ранения глаза: а) гипотония, кровь в ПК б) гипотония, смещение зрачка в) гипотония, отверстие в радужке г) мелкая ПК, гипотония, отверстие в верхнем веке д) кровь в ПК, мидриаз, гипотония
175. Сомнительные признаки проникающего ранения глаза: а) кровь в ПК, выпадение внутренних оболочек б) гипотония, мелкая ПК, смещение зрачка в) гипотония отверстие в радужке г) мелкая ПК, инородное тело внутри глаза д) кровь в ПК, стекловидное тело на роговице
176. Осложнение проникающего ранения глаза: а) кератит, отслойка сетчатки б) катаракта, косоглазие в) металлоз, увеит г) увеит, ретинит д) кератит, неврит зрительного нерва

177. Причины электроофтальмии это поражение глаза: а) электрическим током б) электромагнитным излучением в) ультрафиолетовым излучением г) инфракрасным излучением д) ионизирующей радиацией
178. У новорожденного на 3 день после рождения веки стали плотными, синюшного цвета, при попытке приоткрыть глазную щель выделяется сукровица. Ваш предполагаемый диагноз? а) дифтерийный конъюнктивит б) гонобленорея в) острый эпидемический конъюнктивит Коха-Уикса г) аденовирусный конъюнктивит д) пневмококковый конъюнктивит
179. При тотальном гемофтальме острота зрения равна: а) 0,05 б) светоощущению в) 0,2 г) 0,3 – 0,5 д) 0,08 – 0,1
180. При пигментной дистрофии сетчатки на глазном дне определяются следующие изменения: а) плазморрагические очаги б) геморрагические очаги в) пигментное пятно Фукса г) пигментные очаги в виде «костных телец» д) расширение сосудов
181. Лечение отслойки сетчатки заключается в: а) хирургическом вмешательстве б) консервативном лечении в) витаминотерапии г) антибиотикотерапии д) назначении ангиопротекторов
182. Отсутствие сохранности движений глазных яблок в полном объеме свидетельствует о: а) содружественном косоглазии б) паралитическом косоглазии в) ортофории г) фузионном рефлексе д) гетерофории
183. Первичный угол отклонения это: а) угол отклонения здорового глаза б) угол отклонения косящего глаза в) угол сходящегося косоглазия г) угол расходящегося косоглазия д) установочное движение
184. Вторичный угол отклонения это: а) угол отклонения здорового глаза б) угол отклонения косящего глаза в) угол сходящегося косоглазия г) угол расходящегося косоглазия д) установочное движение
185. Равенство первичного и вторичного углов косоглазия свидетельствует о: а) паралитическом косоглазии б) содружественном косоглазии в) гетерофории г) ортофории д) фузионном рефлексе
186. При паралитическом косоглазии: а) первичный угол отклонения больше вторичного угла б) вторичный угол отклонения больше первичного угла в) первичный угол отклонения равен вторичному углу отклонения г) имеется только первичный угол отклонения д) имеется только вторичный угол отклонения
187. Наличие жалоб на диплопию говорит о: а) паралитическом косоглазии б) содружественном косоглазии в) аккомодационном косоглазии г) альтернирующем косоглазии д) неаккомодационном косоглазии
188. Определение угла косоглазия производится: а) методом «дыры в ладони» б) двумя спицами в) чтением «за карандашом» г) на периметре и методом Гиршберга д) надавливанием на глазное яблоко
189. Хирургическое лечение отслойки сетчатки: а) криопексия б) циркуляр в) циклодиализ г) ириденклеяжис д) иридоциклоретракция
190. Осложнением тромбоза центральной вены сетчатки является: а) вторичная глаукома б) вторичная катаракта в) растяжение глазного яблока г) субатрофия глазного яблока д) ретробульбарный неврит
191. Симптом пигментной дистрофии сетчатки: а) появление скрытой гиперметропии б) ретиношизис в) гемералопия г) появление центральной скотомы д) расширение эписклеральных вен
192. Атрофия зрительного нерва характеризуется: а) ступенчатостью границ зрительного нерва б) проминенцией диска зрительного нерва в) стекловидное тело г) побледнением диска зрительного нерва д) гиперемией диска зрительного нерва
193. Особенности первой помощи при ожоге глаз марганцовкой: а) обильное промывание изотоническим раствором б) обильное промывание раствором фурацилина в) удаление твердых частиц с конъюнктивы г) бинокулярная повязка д) закладывание мази
194. Двигательная иннервация внутренней прямой мышцы осуществляется: а) VII пара черепно-мозговых нервов б) II пара черепно-мозговых нервов в) I пара черепно-мозговых нервов г) III пара черепно-мозговых нервов д) VI пара черепно-мозговых нервов
195. Цилиарное тело выполняет функцию: а) выработки слезного секрета б) выработки внутриглазной жидкости в) участвует в преломлении световых лучей г) участвует в фотохимической реакции д) участвует в выработке слезной жидкости
196. Слеза орошает: а) камеры глаза б) своды конъюнктивы в) решетчатые пазухи г) гайморовы пазухи д) ретробульбарное пространство
197. Необратимая слепота наступает при: а) катаракте б) глаукоме в) иридоциклите г) помутнении роговицы д) косоглазии
198. Глубинное зрение обеспечивается: а) монокулярно (одним глазом) б) специальной коррекцией в) контактными линзами г) бинокулярно (двумя глазами) д) хирургическим вмешательством
199. Способ Соколова служит для проверки бинокулярного зрения с помощью: а) двух спиц б) чтения с карандашом в) выявления установочного движения г) диплопии при надавливании на глазное яблоко д) получение феномена «дыры в ладони»
200. Способность к слиянию зрительного образа в коре головного мозга называется: а) фузия б) дивергенция в) конвергенция г) нистагм д) гетерофория
201. Фузионный рефлекс формируется у ребенка к: а) 1 месяцу б) 2 месяцам в) 5-6 месяцам г) 1 году д) 3 годам
202. К оптическим средам глаза относится: а) хориоидея б) зрительный нерв в) хрусталик г) цилиарное тело д) сетчатка
203. Внутриглазная жидкость питает: а) зрительный нерв б) глазодвигательные мышцы в) слезную железу г) хрусталик д) хориоидею
204. Склера состоит из: а) 5 слоев б) 3 слоев в) 6 слоев г) 8 слоев д) 2 слоев
205. Основная функция хрусталика: а) продукция внутриглазной жидкости б) защитная в) преломление световых лучей г) энергетическая д) светочувствительная
206. Чувствительная иннервация цилиарного тела осуществляется: а) 4-й парой ЧМН б) 6-й парой ЧМН в) 7-й парой ЧМН г) 5-й парой ЧМН д) 1-й парой ЧМН
207. Стекловидное тело получает питание а) от центральной артерии сетчатки б) от передней цилиарной артерии в) от базилярной артерии г) от внутриглазной жидкости д) от задних коротких ресничных артерий
208. Через верхнюю глазничную щель проходит: а) центральная артерия сетчатки б) передняя решетчатая артерия в) 8-я пара ЧМН г) 6-я пара ЧМН д) 9-я пара ЧМН
209. Для профилактики гонобленореи новорожденных следует закапывать сразу после рождения в конъюнктивальный мешок обоих глаз: а) 0,25% раствор рибофлавина б) 10% раствор сульфацил-натрия в) 1% раствор атропина сульфата г) 4% раствор тауфона д) 1% раствор пилокарпина
210. Отток внутриглазной жидкости осуществляется через: а) угол передней камеры б) зрачок в) слезные пути г) роговицу д) склеру
211. Для первичной далекозашедшей глаукомы характерно: а) нормальные границы поля зрения б) гиперемия зрительного нерва в) помутнение хрусталика г) васкуляризация роговицы д) экскавация диска зрительного нерва
- 212. При остром приступе глаукомы характерно: а) сужение зрачка б) глубокая передняя камера в) смешанная инъекция г) циклитическая болезненность д) высокое внутриглазное давление**
213. При остром приступе глаукомы характерно: а) расширение зрачка б) глубокая передняя камера в) сужение зрачка г) изменение цвета радужки д) нормальное внутриглазное давление
214. Общими признаками иридоциклита и острого приступа глаукомы является: а) повышение ВГД б) изменение цвета радужки в) гифема г) боль в глазу д) циклитическая болезненность
215. Коррекция односторонней афакии: а) очки + 10,0 Д б) бифокальные очки в) контактная линза г) кератопротезирование д) кератотомия
216. Хирургическое лечение полной врожденной катаракты проводится в возрасте: а) 5 лет б) 2 года в) 6 лет г) до 1 года д) 10 лет
217. Факолитическая глаукома развивается при: а) проникающем ранении глаза б) контузии глаза в) незрелой катаракте г) перезрелой катаракте д) синдроме Марфана

218. Факоморфическая глаукома развивается при: а) незрелой катаракте б) перезрелой катаракте в) диабетической катаракте г) отслойке сетчатки д) контузии глаза
219. В клинику обратился пациент с жалобами на болезненность и гиперемию наружной части верхнего века, общее недомогание, повышение температуры. Объективно: верхнее веко отечно, гиперемировано, глазное яблоко смещено вниз и кнутри, подвижность ограничена. Ваш диагноз? а) острый эпидемический конъюнктивит б) абсцесс верхнего века в) ячмень верхнего века г) дакриoadенит д) острый приступ глаукомы
220. Палочки осуществляют: а) дневное зрение б) сумеречное зрение в) центральное зрение г) предметное зрение д) цветовое зрение
221. Колбочки осуществляют: а) периферическое зрение б) сумеречное зрение в) светоощущение г) центральное зрение д) ночное зрение
222. Острота зрения зависит от: а) величины рассматриваемого объекта б) расстояния до рассматриваемого объекта в) от величины оптических г) от угла зрения д) от анатомической оси глаза
223. При повреждении стенок орбиты наступает: а) эндофтальмит, амблиопия б) экзофтальм, энофтальм в) амблиопия, энофтальм г) вывих глазного яблока д) экзофтальм, амблиопия
224. После разрыва зрительного нерва наступает: а) амблиопия, гемералопия б) двусторонняя гемианопсия в) односторонняя слепота г) нарушение темновой адаптации д) слепота с противоположной стороны
225. При смещении костных отломков орбиты внутрь появляется: а) энофтальм, гемофтальм б) экзофтальм, энофтальм в) экзофтальм, смещение глазного яблока г) энофтальм, смещение глазного яблока д) лагофтальм, смещение глазного яблока
226. Эмфизема орбиты возникает при повреждении: а) верхней и наружной стенок орбиты б) наружной стенки орбиты и решетчатой кости в) нижней стенки орбиты и решетчатой кости г) решетчатой и клиновидной костей д) лобной кости и верхней стенки орбиты
227. Поврежденные слезные каналы восстанавливают: а) через 1 месяц после травмы б) через 6 месяцев после травмы в) не подлежат восстановлению г) в первые часы после травмы д) через 7 дней после травмы
228. При гифеме степень понижения зрения обусловлена: а) присоединением инфекции б) исходной рефракцией глаза в) количеством излившейся крови г) нарушением аккомодации д) резистентностью сосудов радужки
229. Опущение верхнего века возникает из-за повреждения: а) хряща б) кожно-мышечного слоя в) круговой мышцы г) леватора века д) лицевого нерва
230. Сочетанное повреждение стенки орбиты и придаточных пазух носа чревато: а) заносом инфекции в стекловидное тело б) заносом инфекции в орбиту в) заносом инфекции в слезный мешок г) отрывом косых мышц глаза д) эндофтальмитом
231. На стороне внутричерепного кровоизлияния наблюдается: а) миоз б) мидриаз в) неподвижность зрачка г) лагофтальм д) снижение чувствительности роговицы
232. Экзофтальм после травмы указывает на: а) уменьшение объема орбиты б) увеличение объема орбиты в) смещение костных отломков внутрь орбиты г) ретробульбарную гематому д) проникающее ранение склеры
233. Энофтальм после травмы указывает: а) увеличение объема глазницы б) уменьшение объема глазницы в) расхождение костей орбиты г) эндофтальмит д) внутриглазное инородное тело
234. При ранениях век первая медицинская помощь заключается в выполнении следующих мероприятий: а) введение противостолбнячной сыворотки и мочегонных средств б) введение противостолбнячной сыворотки и викасола в) введение противостолбнячной сыворотки и наложение стерильной повязки г) ПХО раны века и наложение стерильной повязки д) ПХО раны века и введение обезболивающих средств
235. Неудаленное инородное тело конъюнктивы верхнего века чревато развитием: а) конъюнктивита, иридоциклита б) конъюнктивита, катаракты в) конъюнктивита, кератита г) конъюнктивита, птоза верхнего века д) конъюнктивита, блефарита
236. Гифема при контузии глаза возникает при повреждении: а) сосудов хориоидеи б) сосудов сетчатки в) сосудов радужки г) задних цилиарных сосудов д) центральной артерии сетчатки
237. При тотальной гифеме необходимо проводить: а) промывание задней камеры б) тотальную витрэктомию в) промывание передней камеры г) переднюю витрэктомию д) наложение бинокулярной повязки
238. Гиперметропия слабой степени включает гиперметропию: а) до 2-х диоптрий б) до 3-х диоптрий в) до 1-й диоптрии г) до 4 диоптрий д) до 5 диоптрий
239. Гиперметропия средней степени включает гиперметропию: а) от 1 до 3 диоптрий б) от 2 до 5 диоптрий в) от 3 до 6 диоптрий г) от 2 до 6 диоптрий д) от 3 до 6 диоптрий
240. Гиперметропией высокой степени является гиперметропия: а) более 5 диоптрий б) более 6 диоптрий в) более 10 диоптрий г) не более 10 диоптрий д) более 12 диоптрий
241. Простая и пролиферативная формы нейроретинопатии характерны для: а) гипертонической болезни б) сахарного диабета в) почечной гипертензии г) анемии д) беременности
242. Отклонение одного глаза от общей точки фиксации с нарушением бинокулярного зрения называется: а) корреспонденцией сетчатки б) установочным движением в) косоглазием г) амблиопией д) пресбиопией
243. Двоение иначе называется: а) конвергенция б) дивергенция в) девиация г) окклюзия д) диплопия
244. Двоение бывает: а) одноименным и перекрестным б) преходящим и стабильным в) постоянным и транзиторным г) нисходящим и восходящим д) равномерным и неравномерным
245. Предметы, расположенные перед фиксируемым объектом вызывают: а) перекрестное двоение б) одноименное двоение в) транзиторное двоение г) нисходящее двоение д) неравномерное двоение
246. Предметы, расположенные дальше фиксируемого объекта вызывают: а) перекрестное двоение б) одноименное двоение в) транзиторное двоение г) неравномерное двоение д) нисходящее двоение
247. Стереоскопическое зрение иначе называется: а) пресбиопия б) амблиопия в) диплопия г) бинокулярное зрение д) девиация
248. Метаморфозии являются симптомом поражения: а) хиазмы б) гипофиза в) сетчатки г) оптической системы глаза д) цилиарного тела
249. Симптом «вишневой косточки» характерен для: а) тромбоза центральной вены сетчатки б) эмболии центральной артерии сетчатки в) отслойки сетчатки г) дистрофии сетчатки д) разрыва сетчатки
250. Симптом «раздавленного помидора» характерен для: а) разрыва сетчатки б) отслойки сетчатки в) диабетической ретинопатии г) эмболии центральной артерии сетчатки д) тромбоза центральной вены сетчатки
251. Возможное осложнение витреоретинальных сращений: а) отслойка стекловидного тела б) отслойка сетчатки в) разрыв хориоидеи г) склероз сосудов сетчатки д) кровоизлияния в сетчатку
252. У больного после эмоционального стресса резко снизилось зрение одного глаза. При обследовании выявлено: резкий спазм сосудов сетчатки, в макуле округлый очаг темно-красного цвета. Ваш диагноз? а) тромбоз центральной вены сетчатки б) эмболия центральной артерии сетчатки в) гипертоническая ретинопатия г) ретинит д) перифлебит
253. У больного жалобы на постепенное снижение зрения, в анамнезе ЧМТ. При обследовании обнаружено увеличение размеров слепого пятна, скископически над диском зрительного нерва гиперметропия в 7,0 Д. Ваш диагноз? а) синдром Фостера-Кеннеди б) симпатический нейроретинит в) нисходящая атрофия зрительного нерва г) застойный сосок зрительного нерва д) посттравматический перифлебит
254. На приеме у врача больной жалуется на слезотечение, светобоязнь, блефароспазм. Ваш предварительный диагноз? а) астиопия б) застойный сосок зрительного нерва в) кератит г) хориоидит д) задний увеит

255. Роговичный синдром это: а) помутнение роговицы с преципитатами на эндотелии б) эндотелиально-эпителиальная дистрофия роговицы в) светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, перикорнеальная инъекция глаза г) светобоязнь, слезотечение, спазм сосудов лимба, смешанная инъекция д) инфильтрат на роговице, гипопион
256. Для герпетических кератитов характерно: а) увеличение кривизны хрусталика б) уменьшение кривизны хрусталика в) гиперчувствительность роговицы г) снижение чувствительности роговицы д) появление преципитатов на эндотелии роговицы
257. Передние цилиарные артерии это конечные ветви: а) задних длинных цилиарных артерий б) задних коротких цилиарных артерий в) мышечных артерий г) центральной артерии сетчатки д) передних решетчатых артерий
258. Хориоидея является: а) аккомодационным аппаратом глаза б) энергетической базой в) продуцирует внутриглазную жидкость г) продуцирует слезный секрет д) вырабатывает слезу
259. Лагофтальм наблюдается при: а) синдроме Горнера б) синдроме верхней глазничной щели в) поражении лицевого нерва г) поражении глазодвигательного нерва д) парезе леватора верхнего века
260. После перенесенной ЧМТ у больного отмечается постепенное снижение зрения. При обследовании: диск зрительного нерва гиперемирован, границы ступеваны, отмечается увеличение размеров слепого пятна. Ваш диагноз? а) ретробульбарный неврит б) папилит в) застойный сосок зрительного нерва г) частичная атрофия зрительного нерва д) нарушение кровообращения в системе центральной артерии сетчатки
261. Для приступа закрытоугольной глаукомы характерно наличие: а) перикорнеальной инъекции б) симптом «кобры» в) застойной инъекции г) конъюнктивальной инъекции д) смешанной инъекции
262. Кардинальным симптомом первичной глаукомы является: а) нормальное внутриглазное давление б) циклитическая болезненность в) экзофтальм г) повышенное внутриглазное давление д) увеличение размеров глазного яблока
263. Симптомами врожденной и юношеской глаукомы является: а) нормальное внутриглазное давление б) циклитическая болезненность в) экзофтальм г) повышенное внутриглазное давление д) увеличение размеров глазного яблока
264. Характерные жалобы у больных с открытоугольной глаукомой: а) наличие «радужных кругов» вокруг источника света б) периодическое затуманивание зрения в) чувство инородного тела в глазу г) тяжесть в надбровных дугах д) отсутствие типичных жалоб
265. Характерными жалобами с закрытоугольной глаукомой является: а) наличие «радужных кругов» вокруг источника света б) периодическое затуманивание зрения в) чувство инородного тела в глазу г) тяжесть в надбровных дугах д) отсутствие типичных жалоб
266. В кровоснабжении радужной оболочки и цилиарного тела принимают участие: а) задние короткие цилиарные артерии б) задние длинные цилиарные артерии в) центральная артерия сетчатки г) мышечные артерии д) центральная артерия сетчатки
267. Кровоснабжение хориоидеи осуществляется за счет: а) передних цилиарных артерий б) задних длинных цилиарных артерий в) задних коротких цилиарных артерий г) центральной артерии сетчатки д) магистральной глазной артерией
268. Функцией цилиарного тела является: а) расширение зрачка б) продукция внутриглазной жидкости в) отток внутриглазной жидкости г) продукция слезы д) светоощущение
269. Сужение зрачка осуществляется: а) цилиарной мышцей б) сфинктером в) леватором г) дилатором д) ресничной мышцей
270. Жалобами больных при начальной катаракте являются: а) покраснение глаза б) летающие мушки перед глазом в) светобоязнь г) чувство тяжести в глазах д) улучшение зрения вблизи
271. У здорового человека при обследовании обнаружена скотома. Ее характеристика: а) положительная б) отрицательная в) абсолютная г) патологическая д) периферическая
272. Больной жалуется на появившийся дефект в поле зрения, через который отсутствует зрительное восприятие. Это: а) относительная скотома б) отрицательная скотома в) абсолютная скотома г) врожденная скотома д) физиологическая
273. У больного инструментально выявляется дефект поля зрения, через него не сохраняется предметное восприятие. Это: а) положительная скотома б) отрицательная скотома в) врожденная скотома г) относительная скотома д) физиологическая скотома
274. Скотома Бьерума – это: а) кольцевидная скотома б) слепое пятно в норме в) ангиоскотома г) физиологическая скотома д) дугообразная скотома при глаукоме
275. Профилактикой прогрессирования миопии служит: а) минимальная очковая коррекция б) минимальная контактная коррекция в) проведение операции кератомилеза и кератотомии г) проведение склеропластической операции д) проведение операции ЛАСИК
276. Собирающая линза обозначается: а) Concave б) Cylinder в) Spherisch г) Convex д) Sphero-cylinder
277. Рассеивающая оптическая линза обозначается: а) Concave б) Cylinder в) Spherisch г) Convex д) Sphero-cylinder
278. В рецепте очки, кроме вида и силы очкового стекла, необходимо указать: а) форму очкового стекла б) модель оправы в) цвет оправы г) межзрачковое расстояние д) вид крепления стекол
279. При приступе глаукомы используется: а) 30% р-р сульфата натрия б) 1% р-р сульфата атропина в) 1% р-р пилокарпина г) 0,25% р-р левомицетина д) 0,02% р-р рибофлавина
280. О зрелости катаракты свидетельствует острота зрения, равная: а) светоощущению с правильной проекцией б) нулю в) 0,1 с максимальной коррекцией г) 0,05-0,01 без коррекции д) ниже 0,1 с коррекцией
281. К методам хирургического лечения катаракты относится: а) трабекулэктомия б) витрэктомия в) циркуляр г) факоэмульсификация д) реклинация
282. При расхождении костей орбиты наружу возникает: а) экзофтальм б) экзофтальм в) вывих глазного яблока г) экзофория д) эксциклофория
283. При смещении костных отломков внутрь орбиты появляется: а) экзофтальм б) экзофтальм в) скрытое косоглазие г) мнимое косоглазие д) паралич аккомодации
284. Первые сутки после разрыва зрительного нерва в задних его отделах: а) на глазном дне изменения минимальные б) по всему глазному дну очаги кровоизлияний в) диск зрительного нерва отечен г) артерии и вены расширены д) кровоизлияние в области диска зрительного нерва
285. Орбитальная эмфизема возникает при повреждении: а) клиновидной пазухи б) решетчатой пазухи в) бугорчатой пазухи г) лобной пазухи д) гайморовой пазухи
286. Кровоизлияние в переднюю камеру называется: а) гипопион б) гематома в) гифема г) гемофтальм д) гемосидероз
287. Кровоизлияние в стекловидное тело называется: а) гифема б) гемофтальм в) гематома г) гипопион д) гемангиома
288. Рефракция это: а) аномалия развития глаза б) фракция лекарственного препарата в) заболевание глаза г) преломление лучей в оптической системе д) патология сетчатки
289. За одну диоптрию принято преломление линзы: а) с фокусным расстоянием 10 м б) с фокусным расстоянием 10 см в) без фокуса г) соответствующей преломлению хрусталика д) с фокусным расстоянием 1 м
290. Клиническая рефракция характеризуется: а) преломлением роговицы и хрусталика б) положением главного фокуса относительно сетчатки в) преломлением хрусталика г) преломлением стекловидного тела и хрусталика д) положением главной плоскости в оптической системе глаз
291. Сочетание в одном глазу различных видов рефракций или различных степеней одного вида рефракций называется: а) анизейконией б) анизометропией в) астигматизмом г) анизокорией д) корэктопией
292. Сочетание в двух глазах различных видов рефракции или различных степеней одного вида рефракций называется: а) анизейконией б) анизометропией в) астигматизмом г) анизокорией д) корэктопией
293. Воспаление роговицы называется: а) кератоиридоциклит б) кератомалиция в) кератит г) кератопатия д) кератоконус
294. Метод исследования состояния сетчатки это: а) исследование в проходящем свете б) биомикроскопия в) циклоскопия г) офтальмоскопия д) рефрактометрия

295. Жалобы, характерные для патологии периферии сетчатки: а) снижение остроты зрения б) отсутствие сужения поля зрения в) гемианопсии г) наличие преципитатов на передней поверхности хрусталика д) гемералопия
296. Жалобы, характерные для патологии макулы сетчатки: а) гемералопия б) появляющиеся помутнения в) центральная положительная скотома г) центральная отрицательная скотома д) периферическая абсолютная скотома
297. При эмболии ЦАС наблюдается: а) внезапная полная потеря зрения б) резкое снижение остроты зрения в) нарушение сумеречного зрения г) постепенное снижение зрения д) внезапно развившаяся диплопия
298. Участок зрительного пути, доступный офтальмоскопии: а) внутриглазной б) ретробульбарный в) внутричерепной г) канальцевый д) хиазмальный
299. Изменения в поле зрения, наблюдаемые при застойном соске: а) гемианопсия б) концентрическое сужение в) увеличение слепого пятна г) секторообразная скотома д) кольцевидная скотома
300. Клиника неосложненного застойного соска: а) краевая экскавация сосудов б) ступенчатость границ и увеличение размеров ДЗН в) побледнение диска с носовой стороны г) побледнение диска с височной стороны д) кровоизлияния на диске зрительного нерва
301. Метод исследования размеров слепого пятна: а) офтальмометрия б) тонометрия в) периметрия г) кампиметрия д) рефрактометрия
302. При вывихе хрусталика в стекловидное тело, острота зрения улучшается при приставлении к глазу: а) рассеивающей линзы в 10-12 диоптрий б) цилиндрической линзы в 10-12 диоптрий в) собирающей линзы в 10-12 диоптрий г) рассеивающей контактной линзы в 10-12 диоптрий д) рассеивающей линзы в 18-20 диоптрий
303. Не рассосавшаяся кровь в стекловидном теле впоследствии может привести: а) невриту зрительного нерва б) хориоретиниту в) к отслойке сетчатки г) иридоциклиту д) пигментному перерождению сетчатки
304. Достоверным признаком проникающего ранения роговицы является: а) гифема б) гипотония в) изменение формы зрачка г) отверстие в радужке д) слезотечение, светобоязнь
305. Для определения цветового зрения применяют: а) кампиметр б) пигментные таблицы профессора Рабкина в) пробу Кракова-Пуркинье г) адаптометр д) периметр
306. Центральную скотому можно обнаружить на: а) кампиметре б) периметре в) офтальмометре г) аномалоскопе д) адаптометре
307. Для определения центрального зрения применяют: а) кампиметр б) пигментную таблицу профессора Рабкина в) таблицу Сивцева г) аномалоскоп д) ретиноскоп
308. Концентрическое сужение поля зрения характерно для: а) заболеваний роговицы б) заболеваний хрусталика в) заболеваний сетчатки и зрительного нерва г) заболеваний стекловидного тела д) атеросклероза сосудов головного мозга
309. Гемианопсии свидетельствуют о: а) заболеваниях сетчатки б) заболеваниях хориоидеи в) заболеваниях головного мозга г) заболеваниях зрительного нерва д) заболеваниях стекловидного тела
310. Определить уровень ВГД можно следующим методом: а) кампиметрии, периметрии б) тонометрии в) визометрии, ультразвуковой биометрии г) рефрактометрии д) гониоскопии, тонографии
311. Для иридоциклита характерна инъекция: а) конъюнктивальная б) перикорнеальная в) застойная г) смешанная д) симптом «кобры»
312. Для иридоциклита характерно: а) расширение зрачка б) сужение зрачка в) отсутствие пигментной каймы зрачка г) эктопия зрачка д) неправильная его форма
313. В результате иридоциклита могут развиваться: а) передние синехии б) задние синехии в) отсутствие пигментной каймы г) гониосинехии д) расширение зрачка
314. Характерными признаками иридоциклита являются: а) повышение ВГД б) циклитическая болезненность в) гипотония г) офтальмоплегия д) экзофтальм
315. Причины приобретенной старческой катаракты: а) нарушение обмена веществ б) бактериальная инфекция в) частые иридоциклиты г) склероз ядра хрусталика д) конъюнктивит
316. Объективные изменения, характерные для зрелой катаракты: а) конъюнктивальная инъекция глазного яблока б) перикорнеальная инъекция глаза отсутствует в) серый зрачок г) передняя камера мелкая д) полное отсутствие зрения
317. Заболевания организма, способствующие образованию катаракты: а) гипертоническая болезнь б) сахарный диабет в) заболевания легких г) коронарная болезнь сердца д) пернициозная анемия
318. Разрыв радужки у ее основания называется: а) мидриаз б) корэктопия в) иридолиз г) аниридия д) поликория
319. Отрыв зрительного нерва сопровождается: а) нарушением цветового зрения б) значительным снижением зрения в) односторонней слепотой г) концентрическим сужением поля зрения д) двусторонней слепотой
320. Для отслойки сетчатки характерны: а) слезотечение, светобоязнь б) сильные боли в глазу в) снижение остроты зрения, выпадение поля зрения г) нарушение цветового и сумеречного зрения д) появление радужных кругов перед глазами
321. При тотальном гемофтальме: а) рефлекс с глазного дна появляется при движениях глазного яблока б) рефлекс с глазного дна желто-зеленый в) рефлекс с глазного дна отсутствует г) зрачок черный д) рефлекс с глазного дна непостоянный/Для проникающих ранений склеры характерны: а) мелкая передняя камера б) кровь в передней камере в) углубленная передняя камера г) гипертония д) гемофтальм
322. При подозрении на проникающее ранение глаза в первую очередь очень важно исключить: а) отрыв зрительного нерва б) гифему, гемофтальм в) внутриглазное инородное тело г) врожденную патологию глаза д) сосудистые нарушения
323. Для исключения внутриглазного инородного тела обязательно производят следующие исследования: а) офтальмоскопию б) диафаноскопию в) биомикроскопию г) контроль остроты зрения д) рентгенографию орбиты в 2-х проекциях
324. К слоям хориоидеи относится: а) внутренний сетчатый б) наружный сетчатый в) хориокапиллярный г) слой палочек д) супрахориоидальное пространство
325. Функция хориоидеи является: а) выработка внутриглазной жидкости б) кровоснабжение сетчатки в) гуморальная защита г) цветоощущение д) участие в восстановлении зрительного пурпура
326. При травмах глазного яблока изменениями стекловидного тела являются: а) ретролентальная фиброплазия б) катаракта в) частичный или полный гемофтальм г) зернистая деструкция стекловидного тела д) нитчатая деструкция стекловидного тела
327. Изменения глазного дна характерные для глаукомы: а) отек и ступенчатость границ ДЗН б) сужение артерий, вен в) экскавация диска зрительного нерва до 0,6 РД г) пятно Фукса д) экскавация диска зрительного нерва до 0,3 РД
328. ТонOMETрическое внутриглазное давление при глаукоме, свидетельствующее о компенсации процесса равно: а) 42 мм рт. ст. б) 8-12 мм рт. ст. в) 18-19 мм рт. ст. г) 24-25 мм рт. ст. д) 26-27 мм рт. ст.
329. ТонOMETрические показатели, свидетельствующие об отсутствии компенсации ВГД: а) 20-26 мм рт. ст. б) выше 28 мм рт. ст. в) выше 23 мм рт. ст. г) выше 21 мм рт. ст. д) выше 16 мм рт. ст.
330. При остром иридоциклите типичным является: а) слизисто-гнойное отделяемое б) изменение цвета радужной оболочки в) ступенчатость рисунка радужной оболочки г) отсутствие отделяемого д) конъюнктивальная инъекция
331. Инстилляций, назначаемые для лечения острого иридоциклита: а) 1% пилокарпин б) 1% сульфат атропина в) пирогенал 1:100 МПД г) 0,5% тимолол д) систем
332. Изменение роговицы при иридоциклите: а) глубокий инфильтрат б) поверхностное помутнение в) васкуляризация роговицы г) эрозия д) преципитаты

333. В клиническом течении старческой катаракты различают следующую стадию ее развития: а) незрелая б) далекозашедшая в) абсолютная г) терминальная д) почти абсолютная
334. Консервативное лечение катаракты проводится: а) в начальных стадиях б) в запущенной стадии в) в любой стадии г) бесполезно применять в любой стадии д) при зрелой стадии
335. Какая глазная патология раньше других осложняется атрофией зрительного нерва: а) ретробульбарный неврит б) диабетическая ангиоретинопатия в) ретиноваскулит г) травматическая отслойка сетчатки д) хориоретинит

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (ИЛИ) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ ОПИСАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КРИТЕРИЕВ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ, ОПИСАНИЕ ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность постановки диагноза	0-30
2	Правильность выбора алгоритма действий	0-25
3	Правильность выбора дополнительных методов диагностики	0-20
4	Правильность назначения тактики лечения	0-25
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО АНАЛИЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность интерпретации данных биомикроскопии	0-30
2	Правильность интерпретации данных рефрактометрии и/или скиаскопии	0-20
3	Правильность интерпретации данных УЗИ глазного яблока	0-20
4	Правильность интерпретации данных тонометрии	0-20
5	Правильность интерпретации данных ОСТ	0-10
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО УЧАСТИЕ В ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ ПРОЦЕДУРАХ (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Соблюдение инфекционного контроля (медицинская форма, обработка рук и др.)	0-15
2	Оценка послеоперационного состояния глаза	0-20
3	Послеоперационная перевязка глаза	0-25
4	Фиксация перевязочных материалов лейкопластырем или бинтом	0-25
5	Умение пользоваться хирургическим инструментарием	0-15
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Убедительность ответа	0-10
2	Понимание проблематики и адекватность трактовки	0-30
3	Обоснованное привлечение медицинской терминологии	0-30

	(уместность и достоверность сведений)	
4	Ключевые слова: их важность для заявленной тем, грамотное употребление, количество	0-15
5	Логичность и последовательность устного высказывания	0-15
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ (рубежный, промежуточный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Вопрос 1	0-100
2	Вопрос 2	0-100
3	Вопрос 3	0-100
4	Вопрос 4	0-100
Всего баллов		Среднее арифметическое (сумма баллов/4)

Оценивается каждый вопрос билета:

«85-100%»

- глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
- полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы;
- воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.

«75-84%»

- наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы;
- четкое изложение учебного материала.

«60-74%»

- наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся;
- демонстрация обучающимся недостаточно полных знаний по пройденной программе;
- не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.

«менее 60%»

- не знание материала темы или раздела;
- при ответе возникают серьезные ошибки

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА (рубежный контроль)

1. В одном тестовом задании 20 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании с выбором одного правильного ответа правильный ответ должен быть.
4. За каждый правильно ответ – 5 баллов
5. Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.
6. Отметка (в %).

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ (рубежный)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
ФОРМА		10

1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-5
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-5
СОДЕРЖАНИЕ		50
1	Соответствие теме	0-10
2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкреплённых фактами, примерами и т.д.)	0-15
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-15
ПРЕЗЕНТАЦИЯ		25
1	Титульный лист с заголовком	0-2
2	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, графики)	0-5
3	Текст презентации написан коротко, хорошо и сформированные идеи ясно изложены и структурированы	0-10
4	Слайды представлены в логической последовательности	0-
5	Слайды распечатаны в формате заметок	0-3
ДОКЛАД		15
1	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
3	Выполнение регламента	0-5
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ НАПИСАНИЕ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (промежуточный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Общие сведения о больном	0-2
2	Жалобы	0-7
3	Анамнез болезни	0-6
4	Анамнез жизни	0-5
5	Объективное обследование	0-10
6	Офтальмологическое обследование	0-20
	Предварительный диагноз	0-2
7	Дополнительные офтальмологические и лабораторные методы исследования	0-15
8	Дифференциальный диагноз	0-5
9	Клинический диагноз и обоснование клинического диагноза	0-10
10	Развернутый план лечения с обоснованием	0-10
11	Прогноз	0-5
12	Исход заболевания	0-3
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ОБЩИХ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (итоговый контроль по дисциплине)

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»)

При оценке устных ответов на проверку уровня обученности ЗНАТЬ учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

Отметкой **(16-20 баллов)** оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний органа зрения;
- современную классификацию заболеваний органа зрения;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний органа зрения;
- основные принципы диагностики заболеваний органа зрения;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в офтальмологии

Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой **(10-15 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний органа зрения;
- современную классификацию заболеваний органа зрения;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний органа зрения;
- основные принципы диагностики заболеваний органа зрения;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в офтальмологии

Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.

Отметкой **(5-10 баллов)** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний органа зрения;
- современную классификацию заболеваний органа зрения;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний органа зрения;
- основные принципы диагностики заболеваний органа зрения;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных;
- методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в офтальмологии

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

Отметкой **(1-4 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ (промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

При оценке ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ учитываются следующие критерии:

Отметкой **(8-10 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:

- владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с офтальмологической патологией;
- проводит самостоятельно обследование пациента;
- умеет интерпретировать результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных);
- грамотно формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;
- правильно применяет методы профилактики;
- ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует полное понимание проблемы. Профессионально владеет различными методами лечения заболеваний органа зрения, как медикаментозными, так и хирургическими.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Отметкой **(4-7 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:

- умеет ставить постановку проблемы собственными словами;
- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- не очень быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с патологией органа зрения;
- не вполне профессионально проводит самостоятельно обследование пациента;
- слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;
- не совсем правильно применяет методы профилактики заболеваний органа зрения;
- при этом ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует значительное понимание проблемы. В общем владеет различными методами медикаментозного и хирургического лечения заболеваний органа зрения.

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Отметкой **(1-3 балла)** оценивается ответ, при котором студент

- не ставит постановку проблемы собственными словами и не оценивает альтернативные решения проблемы;
- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, не владеет навыками анализа различных медицинских фактов;
- медленно находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с патологией органа зрения;
- не достаточно хорошо проводит самостоятельно обследование пациента;
- очень слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и не формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;
- не совсем правильно применяет методы профилактики заболеваний органа зрения;
- ранее недостаточно полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет методами лечения патологии органа зрения.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Отметкой **(0 баллов)** оценивается ответ, при котором студент демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить задачу. Ранее плохо заполнял историю болезни.

5. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ/ПРАКТИКИ И ВЫПОЛНЕНИЮ КОНТРОЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе

учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы

2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.

3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (10 семестр - зачет с оценкой)

– совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

При явке на зачёт с оценкой студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют преподавателю

на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем студентам, которые набрали более 60

баллов за текущий и рубежный контроль. На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические

вопросы билета - (знать) и правильно выполнить ситуационную задачу (уметь, владеть).

Во время проведения промежуточного контроля преподаватель подводит итоги по курации больного студентами в течении семестра.

Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы

студент правильно формулирует основные понятия)

- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно

формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)

- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения

контрольного задания)

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ

I. При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:

1) Организационный этап занятия (время – до 2%):

а) переключки;

б) задание на дом следующей темы;

в) мотивация темы данного практического занятия;

г) ознакомление студентов с целями и планом занятия;

2) Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время – до 20%):

а) варианты тестового контроля I и III уровня;

б) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;

3) Этап демонстрации преподавателем практических навыков и/или тематических больных (время – до 15%);

4) Этап самостоятельной работы студентов у постели больного (время – до 45%);

5) Заключительный этап занятия (время – до 18%):

а) итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе

больных, обследованных студентами

б) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений, в том числе с помощью решения

ситуационных клинических задач;

в) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и

индивидуальная оценка знаний и навыков).

II. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

1. Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.

Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины:
Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции – 10-15 минут.
Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией – 10-15 минут.
Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту – 1 час в неделю.
Подготовка к практическому занятию – 2 час.
Всего в неделю – 3 часа 30 минут.

2. Описание последовательности действий студента

Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий:

После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).

При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут).

В течение недели выбрать время (1 час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке.

При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по

теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой

теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.

3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса.

Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

4. Рекомендации по работе с литературой.

Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению

конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта.

Рекомендуется, кроме

«заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после

изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно

мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф? какие новые понятия

введены, каков их смысл? что даст это на практике?

5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролю.

Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме «заучивания» материала, очень

важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного

параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие

вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф? какие новые понятия введены, каков их смысл? что даст это

на практике? При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к

оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При

решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.

6. Указания по организации работы по выполнению домашних заданий. При выполнении домашних заданий необходимо

сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала

понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи, а затем

приступить к расчетам и сделать качественный вывод.

7. При подготовке к промежуточному и рубежному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы

к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.

8. Отработки пропущенных занятий.

Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически

преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную

оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.

Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором или подготовки

реферата по материалам пропущенной лекции в течение месяца со дня пропуска. Возможны и другие методы отработки

пропущенных лекций (опрос на практических, тестовый контроль и т.д.).

Отработка практических занятий.

- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке. Отработки

проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.

- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска.

Пропущенные студентом без

уважительной причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день.

Пропущенные занятия по

уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без

учета часов.

- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии

разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского

занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.

- Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после

разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.

- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и

его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ

Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных

пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует

координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки

материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов-

презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов

навыки работы на компьютере. Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы

Microsoft PowerPoint.

Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия.

2. Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на

вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную тему всей презентации?
- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разнобой в шрифтах и отступах, опечатки,

типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент - докладчик

подошёл спустя рукава.

- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории докладчика и тему его доклада.

- Количество слайдов не более 30.

- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.

- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация

(определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть

более формальной и строго изложенной, чем в речи.

- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.

- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать

эффекты анимации.

- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.

- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.

- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.

- Любая фраза должна говориться за чем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.

- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.

- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы приходится размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом

«Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов.

Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится

издалека. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте.

Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5. Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;
- использовать технические средства;
- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.

Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:

- название презентации;
- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу

отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и

захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без

«Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов.

Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится

издалека. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте.

Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

6. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

7. Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;
- использовать технические средства;
- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.

Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:

- название презентации;
- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу

отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и

захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без

наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.

Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. ЭТАЛОННЫЙ ВАРИАНТ ОТВЕТА

Условие:

К врачу обратился пациент 58 лет с жалобами на снижение зрения на правом глазу. Со слов пациента, зрение правого глаза

снизилось безболезненно 2 дня назад. До этого зрение обоих глаз было одинаково хорошим. Из анамнеза: пациент страдает

ГБ III ст., СД II типа средней степени тяжести, атеросклерозом.

При осмотре:

Visus OD = 0,04 не корригирует.

Visus OS = 1,0 без корр.

OU - глаза спокойные, патологии переднего отрезка глаз не выявлено. Рефлекс с глазного дна розовый.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие экстренные меры необходимо предпринять.
3. Какие изменения будут выявлены при офтальмоскопии на сетчатке правого и левого глаз.
4. Определите план лечения и ведения данного пациента.

Эталон ответа:

1. Диагноз: Тромбоз центральной вены сетчатки.
2. Экстренные мероприятия-снизить АД (таблетка клофелина под язык).
3. На глазном дне при офтальмоскопии-симптом "раздавленного помидора": ДЗН отечен, артерии сужены, вены широкие, извитые, полнокровные; на сетчатке по ходу вен и в центральной зоне глазного дна определяются штрихообразные кровоизлияния в виде мазков.
4. Лечение в условиях стационара-парабульбарное введение 0,5 мл 0,4% раствора дексаметазона + 750 ЕД гепарина в чередовании с парабульбарным введением 0,5 мл 1% раствора эмоксипина + 0,5 мл трентала в течение 10 дней. Внутривенно капельно реополиглюкин 200 мл в течение 5 дней. Внутримышечно 2,5 мл 12,5% раствора этамзилата натрия в течение 10 дней. Через 2-3 недели решение вопроса о необходимости проведения лазеркоагуляции сетчатки.
5. Необходима консультация кардиолога и эндокринолога.

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО

Курацию больного необходимо проводить по схеме, указанной в п.5.3.

В процессе курации больного, студент должен овладеть следующими практическими навыками:

1. Собрать и оценить анамнез жизни и заболевания пациента.
2. Собрать генеалогический анамнез, определить наследственную предрасположенность.
3. Провести физикальное обследование пациента и оценить полученные данные в соответствии с возрастной нормой (Ч.С.С., ЧД, АД, и др.)
4. Провести офтальмологическое обследование пациента и оценить полученные данные.
5. Оценить данные клинических анализов:
 - общий анализ крови,
 - общий анализ мочи,
 - оценить гликемический профиль,
 - анализ крови на хронические инфекции (при необходимости): содержание в сыворотке крови - билирубина, АЛТ, АСТ; АСЛ-О, СРБ, ЦМВ, ВПГ, токсоплазмоз, бруцеллез;
6. Оценить данные рентгенологического исследования органов грудной клетки, придаточных пазух носа, шейного отдела

позвоночника;

7. Оценить данные биомикроскопии (исследование щелевой лампой),
8. Оценить данные гониоскопии (исследование угла передней камеры гониоскопом или упрощенным методом по Вургафту).
9. Оценить данные рентгенографии орбиты обзорной в 2-х проекциях и с индикатором Балтина.
10. Оценить данные тонометрии (измерение ВГД).
11. Оценить данные диафаноскопии и трансиллюминации.
12. Оценить данные исследования темновой адаптации.
13. Оценить данные рефрактометрии на приборах.
14. Оценить данные бактериологического и вирусологического исследования.
15. Оценить результаты исследования энтоптических феноменов.
16. Оценить данные экзоофтальмометрии.
17. Оценить данные ультразвуковой биометрии.

18. Диагностировать, проводить дифференциальный диагноз, составлять и реализовывать план лечения,

реабилитации, профилактики следующих заболеваний органа зрения:

- острый приступ глаукомы и острый иридоциклит;
- открытоугольная глаукома и возрастная катаракта;
- хронический дакриоцистит и бактериальный конъюнктивит;
- врожденный дакриоцистит и бактериальный конъюнктивит;
- весенний катар и бактериальный конъюнктивит;
- аллергический конъюнктивит и аденовирусный конъюнктивит;
- врожденная глаукома и кератоглобус;
- проникающее ранение и непроникающее ранение;
- птеригиум и пингвекула;
- ячмень и халязион.

19. Оказывать неотложную помощь при следующих состояниях:

- острый конъюнктивит;
- кератит;
- острый иридоциклит;
- острый приступ глаукомы;
- ранения органа зрения;
- ожоги органа зрения;
- эмболия центральной артерии сетчатки;
- тромбоз центральной вены сетчатки;

20. Проводить профилактическое выявление заболеваний органа зрения.

21. Проводить диспансеризацию пациентов с заболеваниями органа зрения.

22. Помочь пациентам организовать здоровый образ жизни.

23. Организовать необходимые консультации и осмотры специалистов, а также «стационар на дому».

24. Обеспечить своевременную госпитализацию больных с подозрением на острую патологию органа зрения, нуждающихся в стационарном лечении.

25. Знать принципы и сроки лечения заболеваний органа зрения.