Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования “Ульяновский государственный университет”

Утверждено:
Решением Учёного Совета УлГУ,
Протокол №12/260 от 26.06.2018 года.

Председатель Ученого Совета УлГУ,
Ректор УлГУ
_____ / Б.М. Костишко/

ОСНОВНАЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММА ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.59 Офтальмология
(код, название специальности)

Форма обучения _____очная_____

Нормативный срок
освоения программы ____2 года_____

Ввести в действие с «01» сентября 2018г.

Ульяновск, 2018

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения.

1.1. Основная профессиональная образовательная программа ординатуры, реализуемая вузом по специальности 31.08.59 «Офтальмология» разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) подготовки кадров высшей квалификации, утвержденным приказом Минобрнауки РФ от 26.08.2014 №1102.

1.2. Нормативные документы для разработки ОПОП ординатуры по специальности 31.08.59 "Офтальмология".

- Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.59 Офтальмология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) от 26.08.2014 за № 1102, утвержденный Министерством образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России), зарегистрированный Министерством Юстиции Российской Федерации 27.09.2014 года за № 34470.
- Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ, части 13 и 14 статьи 82 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 53, ст. 7598; 2013, № 19, ст. 2326; № 23, ст. 2878; № 27, ст. 3462; № 30, ст. 4036; № 48, ст. 6165; 2014, № 6, ст. 562, ст. 566; № 19, ст. 2289; № 22, ст. 2769; № 23, ст. 2930, ст. 2933; № 26, ст. 3388; № 30; ст. 4263);
- Федеральный закон «Об информации, информационных технологиях и о защите информатики» от 27.07.2006 г. № 149-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 31, ст. 3448; 2010, № 31, ст. 4196; 2011, № 15, ст. 2038; № 30, ст. 4600; 2012, № 31, ст. 4328; 2013, № 14 ст. 1658; № 23, ст. 2870; № 27, ст. 3479; № 52, ст. 6961, ст. 6963; 2014, № 19, ст. 2302; № 30, ст. 4223, ст. 4243);
- Федеральный закон «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 31, ст. 3451; 2009, № 48, ст. 5716; № 52 ст. 6439; 2010, № 27, ст. 3407; № 31, ст. 4173, ст. 4196; № 49, ст. 6409; 2011, № 23, ст. 3263; № 31, ст. 4701; 2013, № 14, ст. 1651; № 30, ст. 4038; № 51, ст. 6683; 2014, № 23, ст. 2927);
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.08.2013 г. № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 сентября 2013 г., регистрационный № 29950);
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 июля 2009 г. №415н «Об утверждении квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 июля 2009 г., регистрационный № 14292) с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 декабря 2011 г. № 1644н «О внесении изменений в квалификационные требования к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 июля 2009 г. № 415н» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 апреля 2012 г., регистрационный № 23879).
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 сентября 2013 г. № 620н «Порядок организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования», а также государственной итоговой

аттестации (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 1 ноября 2013 г., регистрационный № 30304);

- Приказ Министерства образования и науки РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры».

1.3. Общая характеристика основной профессиональной образовательной программы (ординатура) по специальности 31.08.59 «Офтальмология».

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования врачей по специальности 31.08.59 «Офтальмология» является нормативно-методическим документом, регламентирующим содержание и организационно-методические формы обучения в профессиональном образовании врачей (ординатура). Актуальность основной профессиональной образовательной программы высшего образования (ординатура) обусловлена необходимостью подготовки высококвалифицированного специалиста на основе новейших достижений медицины. Это основная форма профессиональной подготовки врачей-офтальмологов, готовых к самостоятельной работе в лечебно-профилактических учреждениях.

1.1.1. Цель (миссия) ОПОП ординатуры по специальности 31.08.59 "Офтальмология":

Подготовка квалифицированного врача, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности.

Задачи высшего образования врача-ординатора по специальности «Офтальмология»:

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, по специальности, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-офтальмолога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.
3. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.
4. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
5. Подготовить врача-специалиста, владеющего навыками по профильной специальности и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.
6. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии

В ординатуру принимаются врачи, имеющие высшее профессиональное образование по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия». Обучение по программе ординатуры осуществляется в очной форме на государственном языке.

1.1.2. Квалификация выпускника ординатуры:

Квалификация выпускника ординатуры по специальности 31.08.59 "Офтальмология" - Врач-офтальмолог.

1.1.3. Срок освоения ОПОП:

Срок получения образования по программе ординатуры в очной форме, включая каникулы, предоставляемые после прохождения ГИА, вне зависимости от применяемых образовательных технологий, составляет 2 года.

1.1.4. Трудоемкость ОПОП:

Объем программы ординатуры составляет 120 зачетных единиц (з.е.). вне зависимости от применяемых образовательных технологий; объем программы ординатуры за 1 учебный год составляет 60 з.е.

1.4. Требования к поступающему в ординатуру по специальности 31.08.59 "Офтальмология".

Наличие диплома о высшем образовании по специальности "Лечебное дело" или "Педиатрия" и успешно прошедшего вступительное тестирование и собеседование.

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы следующие знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами:

Философия

Знания: морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения;

Умения: выявлять естественнонаучную сущность проблем, возникающих в ходе профессиональной деятельности врача

Навыки: медицинской этики

Нормальная анатомия

Знания: основы анатомо-физиологического строения организма человека, анатомо-физиологические особенности систем и органов человека, закономерности развития организма в онтогенезе

Гистология, цитология, эмбриология

Знания: основы анатомо-физиологического строения организма человека, анатомо-физиологические особенности систем и органов человека

Умения: интерпретировать результаты гистологических исследований тканей при патологических процессах

Навыки: просмотра и оценки мазков крови просмотра и оценки гистологических препаратов тканей и органов в норме

Нормальная физиология

Знания: основы анатомо-физиологического строения организма человека

Умения: оценивать основные физиологические параметры организма человека

Навыки: умение проводить эксперименты

Биохимия

Знания: биохимические процессы, обеспечивающие поддержание жизнедеятельности организма человека

Умения: оценивать основные биохимические параметры организма человека

Навыки: постановка биохимических методик

Микробиология, вирусология

Знания: механизмы воздействия биологических (микроорганизмы и др.) факторов на человека

Умения: оценивать роль микроорганизмов в развитии патологии человека

Иммунология

Знания: основы анатомо-физиологического строения иммунной системы человека

Умения: оценивать нарушение основных звеньев иммунной системы человека

Патофизиология

Знания: этиологию, патогенез, диагностику, клиническую картину, особенности течения, возможные осложнения, профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний человека, особенности применения этиотропных и патогенетических медикаментозных средств лечении больных
Умения: - производить расчеты по результатам эксперимента, проводить элементарную статистическую обработку экспериментальных данных.
- поставить клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику при заболеваниях, выбрать факторы риска возникновения заболевания

Навыки: -оценивать результаты лабораторных и специальных методов исследования (морфологических, биохимических, иммунологических, серологические показатели крови, мочи, мокроты, кала, спинномозговой жидкости, показателей коагулограммы, кислотно-основного состояния)

- трактовка результатов функционального обследования органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, печени, почек, центральной и вегетативной нервной системы, других органов и систем организма;
- оценивать степень нарушения гомеостаза у больного и применением мер для его нормализации.

2. Характеристика профессиональной деятельности выпускников, освоивших основную образовательную программу ординатуры по специальности 31.08.59 "Офтальмология".

2.1. Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры.

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает совокупность технологий, средств, способов и методов человеческой деятельности, направленных на сохранение и улучшение состояния органа зрения населения путем обеспечения надлежащего качества и объема оказания высококвалифицированной медицинской помощи (лечебной, профилактической, консультативной, медико-социальной) и диспансерного наблюдения в соответствии с установленными требованиями и стандартами с сфере здравоохранения.

2.2. Объекты профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются: физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);

население;

совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

2.3. Виды профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры.

Специалист (врач офтальмолог) по специальности «Офтальмология» готовится к следующим видам профессиональной деятельности:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;

- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

После успешного окончания обучения выпускник, освоивший ОП ординатуры по специальности «Офтальмология» получает удостоверение об окончании ординатуры и сертификат специалиста по специальности «Офтальмология».

2.4. Задачи профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры.

профилактическая деятельность:

предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;

проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных озрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;

диагностика неотложных состояний;

диагностика беременности;

проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

оказание специализированной медицинской помощи;

участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского смешательства;

оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность:

формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;

организация проведения медицинской экспертизы;

организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;

ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;

создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;

соблюдение основных требований информационной безопасности.

3. Требования к результатам освоения программы ординатуры по специальности 31.08.59 "Офтальмология".

3.1. Универсальные компетенции выпускника, освоившего программу ординатуры: готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

3.2. Профессиональные компетенции выпускника, освоившего программу ординатуры:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании офтальмологической медицинской помощи (ПК-6);

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе к медицинской эвакуации (ПК-12).

3.3. Перечень знаний, умений и владений выпускника, освоившего программу ординатуры:

Врач-офтальмолог должен знать:

- Принципы социальной гигиены и организации офтальмологической помощи населению;
- Вопросы экономики, управления и планирования в офтальмологической службе;
- Вопросы медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации при патологии органа зрения;
- Правовые основы деятельности офтальмолога;
- Вопросы развития, нормальной анатомии и гистологии органа зрения у детей и взрослых;
- Физиологические основы органа зрения у детей и взрослых;
- Виды функциональных и клинических методов исследования органа зрения у детей и взрослых, применяемые на современном этапе;
- Виды клинической рефракции глаза, методы ее исследования;
- Вопросы деятельности аккомодации глаза и клинические формы ее нарушений, методы исследования аккомодации;
- Современные методы лечения аметропий у детей и взрослых (коррекция с помощью очков, контактных линз, хирургическая и эксимерлазерная коррекция);
- Вопросы содружественного косоглазия (этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика);
- Виды патологии век и конъюнктивы у детей и взрослых ;
- Клинику, диагностику и принципы лечения заболеваний слезных органов у детей и взрослых;
- Заболевания орбиты, методы обследования при заболеваниях орбиты;
- Воспалительные заболевания роговицы (кератиты), этиологию, патогенез и лечение различных видов кератитов у детей и взрослых;
- Виды дистрофии роговиц;
- Виды хирургического лечения заболеваний роговицы;
- Виды патологии склеры;
- Этиологию, патогенез, диагностику, осложнения и общие принципы терапии увеитов у детей и взрослых;
- Виды дистрофий сосудистой оболочки;
- Клинику, патогенез и лечение острых нарушений кровообращения в сосудах сетчатки;
- Изменения глазного дна при гипертонической болезни, диабетической ретинопатии;
- Этиопатогенез, клинику, лечение воспалительных заболеваний сетчатки и васкулитов сетчатки;
- Виды дистрофий сетчатки (врожденных и приобретенных);
- Вопросы классификации, диагностики и лечения отслойки сетчатки;
- Патологию стекловидного тела;
- Вопросы классификации и этиологии катаракты;
- Вопросы хирургического лечения катаракты и его осложнений, виды интраокулярных линз;
- Анатомию и физиологию зрительных путей;
- Клинику, диагностику и лечение оптического неврита;
- Клинику, диагностику и лечение токсического неврита;
- Клинику, диагностику и лечение ишемических оптических нейропатий;
- Вопросы дифференциальной диагностики застойного диска; зрительного нерва;

- Клинику травматических повреждений зрительного нерва;
-Типы атрофий зрительного нерва и лечебную тактику при них;
- Вопросы анатомии дренажной системы глаза, гидродинамику внутриглазной жидкости;
- Виды исследований при глаукоме;
- Классификацию и клинические особенности различных типов глауком, клинику симптоматической офтальмогипертензии;
- Вопросы ранней диагностики глаукомы и основы диспансеризации при глаукоме;
- Методы лечения при глаукоме (медикаментозные и хирургические);
- Основы офтальмотравматологии (классификацию травм органа зрения);
- Виды и клинические особенности повреждений вспомогательных органов глаза и глазницы;
- Клинические особенности различных видов ранений глазного яблока (непрободных, проникающих), их осложнения;
- Основные виды исследований и виды хирургических пособий при травмах глаза;
- Варианты контузий глазного яблока, ожогов глаз;
- Виды прочих повреждений глазного яблока;
- Вопросы глазного протезирования;
- Виды аномалий развития глазного яблока;
- Изменения органа зрения при врожденных и наследственных заболеваниях;
- Общую симптоматику и принципы обследования при опухолях органа зрения;
- Виды опухолей кожи век;
- Виды опухолей конъюнктивы, склеры и слезных путей;
- Виды опухолей сосудистой оболочки, сетчатки, орбиты;
- Виды лечебных пособий в офтальмоонкологии;
- Основы клинической офтальмофармакологии, методы введения глазных лекарственных средств и особенности их фармакодинамики;
- Прочие методы лечения в офтальмологии;
- Принципы применения лазеров в офтальмологии;
- Клинику, дифференциальную диагностику, показания к госпитализации и организацию мед. помощи на догоспитальном этапе при острых и неотложных состояниях (инфаркт, инсульт, черепно-мозговая травма, «острый живот», внематочная беременность, гипогликемическая и диабетическая кома, клиническая смерть и др.);
- Организацию и объем первой врачебной помощи при ДТП, катастрофах и массовых поражениях населения.

Врач-офтальмолог должен уметь:
- Правильно и максимально полно опрашивать больного с жалобами со стороны глаз, собирать анамнез заболевания и анамнез жизни;
- Проводить полное офтальмологическое обследование у взрослых и детей, выявлять общие и специфические признаки заболевания;
- Оценивать тяжесть состояния больного, оказать первую медицинскую офтальмологическую помощь, определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи пациенту (в отделении неотложной помощи, офтальмологическом стационаре, многопрофильном лечебном учреждении и пр.)
- Правильно интерпретировать результаты инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского, магнитно-резонансной томографии и пр.)
- Выявлять основные жалобы, проводить дифференциальную диагностику при нарушениях аккомодации и аметропиях;
- Проводить обследование и дифференциальную диагностику у пациентов с содружественным косоглазием;
- Проводить обследование и определять лечебную тактику при заболеваниях век, конъюнктивы, слезных органов;

- Определять основные симптомы при поражении тканей орбиты различной этиологии;
- Проводить дифференциальную диагностику кератитов и склеритов с определением лечебной тактики;
- Определять объем клинико-лабораторного обследования пациентов с поражением сосудистой оболочки, проводить дифференциальную диагностику увеитов, определять лечебную тактику
- Проводить полное обследование пациентов с заболеваниями сетчатки, стекловидного тела, хрусталика;
- Проводить полное обследование пациентов с глаукомой, определять объем и вид лечебного воздействия, разъяснять пациентам важность регулярного диспансерного наблюдения у офтальмолога при этом заболевании;
- Определить тяжесть и вид травмы органа зрения, объем обследования и лечебную тактику при травматических поражениях глаз;
- Определять основные симптомы и проводить полное обследование при доброкачественных и злокачественных опухолях органа зрения;
- Определять показания и противопоказания для различных путей введения лекарственных средств (инстилляций, введения в слезоотводящие пути, в виде периокулярных инъекций и пр).

Врач – офтальмолог должен владеть:
- Комплексом методов стандартного офтальмологического обследования (визометрией, биомикроскопией, рефрактометрией, прямой и обратной офтальмоскопией)
- Комплексом методов специфического обследования (тонометрией, гониоскопией, периметрией и пр.)
- Методами оказания экстренной первой (догоспитальной) офтальмологической помощи при ургентных состояниях (при травмах органа зрения, острых нарушениях кровообращения в сосудах глаза, острой потере зрения, острой офтальмогипертензии и пр.)
- Основными принципами лечения при нарушениях аккомодации, аметропиях и содружественном косоглазии;
- Основными принципами лечения заболеваниях век, конъюнктивы, слезных органов и орбиты;
- Основными принципами лечения воспалительных заболеваний роговицы и склеры;
- Основными принципами лечения заболеваний сосудистой оболочки, сетчатки, стекловидного тела и хрусталика;
- Основными навыками диагностики (в т.ч. ранней) и принципами лечения пациентов с глаукомой
- Основными принципами лечения травматических повреждений органа зрения, а также методами реабилитации после них;
- Основными принципами лечения доброкачественных и злокачественных заболеваний органа зрения;
- Методами различного введения лекарственных средств (в инстилляциях, периокулярных инъекциях и пр).

Специалист врач-офтальмолог должен владеть следующими практическими навыками:
- определять остроту зрения с коррекцией у взрослых и детей;
- проводить определение рефракции и аккомодации у взрослых и детей;
- проводить исследование цветоощущения, работать с полихроматическими таблицами;
- подбор простых и сложных очков для коррекции аномалий рефракции;
- проводить биомикроскопию глаза у взрослых и детей;
- проводить тонометрию у взрослых и детей ;

- проводить прямую и обратную офтальмоскопию у взрослых и детей ;
- проводить исследование полей зрения с оценкой результатов у взрослых и детей;
- проводить гониоскопию;
- проводить обследование пациента с косоглазием, проводить исследование бинокулярных функций на синоптофоре;
- уметь проводить специальные диагностические и лечебные манипуляции при патологии слезных органов (промывание и зондирование слезных путей, пробу Ширмера и пр.)
- уметь интерпретировать результаты специальных исследований (флюоресцентной ангиографии, ультразвукового исследования, рентгеновского исследования, магнитно-резонансной томографии и т.д.)
- уметь оказывать первую офтальмологическую помощь на догоспитальном этапе при ургентных состояниях (травмах глаза, острых нарушениях кровообращения в сосудах глаза, острой офтальмогипертензии, острой потере зрения);
- уметь применять глазные лекарственные средства (капли, мази), владеть техникой проведения периокулярных инъекций
- удалять инородные тела роговицы и конъюнктивы;
- владеть навыками работы с компьютером.

4. Компетенции выпускника ОПОП ординатуры, формируемые в результате освоения данной ОПОП ВО. Матрица компетенций (приложение 2).

5. Документы, регламентирующие содержание и организацию образовательного процесса при реализации программы ординатуры по специальности 31.08.59 Офтальмология.

Программа ординатуры представляет собой комплект документов, который обновляется с учетом развития науки, культуры, экономики, техники, технологий и социальной сферы.

Совокупность документов, регламентирующих содержание и организацию образовательного процесса при реализации программы ординатуры.

5.1. Рабочий учебный план.
5.2. Рабочие программы дисциплин.
5.3. Рабочая программа симуляционного курса.
5.4. Рабочие программы производственных клинических практик.
5.5. Фонд оценочных средств.

6. Фактическое ресурсное обеспечение ОПОП по специальности 31.08.59 "Офтальмология"

6.1. Кадровое обеспечение учебного процесса.

Доля научно-педагогических работников, имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины (модуля), в общем числе научно-педагогических работников, реализующих программу ординатуры, составляет 100%.

Доля научно-педагогических работников, имеющих ученую степень, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих программу ординатуры, составляет 100%.

Доля работников из числа руководителей и работников организаций, деятельность которых связана с направленностью реализуемой программы ординатуры (имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет) в общем числе работников, реализующих программу ординатуры, составляет 20%.

6.2. Материально-техническое обеспечение учебного процесса.

Для реализации основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования по специальности офтальмология (ординатура) кафедра располагает наличием: 1) учебно-методической документации и материалов по всем разделам дисциплины (модуля); 2) учебно-методической литературы для внеаудиторной работы обучающихся; 3) материально-технической базы, обеспечивающей организацию всех видов дисциплинарной подготовки:

– учебные аудитории и кабинеты, оснащенные материалами и оборудованием для проведения учебного процесса:

аудитории оборудованы мультимедийными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;

аудитории, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, позволяющие обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;

Клинические базы для реализации учебного процесса:

ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»,

ГУЗ «Ульяновская областная детская клиническая больница».

МУЗ "Ульяновская центральная городская клиническая больница"

Клинические базы в лечебно-профилактических, научно-исследовательских и других учреждениях Минздравсоцразвития РФ оснащенны специализированным оборудованием и медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, щелевая лампа,офтальмоскоп налобный бинокулярный, офтальмоскоп ручной, аппарат для проверки остроты зрения, диагностические линзы, офтальмологический факоэмульсификатор, операционный микроскоп, набор пробных очковых линз и призм, набор для подбора очков слабовидящим, периметр поля зрения (перигаф), прибор для измерения внутриглазного давления, прибор для определения остроты зрения, бинокулярного и стереоскопического зрения, проектор знаков, синоптофор (для диагностики и лечения косоглазия), цветотест, эхоофтальмограф, кератометр (кератограф) и расходным материалом в количестве, позволяющим обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.

Внеаудиторная работа предполагает участие обучающегося в клинических разборах, посещение научно-практических конференций, изучение литературы, подготовку рефератов по разделам специальности.

Каждый обучающийся имеет доступ к электронным библиотекам и электронной информационно-образовательной среде УлГУ, доступ к учебным планам, рабочим программам дисциплин (модулей), практик, к изданиям электронных библиотечных систем и электронным образовательным ресурсам, указанным в рабочих программах;

фиксацию хода образовательного процесса, результатов промежуточной аттестации и результатов освоения основной образовательной программы;

проведение всех видов занятий, процедур оценки результатов обучения, реализация которых предусмотрена с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий;

формирование электронного портфолио обучающегося, в том числе сохранение работ обучающегося, рецензий и оценок на эти работы со стороны любых участников образовательного процесса;

взаимодействие между участниками образовательного процесса, в том числе синхронное и (или) асинхронное взаимодействие посредством сети "Интернет".

7. Нормативно-методическое обеспечение системы оценки качества освоения обучающимися ОПОП ординатуры по специальности 31.08.59 "Офтальмология".

7.1. Фонды оценочных средств проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации.

7.2. Программа государственной итоговой аттестации выпускников ординатуры, состоящая из программы (программ) государственных аттестационных испытаний.

МАТРИЦА КОМПЕТЕНЦИЙ

Специальность **31.08.59 “Офтальмология ”**

	УК 1	УК 2	УК 3	ПК 1	ПК 2	ПК 3	ПК 4	ПК 5	ПК 6	ПК 7	ПК 8	ПК 9	ПК 10	ПК 11	ПК 12
Б.1.Б.1 Офтальмология	+	+	+	+	+			+	+						
Б.1.Б 2 Общественное здоровье и здравоохранение	+	+	+				+					+	+	+	
Б.1.Б.3 Медицина чрезвычайных ситуаций	+					+				+					+
Б.1.Б.4 Патология	+			+											
Б.1Б.5Педагогика	+	+	+					+				+			
Б.1.В.ОД.1Анестезиология и реаниматология								+	+						
Б.1.В.ОД.2 Оториноларингология								+							
Б.1.В.ОД.3 Патологическая анатомия	+	+	+	+		+	+	+		+	+				
Б.1.В.ДВ 1 Терапевтическая офтальмология									+						
Б.1.В.ДВ 1Хирургическая офтальмология									+						
Б.1.В.ДВ 2Повреждения органа зрения									+						
Б.1.В.ДВ 2 Патология органа зрения у детей									+						
Б.2. 1 Практика (стационар)									+						
Б.2. 2 Практика (поликлиника)									+						

АННОТАЦИЯ
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ
Офтальмология
по направлению/специальности
31.08.59 - ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

1.Цели и задачи дисциплины:

Цель освоения дисциплины: подготовка квалифицированного врача-офтальмолога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности.

Задачи освоения дисциплины:

7. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, по специальности, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
8. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-офтальмолога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.
9. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.
10. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
11. Подготовить врача-специалиста, владеющего навыками по профильной специальности и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.
12. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии

2. Место дисциплины в структуре ОПОП:

Дисциплина «Офтальмология» относится к Блоку 1 базовой части "Дисциплины (модули)" Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГСО ВО) по специальности **_31.08.59_ "Офтальмология"** .

3. Требования к результатам освоения дисциплины:

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

№ п/п	**Номер/ индекс компетенции**	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства[1]
1	**2**	3	4	5	6	7
1.	**УК-1**	***Готовность к абстрактному***	понятия этиологии, патогенеза, патоморфоза	интерпретировать результаты наиболее	Навыками изложения самостоятельной точки	Тестирование письменное,

		мышлению, анализу, синтезу	болезни, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии; структурные и функциональные основы болезней и патологических процессов, причины, основные механизмы развития и исходов типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем.	распространенных методов морфологической диагностики, применяемых для выявления патологии крови, сердца и сосудов, легких, почек, печени и других органов и систем; обосновывать принципы патогенетической терапии наиболее распространенных заболеваний;	зрения, анализа и логического мышления; понятием ограничения в достоверности и специфику наиболее часто встречающихся заболеваний органа зрения;	собеседование по ситуационным задачам, рефераты
2.	***УК-2***	***Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия***	Систему организации и работу офтальмологического подразделения лечебного учреждения, адекватно оценивать различные нозологические формы.	Организовать работу младшего и среднего медицинского персонала структурного подразделения	Навыками оформления медицинской документации	Тестирование письменное, собеседование по ситуационным задачам, рефераты
3.	***УК-3***	***Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинског***	Конституцию Российской Федерации, законодательство Российской Федерации в сфере здравоохранения - политику	осуществлять самостоятельную работы с учебной, научной, нормативной и справочной литературой и проводить обучение работников	нормативно-распорядительной информацией в области управления коллективом, формирования толерантности	рефераты

		о образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	государства в сфере здравоохранения - медицинскую этику и деонтологию - психологию профессионального общения - методики самостоятельной работы с учебной, научной, нормативной и справочной литературой	- использовать в работе нормативные документы, регулирующие вопросы организации здравоохранения различного уровня	- психологическими методами профессионального общения - методиками самостоятельной работы с учебной, научной, нормативной и справочной литературой	
4.	**ПК 5**	**Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии**	этиологию, патогенез, клиническую картину различных воспалительных процессов, локализованных в органе зрения и его придаточном аппарате,	назначать и оценивать результаты дополнительных методов обследования при воспалительных процессах, дистрофических заболеваниях,	методиками амбулаторных операций - методиками дополнительных методов обследования при воспалительных процессах, дистрофических	Тестирование письменное, собеседование по ситуационным задачам, рефераты

		с Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	требующих неотложного хирургического лечения в амбулаторно-поликлинических условиях	онконастороженности, травмах, локализованных в органе зрения - выполнять амбулаторные операции	заболеваниях, онконастороженности, травмах, локализованных в органе зрения	
5.	**ПК 6**	**Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании офтальмологической медицинской помощи**	причины ятрогенных осложнений и ошибки в терапевтической практике при лечении заболеваний органа зрения и его придаточного аппарата, способы их предупреждения - показания к применению методов лечения с учетом этиотропных и патогенетических факторов - методы лечения заболеваний органа зрения - лекарственные средства, используемые на каждом этапе лечения заболеваний органа зрения - алгоритм лечения заболеваний органа зрения	предпринимать меры профилактики осложнений при лечении заболеваний органа зрения - информировать пациента об осложнениях - установить эмоционально-психологический контакт с пациентом, мотивировать пациента к осмотру - оценить влияние лекарственной терапии, назначаемой при заболеваниях органа зрения при течении соматических заболеваний - осуществить выбор, обосновать необходимость применения лекарственных средств при лечении заболеваний органа зрения	навыками работы на стандартном и высокотехнологическом офтальмологическом оборудовании - навыками работы в глобальных компьютерных сетях - методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских оргнизациях - алгоритмом лечения пациентов с заболеваниями органа зрения - мануальными навыками и техниками проведения обследования и лечения заболеваний органа зрения и его придаточного аппарата - навыками	Тестирование письменное, собеседование по ситуационным задачам, рефераты

				- составить план лечения пациентов с заболеваниями органа зрения с учетом имеющихся соматических заболеваний	заполнения учетно-отчетной документации врача-офтальмолога	

4.Общая трудоемкость дисциплины

Общая трудоемкость дисциплины составляет 28 зачетных единиц (1008 часов)

5. Образовательные технологии

В ходе освоения дисциплины при проведении аудиторных занятий используются следующие образовательные технологии: информационная лекция, лекция - визуализация, практическое занятие, собеседование по ситуационным задачам, рефераты.

При организации самостоятельной работы используются технологии: информационный проект (реферат, сообщение).

6. Контроль успеваемости

Программой дисциплины предусмотрены следующие виды текущего контроля: опрос, тестовый контроль, ситуационные задачи.

Промежуточная аттестация проводится в форме: тестирование, собеседование по ситуационным задачам, рефераты.

АННОТАЦИЯ
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ

Патология

по специальности 31.08.59 – Офтальмология

1. Цели и задачи освоения дисциплины

Цель: обучение интернов/ординаторов умению использовать полученные знания о патологических процессах, происходящих в организме, и их морфологических проявлениях, о характере компенсаторных механизмов, обеспечивающих сохранение функции пораженного органа, о методах функциональной диагностики для выбора рационального дифференцированного метода терапевтического лечения, оптимальных вариантов хирургического вмешательства.

Задачи:

1. Дать интернам/ординаторам знания и практические умения, необходимые в будущей работе врача.
2. Формировать гуманное и деонтологически правильное отношение к больным.
3. Определять степени влияния патологического процесса на пораженный орган, а также на другие жизненно важные органы и системы организма больного.
4. Выявить взаимосвязи патогенеза заболевания и его клинических проявлений.
5. Изучать и анализировать характер и тяжесть нарушений функций жизненно важных органов человека на каждом этапе заболевания.

2. Место дисциплины в структуре ООП ВО

Рабочая программа по дисциплине Б1.Б.5 «Патология» относится к Блоку 1 «Дисциплины» базовой части основной профессиональная образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.59 «Офтальмологияология» разработанной в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования подготовки кадров высшей квалификации, утвержденным приказом Минобрнауки РФ от 26.08.2014 №1101.

3. Требования к результатам освоения дисциплины

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
		Знать	Уметь	Владеть
УК-1	готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	основные понятия общей нозологии; роль причин, условий, реактивности организма в возникновении, развитии и завершении (исходе) заболеваний; механизмы и основные проявления типовых нарушений органов и физиологических систем организма.	интерпретировать результаты наиболее распространенных методов функциональной и морфологической диагностики, применяемых для выявления патологии органов и систем; обосновывать принципы патогенетической терапии наиболее распространенных заболеваний	Навыками изложения самостоятельной точки зрения. Анализировать результаты диагностических исследований и правильно их интерпретировать
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждения возникновения	Этиологию, патогенез, патоморфоз и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний; клинические и морфологические проявления основных синдромов. Основные принципы построения диагноза и дифференциальной диагностики;	Анализировать результаты диагностических исследований и правильно их интерпретировать в нестандартных ситуациях	навыками системного подхода к анализу медицинской информации; принципами доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений; Навыками постановки предварительного диагноза на

	и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	принципы классификации болезней, структурные и функциональные основы болезней и патологических процессов, причины, основные механизмы развития и исходов типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем		основании результатов биохимических исследований биологических жидкостей человека;

4. Общая трудоемкость дисциплины

Общая трудоемкость дисциплины составляет 2 зачетные единицы (72 часа)

Вид учебной работы	**Трудоемкость**		**Семестры**	
	объем в **зачетных единицах (ЗЕ)**	**объем в академических часах (АЧ)**	**1**	
Аудиторные занятия (всего)				
В том числе:				
Лекции		8	8	
Практические занятия (ПЗ)		32	32	
Семинары (С)		-	-	
Лабораторные работы (ЛР)		-	-	
Самостоятельная работа (всего)		32	32	
В том числе:				
Подготовка к занятиям		16	16	
Реферат (написание и защита)		16	16	
Вид промежуточной аттестации (зачет, экзамен)		зачет	зачет	
Общая трудоемкость часы зач. ед.	2ЗЕ	72ч	72ч	

5. Образовательные технологии

В ходе освоения дисциплины при проведении аудиторных занятий используются следующие образовательные технологии:

- ролевые игры;
- разбор конкретных наиболее типичных клинических ситуаций;

При организации самостоятельной работы занятий используются следующие образовательные технологии: самостоятельное изучение учебников, монографий, публикаций в медицинских периодических изданиях, содержащих современные представления об этиологии, патогенезе заболеваний; подготовка презентаций, разбор клинических случаев, реферативные доклады, подготовка литературных обзоров и др.

6. Контроль успеваемости

Программой дисциплины предусмотрены следующие виды текущего контроля: тестовый контроль, ситуационные задачи, опрос.
По данной дисциплине предусмотрена форма отчетности: реферат
Промежуточная аттестация проводится в форме: зачет

АННОТАЦИЯ
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ

Медицина чрезвычайных ситуаций
по специальности 31.08.59 – Офтальмология

4. Цели и задачи освоения дисциплины

Цель освоения обязательной фундаментальной дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций» является получение компетенций, знаний и умений по оказанию медицинской помощи поражённому населению в чрезвычайных ситуациях.

Задачи:

- подготовить ординаторов к практическому выполнению функциональных обязанностей в специальных формированиях здравоохранения, формированиях и учреждениях медицинской службы гражданской обороны и службы медицины катастроф;
- подготовить ординатора к осуществлению мероприятий медицинской защиты населения от поражающего действия различных факторов.

2. Место дисциплины в структуре ООП ВО

Рабочая программа по дисциплине Б1.Б.3 «Медицина чрезвычайных ситуаций» относится к Блоку 1 «Дисциплины» базовой части основной профессиональная образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.59 «Офтальмология» разработанной в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования подготовки кадров высшей квалификации, утвержденным приказом Минобрнауки РФ от 26.08.2014 №1101.

3.Требования к результатам освоения дисциплины

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
6.	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Понятия абстрактного мышления, анализа, синтеза	Применять абстрактное мышление, анализ, синтез при оказании	Методологией абстрактного мышления, анализа, синтеза при оказании

				медико-санитарной помощи	помощи населению
7.	ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;	Знать характеристику очагов массового поражения и районов чрезвычайных ситуаций мирного времени; задачи и организационную структуру Всероссийской службы медицины катастроф; медицинские формирования и учреждения, предназначенные для оказания медицинской помощи поражённому населению в чрезвычайных ситуациях; патологию, клинику и лечение поражений токсическими химическими веществами и ионизирующими излучениями; медицинские средства профилактики, оказания медицинской помощи и лечение поражений ионизирующими излучениями, химическими веществами	Уметь квалифицированно использовать медицинские средства защиты; проводить санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях мирного времени; выявлять симптомы поражения отравляющих веществ и химических средств, проводить медицинскую сортировку поражений и назначить основные схемы помощи очаге и на этапах медицинской эвакуации в объеме первой врачебной помощи	Владеть навыками пользования индивидуальной аптечкой, индивидуальными средствами защиты (противогазы, противохимические пакеты, радиопротекторы, антидоты)
8.	ПК-7	готовность к оказанию	Знать основы оказания	Уметь квалифицированно использовать	Владеть навыками реанимационных

		медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;	различных видов медицинской помощи поражённому населению; основы организации и проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях мирного времени; организацию и порядок проведения эвакуации населения и лечебных учреждений; основные мероприятия по организации и проведению специальной обработки населения, территории, продуктов питания, воды и на этапах медицинской эвакуации; средства индивидуальной защиты от радиоактивных веществ, химических и биологических средств;основы оценки химической и радиационной обстановки; принципы организации радиационного и химического	медицинские средства защиты; проводить санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях мирного времени; выявлять симптомы поражения отравляющих веществ и химических средств, проводить медицинскую сортировку поражений и назначить основные схемы помощи очаге и на этапах медицинской эвакуации в объеме первой врачебной помощи;	стандартов в виде искусственного дыхания, закрытого массажа сердца, а также транспортной иммобилизации, наложения и контроля жгута, способами остановки кровотечения,противошоковым мероприятия

			контроля; основные мероприятия по организации и проведению специальной обработки населения		
9.	ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.	Знать основы организации лечебно-эвакуационных мероприятий в чрезвычайных ситуациях мирного времени; способы и средства защиты населения, больных, медицинского персонала и имущества медицинских учреждений и формирований в чрезвычайных ситуациях мирного времени; организацию и способы защиты населения от поражающих факторов аварий и катастроф мирного времени; коллективные средства защиты, убежища для нетранспортабельных больных и порядок их использования	Уметь проводить индикацию отравляющих веществ в воздухе, в воде и продовольствии; измерять мощность дозы ионизирующего излучения на местности и степень зараженности радиоактивными веществами различных предметов, с помощью измерителей мощности дозы; оценивать радиационную и химическую обстановку; определять по индивидуальным дозиметрам дозы облучения и прогнозировать по полученным данным возможную степень тяжести лучевой болезни; проводить специальную обработку при заражении радиоактивными и химическими веществами	Владеть навыками использования медицинского имущества, находящегося на обеспечении службы медицины катастроф; навыками по использованию медицинских средств защиты при угрозе применения оружия массового поражения или ЧС

4. Общая трудоемкость дисциплины

Общая трудоемкость дисциплины составляет 1зачетных единиц (36 часов)

Вид учебной работы	Трудоемкость		Семестры
	объем в зачетных единицах (ЗЕ)	объем в академических часах (АЧ)	I
Аудиторные занятия (всего)		20	20
В том числе:			
Лекции		4	4
Практические занятия (ПЗ)		16	16
Самостоятельная работа (всего)		16	16
В том числе:			
Подготовка к занятиям		16	16
Вид промежуточной аттестации (зачет, экзамен)		зачет	
Общая трудоемкость часы зач. ед.	1	36	36

5. Образовательные технологии

В ходе освоения дисциплины при проведении аудиторных занятий используются следующие образовательные технологии:

- деловые и ролевые игры;
- психологические и иные тренинги.

При организации самостоятельной работы занятий используются следующие образовательные технологии: – самостоятельное изучение учебников, монографий, публикаций в медицинских периодических изданиях; подготовка презентаций, реферативные доклады, подготовка литературных обзоров и др.

6. Контроль успеваемости

Программой дисциплины предусмотрены следующие виды текущего контроля: тестовый контроль, ситуационные задачи, опрос.
По данной дисциплине предусмотрена форма отчетности: -
Промежуточная аттестация проводится в форме: зачет

АННОТАЦИЯ
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ

Общественное здоровье и здравоохранение
по специальности 31.08.59 — Офтальмология

5. Цели и задачи освоения дисциплины

Цель: дать знания и умения, позволяющие компетентно ориентироваться в оценках общественного здоровья, закономерностях и тенденциях развития отечественной системы здравоохранения и аспектах экономики здравоохранения.

Задачи:

- изучение теоретических основ дисциплины
- изучение основных статистических методов обработки результатов медико-биологических исследований

- изучение основных тенденций медико-демографических процессов
- изучение основных тенденций заболеваемости и инвалидизации населения
- изучение основ организации охраны здоровья населения
- изучение правовых основ охраны здоровья граждан РФ
- изучение основ управления, планирования, экономики и финансирования здравоохранения

6. Место дисциплины в структуре ООП ВО

Рабочая программа по дисциплине Б1.Б.4 «Общественное здоровье и здравоохранение» относится к Блоку 1 «Дисциплины» базовой части основной профессиональная образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.59 «Офтальмология» разработанной в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования подготовки кадров высшей квалификации, утвержденным приказом Минобрнауки РФ от 26.08.2014 №1101.

7. Требования к результатам освоения дисциплины

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
10.	ПК-3	Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения	Основные статистические величины, применяемые для сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье взрослого населения, детей и подростков медико-демографические показатели, показатели заболеваемости и инвалидности, основные показатели деятельности медицинской организации	вычислять и оценивать основные виды статистических величин, вычислять и оценивать основные демографические показатели, вычислять и оценивать показатели, характеризующие заболеваемость населения	методикой исследования здоровья населения методиками сбора, статистической обработки и анализа информации о здоровье населения навыками составления плана и программы медико-статистических исследований, навыками вычисления и оценки основных показателей здоровья населения
11.	ПК-4	готовность к формированию у населения, пациентов и	- формы и методы гигиенического образования и воспитания	-провести работу по формированию у пациентов и членов их семей мотивации на	- основными методами формирования у населения мотивации на

		членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	населения -основные факторы риска, оказывающие влияние на состояние здоровья -компоненты здорового образа жизни медико-социальную проблему важнейших инфекционных и неинфекционных заболеваний	сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - анализировать значение различных факторов в формировании здоровья объяснять влияние факторов риска на здоровье -объяснять значение образа жизни для сохранения здоровья	сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
12.	ПК-5	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	основные принципы организации медицинской помощи населению -структуру амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских организаций, -основные принципы организации лекарственного обеспечения населения вопросы организации экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности	Оформить учетную медицинскую документацию на пациента, оформить листок нетрудоспособности -вычислять и анализировать показатели деятельности поликлиники и стационара	-алгоритмом организации медицинской помощи отдельным группам населения - алгоритмом проведения экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности

8. Общая трудоемкость дисциплины

Общая трудоемкость дисциплины составляет 1 зачетная единица (36 часов)

Вид учебной работы	Трудоемкость	Год обучения

	объем в зачетных единицах (ЗЕ)	объем в академических часах (АЧ)	1 год	2 год
Аудиторные занятия (всего)		20	**20**	-
В том числе:				
Лекции		4	**4**	-
Практические занятия (ПЗ)		16	**16**	-
Самостоятельная работа (всего)		16	**16**	-
Вид промежуточной аттестации (зачет)				
Общая трудоемкость часы зач. ед.	1	36	**36**	-

9. Образовательные технологии

В ходе освоения дисциплины при проведении аудиторных занятий используются следующие образовательные технологии:

- деловые и ролевые игры;
- психологические и иные тренинги.

В рамках обучения ординаторов и освоения ОП (во время учебных циклов) предусматриваются встречи с представителями российских и зарубежных компаний, государственных и общественных организаций. Организуются мастер-классы ведущих экспертов и специалистов (в том числе в виде телемостов и телеконференций), что позволяет молодым специалистам повысить свои профессиональные знания и умения.

При организации самостоятельной работы занятий используются следующие образовательные технологии: – самостоятельное изучение учебников, монографий, публикаций в медицинских периодических изданиях, подготовка презентаций, разбор клинических случаев, реферативные доклады, подготовка литературных обзоров и др.

10. Контроль успеваемости

Программой дисциплины предусмотрены следующие виды текущего контроля: тестовый контроль, ситуационные задачи, опрос.
По данной дисциплине предусмотрена форма отчетности: реферат
Промежуточная аттестация проводится в форме: зачет

АННОТАЦИЯ
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ

Педагогика
по специальности 31.08.59 – Офтальмология

1. Цели и задачи освоения дисциплины

Цель: получение знаний и компетенций, необходимых для осуществления профессиональной психолого-педагогической деятельности врача, формирование умений и практических навыков работы в сфере педагогического воспитания и обучения больных, их родственников и медперсонала, совершенствование навыков

делового профессионального общения с соблюдением норм этики и деонтологии.

Задачи:

- Создание у ординатора психолого-педагогического, этического, деонтологического мировоззрения как фундамента для изучения дисциплин профессионального цикла, и для последующей профессиональной деятельности.

- Сформировать у ординатора готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.

- Обучение ординатора навыкам формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

- Сформировать у ординатора навыки делового и межличностного общения; обучить его приемам эффективного партнерского взаимодействия с пациентами и коллегами

2. Место дисциплины в структуре ООП ВО

Рабочая программа по дисциплине Б1.Б.2 «Педагогика» относится к Блоку 1 «Дисциплины» базовой части основной профессиональная образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.59 «Офтальмология» разработанной в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования подготовки кадров высшей квалификации, утвержденным приказом Минобрнауки РФ от 26.08.2014 №1101.

3. Требования к результатам освоения дисциплины:

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
1	2	3	4	5	6
	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Теоретические основы высшей нервной деятельности , механизмы абстрактного мышления; Особенности индивидуальных стилей мышления	Организовать самостоятельный умственный труд (мышлени) и работать с информацией (синтез). Анализировать научную профессиональ-ную литературу по специальности	Методиками самоконтроля, абстрактного мышления, аналитического мышления Анализом педагогических ситуаций во врачебной практике и успешно их решать;
	УК-2	готовностью к	Конституцию РФ, законы и иные	Соблюдать правила биомедицинской	Нормативно-распорядительной

		управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	нормативные акты в сфере образования и здравоохранения; Обучение и переподготовка персонала; Теории управления персоналом; Основы медицинской этики и деонтологии;	этики, хранить врачебную тайну; учитывать в своей профессиональной деятельности индивидуальные различия людей, включая возрастные, социальные, психологические и культурные особенности; применять современные методы управления коллективом.	документацией в области управления коллективом, Навыком ведению деловых дискуссий, деловых коммуникаций и способностью работать в коллективе; Навыком формирования толерантности .
	УК-3	готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом	цели обучения и воспитания; методы и формы организации обучения и воспитания; особенности различных типов обучения; -новые педагогические технологии, нормативные акты, реализующие педагогическую деятельность. Правила аттестации и сертификации персонала.	отбирать методы и средства обучения и воспитания и межличностного взаимодействия; применять методы медико-социального воспитания в медицинской среде. разработать программу непрерывного профессионального образования и повышения квалификации мед. персонала учреждения; -составить методические рекомендации для преподавателей и обучающихся; формировать фонд оценочных средств; организовать учебный процесс в медицинских и образовательных учреждениях.	методами психолого-педагогической работы -современными образовательными технологиями; -технологиями дистанционного и электронного обучения.

		исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения			
	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Нормативные акты в области охраны здоровья граждан и профилактики заболеваний; Современные технологии обучения пациентов; Основные закономерности профессионального общения; Способы взаимодействия с "трудными"/конфликтными пациентами в медицинской практике	Организовать школу здоровья; Подготовить методический материал для обучения пациентов; Организовать учебный процесс; Применять методы эмоциональной саморегуляции и обучать им пациентов;	Индивидуаль-ными и групповыми методами консультирова-ния пациентов; Современными методами обучения пациентов; Нормативной и распорядительной документацией.

4. Общая трудоемкость дисциплины

Общая трудоемкость дисциплины составляет 2 зачетных единицы (72 часа)

Вид учебной работы	**Трудоемкость**		**Семестры**	
	объем в **зачетных единицах (ЗЕ)**	**объем в академических часах (АЧ)**	**1**	
Аудиторные занятия (всего)				
В том числе:				
Лекции		8	8	
Практические занятия (ПЗ)		32	32	
Семинары (С)		-	-	
Лабораторные работы (ЛР)		-	-	
Самостоятельная работа (всего)		32	32	
В том числе:				
Подготовка к занятиям		16	16	
Реферат (написание и защита)		16	16	

Вид промежуточной аттестации (зачет, экзамен)		зачет	зачет	
Общая трудоемкость часы зач. ед.	2ЗЕ	72ч	72ч	

5. Образовательные технологии

В ходе освоения дисциплины при проведении аудиторных занятий используются следующие образовательные технологии:

- Решение алгоритмизированных ситуационных задач для формирования навыков клинического мышления.
- Творческий проект "Создание программы "Школы здоровья"
- Формирование навыка работы с научной профессиональной информацией
- Создание конспектов по дисциплине.
- Метод "case-study"

При организации самостоятельной работы занятий используются следующие образовательные технологии: самостоятельное изучение учебников, монографий, публикаций в медицинских периодических изданиях, содержащих современные представления об этиологии, патогенезе заболеваний; подготовка презентаций, разбор клинических случаев, реферативные доклады, подготовка литературных обзоров и др.

6. Контроль успеваемости

Программой дисциплины предусмотрены следующие виды текущего контроля: тестовый контроль, ситуационные задачи, опрос.

По данной дисциплине предусмотрена форма отчетности: реферат

Промежуточная аттестация проводится в форме: зачет

АННОТАЦИЯ
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ
Анестезиология и реаниматология
по направлению/специальности
31.08.59 - ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

1.Цели и задачи дисциплины:

Цель освоения дисциплины: дисциплины: подготовка квалифицированного специалиста офтальмолога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной медицинской помощи, неотложной, скорой, а также специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Задачи освоения дисциплины:

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача-офтальмолога и способного успешно решать свои профессиональные задачи.
2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-офтальмолога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.
3. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере анестезиологии и реаниматологии.
4. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при ургентных состояниях, провести профилактические и реабилитационные

мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов, способного успешно решать свои профессиональные задачи.

5. Подготовить врача-специалиста, владеющего навыками и врачебными манипуляциями по анестезиологии и реаниматологии и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.
6. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.

2. Место дисциплины в структуре ОПОП:

Дисциплина «Анестезиология и реаниматология» относится к Блоку 1 «Обязательные дисциплины 1» его вариативной части Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГСО ВО) по специальности **31.08.59 — Офтальмология.**

3. Перечень планируемых результатов.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

№ п/п	Номер компетенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			Оценочные средства
			Знать	Уметь	Владеть	
1.	**ПК-5**	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	основные и дополнительные методы обследования (лабораторную и инструментальную диагностику; современные методы оценки состояния пациента в критическом состоянии) необходимые для постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - алгоритм диагностики неотложных состояний -	интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования - поставить диагноз согласно Международной классификации болезней на основании данных основных и дополнительных методов исследования - проводить основные и дополнительные методы исследования при критических состояниях для уточнения диагноза	алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза пациентам в критическом состоянии на основании международной классификации болезней; - алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических, инструментальных методов исследования - алгоритмом оказания помощи при возникновении неотложных состояний	собеседование по ситуационным задачам, тестирование письменное, рефераты

			классификацию, этиологию, патогенез, клиническую картину, методы диагностики основных критических состояний			
2.	**ПК-6**	готовность к применению комплекса анестезиологических и (или) реанимационных мероприятий	регламентирующие документы по проведению реанимационных мероприятий и диагностике смерти организма и смерти мозга -стандарты оказания анестезиологического пособия при различных заболеваниях -стандарты оказания реанимационной помощи	катетеризировать центральные и периферические сосуды -поддерживать функцию внешнего дыхания различными способа-ми -поддерживать функцию системы кровообращения различными способами	приемом ИВЛ рот-в-рот, мешком Амбу -интубация трахеи и лицевая маска - закрытый массаж сердца - дефибрилляция -стандарты реанимации 2010г	собеседование по ситуационным задачам, тестирование письменное, рефераты

4.Общая трудоемкость дисциплины

Общая трудоемкость дисциплины составляет 2 зачетных единицы (72 часа).

5. Образовательные технологии

В ходе освоения дисциплины при проведении аудиторных занятий используются следующие образовательные технологии: информационная лекция, лекция - визуализация, практическое занятие, собеседование по ситуационным задачам, рефераты.

При организации самостоятельной работы используются технологии: информационный проект (реферат, сообщение).

6. Контроль успеваемости

Программой дисциплины предусмотрены следующие виды текущего контроля: опрос, тестовый контроль, ситуационные задачи.

Промежуточная аттестация проводится в форме: тестирование, собеседование по ситуационным задачам, рефераты.

АННОТАЦИЯ
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ
Оториноларингология
по направлению/специальности
31.08.59 - ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

1. Цель и задачи освоения дисциплины

Цель освоения дисциплины: подготовка квалифицированного врача-офтальмолога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности.

Задачи освоения дисциплины:

7. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, по специальности, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
8. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-офтальмолога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.
9. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.
10. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
11. Подготовить врача-специалиста, владеющего навыками по профильной специальности и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.

2. Место дисциплины в структуре ОПОП:

Дисциплина «Оториноларингология» относится к Блоку 1 «Дисциплины» вариативной части основной профессиональная образовательной программы высшего образования по специальности **31.08.59 «Офтальмология»** разработанной в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования подготовки кадров высшей квалификации, утвержденным приказом Минобрнауки РФ от 26.08.2014 №1101.

3. Перечень планируемых результатов.

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

Номер /индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
		Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства[2]
1	2	3	4	5	6
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических	Современные методы клинической, лабораторной и	Выбирать и использовать в профессиональной дея-	Методами общеклинического обследовани	Тесты, опрос, пре-зентац

	состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	инструментальной диагностики больных с ЛОР-заболеваниями, необходимые для постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	тельности возможности различных методов клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма для своевременной диагностики заболевания и патологических процессов. Оформлять медицинскую документацию. Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, поставить диагноз согласно Международной классификации болезней на основании данных основных и дополнительных методов исследования	я (расспрос, сбор объективной и субъективной информации) с целью диагностики и дифференциальной диагностики основных клинических синдромов, при ЛОР-заболеваниях. Алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза пациентам на основании международной классификации болезней	ии, ситуационные задачи

4.Общая трудоемкость дисциплины

Общая трудоемкость дисциплины составляет 2 зачетных единицы (72 часа).

5. Образовательные технологии

В ходе освоения дисциплины при проведении аудиторных занятий используются следующие образовательные технологии: информационная лекция, лекция - визуализация, практическое занятие, собеседование по ситуационным задачам, рефераты.

При организации самостоятельной работы используются технологии: информационный проект (реферат, сообщение).

6. Контроль успеваемости

Программой дисциплины предусмотрены следующие виды текущего контроля: опрос, тестовый контроль, ситуационные задачи.

Промежуточная аттестация проводится в форме: тестирование, собеседование по ситуационным задачам, рефераты.

АННОТАЦИЯ
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ
Патологическая анатомия
по направлению/специальности
31.08.59 - ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

1. Цели и задачи освоения дисциплины:

Цель освоения дисциплины: подготовка квалифицированного врача, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности.

Задачи освоения дисциплины:

12. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, по специальности, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
13. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-паталогоанатома, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.
14. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.
15. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
16. Подготовить врача-специалиста, владеющего навыками по профильной специальности и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.
17. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии

2. Место дисциплины в структуре ОПОП:

Дисциплина «Патологическая анатомия» относится к Блоку 1 «Обязательные дисциплины» его вариативной части Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГСО ВО) по специальности **31.08.59 — Офтальмология.**

3. Перечень планируемых результатов.

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

№ п/п	Номер компетенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			Оценочные средства
			Знать	Уметь	Владеть	
3.	**ПК-1**	готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Диагностические морфологические критерии заболеваний внутренних органов и систем органов, патогенезы и патоморфозы основных нозологических форм	Выявить патоморфологические критерии основных нозологических форм	Навыками микроскопирования гистологических препаратов, оценки макроскопической картины пораженного органа	Тестирование письменное, собеседование по ситуационным задачам, рефераты, диагностика микропрепратов
4.	**ПК-4**	готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией	Этиологию, патогенез, патоморфоз и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний; клинические и морфологические проявления основных синдромов.	сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств. пользоватьс я учебной,	навыками системного подхода к анализу медицинской информации; принципами доказательной медицины, основан ной на поиске решений с использовани ем	собеседование по ситуационным задачам, тестирование письменное, рефераты, диагностика микропре

		болезней и проблем, связанных со здоровьем		научной литературой, сетью интернет для профессиональной деятельности; анализировать вопросы общей патологии и современные теоретические концепции и направления в медицине.	теоретических знаний и практических умений;	паратов
5.	**ПК-5**	готовностью к применению патологоанатомических методов диагностики и интерпретации их результатов	Этиологию, патогенез, патоморфоз, диагностические критерии часто встречающихся заболеваний; патоморфологические проявления основных синдромов.	применять специальные методы исследования для диагностики у секционного стола (пробы на воздушную и жировую эмболию, на наличие воздуха в плевральных полостях, на ишемию миокарда, на амилоидоз; раздельное взвешивание отделов сердца и морфометрия и т.д.); вскрытие при подозрении на сепсис;	Навыками патологоанатомического вскрытия, забора секционного материала, микроскопирования	собеседование по ситуационным задачам, тестирование письменное, рефераты, диагностика микропрепаратов
6.	**ПК-8**	готовностью к	Основные	Поставить	методикой	собеседов

		участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	медико-статистические показатели, методики их расчета	патолого-анатомический диагноз, обосновать патогенез заболевания	клинико-патологоанатомического анализа;	ание по ситуационным задачам, тестирование письменное, рефераты,

4.Общая трудоемкость дисциплины

Общая трудоемкость дисциплины составляет 1 зачетная единица (36 часов).

5. Образовательные технологии

В ходе освоения дисциплины при проведении аудиторных занятий используются следующие образовательные технологии: информационная лекция, лекция - визуализация, практическое занятие, собеседование по ситуационным задачам, рефераты.

При организации самостоятельной работы используются технологии: информационный проект (реферат, сообщение).

6. Контроль успеваемости

Программой дисциплины предусмотрены следующие виды текущего контроля: опрос, тестовый контроль, ситуационные задачи.

Промежуточная аттестация проводится в форме: тестирование, собеседование по ситуационным задачам, рефераты.

АННОТАЦИЯ
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ
Патология органа зрения у детей
по направлению/специальности
31.08.59 - ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

1.Цель и задачи дисциплины:

Цель освоения дисциплины: закрепление теоретических знаний, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения врача - ординатора, и формирование профессиональных компетенций врача специалиста, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач.

Задачи освоения дисциплины:

- изучение клинического подхода к больному пациенту детского возраста, овладение методикой сбора офтальмологического анамнеза, овладение методами современного клинического обследования органа зрения;
- овладение методикой описания офтальмологического статуса у пациента детского возраста, ведением медицинской документации;
- изучение проведения клинического разбора, особенностей обхода в офтальмологическом детском отделении и различных обследований больных детского возраста;
- овладение методами выполнения диагностических манипуляций и современного комплексного лечения больных детского возраста с патологией органа зрения, овладение проведением реабилитационных мероприятий;
- внедрение в каждодневную практику врача офтальмолога современных методов диагностики, составление плана лечения пациентов в зависимости от результатов исследования;

- изучение и применение на практике навыков оказания неотложной офтальмологической помощи во время дежурств в приемном отделении;
- приобретение навыков самостоятельной работы на амбулаторном приеме врача - офтальмолога.

2. Место дисциплины в структуре ОПОП:

Дисциплина **«Патология органа зрения у детей»** относится к Блоку 1 «Дисциплины» Вариативной части «Дисциплины по выбору 2» Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГСО ВО) по специальности **31.08.59 «Офтальмология»**

3. Перечень планируемых результатов.

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

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			Оценочные средства
			Знать	Уметь	Владеть	
1	2	3	4	5	6	7
17.	**ПК-1**	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения офтальмологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного	современные методы ранней диагностики заболеваний, развивающихся в органе зрения, основные и дополнительные методы обследования (лабораторную и инструментальную диагностику) - современные методы оценки состояния зрительного анализатора, необходимые для постановки диагноза - методы профилактики возникновения воспалительных, дегенеративных заболеваний органа зрения и придаточного	предпринимать меры профилактики, направленные на предупреждение возникновения или распространения офтальмологических заболеваний - устанавливать причинно-следственные связи изменений состояния здоровья, в том числе возникновения воспалительных и дегенеративных заболеваний органа зрения	навыками осуществления санитарно-просветительской работы с взрослым населением, направленной на пропаганду офтальмологического здоровья и предупреждения заболеваний органа зрения - методами профилактики заболеваний органа зрения -	Тестирование письменное, собеседование по ситуационным задачам, рефераты

		влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	аппарата, травм и новообразований - устанавливать причинно-следственные связи изменений состояния здоровья от воздействия факторов среды обитания	и придаточного аппарата, травм и новообразований, от воздействия факторов среды обитания - интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования - использовать медицинскую аппаратуру и компьютерную технику в профессиональной деятельности - использовать методы первичной и вторичной профилактики, предотвращающие развитие воспалительных, дегенеративных заболеваний органа зрения и придаточного аппарата, травм и новообразований - проводить основные и дополнительные методы исследования для уточнения диагноза	алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических инструментальных методов исследования - методами оценки функционального состояния пациентов для проведения профилактических и реабилитационных мероприятий.	

4.Общая трудоемкость дисциплины

Общая трудоемкость дисциплины составляет 2 зачетных единицы (72 часа).

5. Образовательные технологии

В ходе освоения дисциплины при проведении аудиторных занятий используются следующие образовательные технологии: информационная лекция, лекция - визуализация, практическое занятие, собеседование по ситуационным задачам, рефераты.

При организации самостоятельной работы используются технологии: информационный проект (реферат, сообщение).

6. Контроль успеваемости

Программой дисциплины предусмотрены следующие виды текущего контроля: опрос, тестовый контроль, ситуационные задачи.

Промежуточная аттестация проводится в форме: тестирование, собеседование по ситуационным задачам, рефераты.

АННОТАЦИЯ
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ
Повреждения органа зрения
по направлению/специальности
31.08.59 - ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

1.Цель и задачи освоения дисциплины:

Цель освоения дисциплины: – формирование умения эффективно решать профессиональные врачебные задачи о патологических процессах, состояниях, реакциях органа зрения при травмах глаза, а также формулировать тактику (алгоритмы, стратегию) лечения и профилактики глазного травматизма.

Задачи освоения дисциплины:

- формирование научных знаний об общих закономерностях и конкретных причинах возникновения, развития травматических процессов органа зрения и придаточного аппарата;
- изучение диагностических методов исследования при травмах глаза;
- изучение патологического состояния органа зрения в форме отдельных болезней и состояний и в сочетании с поражением других органов и систем;
- изучение принципов выявления травматических состояний в офтальмологии, проведение диагностики, хирургического лечения и профилактики интра- и постоперационных осложнений;
- внедрение в каждодневную практику врача офтальмолога современных методов диагностики, составление плана лечения пациентов в зависимости от результатов исследования;
- формирование представлений о роли высокотехнологичных методов лечения травм органа зрения в современной клинической медицине;
- формирование представлений об общей и специфической профилактике, этиопатогенетическом лечении заболеваний органа зрения и придаточного аппарата;
- формирование знаний об иммунологических процессах, протекающих в организме человека при травмах глаза;
- формирование методологических и методических основ клинического мышления и рациональных действий врача.

2. Место дисциплины в структуре ОПОП:
Дисциплина «Повреждения органа зрения» относится к Блоку 1 «Дисциплины» Вариативной части «Дисциплины по выбору» 2 Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГСО ВО) по специальности **31.08.59 «Офтальмология».**

3. Перечень планируемых результатов освоения дисциплины (модуля), соотнесенных с планируемыми результатамии освоения образовательной программы (перечень формируемых компетенций в процессе освоения материала по дисциплине (модулю)) в соответствии с ФГОС ВО.

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

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
1	2	3	4	5	6	7
18.	**ПК-6**	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в офтальмологической помощи	причины ятрогенных осложнений и ошибки в терапевтической практике при лечении заболеваний органа зрения и его придаточного аппарата, способы их предупреждения - показания к применению методов лечения с учетом этиотропных и патогенетических факторов - методы лечения заболеваний органа зрения - лекарственные средства,	предпринимать меры профилактики осложнений при лечении заболеваний органа зрения - информировать пациента об осложнениях - установить эмоционально-психологический контакт с пациентом, мотивировать пациента к осмотру - оценить влияние лекарственной терапии, назначаемой	навыками работы на стандартном и высокотехнологическом офтальмологическом оборудовании - навыками работы в глобальных компьютерных сетях - методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских оргнизациях - алгоритмом лечения	Тестирование письменное, собеседование по ситуационным задачам, рефераты

			используемые на каждом этапе лечения заболеваний органа зрения - алгоритм лечения заболеваний органа зрения	при заболеваниях органа зрения при течении соматических заболеваний - осуществить выбор, обосновать необходимость применения лекарственных средств при лечении заболеваний органа зрения - составить план лечения пациентов с заболеваниями органа зрения с учетом имеющихся соматических заболеваний	пациентов с заболеваниями органа зрения - мануальными навыками и техниками проведения обследования и лечения заболеваний органа зрения и его придаточного аппарата - навыками заполнения учетно-отчетной документации врача-офтальмолога	

4.Общая трудоемкость дисциплины

Общая трудоемкость дисциплины составляет 2 зачетных единицы (72 часа).

5. Образовательные технологии

В ходе освоения дисциплины при проведении аудиторных занятий используются следующие образовательные технологии: информационная лекция, лекция - визуализация, практическое занятие, собеседование по ситуационным задачам, рефераты.

При организации самостоятельной работы используются технологии: информационный проект (реферат, сообщение).

6. Контроль успеваемости

Программой дисциплины предусмотрены следующие виды текущего контроля: опрос, тестовый контроль, ситуационные задачи.

Промежуточная аттестация проводится в форме: тестирование, собеседование по ситуационным задачам, рефераты.

АННОТАЦИЯ
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ
Производственные клинические практики
по направлению/специальности
31.08.59 - ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

1. Цели и задачи освоения дисциплины.

Цель освоения дисциплины: закрепление теоретических знаний по специальности 31.08.59 "Офтальмология", развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача-офтальмолога, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач.

Задачи первого года обучения: сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

1. Уметь правильно и максимально полно опрашивать больного с жалобами со стороны глаз, собирать анамнез заболевания и анамнез жизни;
2. Уметь проводить стандартное офтальмологического обследования (визометрией, биомикроскопией, рефрактометрией, прямой и обратной офтальмоскопией)
3. Уметь правильно интерпретировать результаты инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского, магнитно-резонансной томографии и пр.)
4. Уметь выявлять основные жалобы, проводить дифференциальную диагностику при нарушениях аккомодации и аметропиях;
5. Проводить обследование и определять лечебную тактику при заболеваниях век, конъюнктивы, слезных органов;
6. Уметь определять показания и противопоказания для различных путей введения лекарственных средств (инстилляций, введения в слезоотводящие пути, в виде периокулярных инъекций и пр).
7. Уметь владеть методами оказания экстренной первой (догоспитальной) офтальмологической помощи при ургентных состояниях (при травмах органа зрения, острых нарушениях кровообращения в сосудах глаза, острой потере зрения, острой офтальмогипертензии и пр.)

Задачи второго года обучения: сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

1. Уметь проводить специфическое обследование (владеть тонометрией, гониоскопией, периметрией и пр.)
2. Уметь оценивать тяжесть состояния больного, оказать первую медицинскую офтальмологическую помощь, определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи пациенту (в отделении неотложной помощи, офтальмологическом стационаре, многопрофильном лечебном учреждении и пр.)
3. Уметь проводить обследование и дифференциальную диагностику у пациентов с содружественным косоглазием
4. Уметь определять основные симптомы при поражении тканей орбиты различной этиологии;
5. Уметь проводить дифференциальную диагностику кератитов и склеритов с определением лечебной тактики
8. Уметь определять объем клинико-лабораторного обследования пациентов с поражением сосудистой оболочки, проводить дифференциальную диагностику увеитов, определять лечебную тактику
9. Уметь проводить полное обследование пациентов с заболеваниями сетчатки, стекловидного тела, хрусталика;

10. Уметь проводить полное обследование пациентов с глаукомой, определять объем и вид лечебного воздействия, разъяснять пациентам важность регулярного диспансерного наблюдения у офтальмолога при этом заболевании.

2. Место дисциплины в структуры ОПОП.

Дисциплина «**Производственные клинические практики**» относится к Блоку 2 базовой части "Дисциплины (модули)" Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГСО ВО) по специальности **31.08.59 "Офтальмология".**

3. Перечень планируемых результатов освоения дисциплины (модуля), соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы (перечень формируемых компетенций в процессе освоения материала по дисциплине (модулю)) в соответствии с ФГОС ВО.

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

Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
		Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
ПК 5	***Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем***	этиологию, патогенез, клиническую картину различных воспалительных процессов, локализованных в органе зрения и его придаточном аппарате, требующих неотложного хирургического лечения в амбулаторно-поликлинических условиях	назначать и оценивать результаты дополнительных методов обследования при воспалительных процессах, дистрофических заболеваниях, онконастороженности, травмах, локализованных в органе зрения - выполнять амбулаторные операции	методиками амбулаторных операций - методиками дополнительных методов обследования при воспалительных процессах, дистрофических заболеваниях, онконастороженности, травмах, локализованных в органе зрения	Тестирование письменное, собеседование по ситуационным задачам, рефераты
ПК 6	***Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в***	причины ятрогенных осложнений и ошибки в терапевтиче	предпринимать меры профилактики осложнений при лечении	навыками работы на стандартном и высокотехнологическом	Тестирование письменное, собеседова

	оказании офтальмологической медицинской помощи	ской практике при лечении заболеваний органа зрения и его придаточного аппарата, способы их предупреждения - показания к применению методов лечения с учетом этиотропных и патогенетических факторов - методы лечения заболеваний органа зрения - лекарственные средства, используемые на каждом этапе лечения заболеваний органа зрения - алгоритм лечения заболеваний органа зрения	заболеваний органа зрения - информировать пациента об осложнениях - установить эмоционально-психологический контакт с пациентом, мотивировать пациента к осмотру - оценить влияние лекарственной терапии, назначаемой при заболеваниях органа зрения при течении соматических заболеваний - осуществить выбор, обосновать необходимость применения лекарственных средств при лечении заболеваний органа зрения - составить план лечения пациентов с заболеваниями органа зрения с учетом имеющихся соматических заболеваний	офтальмологическом оборудовании - навыками работы в глобальных компьютерных сетях - методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских оргнизациях - алгоритмом лечения пациентов с заболеваниями органа зрения - мануальными навыками и техниками проведения обследования и лечения заболеваний органа зрения и его придаточного аппарата - навыками заполнения учетно-отчетной документации врача-офтальмолога	ние по ситуационным задачам, рефераты

4.Общая трудоемкость дисциплины

Общая трудоемкость дисциплины составляет 72 зачетных единицы (2592 часа). Стационар 60 ЗЕ (2160 часов). Поликлиника 12 ЗЕ (432 часа).

5. Образовательные технологии

В ходе освоения дисциплины при проведении аудиторных занятий используются следующие образовательные технологии: информационная лекция, лекция - визуализация, практическое занятие, собеседование по ситуационным задачам.

При организации самостоятельной работы используются технологии: информационный проект (реферат, сообщение).

6. Контроль успеваемости

Программой дисциплины предусмотрены следующие виды текущего контроля: опрос, ведение дневника.

Промежуточная аттестация проводится в форме: зачета.

АННОТАЦИЯ
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ
Симуляционный курс
по направлению/специальности
31.08.59 - ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

1. Цели и задачи освоения дисциплины:

Цель освоения дисциплины: подготовка квалифицированного врача-офтальмолога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности.

Задачи освоения дисциплины:

13. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, по специальности, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
14. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-офтальмолога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.
15. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.
16. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
17. Подготовить врача-специалиста, владеющего навыками по профильной специальности и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.
18. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии

2. Место дисциплины в структуре ОПОП:

Обучающий симуляционный курс относится к Блоку 1 «Обязательные дисциплины» его вариативной части "Дисциплины (модули)" Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГСО ВО) по специальности **31.08.59"Офтальмология".**

3. Перечень планируемых результатов освоения дисциплины (модуля), соотнесенных с планируемыми результатамии освоения образовательной программы

(перечень формируемых компетенций в процессе освоения материала по дисциплине (модулю)) в соответствии с ФГОС ВО.

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

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства[3]
19.	**ПК - 5**	**Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**	этиологию, патогенез, клиническую картину различных воспалительных процессов, локализованных в органе зрения и его придаточном аппарате, требующих неотложного хирургического лечения в амбулаторно-поликлинических условиях	назначать и оценивать результаты дополнительных методов обследования при воспалительных процессах, дистрофических заболеваниях, онконастороженности, травмах, локализованных в органе зрения - выполнять амбулаторные операции	методиками амбулаторных операций - методиками дополнительных методов обследования при воспалительных процессах, дистрофических заболеваниях, онконастороженности, травмах, локализованных в органе зрения	Тестирование письменное, собеседование по ситуационным задачам, рефераты
20.	**ПК- 6**	**Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании офтальмологической медицинской помощи**	причины ятрогенных осложнений и ошибки в терапевтической практике при лечении заболеваний органа зрения и его придаточного аппарата, способы их предупреждения - показания к применению	предпринимать меры профилактики осложнений при лечении заболеваний органа зрения - информировать пациента об осложнениях - установить эмоционально-психологический контакт с пациентом,	навыками работы на стандартном и высокотехнологическом офтальмологическом оборудовании - навыками работы в глобальных компьютерных сетях - методами ведения медицинской учетно-	Тестирование письменное, собеседование по ситуационным задачам, рефераты

			методов лечения с учетом этиотропных и патогенетических факторов - методы лечения заболеваний органа зрения - лекарственные средства, используемые на каждом этапе лечения заболеваний органа зрения - алгоритм лечения заболеваний органа зрения	мотивировать пациента к осмотру - оценить влияние лекарственной терапии, назначаемой при заболеваниях органа зрения при течении соматических заболеваний - осуществить выбор, обосновать необходимость применения лекарственных средств при лечении заболеваний органа зрения - составить план лечения пациентов с заболеваниями органа зрения с учетом имеющихся соматических заболеваний	отчетной документации в медицинских оргнизациях - алгоритмом лечения пациентов с заболеваниями органа зрения - мануальными навыками и техниками проведения обследования и лечения заболеваний органа зрения и его придаточного аппарата - навыками заполнения учетно-отчетной документации врача-офтальмолога	

4.Общая трудоемкость дисциплины

Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 зачетных единицы (108 часов).

5. Образовательные технологии

В ходе освоения дисциплины при проведении аудиторных занятий используются следующие образовательные технологии: информационная лекция, лекция - визуализация, практическое занятие, собеседование по ситуационным задачам.

При организации самостоятельной работы используются технологии: информационный проект (реферат, сообщение).

6. Контроль успеваемости

Программой дисциплины предусмотрены следующие виды текущего контроля: опрос.

Промежуточная аттестация проводится в форме: зачета.

АННОТАЦИЯ
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ
Терапевтическая офтальмология
по направлению/специальности
31.08.59 - ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

1.Цель и задачи дисциплины:

Цель освоения дисциплины: – формирование умения эффективно решать профессиональные врачебные задачи о патологических процессах, состояниях, реакциях и заболеваниях органа зрения и всего организма человека с использованием знаний об общих закономерностях и механизмах их возникновения и развития, а также формулировать тактику (алгоритмы, стратегию) их выявления, лечения и профилактики.

Задачи освоения дисциплины:

- формирование научных знаний об общих закономерностях и конкретных причинах возникновения, развития патологических процессов в органе зрения и в придаточном аппарате глаза
- изучение этиологии, патогенеза, клиники, лечения и профилактики глазных терапевтических заболеваний
- изучение диагностических методов исследования глазных терапевтических заболеваний;
- изучение патологического состояния органа зрения в форме отдельных болезней и состояний и в сочетании с поражением других органов и систем; в принципах их выявления, проведения диагностики, лечения (консервативной терапии) и профилактики;
- формирование представлений о роли высокотехнологичных методов исследования в современной клинической медицине;
- формирование представлений об общей и специфической профилактике, этиопатогенетическом лечении заболеваний органа зрения и придаточного аппарата;
- формирование знаний об иммунологических процессах, протекающих в организме человека при различных патологических состояниях, в том числе и при заболеваниях органа зрения;
- формирование методологических и методических основ клинического мышления и рациональных действий врача.
- изучение современного состояния терапевтической офтальмологии и некоторых аспектов ее дальнейшего развития

2. Место дисциплины в структуре ОПОП:

Дисциплина «Терапевтическая офтальмология» относится к Блоку 1 «Дисциплины» Вариативной части «Дисциплины по выбору» 1 Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГСО ВО) по специальности **31.08.59 «Офтальмология»**

3. Перечень планируемых результатов освоения дисциплины (модуля), соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы (перечень формируемых компетенций в процессе освоения материала по дисциплине (модулю)) в соответствии с ФГОС ВО.

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

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
1	2	3	4	5	6	7
21.	**ПК-6**	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в офтальмологической помощи	- причины ятрогенных осложнений и ошибки в терапевтической практике при лечении заболеваний органа зрения и его придаточного аппарата, способы их предупреждения - -показания к применению методов лечения с учетом этиотропных и патогенетических факторов; -методы лечения заболеваний органа зрения; - лекарственные средства, используемые на каждом этапе лечения заболеваний органа зрения. -алгоритм лечения заболеваний органа зрения	предпринимать меры профилактики осложнений при лечении органа зрения; - информировать пациента об осложнениях - установить эмоционально-психологический контакт с пациентом, мотивировать пациента к осмотру - оценить влияние лекарственной терапии, назначаемой при заболеваниях органа зрения при течении соматических заболеваний - осуществить выбор, обосновать необходимость применения лекарственных средств при лечении	навыками работы: на стандартном и высокотехнологическом офтальмологическом оборудовании - навыками работы в глобальных компьютерных сетях - методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях - алгоритмом лечения пациентов с заболеванием органа зрения; - мануальными навыками и техниками проведения обследования и лечения заболеваний органа	Тесты, ситуационные задачи

				заболеваний органа зрения - составить план лечения пациентов с заболеваниями органа зрения с учетом имеющихся соматических заболеваний;	зрения и его придаточного аппарата - навыками заполнения учетно-отчетной документации врача-офтальмолога	

4.Общая трудоемкость дисциплины

Общая трудоемкость дисциплины составляет 2 зачетных единицы (72 часа).

5. Образовательные технологии

В ходе освоения дисциплины при проведении аудиторных занятий используются следующие образовательные технологии: информационная лекция, лекция - визуализация, практическое занятие, собеседование по ситуационным задачам, рефераты.

При организации самостоятельной работы используются технологии: информационный проект (реферат, сообщение).

6. Контроль успеваемости

Программой дисциплины предусмотрены следующие виды текущего контроля: опрос, тестовый контроль, ситуационные задачи.

Промежуточная аттестация проводится в форме: тестирование, собеседование по ситуационным задачам, рефераты.

АННОТАЦИЯ
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ
Хирургическая офтальмология
по направлению/специальности
31.08.59 - ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

1.Цель и задачи дисциплины:

Цель освоения дисциплины: формирование у обучающихся умения эффективно решать профессиональные врачебные задачи на основе данных диагностических исследований и анализа данных о патологических процессах, состояниях, реакциях и заболеваниях органа зрения и придаточного аппарата с использованием знаний об общих закономерностях и механизмах их возникновения, развития и завершения, а также формулировать принципы (алгоритмы, стратегию) и методы их выявления, лечения и профилактики.

Задачи освоения дисциплины:

- формирование научных знаний об общих закономерностях и конкретных причинах возникновения, развития патологических процессов органа зрения и придаточного аппарата;
- изучение диагностических методов исследования;
- изучение патологического состояния органа зрения в форме отдельных болезней и состояний и в сочетании с поражением других органов и систем;

- изучение принципов выявления патологических состояний в офтальмологии, проведение диагностики, хирургического лечения и профилактики интра- и постоперационных осложнений;
- внедрение в каждодневную практику врача офтальмолога современных методов диагностики, составление плана лечения пациентов в зависимости от результатов исследования;
- формирование представлений о роли высокотехнологичных методов исследования в современной клинической медицине;
- формирование представлений об общей и специфической профилактике, этиопатогенетическом лечении заболеваний органа зрения и придаточного аппарата;
- формирование знаний об иммунологических процессах, протекающих в организме человека при различных патологических состояниях, в том числе и при заболеваниях органа зрения;
- формирование методологических и методических основ клинического мышления и рациональных действий врача.

2. Место дисциплины в структуре ОПОП:
Дисциплина «Хирургическая офтальмология» относится к Блоку 1 «Дисциплины» Вариативной части «Дисциплины по выбору» Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГСО ВО) по специальности **31.08.59 «Офтальмология».**

3. Перечень планируемых результатов освоения дисциплины (модуля), соотнесенных с планируемыми результатамии освоения образовательной программы (перечень формируемых компетенций в процессе освоения материала по дисциплине (модулю)) в соответствии с ФГОС ВО.

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

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			Оценочные средства
			Знать	Уметь	Владеть	
1	2	3	4	5	6	7
22.	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в офтальмологической помощи	причины ятрогенных осложнений и ошибки в терапевтической практике при лечении заболеваний органа зрения и его	предпринимать меры профилактики осложнений при лечении заболеваний органа зрения - информировать пациента об	навыками работы на стандартном и высокотехнологическом офтальмологическом оборудовании	Тестирование письменное, собеседование по ситуационным

			придаточного аппарата, способы их предупреждения - показания к применению методов лечения с учетом этиотропных и патогенетических факторов - методы лечения заболеваний органа зрения - лекарственные средства, используемые на каждом этапе лечения заболеваний органа зрения - алгоритм лечения заболеваний органа зрения	осложнениях - установить эмоционально-психологический контакт с пациентом, мотивировать пациента к осмотру - оценить влияние лекарственной терапии, назначаемой при заболеваниях органа зрения при течении соматических заболеваний - осуществить выбор, обосновать необходимость применения лекарственных средств при лечении заболеваний органа зрения - составить план лечения пациентов с заболеваниями органа зрения с учетом имеющихся соматических заболеваний	- навыками работы в глобальных компьютерных сетях - методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских оргнизациях - алгоритмом лечения пациентов с заболеваниями органа зрения - мануальными навыками и техниками проведения обследования и лечения заболеваний органа зрения и его придаточного аппарата - навыками заполнения учетно-отчетной документации врача-офтальмолога	задачам, рефераты

4.Общая трудоемкость дисциплины

Общая трудоемкость дисциплины составляет 2 зачетных единицы (72 часа).

5. Образовательные технологии

В ходе освоения дисциплины при проведении аудиторных занятий используются следующие образовательные технологии: информационная лекция, лекция - визуализация, практическое занятие, собеседование по ситуационным задачам, рефераты.

При организации самостоятельной работы используются технологии: информационный проект (реферат, сообщение).

6. Контроль успеваемости

Программой дисциплины предусмотрены следующие виды текущего контроля: опрос, тестовый контроль, ситуационные задачи.

Промежуточная аттестация проводится в форме: тестирование, собеседование по ситуационным задачам, рефераты.



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Ульяновский государственный университет"

Институт медицины, экологии и физической культуры

УТВЕРЖДАЮ

Ректор Костицкий Е.М.

20 г.

План одобрен Ученым советом вуза

Протокол № от

РАБОЧИЙ УЧЕБНЫЙ ПЛАН

подготовки ординаторов

31.08.59

Офтальмология

Кафедра: Кафедра факультетской хирургии

Факультет: Последипломного медицинского и фармацевтического образования

Квалификация: врач-офтальмолог

Форма обучения: очная

Срок обучения: 2г

Год начала подготовки 2017

Образовательный стандарт 1102

26.08.2014

Виды профессиональной деятельности

- профилактическая; диагностическая; лечебная; реабилитационная; психолого-педагогическая; организационно-управленческая;

СОГЛАСОВАНО

Первый проректор-проректор по учебной работе / Бакаева С.Б./

Начальник УМУ / Перхимович Т.Б./

Декан / Песков А.Б./

Зав. кафедрой / Нарышкин А.Л./

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА СИМУЛЯЦИОННОГО КУРСА

1. Цели и задачи освоения симуляционного курса: подготовка квалифицированного врача-офтальмолога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности.

Задачи освоения дисциплины:

19. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, по специальности, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи.

20. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-офтальмолога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.

21. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.

22. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический

поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, способного успешно решать свои профессиональные задачи.

23. Подготовить врача-специалиста, владеющего навыками по профильной специальности и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.

24. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии

2. Место дисциплины в структуре ОПОП:

Обучающий симуляционный курс относится к Блоку 1 «Обязательные дисциплины» его вариативной части "Дисциплины (модули)" Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГСО ВО) по специальности **31.08.59"Офтальмология".**

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы следующие знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами:

Философия

Знания: морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения;

Умения: выявлять естественнонаучную сущность проблем, возникающих в ходе профессиональной деятельности врача

Навыки: медицинской этики

Нормальная анатомия

Знания: основы анатомо-физиологического строения организма человека, анатомо-физиологические особенности систем и органов человека, закономерности развития организма в онтогенезе

Гистология, цитология, эмбриология

Знания: основы анатомо-физиологического строения организма человека, анатомо-физиологические особенности систем и органов человека

Умения: интерпретировать результаты гистологических исследований тканей при патологических процессах

Навыки: просмотра и оценки мазков крови просмотра и оценки гистологических препаратов тканей и органов в норме

Нормальная физиология

Знания: основы анатомо-физиологического строения организма человека

Умения: оценивать основные физиологические параметры организма человека

Навыки: умение проводить эксперименты

Биохимия

Знания: биохимические процессы, обеспечивающие поддержание жизнедеятельности организма человека

Умения: оценивать основные биохимические параметры организма человека

Навыки: постановка биохимических методик

Микробиология, вирусология

Знания: механизмы воздействия биологических (микроорганизмы и др.) факторов на человека

Умения: оценивать роль микроорганизмов в развитии патологии человека

Иммунология
Знания: основы анатомо-физиологического строения иммунной системы человека
Умения: оценивать нарушение основных звеньев иммунной системы человека

Патофизиология
Знания: этиологию, патогенез, диагностику, клиническую картину, особенности течения, возможные осложнения, профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний человека, особенности применения этиотропных и патогенетических медикаментозных средств лечении больных
Умения: - производить расчеты по результатам эксперимента, проводить элементарную статистическую обработку экспериментальных данных.
- поставить клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику при заболеваниях, выбрать факторы риска возникновения заболевания

Навыки: -оценивать результаты лабораторных и специальных методов исследования (морфологических, биохимических, иммунологических, серологические показатели крови, мочи, мокроты, кала, спинномозговой жидкости, показателей коагулограммы, кислотно-основного состояния)

- трактовка результатов функционального обследования органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, печени, почек, центральной и вегетативной нервной системы, других органов и систем организма;
- оценивать степень нарушения гомеостаза у больного и применением мер для его нормализации

Перечень последующих учебных дисциплин, для которых необходимы знания, умения и навыки, формируемые данной учебной дисциплиной:
"Терапевтическая офтальмология", "Хирургическая офтальмология", "Повреждения органа зрения", "Патология органа зрения у детей" вариативной части Блока 1 «Дисциплины по выбору».

3. Перечень планируемых результатов освоения дисциплины (модуля), соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы (перечень формируемых компетенций в процессе освоения материала по дисциплине в соответствии с ФГОС ВО.

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

№ п/п	**Номер/ индекс компетенции**	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
23.	**ПК- 6**	**Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании офтальмологи**	причины ятрогенных осложнений и ошибки в терапевтической практике при лечении заболеваний	предпринимать меры профилактики осложнений при лечении заболеваний органа зрения -	навыками работы на стандартном и высокотехнологическом офтальмологическом оборудовании	Тестирование письменное, собеседование по

		ческой медицинской помощи	органа зрения и его придаточного аппарата, способы их предупреждения - показания к применению методов лечения с учетом этиотропных и патогенетических факторов - методы лечения заболеваний органа зрения - лекарственные средства, используемые на каждом этапе лечения заболеваний органа зрения - алгоритм лечения заболеваний органа зрения	информировать пациента об осложнениях - установить эмоционально - психологический контакт с пациентом, мотивировать пациента к осмотру - оценить влияние лекарственной терапии, назначаемой при заболеваниях органа зрения при течении соматических заболеваний - осуществить выбор, обосновать необходимость применения лекарственных средств при лечении заболеваний органа зрения - составить план лечения пациентов с заболеваниями органа зрения с учетом имеющихся соматических заболеваний	- навыками работы в глобальных компьютерных сетях - методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских оргнизациях - алгоритмом лечения пациентов с заболеваниями органа зрения - мануальными навыками и техниками проведения обследования и лечения заболеваний органа зрения и его придаточного аппарата - навыками заполнения учетно-отчетной документации врача-офтальмолога	ситуационным задачам

3. Общая трудоемкость дисциплины.

Вид учебной работы	**Трудоемкость**		**Семестры**	
	Объем в зачетных единицах (ЗЕ)	**Объем в часах**	**1**	**2**
Аудиторные занятия (всего)	1,5.	54		

В том числе:				
Лекции				
Практические занятия (ПЗ)	1,5	54	54	
Самостоятельная работа (всего)	1,5	54	54	
Вид промежуточной аттестации (зачет, экзамен)			зачет	
Всего часов по дисциплине	3 ЗЕ	108		

5. Структура и содержание симуляционного курса.

Индекс	Наименование дисциплин (модулей) и тем	Тип и вид симулятора	Формируемые профессиональные умения и навыки	Контроль
Б.1.В.ОД.4.1. Общепрофессиональные умения и навыки				
Б.1.В.ОД.4.1.1	**Раздел 1. Легочно-кардиальная реанимация**	Симуляторы практических умений Андроид	Овладение методами легочно-сердечной реанимации	зачет
Б.1.В.ОД.4.1.1.1	Неотложная помощь при отеке легких, ТЭЛА	Симуляторы практических умений	Овладение методикой оказания медицинской помощи	зачет
Б.1.В.ОД.4.1.1.2	Неотложная помощь при травматических повреждениях грудной клетки	Симуляторы практических умений	Овладение первичной помощью при травмах	зачет
Б.1.В.ОД.4.1.1.3	Неотложная помощь при остром коронарном синдроме	Симуляторы практических умений	Овладение приемами неотложной помощи	зачет
Б.1.В.ОД.4.1.1.4	Неотложная помощь при остром нарушении церебрального кровообращения	Симуляторы практических умений	Овладение приемами неотложной помощи	зачет
Б.1.В.ОД.4.2. Специальные профессиональные умения и навыки				
Б.1.В.ОД.4.2.1	**Раздел 1. Общие вопросы офтальмологии**	Ситуационные задачи, мультимедийные технологии		**зачет**
Б.1.В.ОД.4.2.1.1.	Клиническая рефракция	Ситуационные задачи	Выработка индивидуальной тактики лечения	зачет
Б.1.В.ОД.4.2.1.2	Косоглазие	Модель глаза с мышцами, синоптофор, разделитель полей зрения, программы по лечению амблиопии, ситуационные	Диагностика и индивидуальная тактика лечения	зачет

Индекс	Наименование дисциплин (модулей) и тем	Тип и вид симулятора	Формируемые профессиональные умения и навыки	Контроль
		задачи		
Б.1.В.ОД.4.2.1.3	Заболевания конъюнктивы, век и слезных органов	Ситуационные задания	Диагностика и выработка индивидуальной тактики лечения	зачет
Б.1.В.ОД.4.2.1.4	Патология роговой оболочки и склеры	Мультимедийный атлас, ситуационные задания	Диагностика и индивидуальная тактика лечения	зачет
Б.1.В.ОД.4.2.1.5	Оперативные вмешательства на конъюнктиве, веках и глазодвигательных мышцах	Набор инструментов для амбулаторной хирургии, материал для имитации (силикон, кожа, мягкий пластик, капрон и др.), бинокулярная лупа	Освоение метода наложения швов, перемещения лоскутов, сопоставления краев	зачет
Б.1.В.ОД.4.2.1.6	Патология внутриглазного давления	Набор грузов для тонометрии Филатова-Кальфа, проекционный периметр, таблицы расчетов для тонографии, ситуационные задания	Выработка навыков тонометрии, тонографии и измерения границ полей зрения	Зачет

Б.1.В.ОД.4.2.2	**Раздел 2. Частная офтальмология**			
Б.1.В.ОД.4.2.2.1	Патология сосудистой оболочки	Ситуационные задания	Освоение дифференциально-диагностических критериев и выработка индивидуального лечения	зачет
Б.1.В.ОД.4.2.2.2	Патология хрусталика и стекловидного тела	Ситуационные задания, ультразвуковые сканограммы и др.	Освоение дифференциально-диагностических критериев и показаний к факоэмульсификаци и катаракты и витреальной хирургии	зачет
Б.1.В.ОД.4.2.2.3.	Патология сетчатки	Мультимедийный	Освоение	зачет

	и зрительного нерва	атлас патологии глазного дна, планшеты с фотографиями, ситуационные задания	дифференциальной диагностики и выработка индивидуального лечения	
Б.1.В.ОД.4.2.2.4	Повреждения органа зрения	Планшеты с фотографиями, ситуационные задания	Освоение методики оказания первой врачебной и квалифицированной помощи при ранениях и ожогах глаз	зачет
Б.1.В.ОД.4.2.2.5	Неотложные состояния в офтальмологии	Планшеты, мультимедийный атлас, ситуационные задания	Выработка навыков оказания первой врачебной, квалифицированной и специализированной помощи	зачет

6. Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

№ п/п	Контролируемые модули/разделы/темы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или ее части)	Оценочные средства		Технология оценки (способ контроля)
			наименование	№№ заданий	

7. Оценочные средства для промежуточной аттестации

7.1 Вопросы к дифференцированному зачету.

Индекс компетенции	№ задания Формулировка вопроса
ПК-6	1. Что такое физическая рефракция? 2. Дайте определение клинической рефракции и назовите основные методы ее исследования. 3. Какие основные структуры глаза участвуют в клинической рефракции? 4. Назовите виды клинической рефракции. 5. Каков наиболее частый вид и сила рефракции у новорожденных на фоне циклоплегии и без нее? 6. Какова в среднем преломляющая сила роговицы новорожденного и взрослого? 7. Какова в среднем преломляющая сила хрусталика новорожденного и взрослого? 8. Какие виды аметропий Вы знаете? 9. Укажите место главного фокуса у эмметропа и при аметропиях. 10. Дайте определение дальнейшей точки ясного видения. 11. Какие виды оптических стекол Вам известны?

	12. Какие могут осложнения у детей с некорригированными аметропиями? 13. Перечислите возможные анатомические изменения глаз при высокой близорукости. 14. Назовите возможные причины возникновения близорукости у детей. 15. По каким основным критериям следует ставить диагноз близорукости? 16. Укажите величину слабой, средней и высокой близорукости в диоптриях. 17. Что такое астигматизм? 18. Какими стеклами осуществляется коррекция астигматизма? 19. Вследствие чего чаще возникает неправильный астигматизм? 20. Что такое анизометропия? 21. Что такое анизейкония? 22. Зачем обязательно у всех исследовать клиническую рефракцию к году, 3, 5, и 6 годам? 23. От чего возникает так называемое возрастное зрение (пресбиопия)? 24. В каком возрасте и при каких аметропиях возможно назначение контактных линз? 25. Напишите пример развернутого клинического диагноза близорукости. 26. В чем состоит хирургическая профилактика прогрессирования близорукости? 27. В каком возрасте и при какой природе близорукости можно делать кератотомию? 28. Какая величина близорукости создает препятствие к выбору профессии, службе в армии? 29. Дайте определение понятия аккомодация. 30. Дайте определение понятия конвергенция. 31. Какие кардинальные признаки проникающего ранения глаза? 32. Как характеризуют ранения глаза по локализации? 33. Назовите характерные признаки простого проникающего ранения? 34. Какие признаки указывают на сложное проникающее ранение склеры? 35. Назовите признаки симпатической офтальмии. 36. Какие осложнения могут быть при проникающем ранении глаза? 37. Какова первая врачебная помощь при проникающем ранении глаза? 38. В чем состоит профилактика металлозов? 39. Какие показания для энуклеации раненого глаза при возникновении симпатической офтальмии? 40. Какова врачебная тактика после микрохирургической обработки проникающего ранения глаза? 41. Где должен лечиться ребенок с ранением глаза? 42. Какие распространенные рассасывающие средства используются для лечения гемофтальма? 43. Какие симптомы указывают на подвывих хрусталика? 44. Какие возможны симптомы тупой травмы переднего отдела глаза? 45. Какие изменения возможны при выраженной тупой травме

	среднего и заднего отделов глаза? 46. Какие признаки указывают на повреждение орбиты в области верхнеглазничной щели? 47. Каковы причины посттравматического экзофтальма? 48. Какие признаки указывают на контузию цилиарного тела? 49. Какова первая врачебная помощь при тупой травме глаза? 50. Что является показанием к удалению травматической катаракты? 51. Какие признаки указывают на повреждение зрительного нерва при тупой травме глаза? 52. Какие симптомы выраженного ожога глаза? 53. Какова первая помощь при ожогах глаз щелочами? 54. Какова первая врачебная помощь при ожогах глаз кислотами? 55. Какова первая врачебная помощь при ожогах глаза кристаллами марганца? 56. Какова первая врачебная помощь при термических ожогах глаз? 57. Какие симптомы ожога глаз ультрафиолетовыми лучами? 58. Какова первая врачебная помощь при ожогах ультрафиолетовыми лучами? 59. Какие принципы лечения последствий ожогов Вы знаете? 60. Какие признаки обморожения век? 61. Какие признаки обморожения роговицы? 62. Какова первая помощь при обморожениях глаз?

Критерии и шкалы оценки:

- критерии оценивания – правильные ответы на поставленные вопросы;
- показатель оценивания – процент верных ответов на вопросы;
- шкала оценивания (оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:
  - **высокий (отлично) -** более 80% правильных ответов;
  - **достаточный (хорошо)** – от 60 до 80 % правильных ответов;
  - **пороговый (удовлетворительно)** – от 50 до 60% правильных ответов;
  - **критический (неудовлетворительно)** – менее 50% правильных ответов.

7.2 Ситуационные задачи

Индекс компетенции	№ задания, условие задачи (формулировка задания)
ПК-6	**У пациентки 55 лет, страдающей сахарным диабетом в течение 15 лет, после обширного кровоизлияния в стекловидное тело в области зрительного нерва организовалась шварта, проминирующая в стекловидное тело. В шварте отмечается появление новообразованных сосудов. Больной следует рекомендовать:** а) проведение сосудорасширяющей терапии; б) проведение рассасывающей терапии; в) витректомию; г) проведение сосудоукрепляющей терапии; д) лазертерапию. **У пациента 42 лет, страдающего сахарным диабетом около 20 лет, двусторонняя диабетическая катаракта при остроте зрения ОИ = 0,2 н/к, внутриглазное давление ОИ = 21 мм рт. ст., поле зрения - нормальное, КЧСМ = 44 Гц, ЭРГ. Катаракта незрелая нармальная**

	задняя субкапсулярная, корковое вещество и ядро прозрачны. При мид В моче сахар 3%, белок 1%. Больному следует рекомендовать: а) закапывание витаминных капель; б) проведение курсового лечения; в) экстакцию катаракты; г) экстракцию катаракты с имплантацией интраокулярной линзы; д) лазерную терапию. **Пациенту 35 лет, профессия - шофер. Острота зрения: ОД - 1,0, OS=0,1 н/к, ВГД ОИ = 21 мм рт. ст. , поле зрения OS -N , КЧСМ ОИ=44Гц, ЭРГ ОИ - в норме. О - спокоен, в оптической зоне роговицы в поверхностных слоях интенсивное помутнение, примерно 2х3 мм, глубже лежащие слои в зоне помутнения представляются прозрачными. В поверхностных слоях части роговицы имеется несколько новообразованных сосудов, не доходящих до бельма роговицы. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная, радужка структурная, Среды прозрачны, глазное дно - без видимой патологии. В анамнезе - ожег кислотой (2 года назад). Чувст-вительность роговицы сохранена. Пациент просит сделать пересадку роговицы с целью улучшения остроты зрения и возвращения к прежней профессии. Больному следует произвести:** а) частичную послойную кератопластику; б) частичную сквозную кератопластику; в) лечебную кератопластику по Н. А. Пучковской; г) кератопротезирование. **Пациент 35 лет, профессия - шофер. Острота зрения: ОД = 1,0, OS= 0,1 н/к, ВГД ОИ = 21 мм рт. ст., поле зрения ОИ-N , КЧСМ ОИ =44Гц, ЭРГ - в норме. OS - спокоен, в оптической зоне роговицы в поверхностных слоях интенсивное помутнение примерно 2х3 мм, глубже лежащие Передняя камера средней глубины, влага прозрачная, радужка структурная, среды прозрачны, глазное дно-без видимой патологии. В анамнезе - ожог кислотой (2 года назад) . Чувствительность роговицы сохранена. Пациент просит сделать пересадку роговицы с целью улучшения остроты зрения и возвращения к прежней профессии. Решено произвести частичную послойную кератопластику. К необходимым дооперационным мероприятиям относятся:** а) физиотерапия; б) лазерная коагуляция новообразованных сосудов; в) курс рассасывающей терапии; г) курс тканевой терапии; д) все перечисленное. **У больного сахарным диабетом гониоскопически в обоих глазах обнаружены новообразованные сосуды в корневой зоне радужной оболочки и в области корнеосклеральных трабекул. Угол открытый, видны все опознавательные зоны. Острота зрения ОИ = 1,0, ВГД ОИ колеблется в** а) усилить миотический режим; б) произвести антиглаукоматозную операцию; в) лазерное лечение;

г) провести курс целенаправленной медикаментозной терапии.

У больного сахарным диабетом гониоскопически выявлена выраженная экзогенная и эндогенная пигментация опознавательных зон. Угол средней ширины, неравномерный. Острота зрения ОИ = 1,0, ВГД ОИ = 30- сахарным диабетом 20 лет. Сахарный диабет средней тяжести, компенсирован, инсулинозависимый. Лечение: раствор пилокарпина 1% 3 раза в день, раствор фосфакола 1 раз, периодически принимает диакарб. Больному следует рекомендовать:

а) усилить миотический режим;
б) произвести антиглаукоматозную операцию;
в) лазерное лечение;
г) провести курс целенаправленной медикаментозной терапии;
д) верно Б и В.

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

а) проведение антисклеротической терапии;
б) проведение рассасывающей терапии;
в) проведение сосудоукрепляющей терапии;
г) ничего из перечисленного;
д) все перечисленное.

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

а) назначить антисклеротические средства;
б) назначить средства рассасывающего действия;
в) назначить сосудорасширяющие средства;
г) рекомендовать лазертерапию.

Больной К. поступил в кабинет неотложной офтальмологической помощи со следующей симптоматикой: отек и гематома век, сужение глазной щели, экзофтальм, ограничение подвижности глазного яблока книз

а) атрофия ретробульбарной клетчатки;
б) воспаление ретробульбарного пространства;
в) гематома орбиты;
г) перелом стенок глазницы;
д) миозит прямых мышц глаза.

Перелом медиальной стенки глазницы характеризуется:

а) осколочным переломом со смещением отломков костей кзади и кнаружи;
б) разрывом медиальной связки угла глазной щели;
в) смещением слезного мешка;
г) выступанием в пазуху решетчатой кости;

	д) всем перечисленным. **Клиническая и рентгенографическая картина перелома боковой стенки глазницы включает в себя:** а) крепитацию; б) диплопию; в) опущенный боковой угол глазной щели, смещение лобноскуловой структурной зоны; г) анестезию второй ветви 5-го черепного нерва; д) все перечисленное. **Сочетанной травмой глаза называется:** а) проникающее ранение глазного яблока с внедрением инородного тела; б) контузия глазного яблока, осложненная гемофтальмом и сублюксацией хрусталика; в) повреждение органа зрения, при котором одновременно происходит травма других органов; г) все перечисленное. **Особенностями рваных ран мягких тканей околоорбитальной области являются:** а) выпадение жировой клетчатки; б) повреждение наружных мышц глаза; в) ранение слезной железы; г) опущение верхнего века и офтальмоплегия, экзофтальм; д) все перечисленное. **При рваных ранах мягких тканей околоорбитальной области в первую очередь должна проводиться:** а) массивная антибактериальная терапия; б) первичная хирургическая обработка; в) лечение, направленное на снятие воспаления; г) все перечисленное. **Диагностика внутриорбитальных инородных тел осуществляется с помощью:** а) рентгенографии; б) диафаноскопии; в) ультразвуковой эхоофтальмографии; г) биомикроскопии; д) всего перечисленного. **Первичная отсроченная хирургическая обработка раны проводится:** а) через 12 часов после травмы; б) через 24 часа после травмы; в) после стихания острых воспалительных явлений; г) в начале активного рубцевания. **При первичной хирургической обработке раны края века должно быть соблюдено, в первую очередь:** а) достижение полной герметизации раны;

	б) восстановление маргинального края века; в) восстановление иннервации и кровоснабжения травмирования участка века; г) установление дренажа; д) все перечисленное. **При повреждении слезного канальца (верхнего, нижнего) тактика первичной хирургической обработки включает:** а) восстановление проходимости только нижнего слезного канальца; б) нет необходимости в их восстановлении; в) обязательное восстановление проходимости верхнего и нижнего слезных канальцев; г) в зависимости от степени их повреждения. **При контузии глазного яблока с гифемой:** а) фибрин и элементы крови могут закрыть угол передней камеры; б) может имбибиция роговицы кровью; в) организовавшаяся кровь должна быть удалена в течение 48 часов; г) мочегонные препараты могут помочь нормализовать внутриглазное давление; д) все перечисленное. **Комбинированное повреждение глаза характеризуется:** а) контузией глаза в сочетании с сублюксацией хрусталика; б) проникающим ранением глазного яблока; в) ожогом конъюнктивы и роговицы; г) травматической эрозией роговицы; д) одновременным воздействием на глаз нескольких повреждающих факторов. **Механизм контузионной травмы связан с:** а) повреждением тканей на месте непосредственного воздействия тупого предмета; б) включением нервно-рефлекторных механизмов; в) опосредованной травмой глазных структур в зоне контрудара; г) всем перечисленным. **При контузии глазного яблока возможны:** а) субконъюнктивальный разрыв склеры; б) эрозия роговицы, отек сетчатки; в) внутриглазное кровоизлияние; г) сублюксация или люксация хрусталика; д) все перечисленное. **Факоденез определяется при:** а) дистрофических изменениях в радужной оболочке; б) глаукоме; в) сублюксации хрусталика; г) отслойке цилиарного тела; д) нарушении циркуляции водянистой влаги. **Берлиновское помутнение характеризуется:**

	а) эндотелиально- эпителиальной дистрофией; б) локальным помутнением хрусталика; в) развитием плавающих и фиксированных помутнений в стекловидном теле; г) ограниченным помутнением сетчатки; д) всем перечисленным. **Наибольшую вероятность развития воспалительных и гидродинамических осложнений представляет проникающее ранение:** а) роговичной локализации; б) корнеосклеральной локализации; в) склеральной локализации; г) локализация не имеет принципиального значения. **Абсолютными признаками проникающего ранения являются:** а) рана, проходящая через все слои роговицы, склеры или роговично-склеральной зоны; б) ущемление в ране внутренних оболочек глаза; в) внутриглазное инородное тело; г) травматическая колобома радужки, пузырек воздуха в стекловидном теле; д) все перечисленное. **Относительными признаками проникающего ранения следует считать:** а) инъекцию глазного яблока, болевые ощущения; б) изменения функции глаза; в) геморрагический синдром; г) катаракту; д) все перечисленное. **Диагноз сквозного ранения глазного яблока устанавливается бесспорно при:** а) наличии внутриорбитального инородного тела; б) гемофтальме; в) наличии входного и выходного отверстия; г) резких болях при движении глазного яблока; д) экзофтальме. **Отсутствие адаптации краев раны сопровождается:** а) гипотонией глазного яблока; б) истечением жидкости из раны; в) положительной флюоресцеиновой пробой; г) всем перечисленным. **При выпадении радужной оболочки в рану вследствие проникающего ранения глазного яблока следует:** а) иссечь нежизнеспособные участки радужки; б) вправить радужку и провести реконструкцию; в) оросить раствором антибиотика, вправить радужку и провести реконструкцию; г) в каждом случае решать индивидуально.

При корнео-склеральном ранении с выпадением радужки необходимыми условиями операции являются:
а) надежная герметизация раны;
б) восстановление передней камеры;
в) иридотомия перед вправлением радужки;
г) правильно А и Б;
д) все перечисленное.

При роговичном ранении в ходе первичной хирургической обработки для восстановления передней камеры используют:
а) физиологический раствор;
б) стерильный воздух;
в) хилон, либо любой вязкий раствор;
г) все перечисленное.

Экстракция травматической катаракты в ходе первичной хирургической обработки проводится при:
а) травматической катаракте с интралентально расположенным инородным телом;
б) выхождении хрусталиковых масс за пределы капсулы;
в) набухающей катаракте;
г) правильно Б и В;
д) правильно все перечисленное.

Вероятность выпадения стекловидного тела в ходе экстракции травматической катаракты выше при:
а) сидерозе;
б) халькозе;
в) сквозном ранении хрусталика;
г) только А и В;
д) только Б и В.

Профилактикой выпадения стекловидного тела в ходе экстракции катаракты является:
а) наложение кольца Флиринга;
б) наложение предварительных швов на рану;
в) создание медикаментозной гипотонии;
г) верно только Б и В;
д) верно все перечисленное.

К мероприятиям, обязательным при ожоге глазного яблока нашатырным спиртом, относятся:
а) закапывание борной кислоты;
б) промывание конъюнктивальной полости водой;
в) срочная госпитализация;
г) верно а и в;
д) верно а, б, в.

Для повреждения глаз ультрафиолетовым облучением характерными симптомами являются:

	а) светобоязнь; б) слезотечение; в) гиперемия век; г) инъекция глазного яблока; д) верно все перечисленное. **При первичной хирургической обработке корнео-склерального ранения первоначально швы накладывают на:** а) рану склеры; б) рану роговицы; в) область лимба; г) существенного значения не имеет. **Энуклеация при первичной хирургической обработке должна проводиться при:** а) сквозных ранениях глазного яблока; б) эндофтальмите; в) разрушении глазного яблока; г) всех перечисленных случаях; д) проводиться не должна. **Абсолютным признаком нахождения инородного тела в глазу является:** а) отсутствие передней камеры, рана роговицы или склеры с неадаптированными краями; б) травматический гемофтальм; в) клинически определяемые признаки металлоза; г) травматическая катаракта; д) повышение внутриглазного давления. **Внутриглазное инородное тело может быть определено в глазу с помощью:** а) биомикроскопии и офтальмоскопии; б) гониоскопии; в) рентгенологического метода; г) ультразвуковой эхоофтальмографии; д) всех перечисленных методов. **Целостность конъюнктивы при ее ранении восстанавливается:** а) наложением узловых швов с шагом в 1 мм; б) наложением непрерывного шва; в) клеевым способом; г) всем перечисленным. **В хирургической обработке раны роговицы нет необходимости при:** а) наличии раны роговицы размером не более 2 мм с хорошо адаптированными краями; б) обычной глубине передней камеры; в) отрицательной пробе с флюоресцеином; г) отсутствии ущемления в ране оболочек; д) во всех перечисленных случаях.

	Инородное тело, расположенное в слоях роговицы, подлежит хирургическому удалению: а) при его расположении в глубоких слоях роговицы; б) в случаях, когда инородное тело имеет металлическую химически активную природу; в) деревянные осколки; г) во всех перечисленных случаях. **Больной получил ожог правого глаза горящей сигаретой. Жалобы на сильные боли в правом глазу, снижение зрения. Объективно: острота зрения - 0,02. Светобоязнь, слезотечение, блефароспазм.** а) ожог I степени; б) ожог II степени; в) ожог III степени; г) ожог IV степени. **С помощью А-метода ультразвуковой диагностики можно определить:** а) отслойку сетчатки; б) толщину хрусталика; в) внутриглазное инородное тело; г) внутриглазное новообразование д) все перечисленное. **Отличием В-метода ультразвуковой диагностики от А-метода является:** а) наглядность при определении внутриглазной диагностики; б) возможность получения двумерного изображения; в) возможность определения математического выражения плотности стекловидного тела; г) все перечисленное верно. **К интраоперационным методам локализации внутриглазных инородных тел нельзя отнести:** а) ультразвуковую диагностику; б) диафаноскопию; в) рентгенологический метод; г) электрофизиологические исследования; д) электронную локализацию осколков. **Обзорные снимки глазницы при проникающем ранении глазного яблока проводятся:** а) во всех случаях; б) только при наличии в анамнезе данных о внедрении инородного тела; в) только в случаях, где имеются симптомы перелома стенок орбиты; г) при локализации осколка за глазом; д) только в случаях, когда невозможно использовать протез Комберга-Балтина. **Протез Комберга-Балтина служит для:** а) исключения внутриглазных инородных тел на рентгеновских снимках;

	б) рентгенлокализации инородного тела; в) подшивания к конъюнктиве с целью профилактики выпадения стекловидного тела в ходе операции; г) проведения магнитных проб. **Методика рентгенлокализации инородных тел по Фогту проводится:** а) в первые часы после проникающей травмы глаза; б) для определения локализации осколков в заднем полюсе глаза; в) для локализации слабоконтрастных инородных тел; г) для определения подвижности осколка; д) все перечисленное. **Компьютерная томография имеет следующее преимущество перед рентгенологическим методом при травме глаза. Она позволяет:** а) определить плотность инородного тела и расположение осколка по отношению к оболочкам глаза; б) исключить разрыв зрительного нерва; в) охарактеризовать объем излившейся крови в стекловидное тело и стадию процесса; г) охарактеризовать состояние ретробульбарного пространства; д) все перечисленное. **Клиническая картина металлоза глаза может быть вызвана:** а) внедрившимся в глазное яблоко инородным телом; б) пищевым отравлением солями тяжелых металлов; в) особенностями работы на вредном производстве; г) последствиями гемолиза при гемофтальме; д) верно А и Г. **Фигура "подсолнечника" в хрусталике характерна для:** а) хориоретинита; б) сидероза глазного яблока; в) халькоза; г) дистрофических заболеваний роговицы; д) диабетической катаракты. **Сидероз глазного яблока характеризуется:** а) коричневой пигментацией вокруг осколка; б) опалесценцией влаги передней камеры; в) изменением цвета радужки; г) отложением пигмента в области Шлеммова канала и коричневыми отложениями в хрусталике; д) всем перечисленным. **Абсолютно достоверным методом определения металлоза на ранних его стадиях является:** а) биомикроскопия; б) эндотелиальная микроскопия; в) ультразвуковая эхоофтальмография; г) электрофизиологические методы исследования; д) все перечисленное.

Развитие травматического иридоциклита можно объяснить:
а) инфекционными процессами;
б) воспалительной реакцией на внедрение инородного предмета;
в) аллергическим аутоиммунным процессом;
г) верно А и Б;
д) верно все перечисленное.

Симптомами травматического иридоциклита являются:
а) светобоязнь и слезотечение;
б) перикорнеальная инъекция;
в) циклитическая болезненность при пальпации и движениях глаза;
г) нарушение офтальмотонуса;
д) все перечисленное.

Кардинальным клиническим признаком эндофтальмита, отличающим его от травматического иридоциклита, является:
а) полная потеря зрения раненого глаза;
б) сильные боли в глазу в половине головы на стороне ранения;
в) умеренный отек век и конъюнктивы;
г) отсутствие рефлекса с глазного дна либо желтоватый рефлекс в области зрачка;
д) все перечисленное.

Отличительными признаками панофтальмита при дифференциальной диагностике с эндофтальмитом являются:
а) общая интоксикация организма;
б) экзофтальм;
в) резкий воспалительный отек век, хемоз;
г) только А и В;
д) все перечисленное.

Больной получил удар щепкой по правому глазу во время колкидров. Жалобы на сильные боли в глазу и отсутствие зрения. Объективно: острота зрения - счет пальцев у лица. Правый глаз инъецир
а) контузия глазного яблока;
б) субконъюнктивальный разрыв склеры;
в) люксациюя хрусталика;
г) сквозное ранение;
д) все, кроме г.

СВЧ-поле может приводить к:
а) отеку роговицы и хемозу;
б) отрыву радужки у корня;
в) развитию катаракты;
г) сморщиванию стекловидного тела;
д) асептическому увеиту.

При правильном подшивании имплантата после энуклеации:
а) культя неподвижна;
б) движение культи ограничено;
в) движение культи в полном объеме;

	г) в каждом случае индивидуальные особенности ее движения. **При ранении конъюнктивы глазного яблока хирургу следует:** а) наложить швы на рану конъюнктивы более 5 мм; б) произвести ревизию склеры в зоне ранения конъюнктивы; в) сделать инъекцию антибиотика под конъюнктиву; г) закапать дезинфицирующие средства; д) все перечисленное. **Лечение прободных ранений глазного яблока должно проводиться:** а) в амбулаторных условиях; б) в условиях специализированного травмотологического центра; в) в стационаре общего профиля; г) не требует никакого лечения. **Больной Л. 27 лет, при работе на фрезерном станке получил удар по голове, правому глазу и груди отскочившей деталью. Был без сознания в течение 45 мин. Жалобы на сильную головную боль** а) в многопрофильной больнице, где имеется офтальмотравматологическая служба; б) в специализированном офтальмотравматологическом центре; в) в глазном стационаре широкого профиля; г) в амбулаторных условиях; д) существенного значения не имеет. **Первая помощь в поликлинике и на медпункте при проникающем ранении глазного яблока с выпадением оболочек заключается в:** а) вправлении выпавших оболочек; б) иссечении выпавших оболочек и герметизации раны; в) наложении повязки и срочной транспортировки в офтальмотравматологический центр; г) организации консультации врача-офтальмотравма- толога в поликлинике; д) в каждом случае решение принимается индивидуально. **В хирургической обработке не нуждаются больные с прободными ранениями в случае:** а) сохранения нормального внутриглазного давления; б) линейных ран роговицы с адаптированными краями не более 2 мм; в) биомикроскпически определяемой раны склеры 2 мм; г) во всех перечисленных случаях. **При энуклеации подшивание имплантата проводится к:** а) верхней и нижней косой мышцам; б) верхней и нижней прямым мышцам; в) внутренней и наружной прямым мышцам; г) не подшивается; д) к четырем прямым мышцам. **Рана роговицы подлежит ушиванию:** а) супрамидной нитью 9. 00; б) супрамидной нитью 10. 00;

	в) шелковой нитью 8. 00; г) супрамидной нитью 8. 00; д) можно использовать весь перечисленный шовный материал. **Рана склеры ушивается:** а) шелковой нитью 8. 00; б) супрамидной нитью 10. 00; в) синтетической нитью 8. 00; г) любой из перечисленных. **При проникающих ранениях роговицы с разрушением хрусталика:** а) необходимо удалить остатки капсулы хрусталика; б) при хирургической обработке требуется удаление хрусталика; в) можно ограничиться только вымыванием хрусталиковых масс из передней камеры; г) хрусталик не удаляется. **Потерянный объем стекловидного тела может быть восстановлен:** а) физиологическим раствором; б) Хилоном; в) 5% раствором глюкозы; г) 10% раствором желатина; д) любым из перечисленных способов. **Методом выбора при лечении эндофтальмита является:** а) консервативная тактика с назначением сильных антибиотиков широкого спектра; б) экстракция хрусталика; в) витреэктомия; г) витреоленсэктомия; д) отсасывание стекловидного тела. **Витрэктомия называется задней закрытой, если:** а) иссечение стекловидного тела производится в заднем полюсе глазного яблока; б) иссечение стекловидного тела производится сразу за хрусталиком; в) операция осуществляется через разрез в плоской части цилиарного тела; г) верно только А и В. **Подшивание имплантанта в ходе энуклеации противопоказано:** а) детям; б) больным с проникающим ранением глаза; в) больным с контузией глаза; г) больным с опухолью глаза; д) больным с общими соматическими заболеваниями. **Иридопластическая операция проводится с целью восстановления:** а) сосудистой трофики поврежденного участка радужки; б) иннервации в зоне повреждения; в) косметики и зрительных функций; г) верно только А и Б;

	д) все перечисленное. **Достоинством электомагнитов для удаления инородных тел является:** а) их портативность; б) независимость от источников питания; в) возможность достижения высоких сил сцепления инородным телом; г) их миниатюрность; д) все перечисленное. **Достоинством постоянных магнитов для удаления внутриглазных инородных тел является:** а) их портативность; б) отсутствие зависимости от источника питания; в) высокая сила сцепления с осколком; г) их миниатюрность; д) все перечисленное. **Показанием к неотложным операциям с использованием магнита является наличие:** а) магнитного инородного тела, вклинившегося в оболочки заднего полюса глаза; б) внутриорбитального инородного тела; в) плавающего в стекловидном теле магнитного осколка; г) инородного тела в средних слоях хрусталика; д) все перечисленное. **Тактика офтальмотравматолога при локализации инородного тела в передней камере:** а) инородное тело подлежит немедленному удалению; б) немедленному удалению подлежит только ферромагнитный осколок; в) немедленному удалению подлежат только металлические инородные тела; г) стеклянный осколок не требует срочного удаления. **Окалину, окружающую инородное тело роговицы, лучше всего:** а) удалить острым инструментом; б) оставить ее на 2 суток; в) провести лазеркоагуляцию; г) лечить консервативно; д) в каждом случае решать индивидуально. **Абсолютным показанием к энуклеации является:** а) острый приступ впервые выявленной глаукомы; б) гемофтальм на глазу с диабетической ангиоретинопатией; в) риск развития симпатической офтальмии; г) проникающее осколочное ранение глазного яблока; д) все перечисленное. **Металлолокализатор:** а) определяет наличие и локализацию инородного тела в глазу; б) указывает, способно ли инородное тело передвигаться в магнитном

	поле; в) указывает размер инородного тела; г) является способом удаления инородного тела; д) правильно а и б. **Внутриглазное инородное тело, локализованное за хрусталиком, нужно удалить:** а) диасклерально; б) через плоскую часть цилиарного тела; в) через корнео-склеральный разрез после предварительной экстракции катаракты; г) через раневой канал; д) выбор доступа индивидуален. **Инородное тело, вколоченное в оболочки заднего полюса глаза:** а) подлежит немедленному удалению диасклерально; б) требует выжидательной тактики; в) подлежит барражированию лазером для создания капсулы; г) немедленно должно быть удалено трансвитреально; д) требует индивидуального подхода. **При проникающем ранении глазного яблока антибиотики назначаются:** а) в случаях клинически определяемого инфекционного поражения; б) во всех случаях; в) только при внедрении внутриглазных осколков; г) при поражении хрусталика. **При проникающих ранениях роговицы с обширными дефектами эпителия применение кортикостероидов ограничено из-за:** а) индивидуальной непереносимости препаратов; б) возможного повышения внутриглазного давления; в) замедления репарации; г) всего перечисленного. **Первичная энуклеация в ходе первичной хирургической обработки проводится:** а) для предупреждения симпатического воспаления; б) при разрушении глазного яблока невозможности восстановления нормальной анатомии поврежденного глаза; в) проводиться не должна; г) для остановки кровотечения. **Субатрофия глазного яблока при травме может быть обусловлена:** а) отслойкой сетчатки или цилиарного тела; б) сморщиванием глаза вследствие швартообразования; в) рубцовой деформацией; г) фильтрацией в области раны; д) всем перечисленным. **5% раствор унитиола может быть использован в офтальмологии для лечения:**

	а) кровоизлияний; б) вторичной гипертензии; в) гипотонии глаза; г) металлоза; д) патологии роговицы. **Смещение хрусталикав переднюю камеру требует:** а) консервативного лечения; б) хирургического лечения; в) динамического наблюдения; г) правильно а и в. **Отравление метиловым спиртом приводит к:** а) развитию дистрофии роговой оболочки; б) развитию катаракты; в) увеиту; г) отслойке сетчатки; д) атрофии зрительного нерва. **При лечении ожогов головы и век важное значение имеют:** а) оценка степени повреждения; б) стимуляция скорейшего заживления и предупреждение осложнений; в) профилактика инфекций; г) сведение к минимуму контрактуры; д) все перечисленное. **Степень повреждения глазных структур при химическом ожоге:** а) при щелочном ожоге выше, чем при кислотном; б) при кислотном ожоге выше; в) примерно одинакова по отдаленным последствиям; г) химический ожог менее опасен, чем термический. **Больной со II степенью ожога роговицы и конъюнктивы должен лечиться:** а) у окулиста амбулаторно; б) в условиях стационара; в) амбулаторно с применением физиотерапии; г) возможен любой из вариантов. **При воздействии ультрафиолетового излучения страдает в первую очередь:** а) глаз хорошо переносит ультрафиолетовое излучение; б) конъюнктива и роговица; в) радужка; г) хрусталик; д) сетчатка. **Первая помощь при химических ожогах глаз включает:** а) обильне промывание; б) назначение поверхностных анестетиков; в) применение антибиотиков; г) применение стероидов;

	д) все перечисленное. **Лечение ожогов кожи век включает:** а) удаление омертвевших участков и пересадку кожи; б) обезболивающие средства; в) мазь, содержащую антисептики или антибиотики; г) все перечисленное.

Критерии и шкалы оценки:

- критерии оценивания – правильное решение задач;
- показатель оценивания – процент правильно решенных задач;;
- шкала оценивания(оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:
  - **высокий (отлично) -** более 80% правильно решенных задач;
  - **достаточный (хорошо)** – от 60 до 80 % правильно решенных задач;
  - **пороговый (удовлетворительно)** – от 50 до 60% правильно решенных задач;
  - **критический (неудовлетворительно)** – менее 50% правильно решенных задач.

7.3 Тесты (тестовые задания)

Индекс компетенции	№ задания, Тест (тестовое задание)
ПК-6	**Изменения век при воспалительном отеке включают:** а) гиперемию кожи век; б) повышение температуры кожи; в) болезненность при пальпации; г) все перечисленное верно. **Изменения век при невоспалительном отеке:** а) чаще двухстороннее; б) отсутствует болезненность при пальпации; в) кожные покровы нормальной окраски; г) может сочетаться с отеком ног, асцитом; д) все перечисленное верно. **Клинические признаки эмфиземы век включают:** а) крепитацию; б) отек; в) целостность кожных покровов; г) все перечисленное верно. **Отличие эмфиземы век от воспалительного отека характеризуется:** а) наличием гиперемии кожи век; б) болезненностью при пальпации век; в) наличием крепитации; г) всем перечисленным; д) только А и Б. **Ангионевротический отек Квинке характеризуется:** а) отеком век одного глаза, распространяющимся на кожу лица; б) чаще развивается на верхнем веке; в) точечными поверхностными помутнениями роговицы;

	г) ничем из перечисленного; д) всем перечисленным. **При аллергическом дерматите наблюдаются:** а) отек век; б) гиперемия; в) зуд; г) появление мелких пузырьков на коже, которые лопаются с выделением серозной жидкости; д) все перечисленное верно. **Травматический отек век сопровождается:** а) обширными подкожными кровоизлияниями с синюшным оттенком; б) блефароспазмом и слезотечением; в) зудом; г) всем перечисленным; д) только Б и В. **К клиническим признакам абсцесса века относятся:** а) локальный отек век; б) локальная гиперемия век; в) разлитая гиперемия и инфильтрация век; г) все перечисленное; д) только А иВ. **Показаниями к вскрытию абсцесса века является:** а) появление флюктуации; б) выраженная гиперемия век; в) уплотнение ткани века; г) болезненность при пальпации. **При абсцессе века необходимо:** а) обколоть инфильтрат антибиотиками; б) назначить УВЧ, сухое тепло; в) при наличии симптома "флюктуации" - вскрыть и дренировать гнойник; г) все перечисленное. **Хроническое воспаление мейбомиевых желез - это:** а) ячмень; б) халязион; в) абсцесс века; г) внутренний ячмень. **При халязионе века необходимо:** а) проводить лечение токами УВЧ, электрофорез; б) ввести кеналог в патологический процесс или провести хирургическое лечение; в) проводить инстилляции дезинфицирующих капель; г) заложить гидрокортизоновую мазь. **Рожистое воспаление кожи век характеризуется:**

	а) гиперемией и отеком век б) появлением резко гиперемированных участков кожи век и пузырьков,отека век на фоне повышения температуры тела в) на фоне повышения температуры тела - появлением нескольких рядов лежащих пузырьков с прозрачной жидкостью г) пузыревидными высыпаниями, занимающими одну половину лба, расположенными в один ряд **При поражении кожи век простым герпесом наблюдается:** а) гиперемия и отек век; б) появление резко гиперемированных участков кожи и пузырьков, отека века на фоне повышения температуры тела; в) на фоне повышения температуры тела появление нескольких рядом лежащих пузырьков с прозрачной жидкостью; г) пузыревидные высыпания, занимающие одну половину лба, расположенные в один ряд. **При поражении кожи век опоясывающим герпесом наблюдается:** а) гиперемия и отек век б) появление резко гиперемированных участков и пузырьков, отека века на фоне повышения температуры тела; в) на фоне повышения температуры тела появление нескольких рядом лежащих пузырьков с прозрачной жидкостью; г) пузыревидные высыпания, занимающие одну половину лба, расположенные в один ряд. **Дифтерия кожи век характеризуется:** а) гиперемией кожи век с образованием прозрачных пузырьков, в дальнейшем язв; б) мелкими папулезными множественными высыпаниями; в) образованием обширной язвенной поверхности; г) всем перечисленным. **Клинические признаки рожистого воспаления век включают:** а) выраженную гиперемию и отек век; б) чувство зуда, жара; в) резкую границу с нормальной тканью; г) увеличение региональных лимфатических узлов; д) все перечисленное. **Чешуйчатый блефарит характеризуется:** а) покраснением краев век; б) утолщением краев век; в) мучительным зудом в веках; г) корни ресниц покрыты сухими чешуйками; д) всем перечисленным. **При язвенном блефарите изменения век носят характер:** а) кровоточащих язвочек с гнойным налетом; б) заворота век; в) выворота века; г) всего перечисленного.

Причиной возникновения эленфатиаза (слоновости) век является:
а) травма;
б) ожог;
в) повторяющиеся рецидивы отека век аллергической или другой этиологии;
г) все перечисленное;
д) только Б и В.

При лагофтальме возможно возникновение:
а) эрозии роговицы из-за травматизма ресниц;
б) ксероза роговицы;
в) экзофтальма;
г) всего перечисленного.

Эпикантус - это:
а) опущение верхнего века;
б) кожная складка, соединяющая верхнее и нижнее веко;
в) узкая глазная щель;
г) плотное образование на верхнем веке.

При лагофтальме необходимо проводить:
а) инстилляцию дезинфицирующих капель;
б) использование глазных мазей;
в) в некоторых случаях - блефароррафию;
г) все перечисленное;
д) только А иБ.

При полном птозе верхнего века показано оперативное вмешательство, заключающееся в:
а) проведении подкожных швов между лобной мышцей и краем века;
б) иссечении треугольного участка века основанием к краю века и фиксации раны швами;
в) проведении блефароррафии;
г) всего перечисленного;
д) только А и В.

Различают следующие виды заворота век:
а) спастический;
б) рубцовый;
в) бульбарный;
г) врожденный;
д) все перечисленное.

Спастический заворот век развивается при:
а) блефароспазме;
б) трахоме;
в) экзофтальме;
г) блефарите.

Старческий заворот развивается при:
а) понижении тургора кожи век;

	б) энофтальме; в) конъюнктивите; г) халязионе. **Последствием трахомы и ожога конъюнктивы век являются:** а) спастический заворот; б) рубцовый заворот; в) бульбарный заворот. **Бульбарный заворот век развивается при :** а) трахоме; б) анофтальме; в) блефароконъюнктивите; г) всем перечисленном. **Врожденный заворот век возникает:** а) чаще на нижнем веке; б) при недоразвитии или отсутствии хряща; в) при гипертрофии ресничной части круговой мышцы; г) при всех перечисленных причинах. **Ксантоматоз может быть вызван:** а) травмой; б) нарушением трофики; в) нарушением обмена веществ; г) всеми перечисленными причинами. **При блефарохалаозисе наблюдается:** а) ксероз роговицы; б) снижение зрения из-за опущения века; в) косметический дискомфорт; г) все перечисленное; д) правильно А и Б. **При ячмене из физиопроцедур следует рекомендовать:** а) ультрафиолетовое облучение; б) токи ультравысокой частоты; в) электрофорез с десказоном; г) все перечисленное верно. **При трихиазе необходимо проводить:** а) эпиляцию ресниц; б) диатермокоагуляцию ресниц; в) пластику века; г) все перечисленное верно. **При упорных блефаритах показаны:** а) массаж век; б) сеансы УВЧ; в) пластика век; г) все перечисленное верно.

Птоз может быть:
а) врожденным;
б) нейрогенным;
в) "мышечным" при миастении и миотонии;
г) вследствие всех перечисленных причин.

Врожденный птоз обусловлен:
а) спазмом;
б) неполноценностью развития мышцы, поднимающей верхнее веко;
в) парезом ветвей тройничного нерва;
г) спазмом круговой мышцы век.

Различают следующие выворотыве к:
а) спастический;
б) паралитический;
в) атонический;
г) рубцовый;
д) все перечисленные.

Спастический выворот век развивается при:
а) трахоме;
б) паражении тройничного нерва;
в) снижении эластичности кожи;
г) хроническом блефароконъюнктивите.

Рубцовый выворот век развивается вследствие:
а) травмы;
б) ожогов век;
в) сибирской язвы;
г) туберкулезной волчанки;
д) всех перечисленных причин.

К доброкачественным вторичным опухолям орбиты относятся:
а) остеомы;
б) фибромы;
в) липомы;
г) хондромы;
д) все перечисленное.

Атонический выворот возникает при:
а) конъюнктивите;
б) парезе ветвей лицевого нерва;
в) старческой атрофии круговой мышцы век;
г) всем перечисленном.

При параличе лицевого нерва развивается:
а) спастический выворот века;
б) паралитический выворот века;
в) атонический выворот века;
г) любой из перечисленных.

Ожоги век могут быть причиной:

	а) рубцового выворота век; б) паралитического выворота век; в) атонического выворота век; г) спастического выворота век. **Атонический выворот век проявляется:** а) снижением эластичности кожи б) отвисанием века книзу; в) гипертрофией конъюнктивы; г) слезотечением; д) всем перечисленным. **При аденовирусной инфекции глаза:** а) конъюнктивит является фолликулярным б) поражение может быть односторонним в) конъюнктивит почти всегда поражает нижний свод; г) могут быть поверхностные и глубокие помутнения роговицы; д) все перечисленное верно. **Аллергический конъюнктивит:** а) дает картину "булыжников"; б) обнаруживается желатинозный лимбальный инфильтрат; в) возникает интенсивный зуд; г) купируется инстилляциями стероидов; д) все перечисленное правильно. **Лечение весеннего катара включает:** а) смену климата; б) лечение кортикостероидами; в) лечение гамма-глобулином; г) верно А и Б; д) все перечисленное верно. **Герпетический конъюнктивит характеризуется:** а) односторонностью процесса; б) длительным вялым течением; в) высыпанием пузырьков на коже век; г) вовлечением в процесс роговицы; д) всем перечисленным. **Для герпетического конъюнктивита характерны следующие клинические формы:** а) катаральная; б) фолликулярная; в) везикулярно-язвенная; г) все перечисленное; д) только Б и В. **К осложнениям трахомы относится:** а) трихиаз, мадароз; б) энтропион; в) симблефарон;

г) паренхиматозный ксероз;
д) все перечисленное верно.

К дистрофическим заболеваниям конъюнктивы относятся:
а) пингвекция;
б) птеригиум;
в) бляшки Бито;
г) гиалино-амиловидная дистрофия;
д) все перечисленное верно.

Причинами хронического конъюнктивита могут быть:
а) нарушение обмена веществ;
б) желудочно-кишечные заболевания;
в) длительно действующие внешние раздражители (пыль, дым, химические примеси в воздухе) ;
г) аметропии;
д) все перечисленное верно.

Фолликулы конъюнктивы характерны для:
а) аденовирусного конъюнктивита;
б) простого фолликулеза;
в) трахомы;
г) всего перечисленного.

Тельца Гальберштедтера-Провачека образуются при:
а) трахоме;
б) остром эпидемическом конъюнктивите;
в) диплобациллярном конъюнктивите;
г) дифтерийном конъюнктивите;
д) всем перечисленным.

К аутоиммунным (аллергическим) конъюнктивитам относятся:
а) лекарственный конъюнктивит;
б) поллинозный конъюнктивит;
в) Весенний катар, пемфигус;
г) туберкулезно-аллергический фликтенулезный конъюнктивит;
д) все перечисленные.

Для пемфигуса конъюнктивы характерно:
а) сочетаное с поражением кожи, слизистой оболочки рта, носоглотки;
б) образование пузырей конъюнктивы;
в) положительный эффект от местных кортикостероидов;
г) все перечисленное верно.

При тиреотропной форме эндокринного экзофтальма наблюдается:
а) отек век и хемоз;
б) ограничение взгляда вверх;
в) затруднение репозиции;
г) ограничение движения глазного яблока;
д) все перечисленное верно.

Ложный экзофтальм наблюдается при:

	а) травме глазницы; б) односторонней высокой миопии; в) параличе прямых мышц; г) одностороннем гидрофтальме; д) всем перечисленном. **Рентгенографическое обследование при экзофтальме помогает в случае:** а) мукоцеле; б) сфеноидальной менингиомы; в) глазной глиомы; г) злокачественной опухоли придаточных пазух носа; д) всего перечисленного. **Пониженное зрение при экзофтальме может быть вследствие:** а) непосредственного давления на зрительный нерв; б) давления на кровеносные сосуды; в) хемоза конъюнктивы; г) всего перечисленного; д) только Б и В. **При флегмоне орбиты наблюдается:** а) отек и гиперемия век; б) хемоз конъюнктивы; в) офтальмоплегия; г) все перечисленное; д) только А и В. **К причинам, вызывающим периоститы, относятся:** а) заболевания придаточных пазух носа; б) дакриоцистит; в) фурункулы кожи лица; г) кариес зубов; д) все перечисленное верно. **Клинические признаки остеопериостита орбиты:** а) экзофтальм; б) ограничение подвижности глазного яблока; в) болезненность при надавливании; г) отек век; д) все перечисленное верно. **Флегмона орбиты может быть вызвана:** а) распространением инфекции из прилегающих анатомических структур; б) распространением инфекции метастатическим путем из отдаленного очага; в) проникающим ранением с наличием инородного тела; г) всем перечисленным; д) ничем из перечисленного.

	Причинами билатерального экзофтальма являются: а) двусторонний тромбоз кавернозного синуса; б) тиреотоксикоз; в) двустороннее повреждение орбиты; г) все перечисленное верно. **К первичным доброкачественным опухолям орбиты относятся:** а) ангиома; б) менингиома; в) глиома; г) смешанная опухоль слезной железы; д) все перечисленное. **Причинами одностороннего экзофтальма являются:** а) ретробульбарная гематома; б) опухоли орбиты; в) флегмона орбиты; г) псевдотумор; д) все перечисленное. **Пульсирующий экзофтальм:** а) является результатом артерио-венозного соустья ; между внутренней сонной артерией и кавернозным синусом; б) наблюдается при мукоцеле; в) наблюдается при абсолютно болящей глаукоме; г) наблюдается при диакриоадените. **Показаниями к энуклеации являются:** а) абсолютно болящий слепой глаз; б) внутриглазная злокачественная опухоль; в) симпатическая офтальмия; г) слепой глаз, размозженный травмой; д) все перечисленное. **Неотложная помощь при флегмоне:** а) вскрытие и дренирование орбиты; б) холод; в) токи ультравысокой частоты; г) все перечисленное. **Пульсирующий экзофтальм характерен для:** а) вторичной опухоли орбиты; б) метастатической опухоли орбиты; в) пиоцеле; г) сосудистых нарушениях в орбите. **Диффузное острое воспаление орбитальной клетчатки - это:** а) остеопериостит; б) флегмона; в) абсцесс; г) фурункул; д) ячмень.

Ретракция верхнего века наблюдается при:
а) каротидно-кавернозном соустье;
б) менингиоме;
в) эндокринном экзофтальме;
г) всем перечисленном;
д) ничем из перечисленного.

Средний диаметр роговицы взрослого человека в норме равен:
а) 8-9 мм;
б) 10 мм;
в) 11-12 мм;
г) 13-14 мм;
д) 15-16 мм.

Средняя величина преломляющей силы роговицы взрослого человека равна:
а) 23 диоптриям;
б) 30 диоптриям;
в) 43 диоптриям;
г) 50 диоптриям;
д) 53 диоптриям.

Средняя величина радиуса кривизны передней поверхности роговицы взрослого человека составляет:
а) 9 мм;
б) 7,7-7,8 мм;
в) 6,7-6,8 мм;
г) 5,5 мм;
д) 5 мм.

Нормальная толщина центральной части роговицы взрослого человека равна:
а) 1,5 мм;
б) 1,2 мм;
в) 0,7-0,8 мм;
г) 0,5-0,6 мм;
д) 0,4 мм.

Для измерения радиуса кривизны и преломляющей силы роговицы применяется:
а) офтальмометр;
б) рефрактометр;
в) офтальмоскоп;
г) ретинофот;
д) диоптриметр.

Для измерения толщины роговицы применяется:
а) офтальмометр;
б) кератопахометр;
в) кератометр;
г) рефрактометр;

	д) эстезиометр; **Сочетание признаков - светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, боль в глазу - характерно для:** а) катаракты; б) кератита; в) отслойки сетчатки; г) атрофии зрительного нерва; д) тромбоза центральной вены сетчатки. **Для кератитов не характерно:** а) повышенное внутриглазное давление; б) снижение тактильной чувствительности роговицы; в) наличие инфильтратов роговицы; г) васкуляризация роговицы; д) перикорнеальная или смешанная инъекция. **Наличие перикорнеальной инъекции глазного яблока, шероховатой поверхности роговицы, нарушения тактильной чувствительности рогови-цы, инфильтратов в роговице и васкуляризации роговицы характерно:** а) тромбоза центральной зоны сетчатки; б) дегенерации желтого пятна; в) катаракты; г) диабетической ретинопатии; д) кератита. **Исходом кератита может быть все перечисленное, за исключением:** а) бельма роговицы; б) дегенерации макулы сетчатки; в) васкуляризации роговицы; г) язвы роговицы. **При центральной язве роговицы с угрозой ее прободения показано:** а) хирургическое лечение в плановом порядке; б) консервативное лечение; в) срочное хирургическое лечение; г) динамическое наблюдение. **При центральной язве роговицы с угрозой ее перфорации показано:** а) инстилляции и инъекции антибактериальных лекарственных средств; б) инстилляции и инъекции миотиков; в) инстилляции и инъекции мидриатиков; г) инстилляции и инъекции кортикостероидов; д) срочное оперативное лечение. **При операциях на роговице предпочтительно накладывать швы из:** а) шелка туркменского; б) шелка виргинского; в) нейлона; г) кетгута; д) любого из вышеперечисленных материалов.

Оптимальный срок для снятия швов после субтотальной сквозной кератопластики:
а) 3-4 недели;
б) 1-2 месяца;
в) 3-4 месяца;
г) 4-5 месяцев;
д) 6 месяцев и более.

Сочетание признаков - снижение остроты зрения, невозможность коррекции зрения очковыми стеклами, уменьшение радиуса кривизны роговицы, наличие неправильного роговичного астигматизма характерно для:
а) кератита;
б) катаракты;
в) кератоконуса;
г) склерита;
д) пингвекулы.

В начальной стадии кератоконуса показаны все перечисленные методы, кроме:
а) операции сквозной кератопластики;
б) операции послойной кератопластики;
в) операции термокератопластики или лазеркератопластики;
г) контактной коррекции зрения.

Для кератоконуса характерны:
а) гиперметропия;
б) правильный астигматизм;
в) неправильный астигматизм;
г) все перечисленное;
д) ничего из перечисленного.

При кератоконусе в далеко зашедшей стадии возможна коррекция зрения:
а) сферическими и цилиндрическими стеклами;
б) бифокальными сферопризматическими стеклами;
в) контактными линзами;
г) любым из перечисленного.

В этиологии склеритов и эписклеритов не имеет значения:
а) сифилис;
б) туберкулез;
в) ревматизм;
г) гипертоническая болезнь;
д) бруцеллез.

При кольце Флейшера обнаруживается все перечисленное, за исключением:
а) дегенерации в подлежащей Боуменовой мембране;
б) желтоватого кольца или дуги у основания конуса при керат. . кератоконусе;

	в) поверхностной васкуляризации роговицы; г) отложении железа в глубоких слоях роговицы. **При склерите характерно:** а) повреждение склерального покрова; б) наличие боли; в) болезнь соединительной ткани; г) истончение склеры; д) все перечисленное. **Для эписклерита характерны следующие положения:** а) является воспалением эписклеральной ткани; б) вызывает неприятное ощущение; в) не влияет на остроту зрения; г) рассасывается спонтанно; д) все перечисленное. **Для переднего склерита характерно все следующее, кроме:** а) может развиться в стафилому; б) может развиться в ангулярный склерит; в) характеризуется длительным течением; г) часто изъязвляется. **При пигментации роговицы железо внутри эпителия роговицы накапливается из:** а) слезной жидкости; б) плазмы крови; в) водянистой влаги; г) распада внутриклеточных цитохромных ферментов; д) всего перечисленного. **Для врожденной кисты склеры характерно все перечисленное, кроме:** а) редко встречается; б) мала при рождении; в) увеличивается в размерах по мере роста человека; г) расположена у края роговицы; д) выстлана эпителиальными клетками. **Показаниями к проведению вакцинотерапии являются:** а) наличие у больных частых обострений офтальмогерпеса; б) активные клинические проявления офтальмогерпеса; в) наличие внеглазных острых герпетических поражений одновременно с заболеванием глаза; г) все перечисленное. **Старческая роговичная дуга:** а) имеется у 3/4 пациентов в возрасте старше 50 лет; б) бывает иногда и у 30-40-летних пациентов; в) ограничивается эпителием роговицы; г) не доходит до лимба; д) все перечисленное.

Центральные язвы роговицы:
а) потенциально тяжелее, чем периферические;
б) имеют бактериальное происхождение;
в) имеют герпетическое происхождение;
г) могут быть некротическими;
д) все перечисленное.

При наследственной эпителиально-эндотелиальной дистрофии роговицы видны:
а) эпителиальные кисты;
б) эпителиальные дефекты;
в) дефекты и помутнения эндотелия;
г) все перечисленное;
д) только Б и В.

При увеличенной роговице (мегалокорнеа):
а) роговица может быть прозрачной;
б) имеется врожденое помутнение края роговицы у лимба;
в) передняя камера увеличена;
г) часто бывает подвывих хрусталика;
д) все перечисленное.

Следует подозревать микоз, как причину, если язва роговицы:
а) резистентна к антибиотикам;
б) появляется после выскабливания;
в) окружена ореолом разжижения;
г) все перечисленное;
д) только А и Б.

При лечении грибковых инфекций роговицы следует помнить, что:
а) некоторые чувствительны к сульфамидам;
б) некоторые чувствительны к антибиотикам;
в) кортикостероиды ухудшают их течение;
г) никакие противогрибковые препараты не имеют широкого спектра;
д) все перечисленное.

Трахома характеризуется следующими проявлениями:
а) незрелые фолликулы на верхней пластинке хряща века;
б) эпителиальный кератит;
в) образование паннуса (мембраноподобной васкуляризации) ;
г) образованием рубцовой ткани с осложнениями на веке;
д) всем перечисленным.

Краевые язвы роговицы могут быть:
а) токсическими, вызванными конъюнктивитом;
б) типа Морена;
в) вызваны "acne rosacea";
г) связаны с некоторыми общими заболеваниями;
д) все перечисленное.

Поверхностный точечный кератит:

а) был описан, как самостоятельная болезнь,Тайгенсоном;
б) дает мелкоточечное прокрашивание всей роговицы;
в) глаз при нем относительно не воспален;
г) ничего из перечисленного;
д) все перечисленное.

Гранулярная дистрофия роговицы (Греноу тип I):
а) имеет поверхностную локализацию повреждений;
б) не затрагивает периферию;
в) характеризуется наследственностью по доминантному типу;
г) характеризуется некоторой потерей чувствительности роговицы;
д) все перечисленное.

При врожденной лейкоме роговицы характерно все перечисленное, кроме:
а) причиной является внутриутробное воспаление;
б) имеется васкуляризация;
в) могут быть передние синехии;
г) не имеется других аномалий.

Лентовидная дистрофия роговицы:
а) встречается у детей;
б) связана с артритом и иритом;
в) появляется в области интерпальпебральной щели;
г) при биомикроскопии обнаруживаются темные "дыры" в Боуменовой мембране;
д) все перечисленное.

При сетчатой дистрофии роговицы имеет место все перечисленное, кроме:
а) линии стромы представляют дегенерированные нервы роговицы;
б) чувствительность роговицы снижена;
в) эпителий становится шероховатым, огрубевшим;
г) острота зрения снижается незначительно.

Макулярная дистрофия роговицы характеризуется:
а) диффузными и быстро прогрессирующими облачковидными помутнениями;
б) поверхностными повреждениями в центральной области роговицы;
в) повреждением стромы на периферии роговицы;
г) ранним снижением остроты зрения;
д) всем перечисленным.

Пигментное кольцо Кайзер-Флейшера при болезни Вильсона:
а) расположено в десцеметовой мембране;
б) является отложением меди;
в) эндотелий прозрачен;
г) все перечисленное;
д) только Б и В.

Острый кератоконус:
а) сопровождается внезапным затуманиванием зрения;

	б) при появлении дает картину острого кератита; в) после купирования острого процесса дает улучшение зрения; г) происходит от гидратации роговицы вследствие разрыва ;десцеметовой мембраны; д) все перечисленное. **Сифилитический кератит может сопровождаться:** а) ранним появлением боли и светобоязни; б) образованием синехий; в) стромальной пленкой, наиболее плотной в центре; г) повышением внутриглазного давления; д) всем перечисленным. **При отторжении роговичного трансплантата неудача может быть результатом:** а) технических погрешностей хирурга; б) у донора имеется болезнь или дегенерация эндотелия роговицы; в) неправильного хранения донорского материала; г) слишком длительного хранения донорского материала; д) всего перечисленного. **К наиболее значимым факторам в патогенезе отека роговицы, вызываемого контактной линзой, относятся:** а) уменьшение снабжения кислородом как самого значительного фактора в образовании отека роговицы; б) наличие относительно непроницаемого барьера; в) уменьшение объема слез не только с возрастом, но и при некоторых состояниях - таких, как синдром Съегрена; г) все перечисленное; д) только А и Б. **При эпидемическом кератоконъюнктивите может наблюдаться все перечисленное, кроме:** а) острого фолликулярного конъюнктивита; б) симптомов инфекции; в) изъязвления и васкуляризации поврежденной роговицы; г) снижения остроты зрения; д) повреждения роговицы в виде субэпителиальных круглых инфильтратов. **При кольце (линии) Флейшера, характерной для кератоконуса, может быть все перечисленное, кроме:** а) дегенерации в подлежащей Боуменовой мембране; б) желтовато-зеленого кольца или дуги у основания конуса; в) поверхностной васкуляризации роговицы. **Отложения меди в ткани роговицы обнаруживаются при:** а) линии Стоккера; б) линии Хадсон-Штали; в) кольце Кайзер-Флейшера; г) линии (кольце) Флейшера; д) всем перечисленном.

Отложения железа в ткани роговицы могут обнаруживаться при:
а) старческой дуге;
б) линии (кольце) Флейшера;
в) кольце Кайзер-Флейшера;
г) всем перечисленном;
д) только А и В.

Признаками нейропаралитического кератита являются:
а) светобоязнь;
б) слезотечение;
в) эрозии роговицы с последующим изъязвлением;
г) блефароспазм;
д) все перечисленное.

Поверхностная васкуляризация роговицы встречается при:
а) фликтенулезном кератите;
б) аденовирусном конъюнктивите;
в) склерите;
г) эписклерите;
д) всем перечисленном.

Проявлением болезни Съегрена со стороны органа зрения является:
а) склерит;
б) повышение внутриглазного давления;
в) сухой кератоконъюнктивит;
г) отслойка сетчатки;
д) все перечисленное.

При пробе Ширмера нормальным результатом, не вызывающим подозрения на нарушение функции, является:
а) смачивание полоски фильтрованной бумаги на 5 мм и меньше;
б) смачивание полоски фильтрованной бумаги на 5-10 мм;
в) смачивание полоски фильтрованной бумаги 10 мм и более;
г) полное отсутствие смачивания фильтрованной бумаги.

Парез лицевого нерва может привести к:
а) повышению внутриглазного давления;
б) кератопатии и кератиту;
в) нистагму;
г) отслойке сетчатки;
д) всему перечисленному.

При начальных проявлениях сухого кератоконъюнктивита предпочтительнее всего назначать инстилляции:
а) кортикостероидов;
б) антибиотиков;
в) сульфаниламидов;
г) миотиков;
д) препаратов искусственной слези.

При болезни Вегенера (гранулематоз неинфекционный некротичес-

	кий) наиболее частым проявлением со стороны глаз является: а) кератоконус; б) краевой язвенный кератит; в) микрокорнеа; г) врожденная катаракта; д) все перечисленное. **При буллезной кератопатии может быть эффективно назначение:** а) жестких контактных линз; б) мягких контактных линз; в) и того, и другого; г) ни того, ни другого. **Отложения жира в роговице могут обнаружиться при:** а) кольце Кайзер-Флейшера; б) линии Стоккера; в) старческой дуге; г) линии Хадсон-Штали; д) всем перечисленном. **Жесткие контактные линзы эффективны при:** а) рецидивирующей эрозии роговицы; б) буллезной кератопатии; в) кератоконусе; г) всем перечисленном. **Преимуществом контактных линз перед очками является:** а) более широкое поле зрения; б) близкая к нормальной величина изображения; в) косметическое преимущество; г) возможность исправления неправильного астигматизма; д) все перечисленное. **Противопоказанием к назначению контактных линз является:** а) нарушение эпителия роговицы; б) гипертоническая болезнь; в) глазные операции в анамнезе; г) тромбоз центральной вены сетчатки в анамнезе; д) все перечисленное. **Противопоказаниями к назначению контактных линз являются:** а) блефарит; б) мейбомит; в) халязион; г) ячмень; д) все перечисленное. **При синдроме "сухих глаз" для диагностики важны:** а) осмотр обнаженной полоски, где должен быть беспрерывный поток слез; б) проба Ширмера, основанная на скорости смачивания полоски фильтрованной бумаги, прикре- пляемой над краевой границей века;

	в) проба с красителем, состоящая из закапывания известного заранее количества флюоресцеина, вслед за чем проводится флюорометрия; г) окраска Бенгальской розой; д) все перечисленное. **Для синдрома Съегрена характерно:** а) поражение слюнных и слезных желез; б) развитие сухого кератоконъюнктивита; в) светобоязнь; г) болевой синдром; д) все перечисленное. **Для синдрома Съегрена характерны все перечисленные признаки, кроме:** а) инъекции конъюнктивы; б) прогрессирующих ксеротических изменений роговицы; в) появления кольца Флейшера; г) появления светобоязни; д) появления болевого синдрома. **При синдроме Съегрена могут быть следующие проявления со стороны переднего отрезка глазного яблока:** а) сухой хронический конъюнктивит и блефа- роконъюнктивит; б) эпителиальная дистрофия роговицы; в) буллезно-нитчатый кератит; г) ксероз роговицы; д) все перечисленное. **Снижение остроты зрения при заболеваниях роговицы может быть связано с:** а) помутнением роговицы; б) васкуляризацией роговицы; в) нарушением нормальной сферичности роговицы; г) любым из перечисленного; д) только А и В. **Снижение остроты зрения при заболеваниях роговицы может быть связано с :** а) увеличением размеров роговицы (мегалокорнеа); б) уменьшением разьеров роговицы (микрокорнеа); в) уменьшением радиуса кривизны роговицы (кератоконус); г) увеличение радиуса кривизны роговицы (аппланациокорнеа); д) любым из перечисленного. **Эрозия роговицы может сопровождаться:** а) слезотечением; б) светобоязнью; в) блефароспазмом; г) ощущением боли в глазу; д) всем перечисленным. **Для роговичного синдрома характерны:**

	а) светобоязнь и слезотечение; б) блефароспазм; в) ощущение инородного тела под веками; г) все перечисленное; д) только А и Б. **К операциям рефракционной кератопластики относится:** а) кератомилез; б) кератофакия; в) эпикератофакия; г) тоннельная кольцевидная кератопластика; д) все перечисленное. **Ощущение инородного тела в глазу может быть связано с:** а) эрозией роговицы; б) ксерозом или прексерозом роговицы; в) кератитом; г) конъюнктивитом; д) любым из перечисленного. **Для различия форм герпетического кератита характерно:** а) нейротрофический характер поражения, одним из проявлений которого является снижение чувствительности роговицы глаза; б) замедленная регенерация; в) безуспешность а/бактериальной терапии; г) верно А и Б; д) все перечисленное. **К поверхностному герпетическому кератиту относятся:** а) древовидный кератит; б) метагерпетический кератит; в) ландкартообразный кератит; г) дисковидный кератит; д) верно А и В. **Клинические формы офтальмогерпеса могут быть представлены:** а) везикулезным кератитом; б) краевым кератитом; в) рецидивирующей эрозией роговицы; г) увеитом; д) всем перечисленным. **Проведение микродиатермокоагуляции показано при:** а) поверхностных и глубоких поражениях роговицы, протекающих с изъязвлением; б) наличии у больных выраженных явлений местной медикаментозной аллергии; в) наличии признаков диффузной воспалительной инфильтрации, захватывающей большую часть площади роговицы; г) всем перечисленным. **В лечении поверхностных форм герпетического кератита наиболее**

эффективно применение:
а) интерферонов и интерфероногенов;
б) кортикостероидов;
в) антибиотиков;
г) правильно А и В;
д) всех перечисленных препаратов.

Методами диагностики офтальмогерпеса являются:
а) цитологическая диагностика;
б) очаговые аллергические реакции;
в) метод флюоресцирующих антител;
г) верно А и Б;
д) все перечисленное.

Введение полудана в переднюю камеру показано при:
а) кератоиридоциклитах с изъязвлением передней поверхности роговицы;
б) увеакератитах с изъязвлением задней поверхности роговицы;
в) изолированных иридоциклитах и увеитах;
г) наличии патогенной микрофлоры в посеве конъюнктив;
д) верно А и Г.

Возможны следующие способы применения полудана:
а) частые инстилляции;
б) подконъюнктивальные инъекции;
в) внутриглазное введение в переднюю камеру;
г) ретробульбарное введение;
д) все перечисленное.

Для лечения внутриглазного герпеса используются все перчисленные средства, за исключением:
а) химиотерапевтических средств;
б) неспецифических противовирусных средств;
в) антибиотиков;
г) иммунокоррегирующих средств;
д) верно все перечисленное.

Неспецифическая противовирусная терапия проводится:
а) полуданом;
б) продигиозаном;
в) противогерпетической поливакциной;
г) ацикловиром;
д) правильно А и Б.

Противопоказания для вакцинации при офтальмогерпесе являются:
а) активные клеточные проявления глазного и внеглазного герпеса;
б) аллергические и астмоидные состояния больного;
в) гнойничковые заболевания кожи и слизистых;
г) заболевания эндокринной системы;
д) все перечисленное.

Применение кортикостероидов показано при:

	а) древовидном кератите; б) ландкартообразном кератите; в) рецидивирующей эрозии роговицы; г) дисковидном кератите. **Показанием к лечебной кератопластике является:** а) длительное течение (1-1,5 мес. и более) кератита; б) неэффективность консервативного лечения; в) острота зрения 0,1 и ниже; г) все перечисленное. **Противопоказанием к применению виролекса является:** а) повышенная чувствительность к химиопрепаратам; б) первичные и повторные инфекции, вызванные вирусом, у больных с нормальной иммунной системой; в) инфекции, вызванные вирусом, у больных с нарушенной иммунной системой; г) верно А и Б. **Показаниями к применению тималина являются:** а) вялотекущий процесс; б) снижение иммунитета; в) частые рецидивы заболевания; г) верно А и В; д) верно все перечисленное. **Этиология увеитов связана с:** а) условиями жизни населения; б) циркуляцией возбудителя; в) наличием условий передачи инфекции; г) всем перечисленным. **К инфекционым агентам, способным поражать глаз, относятся:** а) вирусы; б) грибы; в) гельминты; г) простейшие; д) все перечисленные. **При нарушении увеального тракта поражаются все перечисленные образования глаза, кроме:** а) сетчатки; б) зрительного нерва; в) костей орбиты; г) хрусталика. **Внутриутробные вирусные увеиты у детей обычно вызываются вирусами:** а) краснухи и кори; б) ветряной оспы; в) гриппа; г) цитомегаловируса;

	д) всеми перечисленными. **Цитомегаловирус может быть обнаружен в:** а) молоке матери; б) шейке матки; в) ткани сетчатки; г) слезной жидкости; д) всем перечисленном. **Вирусные увеиты вызывают тяжелое поражение всего перечисленного, за исключением:** а) роговицы; б) сетчатки; в) зрительного нерва; г) мышц-глазодвигателей. **Преобладающим источником стрептококковой инфекции при увеите является:** а) язвенный колит; б) тонзиллит; в) пневмония; г) заболевания зубов. **Токсоплазмозные увеиты наиболее часто встречаются:** а) при внутриутробной передаче инфекции; б) после лечения стероидами; в) после лечения цитостатиками; г) при подавлении клеточного иммунитета. **Грибковому поражению глаз способствует:** а) длительная антибиотикотерапия; б) лечение стероидами; в) и то, и другое; г) ни то, и ни другое. **Генерализованные и двусторонние поражения сосудистой оболочки глаза преобладают при:** а) стафилококковых поражениях; б) системных заболеваниях; в) токсоплазмозе; г) стрептококковых заболеваниях. **К профилактическим мероприятиям по предупреждению увеитов относятся:** а) устранение воздействий неблагоприятных факторов внешней среды; б) исключение потребления алкоголя; в) избежание стрессовых состояний; г) все перечисленное. **Факторами риска при возникновении увеита являются:** а) генетическое предрасположение;

	б) нарушение гематоофтальмического барьера; в) наличие синдромных заболеваний; г) все перечисленное; **При приобретенном токсоплазмозе наиболее частой формой является:** а) передний увеит; б) эписклерит; в) задний и генерализованный увеит; г) нейрохориоретинит. **При выборе методов лечения увеитов наиболее важно определить:** а) этиологическую форму заболевания; б) преимущественную локализацию процесса; в) активность и характер течения процесса; г) наличие сопутствующих заболеваний; д) все перечисленные. **В патогенезе увеитов ведущее значение принадлежит:** а) генетическому предрасположению к иммунным расстройствам; б) острым и хроническим инфекциям в организме; в) химическим и физическим факторам воздействия; г) всему перечисленному; д) ничему из перечисленного. **Хориоидею образуют все перечисленные структуры, кроме:** а) фибрилл коллагена; б) жировых клеток; в) эластичных волокон; г) сосудов различного калибра. **Через цилиарный эпителий, служащий барьером для белка, проходят:** а) только низкомолекулярные субстанции; б) только высокомолекулярные субстанции; в) и те, и другие; г) ни те, и ни другие. **В супрахориоидее имеются:** а) симпатические цилиарные нервы; б) парасимпатические цилиарные нервы; в) и те, и другие; г) ни те, ни другие. **К ведущим факторам, определяющим иммунологический гемостаз в организме, относятся:** а) генотип организма; б) состояние вилочковой железы; в) надпочечники; г) гипофизарно-адреналиновая система; д) все перечисленное.

Реакция антиген-антитело в тканях глаза при увеитах сопровождается:
а) воспалением;
б) гемолизом;
в) отложением пигмента;
г) отложением липидов;
д) всем перечисленным.

Ведущими органами иммуногенеза являются:
а) костный мозг;
б) вилочковая железа;
в) селезенка;
г) лимфатические узлы;
д) все перечисленное.

Понятие "защитный барьер" глаза включает:
а) гематофтальмический барьер;
б) бактеристатические факторы слезы;
в) протеолитические фирменты;
г) систему секретных и сывороточных иммуноглубинов - реакции специфического клеточного и гуморального иммунитета;
д) все перечисленное.

В организме человека интерферон вырабатывается:
а) лимфоцитами;
б) лейкоцитами;
в) макрофагами;
г) всеми перечисленными клетками;
д) только А и В.

Патогенетическое применение интерферона показано при:
а) хроническом течении увеита;
б) угнетении клеточного иммунитета;
в) частых простудных заболеваниях;
г) всем перечисленным.

Наиболее информативной в диагностике туберкулезного увеита является:
а) туберкулиновая проба;
б) офтальмоскопия;
в) биомикроскопия;
г) рентгенография.

При подозрении на вирусную этиологию увеита обнаружить антигены вируса можно в:
а) соскобах конъюнктивы и соскобах роговицы;
б) слезной жидкости;
в) влаге передней камеры;
г) сыворотке крови;
д) всем перечисленным.

Обследованию на токсоплазмоз подлежат больные с:

	а) очаговым и центральным хориоретинитом; б) различными проявлениями глазной патологии в раннем возрасте; в) склеритами неясной патологии; г) все перечисленные; д) только А и В. **Основными методами лабораторных исследований при токсикоплазмозе являются:** а) РБТ с токсоплазмином; б) определение чувствительности к токсоплазме; в) и то, и другое; г) ни то и ни другое. **При бруцеллезном увеите обычно поражается:** а) радужка; б) уилиарное тело; в) сетчатка; г) все перечисленное. **Туберкулезный увеит обычно развивается в результате:** а) воздушно-капельного заражения; б) вторичной инфекции по системе кровообращения; в) обоими путями; г) ни одним из перечисленных. **Для клинической картины туберкулеза глаз характерно:** а) острое течение; б) подострое хроническое течение; в) полиморфное течение; г) любой из перечисленных вариантов. **Решетчатая дегенерация сетчатки:** а) является заболеванием периферии сетчатки и проявляется истончением сетчатки; б) сопровождается патологией прилегающего стекловидного тела; в) характеризуется ветвящейся сетью тонких линий; г) обнаруживается предрасположением к разрывам вдоль заднего края этого процесса; д) все перечисленное. **При изменениях стекловидного тела, связанных с решетчатойдегенерацией, обнаруживают:** а) мелкие желтые блестящие частицы по соседству с сетчаткой; б) серовато-белую полосу, окружающую эту дегенерацию; в) зону соединения стекловидного тела и сетчатки между этой полосой и сетчаткой; г) разжижение стекловидного тела над дегенерацией сетчатки; д) все перечисленное. **Отслойка сетчатки, связанная с решетчатой дегенерацией, наблюдается в тех случаях, когда:** а) в участках дегенерации в сетчатке появляются отверстия;

	б) жидкость входит и отделяет сенсорную сетчатку; в) наблюдаются разрывы вдоль заднего края дегенерации сетчатки; г) разрывы увеличиваются по всей длине участка дегенерации; д) все перечисленное. **Болезнь Илса характеризуется:** а) связью с туберкулезом; б) васкулитом сетчатки; в) образованием оболочки вокруг сосудов и телеангиоэктазиями; г) поздней отслойкой сетчатки; д) всем перечисленным. **При мембране Бруха различают следующие слои (изнутри кнаружи) : -(1) самая внутренняя базальная мембрана клеток пигментного эпителия сетчатки; -(2) рыхлая коллагенозная зона; -(3) эластическая зона; -(4) вторая коллагенозная зона; -(5) вторая базальная мембрана, связанная с эндотелием хориокапилляриса:** а) правильно все перечисленное; б) правильно все перечисленное, кроме 1; в) правильно все перечисленное, кроме 2; г) правильно все перечисленное, кроме 3; д) правильно все перечисленное, кроме 5. **Трещины в мембране Бруха могут:** а) не проявляются клинически; б) приводят к повреждению хориокапилляриса; в) приводят к кровоизлиянию и трансудации; г) приводят к фиброзной пролиферации через разрывы; д) все перечисленное. **При универсальном альбинизме:** а) отмечается аутосомно-рецессивная наследственность; б) существует непосредственная связь между остротой зрения и пигментацией; в) наблюдается отсутствие ямки; г) наблюдается нистагм; д) все перечисленное. **При болезни Коутса обнаруживаемые на глазном дне изменения включают:** а) геморрагии; б) дилатацию кровеносных сосудов; в) анастомозы между кровеносными сосудами; г) отслойку сетчатки; д) все перечисленное. **Пигментный эпителий сетчатки:** а) состоит из одного слоя кубических клеток; б) присоединен к кутикулярному слою мембраны Бруха; в) большая часть пигмента находится в средней и внутренней части клеток; г) в зрительной порции клеток обнаруживаются нитевидные отростки;

	д) все перечисленное. **Заболевания сосудистой оболочки и сетчатки приводят к следующим изменениям пигментного эпителия:** а) простой пролиферации; б) пролиферации и образованию кутикулярных масс; в) гиперактивности без пролиферации; г) пролиферации в результате потребности в фагоцитах; д) всему перечисленному.

Критерии и шкалы оценки:

- критерии оценивания – правильные ответы на поставленные вопросы;
- показатель оценивания – процент верных ответов на вопросы;
- шкала оценивания (оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:
  - **высокий -** более 80% правильных ответов;
  - **достаточный** – от 60 до 80 % правильных ответов;
  - **пороговый** – от 50 до 60% правильных ответов;
  - **критический** – менее 50% правильных ответов.

7.4 Реферат - не предусмотрено

Индекс компетенции	№ темы	Тематика рефератов

Критерии и шкалы оценки:

- критерии оценивания – правильное и полное раскрытие вопросов;
- показатель оценивания – глубина и качество отработанных вопросов, оформление реферата;
- шкала оценивания (оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:
  - **высокий (отлично) -** все вопросы раскрыты правильно и полн**о,** оформление соответствует требованиям руководящих документов;
  - **достаточный** – вопросы раскрыты недостаточно полно, оформление соответствует требованиям руководящих документов;
  - **пороговый** – вопросы не раскрыты, оформление соответствует требованиям руководящих документов;
  - **критический** – вопросы не раскрыты, оформление не соответствует требованиям руководящих документов.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ
Базовая часть

Специальность **_31.08.59 - Офтальмология _____**
(код специальности, полное наименование)

1. **Цели и задачи практики**

Цель: закрепление теоретических знаний по специальности 31.08.59 "Офтальмология", развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача-офтальмолога, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач.

Задачи первого года обучения: сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

11. Уметь правильно и максимально полно опрашивать больного с жалобами со стороны глаз, собирать анамнез заболевания и анамнез жизни;
12. Уметь проводить стандартное офтальмологического обследования (визометрией, биомикроскопией, рефрактометрией, прямой и обратной офтальмоскопией)
13. Уметь правильно интерпретировать результаты инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского, магнитно-резонансной томографии и пр.)
14. Уметь выявлять основные жалобы, проводить дифференциальную диагностику при нарушениях аккомодации и аметропиях;
15. Проводить обследование и определять лечебную тактику при заболеваниях век, конъюнктивы, слезных органов;

16. Уметь определять показания и противопоказания для различных путей введения лекарственных средств (инстилляций, введения в слезоотводящие пути, в виде периокулярных инъекций и пр).
17. Уметь владеть методами оказания экстренной первой (догоспитальной) офтальмологической помощи при ургентных состояниях (при травмах органа зрения, острых нарушениях кровообращения в сосудах глаза, острой потере зрения, острой офтальмогипертензии и пр.).

Задачи второго года обучения: сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

1. Уметь проводить специфическое обследование (владеть тонометрией, гониоскопией, периметрией и пр.)
2. Уметь оценивать тяжесть состояния больного, оказать первую медицинскую офтальмологическую помощь, определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи пациенту (в отделении неотложной помощи, офтальмологическом стационаре, многопрофильном лечебном учреждении и пр.)
3. Уметь проводить обследование и дифференциальную диагностику у пациентов с содружественным косоглазием
4. Уметь определять основные симптомы при поражении тканей орбиты различной этиологии;
5. Уметь проводить дифференциальную диагностику кератитов и склеритов с определением лечебной тактики
18. Уметь определять объем клинико-лабораторного обследования пациентов с поражением сосудистой оболочки, проводить дифференциальную диагностику увеитов, определять лечебную тактику
19. Уметь проводить полное обследование пациентов с заболеваниями сетчатки, стекловидного тела, хрусталика;
20. Уметь проводить полное обследование пациентов с глаукомой, определять объем и вид лечебного воздействия, разъяснять пациентам важность регулярного диспансерного наблюдения у офтальмолога при этом заболевании.

2. Место практики в структуре ОПОП

В соответствии ФГОС ВО по специальности **31.08.59 "Офтальмология".**
(код и название специальности)

Производственная (клиническая) практика является обязательным разделом основной профессиональной образовательной программы. Относится к «Блоку 2.1 Базовая» ОПОП и базируется на освоенных дисциплинах Б1.Б1 "Офтальмология" базовой и Б1.В.ОД.4 "Симуляционный курс"; Б1.В.ДВ.1 "Терапевтическая офтальмология", "Хирургическая офтальмология"; Б1.В.ДВ.2 "Повреждения органа зрения", "Патология органа зрения у детей" вариативной части программы.

3. Перечень планируемых результатов обучения при прохождении практики

Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
		Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
ПК 6	***Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в***	причины ятрогенных осложнений и ошибки в терапевтиче	предпринимать меры профилактики осложнений при лечении	навыками работы на стандартном и высокотехнологическом	Тестирование письменное, собеседова

	оказании офтальмологической медицинской помощи	ской практике при лечении заболеваний органа зрения и его придаточного аппарата, способы их предупреждения - показания к применению методов лечения с учетом этиотропных и патогенетических факторов - методы лечения заболеваний органа зрения - лекарственные средства, используемые на каждом этапе лечения заболеваний органа зрения - алгоритм лечения заболеваний органа зрения	заболеваний органа зрения - информировать пациента об осложнениях - установить эмоционально-психологический контакт с пациентом, мотивировать пациента к осмотру - оценить влияние лекарственной терапии, назначаемой при заболеваниях органа зрения при течении соматических заболеваний - осуществить выбор, обосновать необходимость применения лекарственных средств при лечении заболеваний органа зрения - составить план лечения пациентов с заболеваниями органа зрения с учетом имеющихся соматических заболеваний	офтальмологическом оборудовании - навыками работы в глобальных компьютерных сетях - методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских оргнизациях - алгоритмом лечения пациентов с заболеваниями органа зрения - мануальными навыками и техниками проведения обследования и лечения заболеваний органа зрения и его придаточного аппарата - навыками заполнения учетно-отчетной документации врача-офтальмолога	ние по ситуационным задачам

4. Клинические базы и сроки проведения практики

Клинические базы: стационары профильных лечебно-профилактических учреждений - ГУЗ УОКБ, ГУЗ ЦГКБ, ГУЗ ОДКБ.

Сроки проведения практики: 1 год обучения с 02.02.2017 по 27.07.2017 г.

2 год обучения с 19.01.2017 по 17.06.2017 г.

5. Объем практики, ее продолжительность (в неделях либо в академических часах в соответствии с рабочим учебным планом) - 60 ЗЕ, 2160 академических часов.

6. Содержание практики

№ п/п	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов		Формируемые профессиональные компетенции, включающие в себя способность/готовность:	Форма контроля
			ЗЕ	акад.час.		
Первый год обучения 34 ЗЕ, 1224 часа или 22 и 2/3 недели						
1	Заболевания органа зрения	ГУЗ УОКБ Отделение микрохирургии глаза	**22**	учебных часов 792 недель 14 2/3	**ПК – 6**	зачет
2	Заболевания органа зрения у жителей промышленного города	ГУЗ ЦГКБ отделение микрохирургии глаза	**6**	учебных часов 216 недель 4	**ПК – 6**	зачет
3	Физиология и патология органа зрения в детском возрасте	ГУЗ ОДКБ Глазное отделение	**6**	учебных часов 216 недель 4	**ПК – 6**	зачет
Второй год обучения 26 ЗЕ., 936 часов – 17 1/3 недель						
1	Консервативная офтальмология	ГУЗ УОКБ Отделение микрохирургии глаза	**12,5**	учебных часов 450 недель 8 1/3	**ПК – 6**	зачет
2	Оперативная офтальмология	ГУЗ УОКБ Отделение микрохирургии глаза	**13,5**	учебных часов 486 недель 9	**ПК – 6**	зачет

7. Учебно-методическое и информационное обеспечение практики

а) основная литература:

1. Глазные болезни: Учебник / Под ред. В.Г. Копаевой. – М.: Медицина, 2012.

2. Офтальмология : учебник для учреждений высш. проф. образования / под ред. Е. И. Сидоренко. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.
3. Девяткин, А. А. Офтальмология : Учебное пособие / А. А. Девяткин, М. В. Трифонова, Т. В. Колесникова ; Девяткин А. А. - Самара : РЕАВИЗ, 2012

***б) дополнительная литература*:**

1. Аветисов Э.С. Близорукость, изд. второе. – М., «Медицина», 2002.
2. Аветисов Э.С. Нистагм. М., 2001.
3. Актуальные вопросы детской офтальмохирургии. М., 2002.
4. Алгоритм лечения острых инфекционных конъюнктивитов, направленный на предупреждение развития синдрома сухого глаза. Пособие для врачей. Сост.: Майчук Ю.Ф. с соавт.. – МНИИ ГБ, 2000.– 20с.
5. Астахов Ю.С. и др. Глазные болезни. СПб., 2004.
6. Атлас глазных болезней / под редакцией Н.А.Пучковской/, М., 1981.
7. Балашевич Л.И. Глазные проявления диабета. СПб., 2004 г.
8. Балашевич Л.И. Рефракционная хирургия.– СПб, МАПО, 2000.
9. Близорукость (патогенез, профилактика, лечение). Сост.: Мошетова Л.К., Корецкая Ю.М., М., 2001.–19 с.
10. Бровкина А.Ф. Руководство по офтальмоонкологии. М., 2001.
11. Васкулит диска зрительного нерва. Клиника, диагностика, этиопатогенез и лечение. Сост.: Мошетова Л.К., Ермакова Н.А., М., 2005.–17с.
12. Волков В.В. Глаукома при псевдонормальном давлении. М., 2001.
13. Глазные болезни в вопросах и ответах / под редакцией Т. И. Должич/, Ростов-на-Дону, 2000.
14. Гундорова Р.А. Кашников В.В. Повреждения глаз в чрезвычайных ситуациях. М., 2002.
15. Гундорова Р.А., Малаев А.А., Южаков А.М.. Травмы глаза. М., Медицина, 1986.
16. Гундорова Р.А., Нероев В.В., Антонюк С.В.. Факоэмульсификация травматических катаракт. М., 2003.
17. Густов А.В.. и др. Практическая нейроофтальмология. Н.Новгород, 2000.
18. Дедов И.И. и др. Сахарный диабет: ретинопатия, нефропатия. М., 2001.
19. Джалиашвили О.А. и др. Первая помощь при заболеваниях и повреждениях глаз. СПб., 1999.
20. Захаров В.Д.. Витреоретинальная хирургия. М., 2003.
21. Зиангирова Г.Г. и др. Опухоли сосудистого тракта глаза. М., 2003.
22. Катаргина Л.А. Архипова Л.Т. Увеиты. М,, 2004.
23. Катаргина Л.А. Хватова А.В. Эндогенные увеиты у детей и подростков. М., Медицина, 2000.
24. Клиника, патогенез и лечение изолированного (идиопатического) ангиита сетчатки. Учебно-методическое пособие. Сост.: Мошетова Л.К., Ермакова Н.А., М., 2005.–27с.
25. Клиническая физиология зрения. / под редакцией А. М. Шамшиновой, А.А.Яковлева, Е.В.Романовой, М., 2002.
26. Клинические критерии оценки степени вреда здоровью при повреждении органа зрения. Методические указания. Сост.: Мошетова Л.К., Кочергин С.А. и др. М., 2001.–12с.
27. Клинический атлас патологии глазного дна. / под редакцией Лысенко В.С. Канцельсон Л.А.. / М:ГЭОТАР, 2004 г.
28. Клинический атлас Травмы глаза. Гундорова Р.А. Кашников В.В. Нероев В.В., Новосибирск С.О. РАМН, 2005.
29. Коровенков Р.И.. Глазные симптомы, синдромы, болезни (справочник). СПб., 1999.

30. Курс пластической хирургии (в 2-х томах). / под. ред. Пшениснова К. П. Рыбинский дом печати, 2010.
31. Майчук Ю.Ф. «Паразитарные заболевания глаз», М., 1988.
32. Майчук Ю.Ф. Вирусные заболевания глаз. М., 1981.
33. Махачева З.А. и др. СПИД и глаз. Махачкала, 2001.
34. Наследственные и врожденные заболевания сетчатки и зрительного нерва / под редакцией Шамшиновой А.М., М.,Медицина, 2001 г.
35. Национальное руководство по глаукоме. / Под ред. Егоров Е.А., Астахова Ю.С., Щуко А.Г. ГЭОТАР, 2008.
36. Нестеров А.П. Глаукома. М., 1995.
37. Никифоров А.С., Гусева М.Р. Нейроофтальмология:руководство. Гэотар-медиа, 2008.
38. Офтальмоонкология руководство для врачей. Саакян С.В., Пантелеева О.Г, М., 2002.
39. Показатели гидродинамики в диагностике глаукомы больных сахарным диабетом второго типа. Учебное пособие для врачей. Сост.: Мошетова Л.К., Корецкая Ю.М., Алексеев И.Б., Воробьёва И.В. М., 2001.–6 с.
40. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Т.. ВИЧ-инфекция. Клиника, диагностика лечение. М., 2000.
41. Поражение глаз при болезни Бехчета. Клиника, диагностика, патогенез, лечение. Учебно-методическое пособие. Сост.: Мошетова Л.К., Ермакова Н.А., М., 2005.–29с.
42. Поражение сосудов сетчатки при системной красной волчанке. Клиника, диагностика и лечение. Учебно-методическое пособие. Сост.: Мошетова Л.К., Ермакова Н.А., М., 2005.–23с.
43. Пучковская Н.А. и др. Ожоги глаз. М., 2001.
44. Рациональная фармакотерапия в офтальмологии, руководство для врачей /под редакцией Е.А. Егорова/ М., из. Литтерра 2004.
45. Синдром «сухого глаза» (клиника, диагностика, лечение). Методические рекомендации. Сост.: Мошетова Л.К,, Корецкая Ю.М.. и др., М., 2002 с.24
46. Степанов А.В.. и др. Контузия глаза. СПб., 2005.
47. Танковский В.Э.. «Тромбозы вен сетчатки», М., 2000.
48. Тарасова Л.Н. и др. «Глазной ишемический синдром», М., 2003.
49. Трон Е.Ж. Заболевания зрительного пути. М., 1965.
50. Флюоресцентная ангиография в диагностике, патологии глазного дна /под редакцией Нероева В.В., Рябиной М.В., М., 2005.
51. Хирургическое лечение кератоконуса. Методические рекомендации. Сост.: Батманов Ю.Е. Слонимский А.Ю., М., 2004.– 13с.
52. Ченцова О.Б. Туберкулёз глаз. М., Медицина, 1990.– 256с.

в) базы данных, информационно-справочные системы:

Pub med - http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
Эл. библиотека e-library - http://elibrary.ru/defaultx.asp

Перечень электронно-библиотечных систем, к которым имеется доступ в УлГУ:
IPRbooks
Springer
Science
Nature
Taylor and Francis Group
Elibrary
Oxford Russia Fund elibrary

Polpred.com.
ISPG Collection
Cambridge University Press

8. Материально-техническое обеспечение практики

Указывается, какое материально-техническое обеспечение необходимо для полноценного прохождения практики.

Для реализации программы практики ординатуры перечень материально-технического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:

- аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;
- аудитории, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;
- помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, щелевая лампа, офтальмоскоп налобный бинокулярный, офтальмоскоп ручной, аппарат для проверки остроты зрения, диагностические линзы, офтальмологический факоэмульсификатор, операционный микроскоп, набор пробных очковых линз и призм, набор для подбора очков слабовидящим, периметр поля зрения (перигpаф), прибор для измерения внутриглазного давления, прибор для определения остроты зрения, бинокулярного и стереоскопического зрения, проектор знаков, синоптофор (для диагностики и лечения косоглазия), цветотест, эхоофтальмограф, кератометр (кератограф) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду организации.

Для применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий имеются виртуальные аналоги, позволяющие обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью. Используется в организации электронно-библиотечная система (электронная библиотека) и библиотечный фонд укомплектован печатными изданиями из расчета не менее 50 экземпляров каждого из изданий основной литературы, перечисленной в рабочих программах дисциплин (модулей), практик, и не менее 25 экземпляров дополнительной литературы на 100 обучающихся.

9. Фонд оценочных средств по практике

Целью создания ФОС производственной (клинической) практики является установление соответствия уровня подготовки ординатора на данном этапе обучения требованиям рабочей программы практики (РПП).

ФОС для проведения контроля по практике включает в себя:

- формируемые в процессе освоения основной образовательной программы компетенции;
- формируемые компетенции в соответствии с ФГОС ВО;
- описание критериев оценивания.

9.1. Вопросы к зачету

Перечень вопросов формируется отдельно для каждой компетенции

Индекс компетенции	№ задания, формулировка вопроса
ПК-6	1.Дайте общее определение косоглазия. 2. Как и когда осуществить профилактику рефракционного косоглазия? 3. В каком возрасте и зачем детям необходимо проверять зрительные функции и клиническую рефракцию? 4. Какой угол косоглазия называется первичным, вторичным? 5. Назовите признаки первичного содружественного косоглазия, его отличия от вторичного. 6. Перечислите симптомы паралитического косоглазия. 7. Дайте общее определение амблиопии. 8. Дайте характеристику содружественного аккомодационного монолатерального косоглазия с аметропией и анизометропией. 9. Дайте характеристику альтернирующего косоглазия и какие его возможные преимущества перед монолатеральным. 10. Дайте общее определение аккомодационного косоглазия. 11. Какова последовательность лечения аккомодационного косоглазия в сочетании с амблиопией одного глаза? 12. Какова последовательность в лечении неаккомодационного косоглазия с амблиопией? 13. К какому возрасту ребенка должны быть закончены все три этапа лечения косоглазия с амблиопией и аметропией? 14. Назовите показатели, положенные в основу классификации содружественного косоглазия. 15. Дайте пример клинического диагноза одного из видов косоглазия у детей, исходя из классификации. 16. Какие приборы применяют для восстановления бинокулярного зрения? 17. Каковы критерии выбора оперативного вмешательства при первичном, постоянном содружественном неаккомодационном, альтернирующем, сходящемся косоглазии? 18. Назовите признаки скрытого косоглазия. 19. Какие Вам известны методы определения величины угла косоглазия? 20. Назовите факторы, способствующие появлению содружественного

	косоглазия. 21. Назовите заболевания, при которых нарушается бинокулярное зрение. 22. Перечислите приборы для тренировки бинокулярного зрения. 23. Основные виды зрения. 24. Методы исследования остроты зрения у взрослых и детей. 25. Методы определения расстройства цветоощущения. 26. Темновая адаптация. 27. Виды исследования полей зрения.

Критерии оценки производственной (клинической) практики ординатора:

«зачтено» - заслуживает ординатор, полностью освоивший программу производственной (клинической) практики и безошибочно выполняющий предложенный для контроля навык.

«не зачтено» - выставляется ординатору, выполнившему программу производственной (клинической) практики и допускающему при выполнении контрольных заданий грубые ошибки.

9.2 Ситуационные задачи

Индекс компетенции	№ задания, условие задачи (формулировка задания)
ПК-6	**Задача № 1** Ваша 66-летняя бабушка разбила очки для чтения и до того, как приобрести новые, которые ей прописал врач, набрала около десятка лишних очков у своих знакомых. В некоторых из них она читала легко, в других не очень, в третьих видела текст хуже, чем без очков. Она попросила Вас выбрать из принесенных очков те, которые ей прописал врач. Как это сделать? **Задача № 2** У пациента дальнейшая точка ясного зрения находится в 50 см от глаза. Какая рефракция у данного пациента и какое требуется ему стекло для коррекции его аметропии? **Задача № 3** Дальнейшая точка ясного зрения у пациента находится в 50 см от глаза, ближайшая в 8 см. Каков его возраст? **Задача № 4** Пациент 67 лет обратился к окулисту с жалобами на плохое зрение вблизи. Очками пользуется давно, но несколько дней назад потерял их и теперь не может читать. Силу очков не помнит. Просит подобрать новые. При обследовании установлено: Vis OD = 0,5 с коррекцией – 0,5Д = 1,0; Vis OS = 0,2 с коррекцией – 1,75 Д = 1,0. Какой диагноз у Вашего пациента и какие очки Вы ему подберете? **Задача № 5** В школе при профилактическом осмотре у 13-летнего школьника фельдшер обнаружил снижение зрения и направил к окулисту. Школьник говорит, что ухудшение зрения вдаль стал замечать около года. Вблизи видит хорошо. Отец, с которым пришел мальчик, рассказывает, что сам страдает близорукостью и с детства носит очки. У

мальчика установлено: Vis OD = 0,2 с коррекцией – 2,0Д = 1,0; Vis OS = 0,3 с коррекцией – 2,0 Д = 1,0. Ваш диагноз и дальнейшая тактика?

Задача № 6

На прием пришел 54-летний пациент. Работает в школе преподавателем математики. Примерно с 35-летнего возраста пользуется очками для близи. Последний раз очки для близи выписаны около 5 лет назад. Сейчас в них стал хуже видеть. После работы появляются головные боли, тяжесть в глазах. Отмечает снижение зрения и вдаль, хотя раньше, лет 10 назад, вдаль видел хорошо. Никаких патологических изменений со стороны глаз не обнаружено. Объективно: Vis OD = 0,4 с коррекцией – 2,0Д = 1,0; Vis OS = 0,3 с коррекцией – 2,0 Д = 1,0. Какая рефракция у данного пациента и какова причина ее возникновения?

Задача № 7

У 4-х летнего мальчика родители выявили снижение зрения. После атропинизации Вы нашли у ребенка при скиаскопии: OD H_m +3,0D; OS H_m +3,0D. Поставьте диагноз и выпишите очки ребенку.

Задача № 8

Портниха 42 лет, обратилась к окулисту с жалобами, что не может шить без очков, особенно вечером, при искусственном освещении. Месяц назад врач выписал очки +1,25Д, но они ей мало помогают. При обследовании:Vis OD = 0,8 с коррекцией – 0,75Д = 1,0; Vis OS = 0,7 с коррекцией – 1,0 Д = 1,0. Скиаскопически: R ОД H +0,75 Д; R OS H + 1,0Д. Поставьте диагноз и выпишите очки пациентке. В чем заключается ошибка врача, выписавшего очки раньше?

Задача № 9

Лаборант 56 лет просит подобрать очки. Имеет очки + 3,0Д, но в них очень плохо видит. При обследовании: Vis OD = 0,05 с коррекцией – 6,0Д = 1,0; Vis OS = 0,1 с коррекцией – 1,0 Д = 1,0. Скиаскопически: R ОД H +6,0 Д; R OS H + 1,0Д. Поставьте диагноз и выпишите очки.

Задача № 10

Директор типографии, 49 лет, жалуется на очень плохое зрение. Носит очки – 18,0Д. В них плохо видит и вдаль и вблизи. Близорук с детства. Начал носить очки с 10-ти лет, постепенно их усиливая. Последние очки носит 7 лет. При обследовании: Vis OD = 0,01 с коррекцией – 18,0Д = 1,0; Vis OS = 0,02 с коррекцией – 26,0 Д = 0,2. Скиаскопически: R ОД M - 36,0 Д; R OS M - 28,0Д. На глазном дне обширные круговые конусы, множественные атрофические хориоретинальные очажки в макулярной области, в окружности дисков зрительных нервов. Ваш диагноз и почему пациент так плохо видит в очках?

Задача № 11

Ребенку 2 года. Мать говорит, что у него иногда появляется сходящееся косоглазие, особенно когда он рассматривает вблизи рисунки. При осмотре создается впечатление, что глаза стоят правильно. Какие обследования необходимо сделать, чтобы установить правильный диагноз?

Задача № 12

Пациенту 13 лет. При осмотре возникает подозрение, что у ребенка расходящееся косоглазие. Visus ОИ = 1,0

Какую зрительную функцию нужно исследовать, чтобы сказать точно имеется косоглазие или нет?

Задача № 13

Девочка 3 лет. Постоянно с 2-х летнего возраста отмечается сходящееся

	содружественное косоглазие левого глаза. Visus OD = 1,0; Visus OS = 0,2 не поддается коррекции. Перечислите основные этапы обследования и лечения. **Задача № 14** Мальчику 3,5 года. Косоглазие родители заметили с 2-х летнего возраста. Лечение не проводилось. Объективно: Visus OD = 0,8 не поддается коррекции; Visus OS = 0,05 не поддается коррекции. Левый глаз постоянно отклонен кнутри на 20º по Гиршбергу. При закрывании правого глаза левый встает прямо и движения его в полном объеме. Оптические среды и глазное дно без изменений. Какой Вы поставите предварительный диагноз? Перечислите основные этапы лечения данного заболевания. **Задача № 15** Пациент 19 лет, после челюстно-лицевой травмы предъявляет жалобы на двоение и отклонение левого глаза кнаружи. Рентгенологически обнаружено повреждение внутренней стенки левой орбиты. Подвижность левого глаза отсутствует. Острота зрения правого и левого глаза равна 1,0 Угол косоглазия - 25º. Сформулируйте диагноз. Обоснуйте лечение. **Задача № 16** У девочки 4,5 лет год назад появилось косоглазие, в течение года она носит очки (+) 2,5 Д, но косоглазие не исправляется. Острота зрения правого глаза = 0,4 (+) 2,5 Д = 1,0, острота зрения левого глаза = 0,4 (+) 2,5 Д=1,0. Глазные яблоки отклоняются к носу попеременно, среды прозрачны, глазное дно без патологии. Какие исследования нужно провести? Сформулируйте диагноз, Определите лечение. **Задача № 17** На прием к окулисту обратился молодой человек с жалобами на периодическое отклонение то одного, то другого глаза кнаружи после нагрузки. Объективно: Visus ОИ = 1,0. Глаза стоят прямо, но при закрывании одного глаза и быстром его открывании глаз делает установочное движение. Какое косоглазие у пациента и чем оно обусловлено? Что надо ему рекомендовать? **Задача № 18** У мальчика 5 лет низкое зрение и косоглазие. Острота зрения правого глаза равна 0,1 М 3,5Д=1,0, острота зрения левого глаза = 0,1 М 3,5Д=1,0. Объективно: подвижность глазных яблок неограниченна, правый глаз отклонен кнаружи, оптические среды прозрачные, на глазном дне узкий миопический конус. Какие исследования необходимо провести? Сформулируйте диагноз. Определите лечение. **Задача № 19** К офтальмологу обратился юноша с жалобами на двоение и отклонение правого глаза кнаружи. Указанные явления появились после удара клюшкой по глазу. Объективно: Visus ОИ = 1,0. Правый глаз отклонен кнаружи на 30º по Гиршбергу. Движение глаза кнутри отсутствует. Двоение отмечается при взгляде прямо. Ваш диагноз и рекомендации. **Задача № 20** Девочка 12 лет жалуется на плохое зрение вдаль и вблизи. Были выписаны очки +3.0Д год назад, но она их не носит. Объективно: Visus OD = 0,1 с коррекцией + 3,0Д = 0,7; Visus OS = 0,1 с коррекцией + 3,0Д = 0,1. Скиаскопически: ROD +3,0 D; ROS + 3,0 D. Движения глазных яблок в полном объеме. Глаза стоят прямо. Поставьте диагноз и

	назначьте лечение. К чему может привести то обстоятельство, что девочка не носит очки? **Задача № 21** Девушка 19 лет жалуется на покраснение век, зуд, утомляемость глаз при зрительной нагрузке, понижение зрения. *Объективно:* по углам глазной щели имеется пенистое отделяемое, края век утолщены, гиперемированы, у корня ресниц видны мелкие сероватые чешуйки. Ваш диагноз и лечение. **Задача № 22** В детское отделение поступил ребенок восьми месяцев. Несколько дней тому назад упал и ударился о ножку стула левой бровью. Вчера повысилась температура до 38,3. Стал вялым. Родители заметили припухлость верхнего века левого глаза. *Объективно:* веко плохо поднимается, кожа его напряжена, гиперемирована с синюшным оттенком. Ваш осмотр показал, что со стороны глазного яблока внешних отклонений от нормы нет. О каком заболевании прежде стоит подумать? Какое лечение следует назначить? **Задача № 23** Девочка 3 лет после перенесенного паротита стала жаловаться на боли в правом глазу. Вскоре родители заметили, что верхнее веко покраснело, стало отечным, закрыло глазную щель, повысилась температура. Девочка стала плохо есть и спать. *Объективно:* верхнее веко правого глаза гиперемировано, у наружного края глазной щели опущено, кожа его растянута, пальпация болезненна, особенно в наружной половине, где определяется плотный инфильтрат. Глазное яблоко несколько смещено книзу и кнутри, подвижность его кнаружи и кверху ограничена. Ваш диагноз и лечение. **Задача № 24** После выписки из роддома мать 1,5 месячного ребенка стала замечать, что у ее девочки во внутреннем углу правого глаза скапливается гнойное отделяемое. После промывания глаза 2 %-ным раствором борной кислоты гнойное отделяемое уменьшается, но полностью не ликвидируется. Подобное состояние длится уже более месяца. *Объективно:* Правый глаз - в области внутреннего угла глаза и на корнях ресниц слизисто-гнойное отделяемое. Конъюнктива гиперемирована, роговица прозрачная. При надавливании на кожу в области внутреннего угла глаза и нижней слезной точки появляется слизисто-гнойное отделяемое. Левый глаз здоров. Ваш диагноз и лечение. **Задача № 25** Шофер 26 лет, в последнее время стал предъявлять жалобы на слезотечение, особенно беспокоящее его на улице и в холодное время года. При внешнем осмотре глаз Вы не отметили какой-либо патологии со стороны век, конъюнктивы и глазного яблока. Колларголовая проба оказалась отрицательной. Какова возможная причина слезотечения у данного больного? **Задача № 26** У 40-летней женщины на медкомиссии при приеме на сезонную работу в леспромхоз обнаружено незначительное отделяемое из глазной щели, на слизистой век небольшое количество светло-серых полупрозрачных зерен. На конъюнктиве век, кроме того, видно большое количество

	линейных полосок белого цвета, расположенных неравномерно. Отдельные участки конъюнктивы значительно гиперемированы и отечны. Ваш диагноз и лечение. **Задача № 27** На прием обратилась женщина с девочкой 2 лет с жалобами на покраснение глаз у себя и у дочки, обильное гнойное отделяемое. Ребенок заболел 2 дня назад. У матери глаза покраснели спустя сутки. Девочка посещает детские ясли. При осмотре глаз у ребенка обнаружили засохшие корочки на ресницах, яркую гиперемию конъюнктивы, отек ее, множество мелких кровоизлияний. Роговица не изменена. Какой диагноз? Ваша тактика и лечение. **Задача № 28** Весной на прием привели мальчика 6 лет с жалобами на зуд век, светобоязнь и слезотечение. Из анамнеза выяснилось, что подобные явления у ребенка отмечались и раньше, прошлой весной и летом. Объективно: Верхние веки обоих глаз несколько утолщены, глазная щель сужена. Конъюнктива век имеет легкий синеватый оттенок. На слизистой хряща верхнего века видны бугристые разрастания ткани, безболезненные. Конъюнктива склеры слегка гиперемирована. Роговица и глубжележащие среды глаза не изменены. Ваш диагноз и лечение. **Задача № 29** У больной 70 лет на приеме, куда она обратилась для подбора очков, врач отметил на конъюнктиве век и сводов глаз многочисленные беловатые полоски – нежные рубчики. В нижнем своде одного из глаз обнаружены, кроме того, тонкие складки слизистой, натянутые между веком и склерой. Глаза спокойные, но на роговицах, больше в верхних отделах, поверхностное старое помутнение. Ваш диагноз и лечение. **Задача № 30** При осмотре в детском саду у трех детей из группы Вы обнаружили на конъюнктиве нижнего свода многочисленные полупрозрачные зерна. Слизистая не гиперемирована. На верхней переходной складке отмечается нежная бархатистость, полупрозрачных зерен нет. Ваш диагноз и лечение. **ЗАДАЧА № 31** 4-х летнюю девочку привели по поводу светобоязни, слезотечения, блефароспазма, более выраженных слева. Эти симптомы появились вскоре после перенесенного ею ОРЗ. На поверхности роговицы инфильтрат округлой формы, располагающийся в ее оптической зоне. Чувствительность роговицы резко снижена. Ваш диагноз? **ЗАДАЧА № 32** Из дальнего села привезли женщину 84 лет, которая жалуется на боли в левом глазу. При осмотре отмечаются явления раздражения обоих глаз: светобоязнь, слезотечение и блефароспазм. Однако гиперемия выражена лишь в левом глазу. Краснота располагается вокруг лимба. По направлению к сводам она явно слабеет. Чувствительность роговицы сохранена. На фоне диффузного помутнения всей поверхности в ее оптической зоне имеется интенсивное желтоватое пятно. После инстилляции флюоресцеина стало видно, что один край этого инфильтрата приподнят, интенсивнее окрашен и имеет полулунную

	форму. В передней камере полоска гноя. Ваш диагноз? Какого осложнения следует опасаться в первую очередь? **ЗАДАЧА № 33** У больного с язвой роговицы произошла перфорация в центре. Выпала радужка. Какое бельмо может образоваться и каким последствиям это угрожает? **ЗАДАЧА № 34** К врачу обратился мужчина 28 лет , с жалобами на чувство засоренности, светобоязнь, покраснение и снижение зрения правого глаза. Болен 4 дня. Правый глаз заболел впервые. Травмы правого глаза не отмечает, но примерно 10 дней назад перенес ОРВИ. Острота зрения правого глаза =0,5 не коррегируется. Острота зрения левого глаза = 1,0. Объективно: правый глаз – слабая смешанная инъекция глазного яблока, в оптической зоне роговицы – поверхностный инфильтрат в виде «ветви». Глублежащие отделы глаза без патологии. Левый глаз здоров. Сформулируйте диагноз. Какие дополнительные методы исследования необходимо применить для подтверждения диагноза? Тактика врача. **ЗАДАЧА № 35** Правый глаз у ребенка 6 лет заболел после лихорадочного состояния. Жалобы на светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. При осмотре: левый глаз здоров, а в правом глазу смешанная инъекция. В роговице сероватый инфильтрат в виде ветки, окрашивается флюоресцеином, чувствительность роговицы снижена. Ваш диагноз и лечение? **ЗАДАЧА № 36** Несколько дней назад у больного удалили поверхностное инородное тело из роговицы. До этого, уже давно, он страдал слезотечением и гноетечением из глаза. Через день появились боли, светобоязнь, блефароспазм. Объективно: перикорнеальная инъекция глаза. На роговице в центре дефект ткани с желтоватым дном, инфильтрированным краем. Дефект окрашивается флюоресцеином. Радужка изменена в цвете, рисунок стушеван. На дне передней камеры гной около 2 мм, из слезного мешка через нижнюю слезную точку выдавливается гной. Поставьте диагноз, укажите необходимые дополнительные исследования. Назначьте лечение. **ЗАДАЧА № 37** При профилактическом осмотре у мужчины 33 лет обнаружено понижение зрения на правый глаз. Объективно: глаз спокоен, через центр роговицы с 5 до 11 часов видно помутнение в виде ленты, в толще которого идут полузапустевшие сосуды. На остальном протяжении роговица без изменений. Чувствительность сохранена. Ваш диагноз? Какое заболевание ранее перенес пациент? Ваши рекомендации. **ЗАДАЧА № 38** К врачу обратился гражданин 38 лет, с жалобами на снижение зрения и наличие бельма в правом глазу. Бельмо образовалось 2 недели назад после травматической эрозии роговицы. Острота зрения левого глаза = 1,0, левый глаз здоров. Острота зрения правого глаза = 0,3 не коррегируется. Объективно: правый глаз спокоен, в центральной зоне роговицы, эксцентрично кнаружи, отмечается неравномерной интенсивности, с

	четкими контурами, без сосудов помутнение в поверхностных и частично в средних слоях диаметром 4 мм. Передняя камера нормальной глубины. После расширения зрачка виден розовый рефлекс с глазного дна, острота зрения повысилась до 0,9. Сформулируйте диагноз. Тактика врача. **ЗАДАЧА № 39** В детскую поликлинику обратился мальчик 9 лет. Жалобы на сильные боли в правом глазу, ухудшение зрения, покраснение глаза, невозможность открыть глаз на свету. Накануне, во время игру на улице, в глаз что-то попало. Дома ребенок промыл глаза водой и глаз после этого успокоился. Однако утром появились вышеуказанные жалобы. О чем Вы подумаете? Какими методами необходимо обследовать глаз пациента? **ЗАДАЧА № 40** Из стационара выписывается пациент 18 лет после лечения по поводу дисковидного кератита. Объективно: глаз спокоен. В оптической зоне роговицы видно помутнение типа пятна размером 3х3 мм. Visus = 0,08 не корр. Нужно ли назначать лечение? Если да, то какое? **Задача № 41** Родители девочки 6-ти месяцев обратились к педиатру с жалобами на то, что ребенок не стал следить за игрушками, стал беспокойным. Объективно: было обнаружено увеличение размеров правого глазного яблока, роговица больше, чем слева, мутная. Слева роговица тоже большая, но прозрачная. Ваш диагноз и рекомендации родителям. **Задача № 42** В глазном отделении находится на обследовании женщина средних лет, у которой со стороны левого глаза выявлено следующее: острота зрения 1,0 поле зрения в норме. Периодически боли в глазу, сопровождающиеся затуманиванием зрения, появлением радужных кругов вокруг источника света, повышением ВГД до 40-49 мм.рт.ст. Эти обострения довольно быстро снимаются закапыванием 1% раствора пилокарпина до 6 раз в день. Второй глаз здоров. Как Вы решите поступить в данном случае? Выпишите пациентку на амбулаторное лечение или предложите ей операцию и почему? **Задача № 43** В офтальмологическое отделение был направлен гражданин 52 лет, с жалобами на сильную ломящую боль в левом глазу, сопровождающуюся головной болью больше в левой половине головы, снижение зрения левого глаза, покраснение глазного яблока, слезотечение. Указанные жалобы появились накануне, свое заболевание ни с чем не связывает. Какие глазные заболевания наиболее часто дают подобную симптоматику? Дифференциальный диагноз. Почему ошибка в диагнозе в данном случае может привести к тяжелым последствиям? **Задача № 44** Мужчина 50 лет заметил, что не видит правым глазом. При обследовании у офтальмолога утверждает, что ослеп на правый глаз внезапно. При осмотре обнаружено: Vis OD= 0 - не корр.; OS = 0,8 – не корр. OD – глаз спокоен. Отмечается отсутствие пигмента у зрачкового края радужки. На глазном дне диск зрительного нерва серого цвета, краевая экскавация. OS - глаз спокоен. Легкое распыление пигмента на радужке. ВГД: OD - 32 мм.рт.ст. OS – 27 мм.рт.ст. Поставьте диагноз.

	Ваша тактика ведения больного. **ЗАДАЧА № 45** Вы – врач медицинской комиссии военкомата. При осмотре у юноши обнаружили понижение остроты зрения. Плохо видит с детства. Visus: OD = 0,4 (не корр.); OS 0,08 (не корр.). Объективно: глаза спокойные. Роговица прозрачная. Радужка с четким рисунком. Зрачок круглый, хорошо реагирует на свет. После расширения зрачка в проходящем свете обнаружено помутнение в центре, которое не смещается при движении офтальмоскопа. Помутнение имеет форму пятна. По периферии рефлекс с глазного дна розовый, в центре ослаблен. Какова причина снижения зрения у юноши? **ЗАДАЧА № 46** Мальчика 7 лет, темноволосого, с правильными чертами лица, с уравновешенным характером, но не по возрасту высокого роста и с необычайно длинными пальцами привели к педиатру в связи с тем, что он плохо видит в школе с доски. Вы – опытный врач, поэтому лишь по внешнему виду больного заподозрили его заболевание. Какое заболевание у ребенка и какая причина понижения зрения при этом? Ваша дальнейшая тактика? **ЗАДАЧА № 47** Женщина привезла 2-х летнего сына из отдаленного села для осмотра к окулисту. Еще в 3-х месячном возрасте он не следил за игрушками. Область зрачков у него была не черной, как обычно, а белой. Ребенок родился недоношенным, весом 1800 г. После года физически развивался нормально. О чем здесь следует подумать в первую очередь? **ЗАДАЧА № 48** Врач педиатр при профилактическом осмотре у 11-месячного ребенка заметил неестественный сероватый цвет зрачков на обоих глазах. Зрачки 3 мм в диаметре, удовлетворительно реагируют на свет. Со слов матери ребенка, игрушки он различает, узнает родителей. Развивается ребенок нормально. Никакими инфекционными заболеваниями не болел. Глаза не краснели. Мать сказала, что на 3-м месяце беременности перенесла грипп в тяжелой форме. Какой Ваш предварительный диагноз? Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза? **ЗАДАЧА № 49** Юноше 16 лет. Полгода назад была удалена травматическая катаракта правого глаза, развившаяся после удара мячом по глазу в семилетнем возрасте. Visus ОД= 0,03 с корр. + 9, ОД = 0,4; Visus OS= 1,0. Хорошо видно нормальное глазное дно на обоих глазах. Перенесет ли юноша такую очковую коррекцию? Что можно предпринять для восстановления бинокулярного зрения? Что может развиться в правом глазу, если он не будет носить очки? **ЗАДАЧА № 50** Женщине 46 лет. Год назад произведена экстракапсулярная экстракция осложненной катаракты на левом глазу. Через месяц после операции со стеклом +11, ОД зрение было равно 0,6, но затем стало постепенно снижаться и снизилось до 0,03 с корр. При осмотре передняя камера глубокая. В области зрачка имеется сероватая, с неровной зернистой поверхностью пленка. Поставьте диагноз. Объясните, почему произошло образование пленки. Какое необходимо провести лечение?

ЗАДАЧА № 51

Больному 70 лет. Жалуется на низкое зрение левого глаза. 3 года назад на правом глазу была произведена какая-то операция, после чего глаз стал видеть. Visus OD = 0,02 с + 11, ОД = 0,9; Visus OS = 0,01 не корр. При осмотре обнаружено: ОД – глаз спокоен. Передняя камера глубокая, зрачок черного цвета. На 12 часах, у корня радужки небольшой, треугольной формы дефект ее ткани. При движении глаза легкие колебания радужки. Рефлекс с глазного дна розовый, глазное дно без патологии. ВГД ОД = 22 мм. рт. ст., OS – спокоен. Цвет зрачка равномерно серый, рефлекса с глазного дна нет.

Предположительный диагноз? Тактика лечения больного?

ЗАДАЧА № 52

Ребенку 1,5 года. Почти с момента рождения определяется сероватый цвет зрачков. С узкими зрачками рефлекс с глазного дна не определяется. При расширении зрачков в проходящем свете, на фоне розового рефлекса в центре видно затемнение в виде диска, диаметром около 3 мм. Глазное дно без патологии. Физически ребенок развит слабо, часто болеет. Поставьте диагноз. Какое лечение для глаз необходимо назначить ребенку?

ЗАДАЧА № 53

Больной 75 лет. Находится на «Д» учете по поводу катаракты левого глаза. При последнем обращении к окулисту врач сказал, что катаракта еще не созрела и велел прийти за направлением на операцию через месяц. Неделю назад у больного внезапно появилась боль в глазу, глаз покраснел. Была вызвана машина скорой помощи и больной доставлен в глазное отделение. При осмотре обнаружено: OS – выраженная застойная инъекция глазного яблока. Роговица лишена блеска, отечна. Передняя камера очень мелкая, влага ее прозрачная. Радужка в цвете не изменена. Зрачок широкий, овальной формы, на свет не реагирует. Хрусталик серого цвета с молочно-белым оттенком. Рефлекса с глазного дна нет. Visus OD = 0,2 не корр. Visus OS = pr.l. in certa. ВГД = 41 мм. рт. ст. Ваш диагноз и дальнейшая тактика?

ЗАДАЧА № 54

Больная 65 лет. 3 года назад оперирована на правый глаз по поводу катаракты. Сейчас заметно снизилось зрение на левый глаз. Объективно: Visus OD = 0,03 с + 12, ОД = 0,8; Visus OS = 0,4 не корр. ОД – глаз спокоен. Отмечается углубление передней камеры. Зрачок круглый, базальная колобома радужки на 12 часах. Рефлекс с глазного дна розовый. Глазное дно в норме. OS – глаз спокоен. Передняя камера средней глубины, зрачок круглый, серого цвета. В проходящем свете на фоне розового свечения зрачка видны по периферии помутнения в виде черного цвета спиц, которые движутся в сторону движения глаза. Глазное дно в тумане, изменений на глазном дне не обнаружено. Больная просит выписать очки. Возможно ли это? Какой диагноз Вы поставите больной?

ЗАДАЧА № 55

Больной 85 лет. Правый глаз ослеп 10 лет назад. К врачу не обращалась, но в последний год резко понизилось зрение левого глаза. Поэтому родственники привезли ее из села на осмотр к офтальмологу. При осмотре обнаружено: ОД – глаз спокоен, роговица чистая. Передняя камера глубокая, влага ее прозрачная. Отмечается дрожание радужки при движении глаза. Зрачок 3 мм в диаметре, круглый. Радужка

	атрофирована. Область зрачка в нижней половине серого цвета, вверху – черного. В верхней половине виден розовый рефлекс с глазного дна. OS- глаз спокоен. Роговица чистая. Передняя камера средней глубины. Зрачок серого цвета, рефлекса с глазного дна нет. Visus OD = 0; ВГД = 25 мм РТ ст; Visus OS = pr.l. in certa; ВГД = 21 мм РТ ст Ваш диагноз и дальнейшая тактика? **ЗАДАЧА № 56** Мальчик, 6 лет, жалуется на слезотечение, покраснение глаза, головную боль. Со слов родителей, ребенок в течение последней недели просыпается ночью из-за болей в правой половине головы. Плохо ест, часто трет правый глаз. Объективно: ОД – незначительная светобоязнь. Слабая перикорнеальная инъекция; роговица прозрачная, зрачок узкий, вяло реагирует на свет. Рисунок радужки нечеткий, цвет несколько темнее, чем слева, в стекловидном теле плавающие помутнения. Ваш диагноз? Какое местное лечение следует назначить в первую очередь? **ЗАДАЧА № 57** Для оформления в ясли-сад офтальмолог осмотрел девочку в возрасте 1 года и обнаружил, что зрачки обоих глаз имеют вид вертикального овала, суженного книзу. Зрачковая бахромка сохранена, зрачок хорошо реагирует на свет. При опросе матери выяснилось, что такую форму зрачка она заметила у дочери еще в роддоме. Ваш диагноз и рекомендации. **ЗАДАЧА № 58** В офтальмологическое отделение поступила женщина 40 лет с жалобами на сильные боли в левом глазу и в левой половине головы, снижение зрения. Боли усиливаются ночью. Заболела 3 дня назад после перенесенного простудного заболевания и повышения температуры до 39. Раньше ничем не болела. Объективно: OS – выраженная смешанная инъекция глазного яблока. На задней поверхности роговицы мелкие серые преципитаты. Радужка зеленого цвета, рисунок ее смазан (справа радужка голубого цвета). Зрачок неправильной формы (фестончатый). Рефлекс с глазного дна слабый. В стекловидном теле диффузная муть. Пальпация глаза резко болезненна. Ваш диагноз? Какие обследования необходимо назначить для выяснения этиологии заболевания? **ЗАДАЧА № 59** В офтальмологическое отделение поступил больной 42 лет с жалобами на сильные боли в глазу, резкое снижение зрения. Глаз воспалился 10 дней назад. Страдает увеитом в течение 3 лет. Периодически отмечаются обострения, которые после лечения проходят. Настоящее лечение не дает эффекта, глаз продолжает болеть и не успокаивается. Объективно: Visus OD= 0,02 не корригируется. ВГД = 41 мм РТ ст. Выраженная смешанная инъекция глазного яблока. Отек роговицы. Влага передней камеры прозрачная. Радужка гиперемирована, выраженный рубеоз. Зрачок узкий, точечный, на свет не реагирует. Радужка выбухает в переднюю камеру. Рефлекс с глазного дна не определяется из-за узкого зрачка и отека роговицы. Ваш диагноз и дальнейшая тактика? **ЗАДАЧА № 60**

	Девочка 9 лет страдает ревматизмом с 3-х летнего возраста. Последние 2 года у девочки периодически краснеют глаза. К врачу не обращались, т.к. покраснение проходило. Около 3-х месяцев назад девочка стала жаловаться, что очень плохо видит. Объективно: глаза спокойны. Роговица чистая. Радужка сероватого цвета. Зрачки обоих глаз неправильной звездчатой формы, на свет не реагируют. Область зрачка серого цвета больше слева. Visus OD = 0,01 не корр.; OS = 0,02 не корр. Ваш диагноз и рекомендации?

Критерии и шкалы оценки:

- критерии оценивания – правильное решение задач;
- показатель оценивания – процент правильно решенных задач;
- шкала оценивания (оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:
  - **высокий (отлично) -** более 80% правильно решенных задач;
  - **достаточный (хорошо)** – от 60 до 80 % правильно решенных задач;
  - **пороговый (удовлетворительно)** – от 50 до 60% правильно решенных задач;
  - **критический (неудовлетворительно)** – менее 50% правильно решенных задач.

9.3 Тесты (тестовые задания)

Индекс компетенции	№ задания Тест (тестовое задание)
ПК-6	**Самой тонкой стенкой орбиты является:** а) наружная стенка; б) верхняя стенка; в) внутренняя стенка; г) нижняя стенка; д) правильно А и Б. **Через верхнюю глазничную щель проходят:** а) глазничный нерв; б) глазодвигательные нервы; в) основной венозный коллектор глазницы; г) все перечисленное; д) правильно Б и В. **Канал зрительного нерва служит для прохождения:** а) зрительного нерва; б) глазничной артерии; в) и того, и другого; г) ни того, ни другого. **Слезный мешок расположен:** а) внутри глазницы; б) вне глазницы; в) частично внутри и частично вне глазницы. **Веки являются:**

а) придаточной частью органа зрения;
б) защитным аппаратом органа зрения;
в) и тем, и другим;
г) ни тем, ни другим.

При ранах век регенерация тканей:
а) высокая;
б) низкая;
в) существенно не отличается от регенерации тканей других областей лица;
г) ниже, чем других областей лица.

Ветвями глазничной артерии является:
а) лобная артерия;
б) надглазничная артерия;
в) слезная артерия;
г) все перечисленное;
д) ни одна из перечисленных.

Отток крови из век направляется:
а) в сторону вен глазницы;
б) в сторону лицевых вен;
в) в оба направления;
г) ни в одно из перечисленных.

Перикорнеальная инъекция свидетельствует о:
а) конъюнктивите;
б) повышенном внутриглазном давлении;
в) воспалении сосудистого тракта;
г) любом из перечисленных;
д) ни при одном из перечисленных.

К слезопродуцирующим органам относятся:
а) слезная железа и добавочные слезные железки;
б) слезные точки;
в) слезные канальцы;
г) все перечисленное.

Иннервация слезной железы осуществляется:
а) парасимпатической нервной системой;
б) симпатической нервной системой;
в) по смешанному типу;
г) соматической нервной системой.

Слезноносовой канал открывается в:
а) нижний носовой ход;
б) средний носовой ход;
в) верхний носовой ход;
г) правильно Б и В.

Наименьшую толщину склера имеет в зоне:
а) лимба;
б) экватора;

в) диска зрительного нерва;
г) правильно А и Б.

Роговая оболочка состоит из:
а) двух слоев;
б) трех слоев;
в) четырех слоев;
г) пяти слоев;
д) шести слоев.

Слои роговицы располагаются:
а) параллельно поверхности роговицы;
б) хаотично;
в) концентрично;
г) правильно А и Б;
д) правильно Б и В.

Питание роговицы осуществляется за счет:
а) краевой петлистой сосудистой сети;
б) центральной артерии сетчатки;
в) слезной артерии;
г) всего перечисленного.

Сосудистый тракт глаза состоит из всех перечисленных слоев, кроме:
а) хориоидеи;
б) ресничного тела;
в) радужки;
г) сосудов сетчатки;
д) правильно А, Б, В.

Функциональным центром сетчатки является:
а) диск зрительного нерва;
б) центральная ямка;
в) зона зубчатой линии;
г) правильно А и В;
д) правильно А и Б.

Отток жидкости из передней камеры осуществляется через:
а) область зрачка;
б) капсулу хрусталика;
в) зону трабекул;
г) ничего их перечисленного;
д) правильно А и Б.

Зрительный нерв выходит из орбиты глаза через:
а) верхнюю глазничную щель;
б) for. opticum;
в) нижнюю глазничную щель.

Склера предназначена для:
а) трофики глаза;
б) защиты внутренних образований глаза;

в) преломления света;
г) всего перечисленного;
д) ничего из перечисленного.

Сосудистый тракт выполняет:
а) трофическую функцию;
б) функцию преломления света;
в) функцию восприятия света;
г) все перечисленное.

Сетчатка выполняет функцию:
а) преломления света;
б) трофическую;
в) восприятия света;
г) все перечисленное.

Внутриглазную жидкость вырабатывает в основном:
а) радужка;
б) хориоидея;
в) хрусталик;
г) цилиарное тело.

Тенонова капсула отделяет:
а) сосудистую оболочку от склеры;
б) сетчатку от стекловидного тела;
в) глазное яблоко от клетчатки орбиты;
г) правильного ответа нет.

Боуменова мембрана находится между:
а) эпителием роговицы и стромой;
б) стромой и десцеметовой оболочкой;
в) десцеметовой оболочкой и эндотелием; u) правильного ответа нет.

Положение зубчатой линии соответствует:
а) зоне проекции лимба;
б) месту прикрепления сухожилий прямых мышц;
в) зоне проекции цилиарного тела;
г) правильно А и В.

Хориоидея состоит из слоя:
а) мелких сосудов;
б) средних сосудов;
в) крупных сосудов;
г) всего перечисленного;
д) только А и Б.

Хориоидея питает:
а) наружные слои сетчатки;
б) внутренние слои сетчатки;
в) всю сетчатку;
г) все перечисленное.

Зрительный нерв имеет:
а) мягкую оболочку;
б) паутинную оболочку;
в) твердую оболочку;
г) все перечисленное;
д) правильно А и Б.

Влага передней камеры служит для:
а) питания роговицы и хрусталика;
б) преломления света;
в) выведения отработанных продуктов обмена;
г) всего перечисленного.

Мышечный аппарат глаза состоит из . . . экстраокулярных мышц:
а) четырех;
б) пяти;
в) шести;
г) восьми;
д) десяти.

"Мышечная воронка" берет свое начало от:
а) круглого отверстия;
б) зрительного отверстия;
в) верхней глазничной щели;
г) нижней глазничной щели.

В пределах "мышечной воронки" находится:
а) зрительный нерв;
б) глазничная артерия;
в) глазодвигательный и отводящий нерв;
г) все перечисленное.

Стекловидное тело выполняет:
а) трофическую функцию;
б) "буферную" функцию;
в) светопроводящую функцию;
г) все перечисленное.

Ткани глазницы получают питание из:
а) решетчатых артерий;
б) слезной артерии;
в) глазничной артерии;
г) центральной артерии сетчатки.

Кровоснабжение глазного яблока осуществляется:
а) глазничной артерией;
б) центральной артерией сетчатки;
в) задними цилиарными артериями;
г) правильно А и Б;
д) правильно Б и В.

Короткие задние цилиарные артерии питают:
а) роговицу;

б) радужку;
в) склеру;
г) наружные слои сетчатки;
д) все перечисленное.

Артериальный круг Геллера образован:
а) длинными задними цилиарными артериями;
б) короткими задними цилиарными артериями;
в) решетчатыми артериями;
г) мышечными артериями;
д) правильно А и В.

Кровоснабжение цилиарного тела и радужки осуществляется:
а) длинными задними цилиарными артериями;
б) короткими задними цилиарными артериями;
в) решетчатыми артериями;
г) медиальными артериями век;
д) всеми перечисленными.

Отток крови от тканей глазницы осуществляется через:
а) верхнюю глазничную вену;
б) нижнюю глазничную вену;
в) и ту, и другую;
г) ни ту, ни другую.

Венозный отток крови из глаза и глазницы происходит в направлении:
а) кавернозного синуса;
б) крылонебной ямки;
в) вен лица;
г) всех перечисленных образован.

Центральная артерия сетчатки питает:
а) хориоидею;
б) внутренние слои сетчатки;
в) наружные слои сетчатки;
г) все перечисленное.

Глазничный нерв является:
а) чувствительным нервом;
б) двигательным нервом;
в) смешанным нервом;
г) верно А и Б;
д) верно Б и В.

Двигательную иннервацию экстраокулярных мышц осуществляют:
а) глазодвигательный нерв;
б) отводящий нерв;
в) блоковый нерв;
г) все перечисленное;
д) только А и Б.

В области хиазмы перекрещивается . . . % волокон зрительных нервов:

а) 25% ;
б) 50% ;
в) 75% ;
г) 100 % .

Цилиарный узел содержит в себе:
а) чувствительные клетки;
б) двигательные клетки;
в) симпатические клетки;
г) все перечисленное;
д) только А и В.

Развитие глаза начинается на:
а) 1-2-ой неделе внутриутробной жизни;
б) 3-ей неделе внутриутробной жизни;
в) 4-ой неделе внутриутробной жизни;
г) 5-ой неделе внутриутробной жизни.

Сосудистая оболочка образуется из:
а) мезодермы;
б) эктодермы;
в) смешанной природы;
г) верно А и Б.

Сетчатка образуется из:
а) эктодермы;
б) нейроэктодермы;
в) мезодермы;
г) верно А и В.

Основной функцией зрительного анализатора, без которого не может быть всех остальных функций, является:
а) периферическое зрение;
б) острота зрения;
в) цветоощущение;
г) светоощущение;
д) стереоскопическое зрение.

При остроте зрения выше 1,0 величина угла зрения:
а) меньше 1 минуты;
б) равна 1 минут;
в) больше 1 минуты;
г) равна 2 минутам.

Впервые таблицы для определения остроты зрения составил:
а) Головин;
б) Сивцев;
в) Снеллен;
г) Ландольт;
д) Орлова.

При парафовеолярной фиксации острота зрения у ребенка 10-12 лет равна:

а) больше 1,0;
б) 1,0;
в) 0,8-0,9;
г) меньше 0,5.

У новорожденных зрение проверяют всеми перечисленными способами, кроме:
а) фиксации предметов глазами;
б) двигательной реакции ребенка и кратковременному слежению;
в) прямой и содружественной реакции зрачков на свет;
г) кратковременному слежению.

В современных таблицах для определения остроты зрения самые мелкие буквы и картинки видны под углом зрения в:
а) 1 минуту;
б) 2 минуты;
в) 3 минуты;
г) 4 минуты;
д) 5 минут.

Если больной различает только первую строчку таблицы для определения остроты зрения с расстояния 1 метр, то он имеет остроту зрения, равную:
а) 0,1;
б) 0,05;
в) 0,02;
г) 0,01.

Отсутствие у больного светоощущения указывает на:
а) интенсивное помутнение оптических сред глаза;
б) распространенную отслойку сетчатки;
в) поражение зрительного аппарата глаза;
г) все перечисленное.

Колбочковый аппарат глаза определяет состояние следующих функций:
а) светоощущение;
б) адаптацию к свету;
в) остроту зрения;
г) цветоощущение;
д) правильно В и Г.

Световая адаптация характеризуется:
а) остротой зрения;
б) величиной поля зрения;
в) порогом различения;
г) порогом раздражения;
д) правильно В и Г.

Темновую адаптацию следует проверять у людей при:
а) подозрении на пигментную абиотрофию сетчатки, при осложненной миопии высокой степени;
б) авитаминозах, циррозе печени;
в) хориоидитах, отслойке сетчатки, застое диска зрительного нерва;

	г) профессиональном отборе шоферов, авиаторов, водителей поездов, при военной экспертизе; д) всем перечисленном. **При зрительном утомлении наблюдается расстройство:** а) световоспринимающего аппарата; б) двигательного аппарата; в) аккомодационного аппарата; г) всего перечисленного; д) только А и В. **Бинокулярное зрение возможно только при наличии:** а) достаточно высокой остроты обоих глаз; б) ортофории и гетерофории при нормальном фузионном рефлексе; в) эзофории и экзофории; г) всего перечисленного; д) правильно А и Б. **Аккомодативная астенопия развивается при всем перечисленном, за исключением:** а) нарушения фузионных возможностей зрительного анализатора; б) ослабления аккомодации; в) некоррегированных аномалий рефракции. **Мышечная астенопия глаз развивается при:** а) несоответствии между аккомодацией и конвергенцией; б) недостаточности аккомодации и слабой конвергенции; в) низкой остроте зрения; г) всем перечисленном; д) правильно А и Б. **Для формирования бинокулярного зрения необходимо следующее условие:** а) параллельное положение осей обоих глаз; б) нормальная конвергенция осей при взгляде на близко расположенные предметы; в) ассоциированные движения глаз в направлении фиксируемого предмета, нормальная фузия; г) острота зрения обоих глаз не менее 0,4; д) все перечисленное. **Критерием проверки стериоскопического зрения является:** а) различная четкость видения предметов на различном расстоянии от глаз; б) различная насыщенность цвета окружающих предметов; в) физиологическое двоение предметов, находящихся на разном расстоянии от глаз; г) в светотени на предметах при разном удалении их от глаз; д) все перечисленное. **При монокулярном зрении страдают следующие функции зрительного анализа:** а) снижается световая адаптация; б) ухудшается цветовое зрение;

	в) периферическое зрение; г) стереоскопическое зрение; д) правильно В и Г. **Адаптация глаз - это:** а) видение предметов при слабом освещении; б) способность глаза различать свет; в) приспособление глаза к различным уровням яркости света; г) все перечисленное. **Фузионный рефлекс появляется у ребенка к:** а) моменту рождения; б) 2 месяцам жизни; в) 4 месяцам жизни; г) 6 месяцам жизни; д) 1 году жизни. 239. Расстройства темновой адаптации (гемералопия) может встречаться при: а) увеитах, панувеитах, высоких степенях миопии; б) воспалительных поражениях зрительного нерва; в) недостатке или отсутствии в пище витамина "А", а также "В2" и "С"; г) воспалительных и дегенеративных поражениях сетчатки; д) всем перечисленном. **Величина слепого пятна на кампиметре равна в норме:** а) 3х2 см; б) 5х4 см; в) 3х6 см; г) 9х7 см; д) 10х8 см. **Центральная скотома может быть обусловлена всем перечисленным, кроме:** а) поражения зрительных центров в коре затылочной доли мозга; б) поражения области желтого пятна; в) поражения зрительного нерва, в частности - папилломакулярного пучка; г) полной атрофии зрительного нерва. **Гомонимная и гетеронимная гемианопсия наблюдается у больных при:** а) дегенеративных изменениях сетчатки; б) нарушениях кровообращения в области корковых зрительных центров; в) патологических изменениях зрительных путей; г) патологических процессов в области пучка Грациоле. **Рефлекс фиксации предметов возникает у ребенка к:** а) моменту рождения; б) 2 неделям жизни; в) 2 месяцам жизни; г) 4 месяцам жизни; д) 6 месяцам жизни. **Концентрическое сужение поля зрения и кольцевидная скотома**

встречаются при:
а) поражении хиазмы;
б) пигментном поражении сетчатки;
в) поражении зрительного тракта;
г) всем перечисленном;
д) ничем из перечисленного.

При отеке диска зрительного нерва увеличение слепого пятна в зрительном поле обусловлено:
а) нарушением связи между хориокапиллярами и зрительными клетками;
б) присутствием белкового экссудата между сенсорной сетчаткой и пигментным эпителием сетчатки;
в) смещением сенсорных элементов в перипапиллярной зоне сетчатки;
г) всем перечисленным;
д) только А и Б.

Восприятие всех цветов спектра света можно объяснить:
а) наличием различных кортикальных отделов зрительного анализатора, осуществляющих восприятие цветов;
б) наличием различных слоев в боковом коленчатом теле;
в) наличием трех различных видов рецепторов;
г) всем перечисленным;
д) ничем из перечисленного.

Хлоропсия - это видение окружающих предметов в:
а) желтом свете;
б) красном свете;
в) зеленом свете;
г) синем свете.

Цвета ночью не воспринимаются в связи с тем, что:
а) недостаточна освещенность окружающих предметов;
б) функционирует только палочковая система сетчатки;
в) не функционирует колбочковая система сетчатки;
г) все перечисленное.

При периметрическом обследовании физиологическая скотома в норме находится по отношению к точке фиксации в:
а) 15˚ с носовой стороны;
б) 20˚ с носовой стороны;
в) 15˚ с височной стороны;
г) 20˚ с височной стороны;
д) 30˚ с височной стороны.

Эритропсия - это видение окружающих в:
а) синем свете;
б) желтом свете;
в) красном свете;
г) зеленом свете.

Ксантопсия - это ведение окружающих предметов в:
а) синем свете;

	б) желтом свете; в) зеленом свете; г) красном свете. **У больных с протанопией имеется выпадение:** а) зеленоощущаемого компонента; б) красноощущаемого компонента; в) синеощущаемого компонента; г) желтоощущаемого компонента; д) правильно Б и Г. **Цианопсия - это видение окружающих предметов в:** а) желтом свете; б) синем свете; в) зеленом свете; г) красном свете. **Поле зрения на цвета имеет наименьший размер на:** а) красный цвет; б) желтый цвет; в) зеленый цвет; г) синий цвет. **У взрослых людей индивидуальные колебания границ поля зрения на белый цвет обычно не превышает:** а) 2-3 ˚; б) 5-10 ˚; в) 15-20 ˚; г) 25 ˚. **Поле зрения на цвета имеет наиболее широкие границы на:** а) красный цвет; б) желтый цвет; в) зеленый цвет; г) синий цвет. **У здорового взрослого человека верхняя граница поля зрения на белый цвет находится от точки фиксации в:** а) 45˚; б) 55 ˚; в) 65-70 ˚; г) 80-85 ˚. **У здорового взрослого человека нижняя граница поля зрения на белый цвет находится от точки фиксации в:** а) 45 ˚; б) 50 ˚; в) 55 ˚; г) 65-70 ˚. **У здорового взрослого человека наружная граница поля зрения на белый**

цвет находится от точки фиксации в:
а) 70 ˚;
б) 80 ˚;
в) 90 ˚;
г) 100 ˚.

У здорового взрослого человека внутренняя граница поля зрения на белый цвет находится от точки фиксации в:
а) 25-30 ˚;
б) 40-45 ˚;
в) 55 ˚;
г) 65 ˚.

Особенностью сумеречного зрения является все перечисленное, кроме:
а) сужения полей зрения;
б) бесцветности;
в) понижения остроты зрения;
г) изменения яркости (светлоты) цветов.

Для нормального формирования стереоскопического зрения необходимо иметь:
а) нормальное периферическое зрение;
б) высокую остроту зрения;
в) нормальное трихроматическое зрение;
г) бинокулярное зрение.

Внутриглазное давление у взрослого человека в норме не должно превышать:
а) 20 мм рт. ст. ;
б) 23 мм рт. ст. ;
в) 25 мм рт. ст. ;
г) 27 мм рт. ст.

Объективное изменение тонуса глаза нельзя выявить при:
а) тонометрии тонометром Маклакова;
б) пальпаторно;
в) тонометрии тонометром Дашевского;
г) тонографии.

РН слезы у взрослого человека:
а) равна 7,5 в норме;
б) при заболевании глаз и век - сдвиг РН выше 7,8 или ниже 6,6;
в) при повреждении роговицы - сдвиг РН в щелочную сторону;
г) все ответы правильны;
д) правильны А и В.

Слеза активно проводится в нос из конъюктивального мешка благодаря:
а) капиллярности слезных точек и слезных канальцев;
б) сокращению слезного мешка;
в) силе тяжести слезы;
г) отрицательному давлению в слезном мешке;
д) всему перечисленному.

Бактерицидное действие слезы обеспечивает присутствие в ней:
а) лидазы;
б) химопсина;
в) лизоцима;
г) фосфатазы.

Мелкие железки Краузе, расположенные в сводах конъюнктивальной полости, выделяют:
а) сальный секрет;
б) слизистый секрет;
в) слезу;
г) правильно А и Б.

Нормальная частота мигания веками достигает у детей 8-12 в 1 минуту к:
а) 6 месяцам жизни;
б) 1 году жизни;
в) 5 годам жизни;
г) 7-10 годам жизни;
д) 15-16 годам жизни.

У новорожденных часто во время сна веки смыкаются неполностью из-за того, что:
а) короткие веки и слабо развиты мышцы век;
б) несовершенна иннервация мышц век черепно-мозговыми нервами;
в) глаза выступают вперед из-за относительно неглубокой глазницы;
г) верно А и В;
д) верно все перечисленное.

Проба Веста считается положительной, если красящее вещество уходит полностью из конъюктивального мешка за:
а) 2 минуты;
б) 5 минут;
в) 7 минут;
г) 10 минут;

Вторая часть пробы Веста считается положительной, если красящее вещество пройдет в нее их конъюктивального мешка не позднее:
а) 3 минут;
б) 5 минут;
в) 7 минут;
г) 10 минут;
д) 15 минут.

Для контрастной рентгенографии слезных путей используются:
а) фпюоресцеин;
б) колларгол;
в) иодлипол;
г) все перечисленные препараты;
д) только А и Б.

Нормальное слезоотделение формируется у детей обычно к:
а) 1 месяцу жизни;

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

Мейбомиевы железы, расположенные в хрящевой пластинке век, выделяют:
а) слезу;
б) слизистый секрет;
в) сальный секрет;
г) правильно Б и В.

Секрет мейбомиевых желез необходим для:
а) смазывания поверхности роговицы и конъюнктивы глаза;
б) смазывания края век, предохраняя эпителий от мацерации;
в) питания эпителия конъюнктивы глаза и век;
г) всего перечисленного.

Низкая чувствительность роговицы у детей первых месяцев жизни связана с:
а) особенностями строения ее эпителия;
б) особенностями строения чувствительных нервных окончаний;
в) незавершением развития тройничного нерва;
г) всем перечисленным.

Чувствительность роговицы выше в:
а) области лимба;
б) перилимбальной зоне;
в) парацентральной зоне;
г) центральной области;
д) одинакова по всей поверхности.

Чувствительность роговицы страдает при поражении:
а) лицевого нерва
б) глазодвигательного нерва;
в) тройничного нерва;
г) правильно А и Б;
д) правильно А и В.

Роговица и конъюнктива глаза постоянно увлажняются за счет:
а) секрета слезных желез;
б) секрета сальных желез;
в) секрета слизистых желез;
г) всего перечисленного;
д) только А и В.

У пожилых людей в ткани роговицы накапливается все перечисленное, кроме:
а) липидов;
б) солей кальция;
в) воды;
г) глобулиновых фракций белка.

Преломляющая сила роговицы составляет от всей преломляющей силы оптической системы глаза:
а) до 30%;
б) до 50%;
в) до 70%;
г) до 85%.

Вещество стромы роговицы является слабым антигеном вследствие того, что:
а) не содержит сосудов;
б) содержит мало белка;
в) клетки в строме роговицы широко отделены друг от друга мукополисахаридами;
г) все перечисленное;
д) только Б и В.

На прохождение жидкостей, газов и электролитов через ткани роговицы внутрь глаза оказывают влияние состояние:
а) эпителия роговицы;
б) клеточных мембран эндотелия роговицы;
в) десцеметовой мембраны роговицы;
г) стомы роговицы;
д) правильно А и Б.

В результате нарушения функции эндотелия роговицы возможно возникновение всех перечисленных патологических изменений, кроме:
а) дистрофических процессов в роговице;
б) язвы роговицы;
в) отека эпителия роговицы;
г) отека стромы роговицы.

Отек эпителия роговицы является одним из симптомов:
а) ирита и иридоциклита;
б) повышения внутриглазного давления;
в) эндотелиально-эпителиальной дистрофии;
г) всего перечисленного;
д) только Б и В.

Водяная влага образуется в глазу благодаря:
а) фильтрации из стекловидного тела;
б) фильтрации из водоворотных вен;
в) осмоса через роговицу;
г) секреции (ультрафильтрации) из сосудов ресничного тела;
д) правильно Б и В.

Вода во внутриглазной жидкости составляет:
а) 50%;
б) 70%;
в) 90%;
г) 99%;
д) 85%.

Барьер "кровь-водяная влага" осуществляется всеми перечисленными структурами, кроме:
а) эпителия реснитчатых отростков ресничного тела;
б) мембраны Бруха;
в) стекловидного тела;
г) пигментного эпителия сосудистой оболочки;
д) параоптической сетчатки.

Физиологическое значение радужки сводится ко всем следующим факторам, кроме:
а) бактерицидного;
б) защиты сетчатки от ультрафиолетовой части спектра солнечного света и регулирования (дозирования) поступ- ления света в задний отдел глаза;
в) участия в ультрафильтрации и оттоке внутриглазной жидкости;
г) центрирования пучка света на макулярную область сетчатки.

Водянистая влага обеспечивает все следующие функции, кроме:
а) поддержания определенного уровня внутриглазного давления;
б) вымывания шлаковых веществ из глаза;
в) питания бессосудистых структур глаза;
г) проведения света к сетчатке;
д) бактерицидного и бактериостатического действия.

В хрусталике ребенка содержится до:
а) 40% воды;
б) 50% воды;
в) 65% воды;
г) 75% воды;
д) 90% воды.

Основная роль в окислительно-восстановительных процессах белков хрусталика принадлежит:
а) альбуминам;
б) глобулинам;
в) цистеину;
г) всем в одинаковой степени;
д) ни одному из перечисленных.

К формированию плотного ядра хрусталика приводят все перечисленные процессы, кроме:
а) уплотнения внутренних волокон хрусталика в связи с постоянным образованием новых волокон;
б) накопления солей кальция;
в) увеличения в хрусталике нерастворимых фракций белков альбуминоидов;
г) уменьшения кристаллинов.

Краевая сосудистая сеть роговицы на здоровом глазу не определяется в связи с тем, что эти сосуды:
а) не наполнены кровью;
б) прикрыты непрозрачной склерой;
в) имеют очень малый калибр;
г) по цвету не отличаются от окружающих тканей;

	д) все перечисленное правильно. **Перикорнеальная инъекция сосудов не характерна для:** а) воспалительных процессов роговицы; б) конъюнктивитов; в) ирита и иридоциклита; г) всего перечисленного; д) верно А и Б. **Появление перикорнеальной инъекции глаза можно объяснить:** а) наполнением кровью сосудов краевой петлистой сети; б) повышением внутриглазного давления; в) повышением давления в сосудистом русле глаза; г) усилившимся кровенаполнением этой части сосудистой сети глаза. **Способность эпителия роговицы к быстрой регенерации обсловливает:** а) врастание эпителия роговицы в переднюю камеру при длительном зиянии раны роговицы или плохо проведенной хирургической обработке раны; б) быстрое самоизлечение поверхностных повреждений роговицы; в) быстрое восстановление чувствительности роговицы; г) только А и Б; д) все перечисленное. **Четырехгранная пирамидальная форма глазницы формируется у ребенка к:** а) 1 месяцу жизни; б) 3 месяцам жизни; в) 6-12 месяцам; г) 2 годам жизни; д) 5 годам жизни. **Неравномерное развитие глазниц у ребенка может быть обуслов-лено всеми перечисленными патологическими состояниями, кроме:** а) одностороннего микрофтальма; б) одностороннего буфтальма; в) новообразований глазницы; г) оптической анизометропии. **Прямая и содружественная реакции зрачков на свет формируется у ребенка к:** а) моменту рождения; б) 3 месяцам жизни; в) 6 месяцам жизни; г) 1 году жизни; д) 3 годам жизни. **Радужная оболочка новорожденных имеет все следующие особенности, кроме:** а) светлой окраски из-за малого количества меланина; б) слабой выраженности пигментной каймы; в) невыраженности крипт и лакун; г) ригидности зрачка;

	д) выраженного контурирования стромальных сосудов, особенно малого круга кровообращения. **Максимальное расширение зрачка под действием мидриатиков можно получить у ребенка в возрасте:** а) сразу после рождения; б) 3 месяцев жизни; в) 6 месяцев жизни; г) 1 года жизни; д) 3 лет жизни. **Чувствительность цилиарного тела формируется у ребенка только к:** а) 6 месяцам жизни; б) 1 году жизни; в) 3 годам жизни; г) 5-7 годам жизни; д) 8-10 годам. **Аккомодационная способность глаз достигает максимума к:** а) 5 годам жизни; б) 7-8 годам жизни; в) 10 годам жизни; г) 15-17годам жизни; д) 20 годам жизни. **За первый год жизни сагиттальный размер глаза увеличивается в среднем на:** а) 1,5 мм; б) 2-2,5 мм; в) 3-3,5 мм; г) 4-4,5 мм. **От 1 года до 15 лет сагиттальный размер глаза в среднем увеличивается на:** а) 2 мм; б) 2,5 мм; в) 3-3,5 мм; г) 4-5 мм; д) 5,5 мм. **У взрослого человека с эмметропической рефракцией сагиттальный размер глаза в среднем равен:** а) 20 мм; б) 21 мм; в) 23 мм; г) 25 мм; д) 26 мм. **Отсутствие болевого симптома при заболевании хориоидеи можно объяснить:** а) автономностью этой зоны сосудистой оболочки глаза; б) нарушением нормальной нервной проводимости в заднем отделе сосудистой

оболочки глаза;
в) отсутствием в хориоидее чувствительных нервных окончаний;
г) всем перечисленным.

При обтурации вортикозных вен в хориоидее отмечаются секторально расположенные патологические изменения, что можно объяснить:
а) квадрантным распределением вортикозных вен;
б) отсутствием анастомозов между вортикозными венами;
в) застоем крови в квадранте, дренируемом обтурирован- ной веной;
г) всем перечисленным;
д) только А и В.

В связи с тем, что протеины хрусталика органоспецифичны, при нарушении целостности сумки хрусталика в водянистой влаге и сыворотке появляются антитела, что приводит к:
а) эндотелиально-эпителиальной дегенерации роговицы;
б) факолитической глаукоме;
в) факоанафилактическому увеиту;
г) всему перечисленному;
д) только А и Б.

В стекловидном теле содержится воды:
а) до 40%;
б) до 50%;
в) до 60%;
г) до 85%;
д) до 98%.

Основная функция мембраны Бруха состоит в:
а) защите сетчатки от токсических компонентов крови;
б) осуществлении обмена веществ между кровью и клетками пигментного эпителия сетчатки;
в) барьерной функции;
г) отграничении хориоидеи от пигментного эпителия сетчатки.

Основная роль вортикозных вен состоит в:
а) регуляции внутриглазного давления;
б) оттоке венозной крови из заднего отдела глаза;
в) теплорегуляции тканей глаза;
г) всем перечисленном;
д) только А и Б.

К функциям стекловидного тела относятся все перечисленные, кроме:
а) участия в регуляции внутриглазного давления;
б) выполнения защитной функции глаза;
в) участия в трофике хрусталика и сетчатки;
г) обеспечения стабильной формы глаза: стекловидное тело - опорная ткань глаза;
д) обеспечения свободного прохождения света к сетчатке.

К отслойке сетчатки могут привести следующие патологические состояния стекловидного тела:

а) задняя отслойка стекловидного тела;
б) разжижение стекловидного тела;
в) шварты стекловидного тела, спаянные с сетчаткой;
г) все перечисленное;
д) только А и В.

В общей массе хрусталика белки составляют:
а) свыше 50%;
б) свыше 30%;
в) свыше 15%;
г) до 10%.

Водорастворимые протеины хрусталика (кристаллины) представлены:
а) альфа - глобулинами;
б) бета - глобулинами;
в) гамма - глобулинами;
г) всеми перечисленными;
д) только А и Б.

Преломляющая сила хрусталика составляет:
а) до 10 диоптрий;
б) до 20 диоптрий;
в) до 30 диоптрий;
г) до 35-40 диоптрий;
д) до 50 диоптрий.

320. Желтый оттенок хрусталика у лиц пожилого возраста зависит от:
а) накопления липидов в веществе хрусталика;
б) накопления холестерина в веществе хрусталика;
в) накопления тирозина в веществе хрусталика;
г) уплотнения вещества хрусталика;
д) всего перечисленного.

От слоя крупных сосудов хориоидеи отходит . . . вортикозных вен:
а) 2-3;
б) 4-6;
в) до 8;
г) до 10;
д) более 10.

Интенсивность окраски глазного дна объясняется в основном:
а) количеством пигмента в сетчатке;
б) количеством хроматофоров;
в) степенью густоты капиллярной сети хориокапиллярного слоя хориоидеи;
г) всем перечисленным;
д) только А и Б.

К 1 году жизни ребенка в области макулы исчезают следующие слои сетчатки:
а) со 2-го по 6-й слои сетчатки;
б) с 5-го по 9-й слои сетчатки;
в) с 3-го по 7-й слои сетчатки;

г) с 7-го по 9-й слои сетчатки.

Лучше всего видны сосуды хориоидеи при офтальмоскопии у:
а) блондинов;
б) брюнетов;
в) лиц черной расы;
г) альбиносов.

Пульсация артерии сетчатки указывает на:
а) нормальный ток крови у совершенно здорового человека;
б) склеротические изменения сосудов;
в) повышенное артериальное давление и недостаточность аортальных клапанов;
г) разницу диастолического давления в центральной части артерии сетчатки и внутриглазного;
д) все перечисленное.

В норме на сосудах сетчатки видны при офтальмоскопии блестящие узкие линии, которые можно объяснить:
а) световым рефлексом от блестящей стенки кровеносного сосуда;
б) прерывистым током крови по сосудам;
в) световым рефлексом от столба крови в сосудах;
г) разницей отражения света от поверхности сетчатки и поверхности сосудов;
д) всем перечисленным.

У здорового взрослого человека соотношение калибра артерий и вен сетчатки определяется как:
а) 1:2;
б) 2:3;
в) 1:1;
г) 1:1,5.

Так называемое "паркетное" глазное дно можно объяснить:
а) незначительным количеством ретинального пигмента;
б) большим количеством хориоидального пигмента;
в) просвечиванием сосудистой оболочки на отдельных участках глазного дна;
г) всем перечисленным;
д) только В и Б.

Интенсивность цвета глазного дна при офтальмоскопии складывается из:
а) цвета ретинального пигмента "темно-коричневого";
б) белого цвета склеры;
в) красного цвета от крови в сосудистой оболочке и количества меланина;
г) всего перечисленного;
д) только А и Б.

Окраска диска зрительного нерва слагается из всего перечисленного, кроме:
а) сероватого цвета волокон зрительного нерва;
б) белого цвета соединительнотканных волокон решетчатой пластинки склеры;
в) красного цвета сосудов;
г) пигмента меланина.

Наружная половина диска зрительного нерва несколько бледнее внутренней в связи с тем, что там:
а) слой нервных волокон тоньше;
б) количество сосудов меньше;
в) мало пигмента;
г) правильно А и Б;
д) правильно Б и В.

Показаниями к проведению флюресцентной антиографии являются:
а) сосудистые заболевания сетчатки и зрительного нерва;
б) воспалительные заболевания сетчатки и зрительного нерва;
г) все перечисленное;
в) дегенеративные изменения сетчатки и хориоидеи;
д) только А и Б.

Противопоказаниями к проведению флюоресцентной ангиографии являются:
а) аллергия к флюоресцеину и полиаллергия;
б) болезни печени и почек;
в) сердечно-легочная декомпенсация;
г) бронхиальная астма;
д) все перечисленное.

Ретинальные сосуды становятся проницаемыми для флюоресцеина при всех перечисленных состояниях, кроме:
а) некроза ретинальных сосудов;
б) ретинальных и преретинальных кровоизлияний;
в) воспалительных процессах;
г) застоя в капиллярах;
д) неоваскуляризации.

К проводящим путям зрительного анализатора следует относить все перечисленное, кроме:
а) зрительного тракта;
б) сетчатки;
в) зрительных нервов;
г) хиазмы.

Электроретинограмма отражает состояние:
а) внутренних слоев сетчатки;
б) наружных слоев сетчатки;
в) подкорковых зрительных центров;
г) корковых зрительных центров.

Порог электрической чувствительности отражает состояние:
а) наружных слоев сетчатки;
б) внутренних слоев сетчатки;
в) папилло-макулярного пучка зрительного нерва;
г) подкорковых зрительных центров.

Показатель лабильности, измеряемый по критической частоте исчезновения фосфена, характеризует:

	а) состояние наружных слоев сетчатки; б) функциональное состояние внутренних слоев сетчатки; в) функциональное состояние проводящих путей - папилло- макулярного пучка; г) функциональное состояние подкорковых центров зрительного анализатора; д) все перечисленное верно. **Электроэнцефалограмма при офтальмологическом обследовании позволяет судить о состоянии:** а) наружных и внутренних слоев сетчатки; б) проводящих путей зрительного анализатора; в) коркового зрительного центра; г) отчасти подкоркового зрительного центра зрительного анализатора; д) только В и Г. **При исследовании на макуотестере больной не видит фигуру Гайдингера в случае:** а) амблиопии; б) органического поражения макулярной области; в) косоглазии; г) всех перечисленных; д) только А и В. **Противопоказаниями для диагностического ультразвукового исследования глаза является:** а) кровоизлияние в стекловидное тело; б) металлическое внутриглазное инородное тело; в) эндофтальмит; г) свежее проникающее обширное ранение глаза; д) все перечисленное верно. **Рефракцией оптической системы называется:** а) состояние, тесно связанное с конвергенцией; б) преломляющая сила оптической системы, выраженная в диоптриях; в) способность оптической системы нейтрализовать проходящий через нее свет; г) отражение оптической системой падающих на нее лучей; д) система линз, расположенных на определенном расстоянии друг от друга. **Пределами изменения физической рефракции глаза являются:** а) от 0 до 20 диоптрий; б) от 21 до 51 диоптрий; в) от 52 до 71 диоптрий; г) от 72 до 91 диоптрий; д) от 91 до 100 диоптрий. **Клиническая рефракция - это:** а) соотношение между оптической силой и длиной оси глаза; б) преломляющая сила оптической системы, выраженная в диоптриях; в) радиус кривизны роговицы; г) преломляющая сила хрусталика; д) главные плоскости оптической системы.

Различают следующие виды клинической рефракции:
а) дисбинокулярную и обскурационную;
б) истерическую и анизометропическую;
в) роговичную и хрусталиковую;
г) витреальную и ретинальную;
д) статическую и динамическую.

Статическая рефракция отражает:
а) преломляющую силу роговицы;
б) получение изображения на сетчатке в состоянии покоя аккомодации;
в) преломляющую силу хрусталика;
г) преломляющую силу камерной влаги;
д) преломляющую силу оптической системы глаза относительно сетчатки при действующей аккомодации.

Под динамической рефракцией понимают:
а) преломляющую силу оптической системы глаза относительно сетчатки при действующей аккомодации
б) преломляющую силу роговицы
в) преломляющую силу камерной влаги
г) радиус кривизны роговицы
д) радиус кривизны хрусталика

Дальнейшая точка ясного видения - это точка:
а) расположенная на вершине роговицы;
б) к которой установлен глаз в состоянии покоя аккомодации;
в) расположенная в 1 м от глаза;
г) расположенная в области передней главной плоскости;
д) ясного видения при максимальном напряжении аккомодации.

Дальнейшая точка ясного видения при эмметропии находится в:
а) 5 м от глаза;
б) 4 м от глаза;
в) 3 м от глаза;
г) бесконечности;
д) позади глаза.

Дальнейшая точка ясного видения при миопии находится:
а) в бесконечности;
б) на сетчатке;
в) перед глазом на конечном расстоянии;
г) в области роговицы;
д) позади глаза.

Дальнейшая точка ясного видения при гиперметропии находится:
а) в бесконечности;
б) перед глазом на конечном расстоянии;
в) в области роговицы;
г) на сетчатке;
д) позади глаза.

Миопии слабой степени соответствуют следующие значения рефракции:
а) до 2,5 диоптрий
б) до 2,75 диоптрий
в) до 3,0 диоптрий включительно;
г) до 3,25 диоптрий;
д) до 3,5 диоптрий.

Миопии средней степени соответствуют следующие значения рефракции:
а) от 2,5 до 5,5 диоптрий;
б) от 2,75 до 5,75 диоптрий;
в) от 3,0 до 6,0 диоптрий;
г) от 3,25 до 6,0 диоптрий;
д) от 3,5 до 6,25 диоптрий.

Миопии высокой степени соответствуют следующие значения рефракции:
а) более 5,5 диоптрий;
б) более 5,75 диоптрий;
в) более 6,0 диоптрий;
г) более 6,25 диоптрий;
д) более 6,5 диоптрий.

Линза - это:
а) оптическая система, ограниченная преломляющими поверхностями;
б) ткань организма, поглощающая свет;
в) оптическая деталь, гасящая изображение;
г) только Б и В.

По форме преломляющих поверхностей различают линзы:
а) сферические;
б) цилиндрические;
в) торические;
г) только А и Б;
д) все перечисленное.

Линзы обладают:
а) сферическим действием;
б) астигматическим и призматическим действием;
в) эйконическим действием;
г) правильно А и Б;
д) всеми перечисленными.

Выпуклая и вогнутая линзы падающие на них лучи:
а) выпуклая - собирает, вогнутая - рассеивает;
б) гасят;
в) отражают;
г) делают параллельными.

Фокусом линзы называется:
а) центр ее сферической поверхности;
б) центр ее плоской поверхности;
в) центр ее цилиндрической поверхности;
г) центр ее торической поверхности;
д) точка, в которой собирается пучок падающих на линзу параллельных лучей.

Преломляющей силой линзы называется:
а) радиус кривизны передней поверхности линзы;
б) величина, обратная ее фокусному расстоянию;
в) радиус кривизны задней поверхности линзы;
г) фокусное расстояние линзы;
д) толщина линзы.

За 1 диоптрию принимают преломляющую силу линзы с фокусным расстоянием:
а) 100 м;
б) 10 м;
в) 1 м;
г) 10 см;
д) 1 см.

Преломляющая сила линзы с фокусным расстоянием в 0,5 м равна:
а) 4,0 диоптриям;
б) 2,0 диоптриям;
в) 1,0 диоптрии;
г) 0,5 диоптрии;
д) 0,1 диоптрии.

Преломляющая сила линзы с фокусным расстоянием в 0,25 м составляет:
а) 4,0 диоптрии;
б) 2,0 диоптрии;
в) 1,0 диоптрии;
г) 0,5 диоптрии;
д) 0,1 диоптрии.

Преломляющая сила линзы с фокусным расстоянием в 2,0 м составляет:
а) 4,0 диоптрии;
б) 2,0 диоптрии;
в) 1,0 диоптрии;
г) 0,5 диоптрии;
д) 0,1 диоптрии;

У пациента с дальнейшей точкой ясного видения в 1,0 м имеет место миопия в:
а) 1,0 диоптрию;
б) 2,0 диоптрии;
в) 4,0 диоптрии;
г) 5,0 диоптрий;
д) 10,0 диоптрий.

У пациента с дальнейшей точкой ясного видения в 0,5 м имеет место миопия в:
а) 1,0 диоптрию;
б) 2,0 диоптрии;
в) 4,0 диоптрии;
г) 5,0 диоптрий;
д) 10,0 диоптрий.

У пациента с дальнейшей точкой ясного видения в 25 см имеет место миопия в:
а) 1,0 диоптрию;
б) 2,0 диоптрии;
в) 4,0 диоптрии;
г) 5,0 диоптрий;
д) 10,0 диоптрий.

У пациента с дальнейшей точкой ясного видения в 10 см имеет место миопия в:
а) 1,0 диоптрию;
б) 2,0 диоптрии;
в) 4,0 диоптрии;
г) 5,0 диоптрий;
д) 10,0 диоптрий.

Различают следующие виды астигматизма:
а) простой, сложный, смешанный;
б) прямой, обратный, с косыми осями;
в) правильный, неправильный, роговичный, хрусталиковый;
г) правильно А и Б;
д) все перечисленное.

В зависимости от положения сетчатки относительно фокальных линий различают следующие виды астигматизма:
а) простой и сложный гиперметропический;
б) простой и сложный миопический;
в) смешанный;
г) правильно А и Б;
д) все перечисленное.

В зависимости от положения главных меридианов различают следующие типы астигматизма:
а) прямой;
б) обратный;
в) с косыми осями;
г) правильно А и Б;
д) все перечисленные.

Правильным называют астигматизм:
а) при котором в каждом из главных меридианов преломляющая сила остается постоянной;
б) при котором в двух главных меридианах преломляющая сила одинакова;
в) при котором в каждом из главных меридианов преломля- ющаяся сила меняется;
г) физиологический астигматизм;
д) при котором разность рефракции в двух главных меридианах не превышает 2,0 диоптрии.

Сферическим эквивалентом называют:
а) рефракцию в главных меридианах астигматического глаза;

	б) рефракцию сферичного глаза; в) рефракцию роговицы; г) рефракцию хрусталика; д) среднюю арифметическую рефракцию двух главных меридианов астигматического глаза. **Положительная линза:** а) перемещает фокус вперед и увеличивает изображение; б) корригирует гиперметропию; в) ослабляет аккомодацию и усиливает экзофорию; г) несколько смещает от глаза зоны дальнейшего и ближайшего видения; д) все перечисленное. **Отрицательная линза:** а) перемещает фокус кзади и уменьшает изображение; б) корригирует миопию; в) усиливает стимул к аккомодации и экзофорию; г) несколько приближает к глазу зоны дальнейшего и ближайшего видения; д) все перечисленное. **Дезадаптация зрительной системы к гиперметропии может заключаться в:** а) рефракционной амблиопии и астенопических жалобах; б) нарушении бинокулярного зрения и появлении сходящегося косоглазия; в) увеличении степени гиперметропии; г) правильно А и Б; д) все перечисленное. **Дезадаптация зрительной системы к миопии может проявляться:** а) прогрессирующим снижением некоррегированной остроты зрения, а также астенопическими жалобами; б) нарушением бинокулярного зрения и появлением расходящегося косоглазия; в) уменьшением степени миопии; г) правильно А и Б; д) всем перечисленным. **Существуют следующие методы определения рефракции при помощи линз:** а) методы, основанные на получении максимальной остроты зрения и методы,основанные на нейтрализации видимого движения объекта; б) методы, в основу которых положена хроматическая аберрация глаза; в) методы, использующие феномен Шейнера - монокулярное двоение объекта; г) правильно А и В; д) все перечисленное. **К объективным методам исследования рефракции относятся:** а) скиаскопия; б) рефрактометрия; в) авторефрактометрия; г) правильно А и Б; д) все перечисленное.

	Одноименное движение светового пятна при скиаскопии плоским зеркалом свидетельствует, что на исследуемом глазу рефракция: а) гиперметропическая; б) эмметропическая; в) миопическая менее 1 дптр. ; г) все перечисленное; д) только А и Б. **Исследование рефракции глаза до применения циклоплегических средств у детей и подростков включает:** а) определение остроты зрения каждого глаза; б) скиаскопию (ориентировочную) ; в) проведение пробы с положительными и отрицательными линзами; г) правильно А и Б; д) все перечисленное. **Исследование рефракции глаза в условиях циклоплегии включает:** а) скиаскопию, а при необходимости рефрактометрию и офтальмометрию; б) определение остроты зрения каждого глаза без диафрагмы с линзами,полностью корригирующими аметропию; в) проведение проб, уточняющих силу и ось цилиндрического стекла; г) правильно А и Б; д) все перечисленное. **Рефрактометр служит для:** а) объективного определения рефракции глаза; б) определения сферического и астигматического компонентов рефракции; в) установления главных сечений астигматичного глаза; г) правильно Б и В; д) всего перечисленного. **Состояние аккомодации, при котором рекомендуется проводить рефрактометрию:** а) медикаментозный паралич аккомодации; б) частично выключенная аккомодация; в) нерасслабленная аккомодация; г) только А и Б; д) все перечисленное. **Офтальмометр служит для:** а) измерения радиуса кривизны передней поверхности роговицы; б) измерения преломляющей силы передней поверхности роговицы; в) измерения роговичного астигматизма; г) только А и Б; д) всего перечисленного. **В обследование пациента с целью назначения оптической коррекции входят:** а) первое обследование в естественных условиях, затем обследование в условиях циклоплегии; б) повторное обследование в естественных условиях и в готовых очках; в) повторное обследование в условиях циклоплегии;

г) только А и Б;
д) все перечисленное.

Оптическую коррекцию гиперметропии назначают при:
а) гиперметропии более 3,5 диоптрий у детей раннего возраста;
б) астенопических жалобах или понижении зрения хотя бы на одном глазу;
в) постоянном или периодическом сходящемся косоглазии;
г) только А и Б;
д) всем перечисленном.

Оптическую коррекцию миопии назначают при:
а) миопии в 1-2 диоптрии коррекцией пользуются при необходимости;
б) миопии больше 2 диоптрий назначают полную или почти полную коррекцию вдаль;
в) миопии в 1-2 диоптрии назначают постоянную полную коррекцию;
г) правильно А и Б;
д) всем перечисленном.

Общие правила назначения очков при астигматизме предусматривают:
а) при астигматизме всех видов, сопровождающемся снижением остроты зрения, показано постоянно ношение очков;
б) астигматический компонент коррекции назначают по субъективной переносимости с тенденцией к полному исправлению астигматизма;
в) сферический компонент коррекции выписывают в соответствии с общими правилами;
г) все перечисленное;
д) только Б и В.

При анизометропии:
а) назначается постоянная оптическая коррекция;
б) при коррекции обязательно учитывают субъективно переносимую разницу между силой линз для правого и левого глаза;
в) при высоких степенях анизометрии (5,0 диоптрий и более) целесообразно использовать контактную коррекцию;
г) все перечисленное;
д) только А и Б.

Для чтения гиперметропу в 1 диоптрию в возрасте 50 лет необходимы очки в:
а) +1 диоптрию;
б) +2 диоптрии;
в) +3 диоптрии;
г) +4 диоптрии;
д) +5 диоптрий.

Для чтения эмметропу в 60 лет требуются очки в:
а) +1 диоптрию;
б) +2 диоптрии;
в) +3 диоптрии;
г) +4 диоптрии;
д) +5 диоптрий.

Аккомодация - это:
а) статическая рефракция;
б) преломляющая сила роговицы;
в) переднезадняя ось глаза;
г) приспособление зрительного аппарата к рассматриванию предметов на различных расстояниях от глаза;
д) все перечисленное.

Физиологический механизм аккомодации состоит в том, что:
а) цилиарная мышца сокращается, расслабляются зонулярные волокна;
б) ослабляется степень натяжения капсулы хрусталика
в) хрусталик становится более выпуклым и сила его преломления увеличивается;
г) только А и В;
д) все перечисленное.

Ближайшая точка ясного видения - это:
а) точка, расположенная на вершине роговицы;
б) точка, расположенная перед хрусталиком;
в) точка, расположенная за хрусталиком;
г) минимальное расстояние, на котором видны рассматриваемые предметы при максимальном напряжении аккомодации;
д) точка, в которой сходятся лучи после прохождения оптической системы глаза

Абсолютная аккомодация - это аккомодация, измеренная:
а) для каждого глаза в отдельности, т. е. при выключенной конвергенции;
б) для двух глаз;
в) при действующей конвергенции;
г) при частично выключенной конвергенции;
д) все перечисленное.

Область или длина аккомодации - это:
а) рефракция роговицы;
б) преломляющая сила хрусталика;
в) общая рефракция глаза;
г) выраженная в линейных величинах разность отстояния от глаза дальнейшей и ближайшей точек ясного видения;
д) все перечисленное.

Под объемом абсолютной аккомодации понимают:
а) роговичный астигматизм;
б) хрусталиковый астигматизм;
в) разность между положением ближайшей и дальнейшей точек ясного видения, выраженная в диоптриях, т. е. разность между максимальной динамической и статической рефракцией;
г) общий астигматизм глаза;
д) все перечисленное.

Относительная аккомодация - это аккомодация, измеренная:
а) для каждого глаза в отдельности;

	б) при одновременном зрении двумя глазами; в) при частично выключенной конвергенции; г) только А и В; д) все перечисленное. **Отрицательная часть относительной аккомодации - это:** а) та часть относительной аккомодации, которая затрачивается на зрительную работу; б) та часть относительной аккомодации, которая определяется при нагрузке положительными линзами возрастающей силы; в) суммарная преломляющая способность оптических сред глаза; г) только А и Б; д) все перечисленное. **Отрицательная часть относительной аккомодации в среднем равна:** а) 1,0 диоптрии; б) 2,0 диоптриям; в) 3,0 диоптриям; г) 4,0 диоптриям; д) 5,0 диоптриям. **Положительной частью относительной аккомодации называется:** а) часть относительной аккомодации, которая остается в запасе; б) часть относительной аккомодации, которая определяется при нагрузке отрицательными линзами возрастающей силы; в) суммарная преломляющая способность оптических сред глаза; г) только А и Б; д) все перечисленное. **Положительная часть относительной аккомодации у школьников в среднем равна:** а) 1,0-2,0 диоптрии; б) 3,0-5,0 диоптрий; в) 6,0-8,0 диоптрий; г) 9,0-10,0 диоптрий; д) 11,0-12,0 диоптрий. **Различие в затрате аккомодации у эмметропа и гиперметропа при одинаковом расположении предметов от глаза состоит в том, что:** а) у эмметропа нормальная затрата аккомодации, у геперметропа - большая, чем у эмметропа; б) у эмметропа нормальная затрата аккомодации, у гиперметропа - меньшая, чем у эмметропа; в) различий нет; г) все перечисленное. **Различие в затрате аккомодации у эмметропа и миопа при одинаковом расположении предметов от глаза состоит в том, что:** а) у эмметропа нормальная затрата аккомодации, у миопа - меньшая, чем у эмметропа, или отсутствует; б) у эмметропа нормальная затрата аккомодации, у миопа - большая, чем у эмметропа;

	в) различий нет; г) все перечисленное. **Для оптической коррекции у пациента со сниженным объемом абсолютной аккомодации или запасом относительной аккомодации необходимы**: а) отдельные очки для работы на близком расстоянии; б) отдельные очки для дали; в) астигматические очки; г) эйконические очки; д) все перечисленное. **Спазм аккомодации - это состояние:** а) при котором в естественных условиях выявляется миопия; б) при котором в условиях циклоплегии выявляется эмметропия,гиперметропия или меньшая, чем в естественных условиях миопия; в) которое характеризует общую рефракцию глаза; г) только А и Б; д) все перечисленное. **Симптомами спазма аккомодации являются:** а) косоглазие; б) повышение остроты зрения вдаль при использовании отрицательных и вблизи - слабых положительных линз; в) уменьшение объема аккомодации; г) только Б и В; д) все перечисленное. **Различают следующие виды астенопии:** а) аккомодативную и мышечную; б) неврогенную и симптоматическую; в) дисбинокулярную; г) только А и Б; д) все перечисленное. **К симптомам аккомодативной астенопии относятся:** а) чувство утомления и тяжести в глазах, боль в голове при зрительной работе вблизи; б) появление прогрессирующей миопии; в) расплывание контуров рассматриваемых деталей или букв текста; г) только А и В; д) все перечисленное. **Признаками паралича аккомодации являются:** а) улучшение зрения вблизи, сужение зрачка; б) резкое ухудшение зрения вблизи, расширение зрачка; в) повышение зрения вдаль; г) повышение зрения вдаль и вблизи; д) все перечисленное. **Основными причинами паралича аккомодации являются:** а) инфекционные заболевания и пищевые интоксикации; б) отравление атропином и инстилляция его препаратов;

	в) травмы орбиты; г) только б и в; д) все перечисленное. **Косоглазием называется:** а) нарушение нормальной подвижности глаза; б) отклонение одного из глаз от совместной точки фиксации,сопровождаемое, как правило, нарушением нормального бинокулярногозрения; в) отклонение обоих глаз от совместной точки фиксации; г) снижение остроты зрения одного или обоих глаз. **Амблиопией называется:** а) различные по происхождению формы понижения зрения, причиной которых являются функциональные расстройства зрительного анализатора; б) отклонение одного из глаз от совместной точки фиксации; в) нарушение бинокулярного зрения; г) ограничение подвижности глаз; д) все перечисленное. **Амблиопия по происхождению может быть:** а) рефракционной и анизометропической; б) обскурационной и дисбинокулярной; в) травматической; г) только А и Б; д) все перечисленное. **Основной причиной дисбинокулярной амблиопии является:** а) косоглазие; б) аномалии рефракции; в) анизометропия; г) помутнение оптических сред глаза; д) резкое понижение зрения одного из глаз. **К амблиопии очень высокой степени относятся:** а) острота зрения 0,04 и ниже; б) острота зрения 0,05-0,1; в) острота зрения 0,2-0,3; г) острота зрения 0,4-0,8; д) острота зрения 1,0 и выше. **К амблиопии высокой степени следует относить:** а) остроту зрения 0,04 и ниже; б) остроту зрения 0,05-0,1; в) остроту зрения 0,2-0,3; г) остроту зрения 0,4-0,8; д) остроту зрения 1,0 и выше. **К амблиопии средней степени следует относить:** а) остроту зрения 0,04 и ниже; б) остроту зрения 0,05-0,1; в) остроту зрения 0,2-0,3; г) остроту зрения 0,4-0,8;

	д) остроту зрения 1,0 и выше. **К амблиопии слабой степени следует относить:** а) остроту зрения 0,04 и ниже; б) остроту зрения 0,05-0,1; в) остроту зрения 0,2-0,3; г) остроту зрения 0,4-0,8; д) остроту зрения 1,0 и выше. **Острота зрения у новорожденных детей равна:** а) тысячным долям единицы; б) 0,1 и выше; в) 0,6 и выше; г) 0,8 и выше; д) 1,0 и выше. **Острота зрения у детей в 6 мес. составляет:** а) тысячные доли единицы; б) 0,1 и выше; в) 0,6 и выше; г) 0,8 и выше; д) 1,0 и выше. **Острота зрения у детей 3 лет составляет:** а) тысячные доли единицы б) 0,1 и выше; в) 0,6 и выше; г) 0,8 и выше; д) 1,0 и выше. **Острота зрения у детей 5 лет составляет:** а) 0,1 и выше; б) 0,3 и выше; в) 0,6 и выше; г) 0,8 и выше; д) 1,0 и выше. **Острота зрения у детей 7 лет составляет:** а) 0,1 и выше; б) 0,3 и выше; в) 0,6 и выше; г) 0,8 и выше; д) 1,0 и выше. **У новорожденного ребенка в ответ на световое раздражение отмечаются следующие безусловные зрительные рефлесы:** а) прямая реакция зрачков на свет; б) содружественная реакция зрачков на свет; в) кратковременный поворот обоих глаз к источнику света; г) попытка слежения за движущимся объектом; д) все перечисленное.

Амблиопия чаще встречается при:
а) монолатеральном косоглазии;
б) альтернирующем косоглазии;
в) неаккомодационном косоглазии;
г) частично аккомодационном косоглазии;
д) аккомодационном косоглазии.

Остротой зрения, совместимой с бинокулярным зрением,считают:
а) 0,04 и ниже;
б) 0,05-0,1;
в) 0,2-0,3;
г) 0,4 и выше;
д) 0,8-1,0.

Наиболее высокая острота зрения связана с функцией:
а) склеры;
б) сосудистой оболочки;
в) оптически недеятельной части сетчатки;
г) центральной ямки сетчатки;
д) всем перечисленным.

Наиболее высокая острота зрения в области центральной ямки сетчатки обусловлена тем, что:
а) центральная ямка расположена почти по оси оптической системы глаза;
б) имеется максимальная концентрация колбочек;
в) каждая фовеолярная колбочка связана со своей ганглиозной клеткой;
г) только Б и В;
д) всем перечисленным.

Зрительной фиксацией называется:
а) статическая рефракция;
б) динамическая рефракция;
в) астигматизм;
г) анизометропия;
д) относительно неподвижная установка глаза на рассматриваемый объект.

По состоянию зрительной фиксации различают следующие виды амблиопии:
а) с правильной фиксацией;
б) с неправильной фиксацией;
в) с отсутствием фиксации;
г) все перечисленное;
д) только Б и В.

При неправильной фиксации по признаку устойчивости различают:
а) перемежающуюся;
б) неустойчивую нецентральную;
в) устойчивую нецентральную;
г) все перечисленные формы;
д) только А и Б.

Зрительная фиксация в норме должна быть:

а) центральной устойчивой;
б) перемежающейся;
в) неустойчивой нецентральной;
г) устойчивой центральной;
д) правильно Б и Г.

Центральной устойчивой называется фиксация, при которой на рассматриваемый объект относительно неподвижно установлены:
а) центральная ямка сетчатки;
б) желтое пятно;
в) диск зрительного нерва;
г) все перечисленное;
д) правильно Б и В.

Для амблиопии с перемежающейся фиксацией характерно:
а) фиксация центром сетчатки;
б) чередование центральной и нецентральной фиксации;
в) фиксация периферией сетчатки;
г) фиксация диском зрительного нерва;
д) все перечисленное.

Для амблиопии с неустойчивой нецентральной фиксацией характерно:
а) фиксация центром сетчатки;
б) чередование центральной и нецентральной фиксации;
в) фиксация сменяющими друг друга периферическими участками сетчатки;
г) фиксация диском зрительного нерва;
д) все перечисленное.

Характерным признаком амблиопии с устойчивой нецентральной фиксацией является:
а) фиксация центром сетчатки;
б) фиксация определенным периферическим участком глазного дна;
в) чередование центральной и нецентральной фиксации;
г) фиксация диском зрительного нерва;
д) все перечисленное.

Характерным признаком амблиопии с отсутствием фиксации является:
а) фиксация центром сетчатки;
б) чередование центральной и нецентральной фиксации;
в) фиксация сменяющимися друг друга периферическими участками сетчатки;
г) фиксация определенным периферическим участком сетчатки;
д) состояние, при котором на рассматриваемом объекте не задерживается ни один участок глазного дна.

По топографическому признаку зрительную фиксацию разделяют на:
а) фовеолярную и парафовеолярную;
б) макулярную и парамакулярную;
в) периферическую;
г) только А и Б;
д) все перечисленное.

Граница парафовеолярно фиксации находится:

	а) в фовеоле; б) на середине расстояния от центра желтого пятна до его края; в) по краю желтого пятна; г) на середине расстояния между краем желтого пятна и краем диска зрительного нерва; д) на периферии сетчатки. **Граница макулярной фиксации находится:** а) в фовеоле; б) на середине расстояния от центра желтого пятна до его края; в) по краю желтого пятна; г) на середине расстояния между краем желтого пятна и краем диска зрительного нерва. д) на периферии сетчатки. **Граница парамакулярной фиксации располагается:** а) в фовеоле; б) на середине расстояния от центра желтого пятна до его края; в) по краю желтого пятна; г) на середине расстояния между краем желтого пятна и краем диска зрительного нерва; д) на периферии сетчатки. **Зона периферической фиксации находится:** а) в фовеоле; б) на середине расстояния от центра желтого пятна до его края; в) по краю желтого пятна; г) за серединой расстояния между краем желтого пятна и краем диска зрительного нерва; д) правильно А и В. **Состояние зрительной фиксации можно определить на:** а) большом безрефлексном офтальмоскопе; б) ручном электрическом офтальмоскопе; в) зеркальном офтальмоскопе с затемняющим шариком; г) всех перечисленных приборах; д) только А и Б. **Состояние аккомодации, при котором определяют рефракцию у дошкольников с амблиопией с целью назначения очков:** а) медикаментозный паралич аккомодации; б) нерасслабленная аккомодация; в) частично выключенная аккомодация; г) все перечисленное; д) только Б и В. **Очки при сходящемся косоглазии в сочетании с дальнозоркостью средней и высокой степени назначают:** а) только для работы вблизи; б) для постоянного ношения; в) только для дали; г) правильно А и В;

д) не назначают.

При сходящемся косоглазии в сочетании с миопией назначают:
а) положительные линзы;
б) отрицательные линзы, соответствующие степени миопии;
в) возможно более слабые отрицательные линзы в зависимости от степени снижения остроты зрения;
г) возможно все перечисленное;
д) только А и Б.

Детям с амблиопией и косоглазием необходимо корригировать аметропию очками:
а) как можно раньше;
б) с 3 лет;
в) с 4 лет;
г) с 5 лет;
д) с 6 лет.

Плеоптикой называется система лечебных мероприятий, направленных на:
а) повышение остроты зрения;
б) выработку бинокулярного зрения в искусственных условиях;
в) выработку бинокулярного зрения в естественных условиях;
г) все перечисленное.

Различают следующие методы плеоптического лечения:
а) основные и вспомогательные;
б) первичные и вторичные;
в) предварительные и заключительные;
г) все перечисленные;
д) только Б и В.

Основные методы плеоптического лечения отличаются от вспомогательных тем, что:
а) самостоятельно способны повышать остроту центрального зрения;
б) исправляют зрительную фиксацию;
в) обладают каждый в отдельности заметным положительным эффектом;
г) только А и В;
д) все перечисленное.

Вспомогательные методы плеоптического лечения отличаются от основных тем, что:
а) создают условия для применения основных (самостоятельных) способов лечения амблиопии;
б) закрепляют результаты лечения амблиопии основными способами;
в) обладают каждый в отдельности скромным клиническим эффектом;
г) все перечисленное;
д) только Б и В.

К основным методам плеоптического лечения относятся:
а) прямая окклюзия и пенализация;
б) локальное "слепящее" раздражение светом центральной ямки сетчатки по

	Аветисову; в) засветы с использованием отрицательного последовательного образа по Кюпперсу; г) только А и Б; д) все перечисленное. **К вспомогательным методам плеоптического лечения относятся:** а) обратная окклюзия; б) общие засветы заднего полюса сетчатки красным светом и засветы по Ковальчуку; в) занятия на амблиотренере и макулотестере; г) только А и В; д) все перечисленное верно. **Основными задачами плеоптического лечения являются:** а) повышение остроты зрения "хуже видящего" глаза с коррекцией до 0,4 и выше; б) восстановление центральной устойчивой фиксации на обоих глазах; в) перевод монолатерального косоглазия в альтернирующее; г) все перечисленное; д) правильно А и В. **Прямая окклюзия - это:** а) выключение "лучше видящего" глаза; б) выключение "хуже видящего" глаза; в) переменное выключение глаз; г) все перечисленное; д) правильно А и Б. **Прямая окклюзия в среднем назначается:** а) на 1 месяц; б) на 2 месяца; в) на 3 месяца; г) на 4 месяца; д) на 4 месяца, а для закрепления результатов - еще на 3 месяца. **Локальное "слепящее" раздражение светом центральной ямки сетчатки проводят:** а) на большом безрефлексном офтальмоскопе; б) на рефрактометре; в) на офтальмометре; г) на щелевой лампе; д) с помощью зеркального офтальмоскопа. **Локальные "слепящие" засветы назначают:** а) при центральной устойчивой фиксации; б) при центральной неустойчивой фиксации; в) при неустойчивой фиксации, когда локальное воздействие на сетчатку еще возможно; г) все перечисленное; д) только А и Б.

Суть локальных "слепящих" засветов состоит в том, что:
а) оказывают интенсивное воздействие на центральную ямку сетчатки;
б) используют отрицательные последовательные образы;
в) восстанавливают пространственную локализацию;
г) все перечисленное.

Засветы с использованием отрицательного последовательного образа по Кюпперсу проводят:
а) на большом безрефлекторном офтальмоскопе;
б) на рефрактометре;
в) на офтальмометре;
г) на щелевой лампе;
д) с помощью зеркального офтальмоскопа.

Засветы с использованием отрицательного последовательного образа по Кюпперсу назначают при:
а) любой устойчивой фиксации;
б) перемежающейся фиксации;
в) нецентральной неустойчивой фиксации;
г) всем перечисленном.

Суть засветов с использованием отрицательного последовательного образа по Кюпперсу состоит в том, что:
а) оказывают интенсивное воздействие на центральную ямку сетчатки;
б) в результате затемнения центральной ямки и засвечивания парафовеолярных отделов получают последовательный образ, который используют для зрительных упражнений;
в) проводят упражнения в локализации-коррекции;
г) все перечисленное.

Лечение амблиопии засветами по Кюпперсу возможно у детей:
а) с 4 лет;
б) с 5 лет;
в) после 6 лет;
г) в любом возрасте.

Метод пенализации заключается в:
а) локальном воздействии светом на сетчатку;
б) использовании отрицательных последовательных образов;
в) упражнениях в локализации;
г) разобщении глаз, при котором один из них делают фиксирующим для дали, другой - для близи;
д) все перечисленное.

Пенализация отличается от прямой окклюзии тем, что:
а) позволяет разобщать глаза, не выключая один из них полностью;
б) основана на засветах сетчатки;
в) подразумевает упражнения для мышц глазодвигателей;
г) все перечисленное правильно.

Аппаратное лечение амблиопии возможно у детей, начиная с:
а) 2 лет;

	б) 3 лет; в) 4 лет; г) 5 лет; д) 6 лет. **Лечение пенализации возможно, начиная с:** а) раннего детского возраста б) 4 лет; в) 5 лет; г) 6 лет; д) 7 лет. **Обратной окклюзией называется:** а) выключение лучше видящего глаза; б) выключение хуже видящего глаза; в) попеременное выключение каждого из глаз; г) правильно А и Б. **Обратную окклюзию назначают при амблиопии с:** а) центральной устойчивой фиксацией; б) перемежающейся фиксацией; в) нецентральной неустойчивой фиксацией; г) нецентральной устойчивой фиксацией; д) всем перечисленном. **Обратную окклюзию назначают на срок:** а) 2 недели; б) 4-6 недель; в) 2 месяца; г) 3 месяца; д) 4 месяца. **Общие засветы заднего полюса сетчатки красным светом проводят на:** а) большом безрефлекторном офтальмоскопе; б) рефрактометре; в) офтальмометре; г) щелевой лампе; д) с помощью зеркального офтальмоскопа. **Общие засветы заднего полюса сетчатки красным светом назначают при:** а) центральной устойчивой фиксации; б) перемежающейся фиксации; в) нецентральной устойчивой фиксации; г) резко неустойчивой фиксации; д) всем перечисленным. **Засветы по Ковальчуку назначают детям с:** а) обскурационной амблиопией после экстракции катаракты; б) рефракционной амблиопией; в) анизометропической амблиопией; г) дисбинокулярной амблиопией; д) всем перечисленным.

Медико- педагогические упражнения при амблиопии включают в себя:
а) занятия с мозаикой;
б) обведение контуров рисунков;
в) плетение ковриков;
г) нанизывание бус на леску;
д) все перечисленное.

Основным плеоптическим прибором является:
а) большой безрефлексный офтальмоскоп;
б) рефрактометр;
в) офтальмометр;
г) щелевая лампа;
д) зеркальный офтальмоскоп.

Одно их основных правил плеоптики состоит в том, что все методы лечения амблиопии, кроме пенализации, проводят:
а) с одним выключенным глазом;
б) с двумя выключенными глазами;
в) с выключенной наружной половиной поля зрения одного из глаз;
г) с выключенной внутренней половиной поля зрения одного из глаз.

Остротой зрения, совместимой с бинокулярным зрением, считается:
а) 0,1;
б) 0,2;
в) 0,3;
г) 0,4 и выше.

Ортоптикой называется система лечебных мероприятий, направленных на:
а) повышение остроты зрения;
б) выработку бинокулярного зрения в искусственных условиях;
в) выработку бинокулярного зрения в естественных условиях;
г) все перечисленное.

Бинокулярное зрение - это:
а) способность смотреть попеременно каждым глазом;
б) способность смотреть двумя глазами, но без слияния двух монокулярных изображений;
в) способность сливать два монокулярных изображения объекта в единый зрительный образ;
г) все перечисленное.

Фиксацией, совместимой с бинокулярным зрением, считают:
а) периферическую фиксацию;
б) макулярную фиксацию;
в) центральную устойчивую фиксацию;
г) любую из перечисленных;
д) только А и Б.

Непосредственной причиной косоглазия является:
а) низкое зрение одного из глаз;

б) нарушение механизма бификсации;
в) анизометропия;
г) астигматизм;
д) все перечисленное.

Суть теории корреспонденции сетчаток состоит в том, что одиночноевосприятие объекта возможно, если его изображениепроецируется на:
а) корреспондирующие пункты сетчатки;
б) диспарантные пункты сетчатки;
в) оптически недеятельные части сетчатки;
г) все перечисленное.

Гаплоскопические условия - это условия:
а) в основе которых лежит принцип разделения полей зрения обоих глаз;
б) которые позволяют предъявлять каждому глазу пациента свой объект под углом его косоглазия;
в) при которых один глаз выключают;
г) правильно А и Б;
д) правильно все перечисленное.

Приборы, на которых создают гаплоскопические условия, называются:
а) визометрическими;
б) синоптипными;
в) рефрактометрическими;
г) все перечисленное.

Основным ортоптическим прибором является:
а) рефрактометр;
б) синоптофор;
в) щелевая лампа;
г) ретинофот;
д) электрический офтальмоскоп.

Обследование пациентов с косоглазием складывается из всего перечисленного, кроме:
а) определения остроты зрения;
б) определения угла косоглазия и характера зрения;
в) исследования на синоптофоре;
г) флюоресцентной ангиографии.

Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза по наружному краю зрачка, что соответствует:
а) сходящемуся косоглазию с углом в 15 ˚;
б) расходящемуся косоглазию с углом в 15 ˚;
в) сходящемуся косоглазию с углом в 30 ˚;
г) расходящемуся косоглазию с углом в 30 ˚;
д) сходящемуся косоглазию с углом в 45 ˚.

Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза по внутреннему краю зрачка, что соответствует:
а) сходящемуся косоглазию с углом в 15 ˚;

	б) расходящемуся косоглазию с углом в 15 ˚; в) сходящемуся косоглазию с углом в 30 ˚; г) расходящемуся косоглазию с углом в 30 ˚; д) сходящемуся косоглазию с углом в 45 ˚. **Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза на середине расстояния от края зрачка до края роговицы в ее наружной половине, что соответствует:** а) сходящемуся косоглазию с углом в 15 ˚; б) расходящемуся косоглазию с углом в 15 ˚; в) сходящемуся косоглазию с углом в 30 ˚; г) расходящемуся косоглазию с углом в 30 ˚; д) сходящемуся косоглазию с углом в 45 ˚. **Световой рефлекс офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза на середине расстояния от края зрачка до края роговицы в ее внутренней половине, что соответствует:** а) сходящемуся косоглазию с углом в 15 ˚; б) косоглазию с углом в 30 ˚; в) расходящемуся косоглазию с углом в 30 ˚; г) сходящемуся косоглазию с углом в 45 ˚; д) расходящемуся косоглазию с углом в 45 ˚. **Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза по ее наружному краю, что соответствует:** а) сходящемуся косоглазию с углом в 15 ˚; б) сходящемуся косоглазию с углом в 30 ˚; в) расходящемуся косоглазию с углом в 30 ˚; г) сходящемуся косоглазию с углом в 45 ˚; д) расходящемуся косоглазию с углом в 45 ˚. **Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза по ее внутреннему краю, что соответствует:** а) сходящемуся или расходящемуся косоглазию с углом в 15 ˚; б) сходящемуся косоглазию с углом в 30 ˚; в) расходящемуся косоглазию с углом в 30 ˚; г) сходящемуся косоглазию с углом в 45 ˚; д) расходящемуся косоглазию с углом в 45 ˚. **Приведение глазного яблока считается нормальным, если внутренний край роговицы:** а) доходит до уровня слезных точек; б) не доходит до уровня слезных точек; в) заходит за уровень слезных точек; г) все перечисленное. **Отведение глазного яблока считается нормальным, если наружный лимб:** а) доходит до наружной спайки век; б) не доходит до наружной спайки век; в) заходит за наружную спайку век; г) правильно А и В; д) все перечисленное.

К наружным мышцам глаза относятся:
а) верхняя и наружная прямые мышцы;
б) внутренняя и наружная прямые мышцы;
в) верхняя и нижняя косые мышцы;
г) ничего из перечисленного
д) все перечисленное.

Начинаются у вершины орбиты и образуют здесь сухожильное кольцо:
а) верхняя и нижняя прямая мышцы;
б) внутренняя прямая мышца;
в) наружная прямая мышца;
г) верхняя косая мышца;
д) все перечисленное.

У нижне-внутреннего края глазницы начинается:
а) верхняя прямая мышца;
б) нижняя прямая мышца;
в) внутренняя и наружная прямые мышцы;
г) верхняя косая мышца;
д) нижняя косая мышца.

Наружные мышцы глаза иннервируются:
а) глазодвигательным нервом;
б) блоковым нервом;
в) отводящим нервом;
г) всеми перечисленными нервами;
д) только А и В.

Глазодвигательный нерв иннервирует:
а) верхнюю прямую мышцу;
б) внутреннюю прямую мышцу;
в) нижнюю прямую мышцу;
г) нижнюю косую мышцу;
д) все перечисленное.

Отводящий нерв иннервирует:
а) верхнюю прямую мышцу;
б) внутреннюю прямую мышцу;
в) нижнюю прямую мышцу;
г) наружную прямую мышцу;
д) верхнюю и нижнюю косые мышцы.

Блоковый нерв иннервирует:
а) верхнюю и нижнюю прямые мышцы;
б) внутреннюю прямую мышцу;
в) наружную прямую мышцу;
г) верхнюю косую мышцу;
д) нижнюю косую мышцу.

Движение глазных яблок кнаружи осуществляется:
а) наружной прямой мышцей;
б) нижней косой мышцей;

в) верхней косой мышцей;
г) всеми перечисленными;
д) только А и В.

Движение глазных яблок кнутри осуществляется:
а) внутренней прямой мышцей;
б) верхней прямой мышцей;
в) нижней прямой мышцей;
г) только А и В;
д) всеми перечисленными.

Движение глазных яблок вверх обеспечивается:
а) верхней прямой и нижней косой мышцами;
б) нижней прямой и верхней косой мышцами;
в) наружной и внутренней прямыми мышцами;
г) всеми перечисленными.

Движение глазных яблок вниз обеспечивается:
а) верхней прямой и нижней косой мышцами;
б) нижней прямой и верхней косой мышцами;
в) наружной и внутренней прямыми мышцами;
г) всеми перечисленными.

При бинокулярном зрении на четырехточечном цветотесте испытуемый через красно-зеленые очки видит:
а) четыре кружка;
б) пять кружков;
в) то два, то три кружка;
г) закономерности не отмечается.

Объективным углом косоглазия на синоптофоре называют угол, при котором:
а) зрительные оси направлены на объект фиксации и нет установочных движений;
б) пациент сливает объекты;
в) пациент не может слить объекты;
г) возможно все перечисленное.

Субъективный угол косоглазия на синоптофоре определяют:
а) по моменту исчезновения установочных движений;
б) по ответу ребенка;
в) по ширине фузионных резервов;
г) на основании всего перечисленного.

К синоптофору прилагаются объекты:
а) для слияния;
б) для освещения;
в) для стереоскопии;
г) только А и Б;
д) все перечисленное.

Под бифовеальным слиянием на синоптофоре понимают:

	а) состояние, при котором объективный и субъективный углы равны и подсубъективным углом ребенок видит объекты слитыми; б) локальную скотому в виде феномена "перескока"; в) тотальную функциональную скотому; г) все перечисленное. **Косоглазие считается первичным, если его причиной послужило:** а) другое глазное заболевание; б) общее заболевание организма; в) преимущественно аномалии рефракции; г) все перечисленное. **Косоглазие считается вторичным, если его причиной послужило:** а) другое глазное заболевание; б) общее заболевание организма; в) аномалии рефракции; г) любое из перечисленных. **Косоглазие считается постоянным, если:** а) угол отклонения глаз не изменяется; б) угол отклонения глаз непостоянный; в) глаза занимают правильное положение; г) все перечисленное. **Для содружественного косоглазия характерны:** а) нормальная подвижность глаз; б) ограничение подвижности глаз; в) отсутствие подвижности глаз; г) все перечисленное. **По связи с аккомодацией различают косоглазие:** а) неаккомодационное; б) частично аккомодационное; в) аккомодационное; г) только Б и В; д) все перечисленное. **Аккомодационное косоглазие - это:** а) сходящееся косоглазие, которое исправляется положительными очками; б) косоглазие, вызванное амблиопией; в) косоглазие, связанное с астигматизмом; г) любое из перечисленных. **Альтернирующее косоглазие отличается от моно- латерального тем, что:** а) оно вызвано обскурационной амблиопией; б) оно связано с анизометропией; в) каждый глаз может фиксировать; г) все перечисленное. **По направлению отклонения глаз косоглазие может быть:** а) сходящимся; б) расходящимся;

	в) вертикальным; г) только А и Б; д) любым из перечисленных. **К методам ортоптического лечения относятся:** а) занятия на синоптофоре; б) метод последовательных образов по Кащенко; в) упражнения на хейроскопе; г) только А и Б; д) все перечисленное. **Лечение на синоптофоре проводится на объектах для:** а) совмещения под объективным углом; б) слияния под объективным углом; в) совмещения под субъективным углом; г) слияния под субъективным углом; д) все перечисленное. **Цель операции на мышцах-глазодвигателях:** а) изменение мышечного баланса; б) получение симметричного или близкого к нему положения глаз; в) Создание условий для восстановления содружественной деятельности обоих глаз; г) только А и Б; д) все перечисленное. **Оптимальным для хирургического лечения содружественного косоглазия считают возраст:** а) 1-3 года; б) 4-6 лет; в) 7-9 лет; г) 10-12 лет; д) 13-15 лет. **К операциям, усиливающим действие мышц при косоглазии, относятся:** а) резекция; б) тенорафия; в) прорафия; г) правильно Б и В; д) все перечисленное. **К операциям, ослабляющим действие мышц при косоглазии, относятся:** а) свободная (полная) и частичная тенотомия; б) пролонгация (теномиопластика); в) рецессия; г) только Б и В; д) все перечисленное верно. **Операцией резекции мышц при косоглазии называется:** а) укорочение мышцы путем иссечения ее участка у места прикрепления к склере и подшивание ее к этому же месту; б) укорочение мышцы путем образования складки из ее сухожилий;

	в) перемещение сухожилия мышцы кпереди (на прямых мышцах) и кзади (на косых мышцах) ; г) все перечисленное верно. **Операцией прорафии мышцы при косоглазии называется:** а) укорочение мышцы путем иссечения ее участка и подшивание ее к этому же месту; б) укорочение мышцы путем образования складки из ее сухожилия; в) перемещения сухожилия мышцы кпереди (на прямых мышцах) и кзади (на косых мышцах); г) все перечисленное верно. **Операцией рецессии мышцы при косоглазии называется:** а) пересечение сухожилия мышцы у места прикрепления без подшивания ее к склере; б) перемещение мышцы, отсеченной от места прикрепления, кзади (на прямых мышцах) или кпереди (на косых мышцах); в) удлинение мышцы путем перерезки ее сухожилия в разных направлениях и сшивания перерезанных участков; г) все перечисленное верно. **Операцией пролонгации (теномиопластики) называется:** а) пересечение сухожилия мышцы у места прикрепления без подшивания ее к склере; б) перемещение мышцы, отсеченной от места прикрепления, кзади (на прямых мышцах) или кпереди (на косых мышцах); в) удлинение мышцы путем перерезки ее сухожилия в разных направлениях и сшивания перерезанных участков; г) все перечисленное верно. **Диплоптика - это система лечебных мероприятий, направленных на:** а) повышение остроты зрения; б) выработку бинокулярного зрения в искусственных условиях; в) выработку бинокулярного зрения в естественных условиях; г) все перечисленное верно. **Показаниями для назначения диплоптического лечения являются:** а) острота зрения хуже видящего глаза с коррекцией не ниже 0,5; б) правильное или близкое к нему положение глаз; в) преимущественно одновременный характер зрения; г) наличие бифовеального слияния на синоптофоре; д) все перечисленное.

Критерии и шкалы оценки:

- критерии оценивания – правильные ответы на поставленные вопросы;
- показатель оценивания – процент верных ответов на вопросы;
- шкала оценивания (оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:
  - **высокий** - более 80% правильных ответов;
  - **достаточный** – от 60 до 80 % правильных ответов;
  - **пороговый** – от 50 до 60% правильных ответов;
  - **критический** – менее 50% правильных ответов.

9.4 Реферат - не предусмотрено

Перечень тем формируется отдельно для каждой компетенции

Индекс компетенции	№ темы	Тематика рефератов

Критерии и шкалы оценки:

- критерии оценивания – правильное и полное раскрытие вопросов;
- показатель оценивания – глубина и качество отработанных вопросов, оформление реферата;
- шкала оценивания (оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:

- **высокий (отлично) -** все вопросы раскрыты правильно и полно**,** оформление соответствует требованиям руководящих документов;
- **достаточный** – вопросы раскрыты недостаточно полно, оформление соответствует требованиям руководящих документов;
- **пороговый** – вопросы не раскрыты, оформление соответствует требованиям руководящих документов;
- **критический** – вопросы не раскрыты, оформление не соответствует требованиям руководящих документов.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ
Вариативная часть

Специальность **31.08.59 - Офтальмология**

(код специальности, полное наименование)

1. Цели и задачи практики

Цель: закрепление теоретических знаний по специальности 31.08.59 "Офтальмология", развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача-офтальмолога, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач.

Задачи первого года обучения: сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

1. Уметь правильно и максимально полно опрашивать больного с жалобами со стороны глаз, собирать анамнез заболевания и анамнез жизни;
2. Уметь проводить стандартное офтальмологического обследования (визометрией, биомикроскопией, рефрактометрией, прямой и обратной офтальмоскопией)
3. Уметь правильно интерпретировать результаты инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского, магнитно-резонансной томографии и пр.)
4. Уметь выявлять основные жалобы, проводить дифференциальную диагностику при нарушениях аккомодации и аметропиях;

5. Проводить обследование и определять лечебную тактику при заболеваниях век, конъюнктивы, слезных органов;
6. Уметь определять показания и противопоказания для различных путей введения лекарственных средств (инстилляций, введения в слезоотводящие пути, в виде периокулярных инъекций и пр).
7. Уметь владеть методами оказания экстренной первой (догоспитальной) офтальмологической помощи при ургентных состояниях (при травмах органа зрения, острых нарушениях кровообращения в сосудах глаза, острой потере зрения, острой офтальмогипертензии и пр.).

Задачи второго года обучения: сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

1. Уметь проводить специфическое обследование (владеть тонометрией, гониоскопией, периметрией и пр.)
2. Уметь оценивать тяжесть состояния больного, оказать первую медицинскую офтальмологическую помощь, определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи пациенту (в отделении неотложной помощи, офтальмологическом стационаре, многопрофильном лечебном учреждении и пр.)
3. Уметь проводить полное обследование пациентов с глаукомой, определять объем и вид лечебного воздействия, разъяснять пациентам важность регулярного диспансерного наблюдения у офтальмолога при этом заболевании.

2. Место практики в структуре ОПОП

В соответствии ФГОС ВО по специальности **31.08.59 "Офтальмология".**
(код и название специальности)

Производственная (клиническая) практика является обязательным разделом основной профессиональной образовательной программы. Относится к «Блоку 2.2 Вариативная» ОПОП и базируется на освоенных дисциплинах Б1.Б1 "Офтальмология" базовой и Б1.В.ОД.4 "Симуляционный курс"; Б1.В.ДВ.1 "Терапевтическая офтальмология", "Хирургическая офтальмология"; Б1.В.ДВ.2 "Повреждения органа зрения", "Патология органа зрения у детей" вариативной части программы.

3. Перечень планируемых результатов обучения при прохождении практики

Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
		Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
ПК 6	***Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании офтальмологической медицинской помощи***	причины ятрогенных осложнений и ошибки в терапевтической практике при лечении заболеваний органа зрения и его придаточного аппарата,	предпринимать меры профилактики осложнений при лечении заболеваний органа зрения - информировать пациента об осложнениях - установить эмоционально	навыками работы на стандартном и высокотехнологическом офтальмологическом оборудовании - навыками работы в глобальных компьютерных сетях	Тестирование письменное, собеседование по ситуационным задачам

		способы их предупреждения - показания к применению методов лечения с учетом этиотропных и патогенетических факторов - методы лечения заболеваний органа зрения - лекарственные средства, используемые на каждом этапе лечения заболеваний органа зрения - алгоритм лечения заболеваний органа зрения	- психологический контакт с пациентом, мотивировать пациента к осмотру - оценить влияние лекарственной терапии, назначаемой при заболеваниях органа зрения при течении соматических заболеваний - осуществить выбор, обосновать необходимость применения лекарственных средств при лечении заболеваний органа зрения - составить план лечения пациентов с заболеваниями органа зрения с учетом имеющихся соматических заболеваний	- методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских оргнизациях - алгоритмом лечения пациентов с заболеваниями органа зрения - мануальными навыками и техниками проведения обследования и лечения заболеваний органа зрения и его придаточного аппарата - навыками заполнения учетно-отчетной документации врача-офтальмолога	

4. Клинические базы и сроки проведения практики

Клинические базы: поликлиники профильных лечебно-профилактических учреждений - ГУЗ УОКБ, ГУЗ ЦГКБ, ГУЗ ОДКБ.

Сроки проведения практики: 1 год обучения с 02.02.2017 по 27.07.2017 г.
2 год обучения с 19.01.2017 по 17.06.2017 г.

5. Объем практики, ее продолжительность (в неделях либо в академических часах в соответствии с рабочим учебным планом) - 12 ЗЕ, 432 академических часа, 4 недели.

6. Содержание практики

№ п/п	Виды профессиональной деятельности	Место работы	Продолжительность циклов	Формируемые профессиональные компетенции,	Форма контроля

	(ординатора)		**ЗЕ**	**акад.час.**	**включающие в себя способность/готовность:**	
Первый год обучения 6 ЗЕ, 216 часов - 4 недели						
1	Амбулаторное ведение пациентов с патологией органа зрения	ГУЗ УОКБ, ГУЗ ЦГКБ, ГУЗ ОДКБ. Поликлиника	**6**	учебных часов 216 недель 4	**ПК – 6**	зачет
Второй год обучения 6 ЗЕ, 216 часов - 4 недели						
1	Амбулаторное ведение диспансерных глаукомных больных	ГУ УОКБ Глаукомный центр	**6**	учебных часов 216 недель 4	**ПК – 6**	зачет

7. Учебно-методическое и информационное обеспечение практики

а) основная литература:

4. Глазные болезни: Учебник / Под ред. В.Г. Копаевой. – М.: Медицина, 2012.
5. Офтальмология : учебник для учреждений высш. проф. образования / под ред. Е. И. Сидоренко. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.
6. Девяткин, А. А. Офтальмология : Учебное пособие / А. А. Девяткин, М. В. Трифонова, Т. В. Колесникова ; Девяткин А. А. - Самара : РЕАВИЗ, 2012

***б) дополнительная литература*:**

53. Аветисов Э.С. Близорукость, изд. второе. – М., «Медицина», 2002.
54. Аветисов Э.С. Нистагм. М., 2001.
55. Актуальные вопросы детской офтальмохирургии. М., 2002.
56. Алгоритм лечения острых инфекционных конъюнктивитов, направленный на предупреждение развития синдрома сухого глаза. Пособие для врачей. Сост.: Майчук Ю.Ф. с соавт.. – МНИИ ГБ, 2000.– 20с.
57. Астахов Ю.С. и др. Глазные болезни. СПб., 2004.
58. Атлас глазных болезней / под редакцией Н.А.Пучковской/, М., 1981.
59. Балашевич Л.И. Глазные проявления диабета. СПб., 2004 г.
60. Балашевич Л.И. Рефракционная хирургия.– СПб, МАПО, 2000.
61. Близорукость (патогенез, профилактика, лечение). Сост.: Мошетова Л.К., Корецкая Ю.М., М., 2001.–19 с.
62. Бровкина А.Ф. Руководство по офтальмоонкологии. М., 2001.
63. Васкулит диска зрительного нерва. Клиника, диагностика, этиопатогенез и лечение. Сост.: Мошетова Л.К., Ермакова Н.А., М., 2005.–17с.
64. Волков В.В. Глаукома при псевдонормальном давлении. М., 2001.
65. Глазные болезни в вопросах и ответах / под редакцией Т. И. Должич/, Ростов-на-Дону, 2000.
66. Гундорова Р.А. Кашников В.В. Повреждения глаз в чрезвычайных ситуациях. М., 2002.
67. Гундорова Р.А., Малаев А.А., Южаков А.М.. Травмы глаза. М., Медицина, 1986.
68. Гундорова Р.А., Нероев В.В., Антонюк С.В.. Факоэмульсификация

травматических катаракт. М., 2003.
69. Густов А.В.. и др. Практическая нейроофтальмология. Н.Новгород, 2000.
70. Дедов И.И. и др. Сахарный диабет: ретинопатия, нефропатия. М., 2001.
71. Джалиашвили О.А. и др. Первая помощь при заболеваниях и повреждениях глаз. СПб., 1999.
72. Захаров В.Д.. Витреоретинальная хирургия. М., 2003.
73. Зиангирова Г.Г. и др. Опухоли сосудистого тракта глаза. М., 2003.
74. Катаргина Л.А. Архипова Л.Т. Увеиты. М,, 2004.
75. Катаргина Л.А. Хватова А.В. Эндогенные увеиты у детей и подростков. М., Медицина, 2000.
76. Клиника, патогенез и лечение изолированного (идиопатического) ангиита сетчатки. Учебно-методическое пособие. Сост.: Мошетова Л.К., Ермакова Н.А., М., 2005.–27с.
77. Клиническая физиология зрения. / под редакцией А. М. Шамшиновой, А.А.Яковлева, Е.В.Романовой, М., 2002.
78. Клинические критерии оценки степени вреда здоровью при повреждении органа зрения. Методические указания. Сост.: Мошетова Л.К., Кочергин С.А. и др. М., 2001.–12с.
79. Клинический атлас патологии глазного дна. / под редакцией Лысенко В.С. Канцельсон Л.А.. / М:ГЭОТАР, 2004 г.
80. Клинический атлас Травмы глаза. Гундорова Р.А. Кашников В.В. Нероев В.В., Новосибирск С.О. РАМН, 2005.
81. Коровенков Р.И.. Глазные симптомы, синдромы, болезни (справочник). СПб., 1999.
82. Курс пластической хирургии (в 2-х томах). / под. ред. Пшениснова К. П. Рыбинский дом печати, 2010.
83. Майчук Ю.Ф. «Паразитарные заболевания глаз», М., 1988.
84. Майчук Ю.Ф. Вирусные заболевания глаз. М., 1981.
85. Махачева З.А. и др. СПИД и глаз. Махачкала, 2001.
86. Наследственные и врожденные заболевания сетчатки и зрительного нерва / под редакцией Шамшиновой А.М., М.,Медицина, 2001 г.
87. Национальное руководство по глаукоме. / Под ред. Егоров Е.А., Астахова Ю.С., Щуко А.Г. ГЭОТАР, 2008.
88. Нестеров А.П. Глаукома. М., 1995.
89. Никифоров А.С., Гусева М.Р. Нейроофтальмология:руководство. Гэотар-медиа, 2008.
90. Офтальмоонкология руководство для врачей. Саакян С.В., Пантелеева О.Г, М., 2002.
91. Показатели гидродинамики в диагностике глаукомы больных сахарным диабетом второго типа. Учебное пособие для врачей. Сост.: Мошетова Л.К., Корецкая Ю.М., Алексеев И.Б., Воробьёва И.В. М., 2001.–6 с.
92. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Т.. ВИЧ-инфекция. Клиника, диагностика лечение. М., 2000.
93. Поражение глаз при болезни Бехчета. Клиника, диагностика, патогенез, лечение. Учебно-методическое пособие. Сост.: Мошетова Л.К., Ермакова Н.А., М., 2005.–29с.
94. Поражение сосудов сетчатки при системной красной волчанке. Клиника, диагностика и лечение. Учебно-методическое пособие. Сост.: Мошетова Л.К., Ермакова Н.А., М., 2005.–23с.
95. Пучковская Н.А. и др. Ожоги глаз. М., 2001.
96. Рациональная фармакотерапия в офтальмологии, руководство для врачей /под редакцией Е.А. Егорова/ М., из. Литтерра 2004.

97. Синдром «сухого глаза» (клиника, диагностика, лечение). Методические рекомендации. Сост.: Мошетова Л.К,, Корецкая Ю.М.. и др., М., 2002 с.24
98. Степанов А.В.. и др. Контузия глаза. СПб., 2005.
99. Танковский В.Э.. «Тромбозы вен сетчатки», М., 2000.
100. Тарасова Л.Н. и др. «Глазной ишемический синдром», М., 2003.
101. Трон Е.Ж. Заболевания зрительного пути. М., 1965.
102. Флюоресцентная ангиография в диагностике, патологии глазного дна /под редакцией Нероева В.В., Рябиной М.В., М., 2005.
103. Хирургическое лечение кератоконуса. Методические рекомендации. Сост.: Батманов Ю.Е. Слонимский А.Ю., М., 2004.– 13с.
104. Ченцова О.Б. Туберкулёз глаз. М., Медицина, 1990.– 256с.

в) базы данных, информационно-справочные системы:

Pub med - http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
Эл. библиотека e-library - http://elibrary.ru/defaultx.asp

Перечень электронно-библиотечных систем, к которым имеется доступ в УлГУ:
IPRbooks
Springer
Science
Nature
Taylor and Francis Group
Elibrary
Oxford Russia Fund elibrary
Polpred.com.
ISPG Collection
Cambridge University Press

8. Материально-техническое обеспечение практики

Указывается, какое материально-техническое обеспечение необходимо для полноценного прохождения практики.

Для реализации программы практики ординатуры перечень материально-технического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:

- аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;
- аудитории, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;
- помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, щелевая лампа, офтальмоскоп налобный бинокулярный, офтальмоскоп ручной, аппарат для проверки остроты зрения, диагностические линзы, офтальмологический факоэмульсификатор, операционный микроскоп, набор пробных

очковых линз и призм, набор для подбора очков слабовидящим, периметр поля зрения (перигpаф), прибор для измерения внутриглазного давления, прибор для определения остроты зрения, бинокулярного и стереоскопического зрения, проектор знаков, синоптофор (для диагностики и лечения косоглазия), цветотест, эхоофтальмограф, кератометр (кератограф) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду организации.

Для применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий имеются виртуальные аналоги, позволяющие обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью. Используется в организации электронно-библиотечная система (электронная библиотека) и библиотечный фонд укомплектован печатными изданиями из расчета не менее 50 экземпляров каждого из изданий основной литературы, перечисленной в рабочих программах дисциплин (модулей), практик, и не менее 25 экземпляров дополнительной литературы на 100 обучающихся.

9. Фонд оценочных средств по практике

Целью создания ФОС производственной (клинической) практики является установление соответствия уровня подготовки ординатора на данном этапе обучения требованиям рабочей программы практики (РПП).

ФОС для проведения контроля по практике включает в себя:

- формируемые в процессе освоения основной образовательной программы компетенции;
- формируемые компетенции в соответствии с ФГОС ВО;
- описание критериев оценивания.

9.1. Вопросы к зачету

Перечень вопросов формируется отдельно для каждой компетенции

Индекс компетенции	№ задания, формулировка вопроса
ПК-6	1.Дайте общее определение косоглазия. 2. Как и когда осуществить профилактику рефракционного косоглазия? 3. В каком возрасте и зачем детям необходимо проверять зрительные функции и клиническую рефракцию? 4. Какой угол косоглазия называется первичным, вторичным? 5. Назовите признаки первичного содружественного косоглазия, его отличия от вторичного. 6. Перечислите симптомы паралитического косоглазия. 7. Дайте общее определение амблиопии. 8. Дайте характеристику содружественного аккомодационного монолатерального косоглазия с аметропией и анизометропией. 9. Дайте характеристику альтернирующего косоглазия и какие его возможные преимущества перед монолатеральным.

	10. Дайте общее определение аккомодационного косоглазия. 11. Какова последовательность лечения аккомодационного косоглазия в сочетании с амблиопией одного глаза? 12. Какова последовательность в лечении неаккомодационного косоглазия с амблиопией? 13. К какому возрасту ребенка должны быть закончены все три этапа лечения косоглазия с амблиопией и аметропией? 14. Назовите показатели, положенные в основу классификации содружественного косоглазия. 15. Дайте пример клинического диагноза одного из видов косоглазия у детей, исходя из классификации. 16. Какие приборы применяют для восстановления бинокулярного зрения? 17. Каковы критерии выбора оперативного вмешательства при первичном, постоянном содружественном неаккомодационном, альтернирующем, сходящемся косоглазии? 18. Назовите признаки скрытого косоглазия. 19. Какие Вам известны методы определения величины угла косоглазия? 20. Назовите факторы, способствующие появлению содружественного косоглазия. 21. Назовите заболевания, при которых нарушается бинокулярное зрение. 22. Перечислите приборы для тренировки бинокулярного зрения. 23. По каким признакам можно заподозрить у ребенка выраженную врожденную глаукому? 24.Охарактеризуйте основной путь оттока внутриглазной жидкости. 25. В чем, как правило, причина врожденной глаукомы? 26. Почему при врожденной глаукоме глаз ребенка увеличивается в размере? 27. По каким признакам определяют стадию врожденной глаукомы? 28. По каким признакам определяют степень компенсации врожденной глаукомы? 29. К каким изменениям зрительного нерва приводит врожденная глаукома? 30. К каким изменениям периферического и центрального зрения приводит врожденная глаукома? 31. Когда и каким методом лечат врожденную глаукому? 32. Как характеризуется врожденная глаукома по форме и происхождению? 33. Какие принципы антиглаукоматозных операций Вы знаете? 34. Что относится к осложнениям при врожденной глаукоме? 35. Что относится к сопутствующим изменениям при врожденной глаукоме? 36. Назовите нормальные цифры тонометрического внутриглазного давления.

	37. Каковы нормальные суточные колебания ВГД? 38. Укажите самые ранние признаки врожденной начальной декомпенсированной глаукомы. 39. По каким основным критериям ставится клинический диагноз врожденной глаукомы? 40. Дайте пример клинического диагноза врожденной глаукомы. 41. Какова эффективность своевременной диагностики и срочной операции при врожденной глаукоме? 42. В каких условиях осуществляется измерение внутриглазного давления у новорожденных и детей раннего возраста? 43. Какой врожденная глаукома бывает: одно- или двусторонней? 44. Какая тактика операций при двусторонней врожденной глаукоме? 45. Какие принципы и сроки обследования детей после операции врожденной глаукомы? 46. Какие медикаменты показаны в качестве неотложной помощи при врожденной глаукоме до операции? 47. Какие миотические гипотензивные медикаменты применяются при вторичной гипертензии глаза? 48. В чем принципиальное отличие врожденной глаукомы от первичной? 49. Чем характеризуется первичная глаукома? 50. В чем состоит основной метод лечения первичной глаукомы? 51. В каком возрасте чаще возникает первичная глаукома? 52. Как осуществляется профилактика первичной глаукомы? 53. Каковы симптомы при декомпенсации глаукомы у детей и взрослых?

Критерии оценки производственной (клинической) практики ординатора:

«зачтено» - заслуживает ординатор, полностью освоивший программу производственной (клинической) практики и безошибочно выполняющий предложенный для контроля навык.

«не зачтено» - выставляется ординатору, выполнившему программу производственной (клинической) практики и допускающему при выполнении контрольных заданий грубые ошибки.

9.2 Ситуационные задачи

Индекс компетенции	№ задания, условие задачи (формулировка задания)
ПК-6	**ЗАДАЧА № 1** У женщины 58 лет внезапно ночью заболел глаз. Приехавший врач скорой помощи обнаружил покраснение глаза. К глазу пациентка не давала притронуться. Был поставлен диагноз «Острый приступ глаукомы». Назначены частые инстилляции пилокарпина 1%, внутрь дана таблетка диакарба. К утру состояние женщины ухудшилось, боли в глазу и в правой половине головы усилились и поэтому она была направлена в глазное отделение. При поступлении обнаружено: ОД – глаз раздражен, пальпация его резко болезненна. Радужка изменена в цвете, зрачок точечный, реакция на свет отсутствует. При боковом освещении на задней поверхности роговицы видны сероватые отложения в большом количестве. Рефлекса с глазного дна нет. Visus OD = 1 /∞ pr.l. in certa. ВГД = 29 мм рт ст.

	Ваш диагноз и лечение. **ЗАДАЧА № 2** К офтальмологу обратилась женщина 36 лет с жалобами на снижение зрения и туман перед глазами. Объективно: ОИ – глаза спокойны. Роговица чистая. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка с четким рисунком, зрачки слегка изменены по форме. На 3 и 9 часах имеются сращения радужки с хрусталиком. В стекловидном теле в проходящем свете грубые плавающие помутнения. Глазное дно детализируется плохо. Visus OD = 0,4 не корр.; OS = 0,3 не корр. Из анамнеза выяснено, что страдает хроническим неспецифическим полиартритом в течение 5 лет. Глаза сильно не болели, но в последний год стала замечать ухудшение зрения. Ваш диагноз и рекомендации. **ЗАДАЧА № 3** В офтальмологическое отделение доставлен молодой человек 20 лет, который дома случайно ткнул себе иглой в глаз. Почувствовал кратковременную боль, затем все прошло. Зрение оставалось нормальным, глаз не беспокоил. Через 2 дня ночью проснулся от сильной боли в глазу и соответствующей половине головы. После приема анальгина боли стихли, а утром больной обнаружил, что глаз у него красный и плохо видит. Обратился к врачу по месту жительства и был срочно направлен в офтальмологическое отделение. Объективно: Выраженная смешанная инъекция глазного яблока. Роговица лишена блеска, на дне камеры полоска гноя 2 мм. Радужка с зеленоватым оттенком, рисунок ее смазан. Зрачок узкий, неправильной формы. В области зрачка и на радужке желеобразный желтоватый выпот. Рефлекс с глазного дна ослаблен. Visus = 0,1 не корр. Глаз мягкий. Ваш диагноз и лечение? **ЗАДАЧА № 4** Мальчик 10 лет выписан из больницы после лечения по поводу цереброспинального менингита. Вскоре стал жаловаться на боли в левом глазу, его красноту, слезотечение, отсутствие зрения. Плохо спал ночью. Зрение исчезло два дня назад, но тогда глаз не болел, был спокойным. В последующие два дня не только состояние глаза, но и общее состояние ухудшилось, поднялась температура, появился озноб. Объективно: Веки слегка отечные, глазная щель прикрыта. При раскрытии век виден хемоз слизистой глазного яблока, небольшой экзофтальм. Выраженная перикорнеальная инъекция. Гипопион, роговица лишена блеска. Радужка грязно-коричневого цвета, рисунок смазан. Зрачок 2 мм, на свет не реагирует. Рефлекс с глазного дна зеленоватый Visus = 1 /∞ pr. l. in certa. Пальпация глаза резко болезненная. Правый глаз без патологии. Предположительный диагноз. Ваша тактика. **Задача № 5** У пациента 45 лет, выявлено повышенное артериальное давление. После осмотра глазного дна офтальмолог сделал такую запись в амбулаторной карте: диск зрительного нерва бледно-розового цвета, границы четкие. Вены умеренно расширены, в макулярной области мелкие венозные стволы штопорообразно извиты (симптом Гвиста). Артерии сужены, рефлексная полоса узкая, блестящая, обнаружен симптом артерио-венозного перекреста (Салюс I). Для какой стадии гипертонической болезни характерны такие изменения?

	Задача № 6 Пациент 72 лет, страдает тяжелой формой гипертонической болезни. При осмотре глазного дна обнаружены такие изменения: диск зрительного нерва бледный, отечный, границы его стушеваны, артерии резко сужены, местами нитевидные, Салюс II-III степени. Отмечаются ватообразные очаги в сетчатке и большое количество кровоизлияний. В области желтого пятна фигура «Звезды». Сформулируйте диагноз. **Задача № 7** При профилактическом осмотре у пациента 55 лет, офтальмолог обнаружил на глазном дне в парамакулярной области единичные микроаневризмы и мелкоточечные кровоизлияния, венозные стволы были умеренно расширенными. Пациенту рекомендовано обследование у терапевта. Какое заболевание должен заподозрить терапевт и какие анализы должны быть сделаны в первую очередь? **Задача № 8** К офтальмологу обратился молодой человек 18 лет, с жалобами на упорные головные боли, периодическое затуманивание зрения, головокружение. Со стороны терапевтического статуса патологии не выявлено. АД 120/80 мм рт. ст. О какой патологии должен подумать врач? К каким специалистам следует направить пациента на консультацию? Обоснуйте Ваше решение. **Задача № 9** У мужчины 26 лет, после перенесенного ОРВИ появились жалобы на боли за левым глазом, которые усиливаются при движении. Одновременно снизилась острота зрения и появилось пятно перед глазом. О каком осложнении можно думать? Какие специальные и дополнительные исследования будут проведены офтальмологом для уточнения диагноза? **Задача № 10** Призывник 18 лет, при медицинском обследовании в райвоенкомате предъявил жалобы на нарушение сумеречного зрения. Острота зрения обоих глаз 1,0 Цветоощущение по таблицам Рабкина не нарушено. О каком органическом заболевании глаз можно думать? Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза? **Задача № 11** К офтальмологу обратился гражданин 62 лет, у которого на фоне хронической алкогольной интоксикации появились жалобы на прогрессирующее снижение зрения, нарушение светоощущения. Объективно: острота зрения обоих глаз 0,1 не коррегируется. Поле зрения сужено до 30º, поле зрения на цвета отсутствует. Диск зрительного нерва очень бледный, монотонный, артерии нитевидные. Сформулируйте диагноз. Назовите основные лечебные мероприятия. **Задача № 12** Мужчина 39 лет, обратился к офтальмологу с жалобами на резкое снижение зрения на левый глаз. Два дня назад был удален длительно болевший 7 верхний зуб с левой стороны. Острота зрения левого глаза 0,07 не коррегируется. При наружном осмотре, осмотре боковым светом и проходящим светом патологии не выявлено. При осмотре глазного дна

	обнаружен желтовато-серого цвета участок в макулярной области с нечеткими контурами, слегка проминирующий в стекловидное тело. Ваш диагноз. Какова этиология заболевания, С какими заболеваниями его следует дифференцировать. **Задача № 13** Пациент 19 лет, находился на лечении в стационаре с диагнозом: ревматизм, активная фаза, ревмокардит Н II ст. Утром после подъема с постели отметил острую потерю зрения на правый глаз и незамедлительно обратился с данной жалобой к лечащему врачу. О каком осложнении должен прежде всего подумать врач? Какую неотложную помощь он должен оказать больному? **Задача № 14** На прием обращается больной с жалобами на боль в глазу при мигании, слезотечение, светобоязнь. Что-то попало на улице в глаз. Ваша тактика? **Задача № 15** К врачу обратился гражданин 19 лет, имеющий дело с электросваркой, с жалобами на резкую боль в глазах, невозможность смотреть на свет. Указанные жалобы появились 2 часа назад. Зрение проверить не удается из-за резко выраженной светобоязни и блефароспазма. При насильственном раскрытии глазной щели векоподъемниками отмечается умеренная гиперемия конъюнктивы глазного яблока, других изменений переднего отдела глаза и заднего отдела не выявлено. Сформулируйте диагноз. Какую первую помощь должен оказать врач? Назначьте лечение. **Задача № 16** В глазное отделение доставлен гражданин М. в состоянии алкогольного опьянения. Был избит на улице 3 часа назад. Жалуется на боль в правом глазу, отсутствие предметного зрения, появление кровянистого отделяемого из глаза и носа. *Объективно:* гематома век правого глаза, рваная рана нижнего века во внутренней его трети. При пальпации кожи век определяется крепитация. Легкий экзофтальм. Роговица, передняя камера, радужка не изменены. Зрачок широкий, на свет не реагирует. Рефлекса с глазного дна нет. Зрачок широкий, на свет не реагирует. Рефлекса с глазного дна нет. Ваш предположительный диагноз? Какова тактика лечения? **Задача № 17** В поликлинику обратился мужчина с жалобами на сильную боль в левом глазу, ухудшение зрения. Накануне колол дрова. Отлетевшая щепка ударила по глазу. Почувствовал боль. Зрение резко снизилось. К утру боль настолько усилилась, что он был вынужден обратиться к врачу. *Объективно:* Выраженная перикорнеальная инъекция левого глаза, отек роговицы. Передняя камера глубокая, в ней видно образование, напоминающее масляную каплю. Рисунок радужки смазан. Зрачок широкий, на свет не реагирует. Глубокие среды глаза просматриваются плохо. Глаз плотный, как камень. Ваш предположительный диагноз? Объясните симптомы и решите вопрос о лечении. **Задача № 18** К офтальмологу обратился мужчина, 20 лет, с жалобами на боли, светобоязнь, слезотечение правого глаза. Со слов пациента, накануне вечером получил удар тупым предметом по правому глазу. Острота зрения ОД = 0,2 не корр.; OS = 1,0. *Объективно:* ОД – глазная щель сужена, края век отечны, гиперемированы. Светобоязнь, умеренная

	смешанная инъекция глазного яблока, роговица в нижне-наружном сегменте отечна, передняя камера средней глубины, в ней кровь в виде уровня высотой 2 мм, рисунок радужки смазан, зрачок округлый, Д=2,5 мм, рефлекс с глазного дна розовый, глазное дно без патологии. Обоснуйте диагноз. Какие дополнительные методы обследования должен применить офтальмолог для того, чтобы поставить правильный диагноз?. Назначьте и обоснуйте лечение. **Задача № 19** В приемный покой больницы доставили девочку 9 лет со свежими ожогами глаз и лица пламенем вспыхнувшего бензина. Ресницы и брови обгорели, кожа лица гиперемирована, с отдельными пузырьками и некротическим участками. При разведении век векоподъемниками Вам удалось увидеть, что роговая оболочка правого глаза выглядит у ребенка умеренно помутневшей. Сквозь нее контур зрачка проступает достаточно ясно. Хуже обстоит дело с левым глазом, роговица которого по цвету напоминает «матовое стекло», а глублежащие отделы глаза почти не просматриваются. Как Вы оцените степень ожога и Ваша дальнейшая тактика? **Задача № 20** К офтальмологу обратился мужчина, 30 лет, с жалобами на резкий отек и кровоизлияние под кожу век правого глаза. Накануне вечером в темноте упал и ударился правым глазом о срубленное дерево. Острота зрения ОД = 0,8 не корр.; OS=1,0. Объективно: ОД – глазная щель закрыта, выражен отек и обширная гематома век, глазное яблоко экзофтальмировано и неподвижно, конъюнктивальная инъекция глазного яблока, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, зрачок расширен, Д=5 мм, рефлекс с глазного дна розовый, глазное дно без патологии. Обоснуйте диагноз. Какие дополнительные методы обследования должен сделать врач для уточнения тяжести травмы? К каким тяжелым осложнениям может привести неправильная тактика ведения такого больного? **Задача № 21** К офтальмологу обратился мужчина, 25 лет, с жалобами на резкие боли, покраснение, отсутствие предметного зрения левого глаза. Три дня назад при ремонте машины в глаз что-то попало. К врачу не обращался. Через 2 дня появились боли, покраснение и глаз ослеп. При осмотре: острота зрения ОД = 1,0; OS- светоощущение с неправильной проекцией. Объективно: OS – глазная щель сужена, веки отечны, гиперемированы, выражена смешанная инъекция глазного яблока, на роговице у лимба на 3 часах нежный линейный рубец, длиной 2 мм, передняя камера средней глубины, на дне ее гипопион высотой 2-2,5 мм, рисунок радужки смазан, цвет изменен, зрачок сужен 2,5 мм в Д., круговая задняя синехия, желтый рефлекс с глазного дна. Обоснуйте диагноз. Какие дополнительные методы обследования необходимо применить, чтобы правильно сформулировать диагноз? Назначьте и обоснуйте лечение. **Задача № 22** Больной 60-ти лет жалуется на постепенное безболезненное снижение зрения на оба глаза. Объективно: острота зрения на оба глаза 0,4 не корр. Поле зрения сужено с носовой стороны до 15º от точки фиксации. Зрительный нерв серого цвета с краевой экскавацией. ВГД 33 мм рт ст.

	Угол передней камеры открыт. Поставьте развернутый диагноз в соответствии с классификацией. **Задача № 23** Больная 55 лет жалуется на периодически появляющиеся радужные круги перед глазами, затуманивание зрения, иногда боли в глазах. При обследовании: Visus OD = 0,7; OS = 0,5 не корр. Поле зрения ОД сужено с носовой половины на 10º, OS с носовой половины до 25º от точки фиксации. Диск зрительного нерва сероватого цвета с краевой экскавацией. ВГД ОД = 30 мм РТ ст; OS = 41 мм РТ ст. Угол передней камеры закрыт. Ваш диагноз и тактика. **Задача № 24** К врачу поликлиники обратился мужчина 70 лет, с жалобами на резкое снижение зрения правого глаза. Зрение снижалось постепенно и безболезненно в течение двух лет. Объективно: Острота зрения правого глаза = 0,01 не корр. Острота зрения левого глаза = 0,5 не корр. Оба глаза: при боковом освещении передние цилиарные сосуды несколько расширены, извиты, роговица прозрачная, передняя камера нормальной глубины. Радужка умеренно атрофична. Зрачок 3,5 мм, реакция на свет сохранена. Отмечается перламутровый оттенок зрачка. О каких заболеваниях, сопровождающихся подобными жалобами и наиболее часто встречающихся в пожилом возрасте, следует думать? Какие исследования нужно провести для установления диагноза? **Задача № 25** Женщина 45 лет заболела внезапно. Появилась ломящая головная боль, больше в левой половине головы. Утром головная боль усилилась, появилась рвота. Был вызван участковый врач, который диагностировал криз, хотя АД было не очень высоким 140/100 мм РТ ст. Была назначена гипотензивная терапия. Через 2 дня состояние больной улучшилось, и она обнаружила, что не видит левым глазом. О каком еще заболевании должен был подумать врач-терапевт и какое исследование провести? **Задача № 26** Во время вашего ночного дежурства в хирургическом отделении у санитарки внезапно случился приступ резких головных болей с иррадиацией в правый глаз, которым, по словам больной, она в последнее время стала плохо видеть. При внешнем осмотре Вы смогли обнаружить сужение правой глазной щели, покраснение глаза, тусклую роговицу и расширенный зрачок справа, который почти не реагирует на свет. Больная различает этим глазом лишь свет от лампочки. При пальпации глаз твердый, как камень. Какой диагноз Вы поставите и какую помощь окажите больной? **Задача № 27** В глазном кабинете районной поликлиники находится на диспансерном учете женщина средних лет с начальной закрытоугольной глаукомой правого глаза. ВГД у нее сохраняется нормальным только при закапывании 1% раствора пилокарпина утром и вечером. Левый глаз клинически здоров. Как Вы поступите в данном случае? Будете рекомендовать пациентке продолжать прежнее лечение или предложите ей операцию? Свое решение объясните.

Критерии и шкалы оценки:

- критерии оценивания – правильное решение задач;
- показатель оценивания – процент правильно решенных задач;

- шкала оценивания (оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:
  - **высокий (отлично) -** более 80% правильно решенных задач;
  - **достаточный (хорошо)** – от 60 до 80 % правильно решенных задач;
  - **пороговый (удовлетворительно)** – от 50 до 60% правильно решенных задач;
  - **критический (неудовлетворительно)** – менее 50% правильно решенных задач.

9.3 Тесты (тестовые задания)

Индекс компетенции	Тест (тестовое задание)
ПК-6	**Симптомы, характерные для всех видов глауком:** а) повышение сопротивляемости оттоку водянистой влаги; б) неустойчивость внутриглазного давления; в) повышение уровня внутриглазного давления; г) изменение поля зрения; д) все перечисленные верно. **Биомикроскопическая картина переднего отрезка глаза при первичной открытоугольной глаукоме:** а) диффузная атрофия зрачкового пояса в сочетании с деструкцией пигментной каймы; б) "чешуйки" по краю зрачка и на трабекулах в углу передней камеры; в) зрачок расширен; г) все перечисленное верно. **Формы первичной открытоугольной глаукомы:** а) псевдоэксфолиативная глаукома; б) пигментная глаукома; в) глаукома с низким внутриглазным давлением; г) глаукома с повышенным эписклеральным давлением. **Симптомы не характерные для острого приступа первичной закрытоугольной глаукомы:** а) отек роговицы; б) мелкая передняя камера; в) широкий элипсовидной формы зрачок; г) застойная инъекция глазного яблока; д) зрачок узкий, реакция зрачка на свет сохранена. **Наиболее часто встречаемая форма первичной закрытоугольной глаукомы:** а) глаукома со зрачковым блоком; б) глаукома с хрусталиковым блоком; в) глаукома с плоской радужкой; г) ползучая глаукома. **На основании каких методов исследования можно отличить органическую блокаду угла корнем радужной оболочки от функциональной:** а) гониоскопия с роговичной компрессией; б) гониоскопия с трансиллюминацией;

	в) тонография; г) суточная тонометрия. **Изменения поля зрения, характерные для ранней стадии глаукомы:** а) дугообразные скотомы в области Бверрума; б) обнажение слепого пятна; в) депрессия изоптер; г) расширение слепого пятна; д) все выше перечисленное. **Стадия глаукомы оценивается по показателю:** а) остроты зрения; б) состоянию поля зрения; в) отношению Э/Д; г) по величине легкости оттока. **На основании каких признаков проводится дифференциальная диагностика глаукоматозной и физиологической экскавации:** а) величины экскавации; б) цвета экскавации; в) глубины экскавации; г) краевого характера экскавации; д) все перечисленное верно. **Экскавация диска зрительного нерва при развитой стадии первичной глаукомы составляет (в мм):** а) Э/Д 0,3; б) Э/Д 0,5; в) Э/Д 0,8. **На основании каких признаков проводится дифференциальная диагностика первичной открытоугольной и закрытоугольной глаукомы:** а) глубина передней камеры; б) открытие угла передней камеры; в) состояние радужки; г) состояние диска зрительного нерва. **Наиболее значимым для диагностики первичной глаукомы является:** а) суточная тонометрия; б) тонография; в) гониоскопия; г) исследование поля зрения; д) исследования диска зрительного нерва; Е. все выше перечисленное. **Атрофия зрительного нерва при глаукоме зависит от:** а) степени повышения внутриглазного давления; б) соотношения внутриглазного давления и давления в сосудах, питающих диск зрительного нерва; в) уменьшения продукции внутриглазной жидкости; г) потери астроглиального слоя зрительного нерва.

	Об отсутствии стабилизации глаукоматозного процесса свидетельствует: а) высокие цифры внутриглазного давления; б) сужение границ поля зрения по назальным меридианам; в) увеличение глаукоматозной экскавации диска зрительного нерва; г) все перечисленное. **Для первичной открытоугольной глаукомы не характерны следующие изменения в радужке:** а) диффузная атрофия зрачкового пояса радужки; б) секторальная атрофия стромы радужки; в) выщелачивание пигмента зрачковой каймы; г) новообразованные сосуды радужки. **Тактика врача при факоморфической глаукоме:** а) применение общей и местной гипотензивной терапии; б) экстракция катаракты; в) базальная иридэктомия; г) синусотрабекулэктомия. **Для первичной закрытоугольной глаукомы не характерно:** а) мелкая передняя камера; б) уменьшение передне-заднего размера глазного яблока; в) миопическая рефракция; г) открытый угол передней камеры; д) верно в и г. **Гониоскопические исследования при первичной открытоугольной глаукоме не показывают:** а) понижение прозрачности корнео-склеральных трабекул; б) наличие экзогенной пигментации в углу передней камеры; в) новообразованные сосуды; г) закрытие угла передней камеры корнем радужной оболочки. **Для первичной открытоугольной глаукомы характерны:** а) боль в глазу; б) туман перед глазом; в) отсутствие жалоб; г) радужные круги при взгляде на источник света. **В дифференциальной диагностике острого приступа глаукомы и острого иридоциклита с гипертензией важны:** а) жалобы; б) характер передней камеры; в) величина зрачка; г) состояние радужки; д) преципитаты. **Первичная открытоугольная глаукома наиболее опасна в силу:** а) ее частоты; б) внезапного начала; в) бессимптомного течения; г) потери остроты зрения.

Причины развития сегментарной атрофии радужки после острого приступа глаукомы:
а) высокое внутриглазное давление;
б) странгуляция сосудов радужки;
в) механическое повреждение тканей радужки;
г) воспаление радужной оболочки;
д) все перечисленное.

Общее в течении первичной открытоугольной и закрытоугольной глауком:
а) прогрессивное ухудшение оттока жидкости из глаза;
б) сужение зрачка;
в) развитие глаукоматозной атрофии зрительного нерва;
г) увеличение пигментации угла передней камеры;
д) выбухания прикорневой части радужки.

Профиль угла определяется:
а) расположением цилиарного тела;
б) соотношением корня радужной оболочки к корне-склеральным трабекулам;
в) расположением шлеммова канала;
г) расположением склеральной шпоры;
д) всем перечисленным.

Клинические проявления первичной закрытоугольной глаукомы со зрачковым блоком:
а) острое начало;
б) мелкая неравномерная передняя камера;
в) закрытие угла передней камеры;
г) смещение хрусталика;
д) все перечисленное.

"Симптом кобры" указывает на:
а) повышение внутриглазного давления;
б) повышение давления в передних цилиарных венах;
в) повышение давления во внутриглазных сосудах;
г) правильно все перечисленное.

Дифференциальная диагностика функциональной и органической блокады угла передней камеры основана на:
а) тонографии;
б) гониоскопии;
в) ретроградном заполнении шлеммова канала кровью;
г) гониоскопии с компрессией роговицы;
д) гониоскопии с трансиллюминацией.

Для факоморфической глаукомы характерна:
а) корковая катаракта;
б) перезревающая катаракта;
в) набухающая катаракта;
г) ядерная катаракта.

Чем объясняется наиболее раннее появление скотом парацент- ральной области Бьерума при глаукоме:
а) особенностями кровообращения сетчатки;
б) особенностями хода аксонов ганглиозных клеток;
в) особенностями расположения нервных волокон на диске зрительного нерва;
г) индивидуальными размерами диска зрительного нерва.

Стадия первичной глаукомы оценивается по показателям:
а) остроты зрения;
б) уровня внутриглазного давления;
в) площади глаукоматозной экскавации диска зрительного нерва;
г) состояния поля зрения;
д) размаха суточных колебаний ВГД.

Верхняя граница нормы внутриглазного давления при измерении тонометром Маклакова:
а) 20 мм рт. ст.;
б) 24 мм рт. ст.;
в) 26 мм рт. ст.;
г) 28 мм рт. ст.;
д) единой нормы не существует.

Верхняя граница истинного внутриглазного давления:
а) 19 мм рт. ст.;
б) 21 мм рт. ст.;
в) 25 мм рт. ст.;
г) 17 мм рт. ст.;

Нижние границы показателя коэффициента легкости оттока (С) составляют:
а) 0,17 мм (мм3 рт. ст.) мин;
б) 0,20 мм (мм3 рт. ст.) мин;
в) 0,13 мм (мм3 рт. ст.) мин.

Поле зрения в начальной стадии первичной глаукомы сужено от:
а) до 45 градусов;
б) до 20;
в) до 10;
г) до 5;
д) не сужено.

Типы суточных колебаний внутриглазного давления:
а) утренний тип;
б) вечерний тип;
в) дневной тип;
г) все выше указанные типы.

Нагрузочные тесты, не используемые для ранней диагностики закрытоугольной глаукомы:
а) мидриатический;
б) позиционная проба Хаймса;
в) задняя кольцевая компрессионная проба;

г) водная проба.

Продукция водянистой влаги осуществляется:
а) в плоской части цилиарного тела;
б) в отростках цилиарного тела;
в) эпителием радужной оболочки;
г) всеми выше перечисленными структурами.

Блок угла передней камеры может быть вызван:
а) нерассосавшейся мезодермальной тканью;
б) конем радужной оболочки;
в) новообразованными сосудами;
г) кровью;
д) всем перечисленным.

В основе патогенеза врожденной глаукомы лежит:
а) неправильное положение структур угла передней камеры;
б) недостаточная дифференциация корнео-склеральных трабекул;
в) наличие мезодермальной ткани в углу передней камеры;
г) гиперпродукция водянистой влаги цилиарным телом;
д) изменение в дренажной системе на уровне интраскле - ральной зоны.

Ведущими признаками гидрофтальма являются:
а) увеличение размеров роговицы;
б) увеличение размеров глазного яблока;
в) повышение ВГД;
г) глубокая передняя камера;
д) верно все перечисленное.

При каких синдромах развивается юношеская форма глаукомы?
а) синдром Франк-Каменицкого;
б) синдром Ригера;
в) синдром Стюрж-Вебера;
г) нейрофиброматоз Реклингаузена;
д) все выше перечисленное.

При "зрачковом блоке" имеют место все перечисленные клинические симптомы, кроме:
а) повышение внутриглазного давления;
б) нарушение сообщения между передней и задней камерой;
в) передняя камера мелкая;
г) передняя камера глубокая;
д) угол передней камеры закрыт.

Толерантность зрительного нерва к повышенному ВГД определяется:
а) степенью развития опорной ткани в диске зрительного нерва;
б) интенсивностью кровоснабжения тканей диска и ретроламинарной области;
в) размерами диска зрительного нерва;
г) всем выше перечисленным.

В ранней диагностике глаукомы наиболее информативны:
а) суточная тонометрия;

	б) тонография; в) исследование поля зрения; г) биомикроскопия переднего отрезка глаза; д) правильно все выше перечисленное. **О нестабилизации глаукоматозного процесса свидетельствует:** а) снижение остроты зрения; б) появление болей в глазу; в) сужение поля зрения; г) расширение глаукоматозной экскавации ДЗН; д) отсутствие нормализации внутриглазного давления. **Динамику глаукоматозного процесса характеризуют:** а) величина внутриглазного давления; б) величина коэффициента легкости оттока; в) состояние поля зрения; г) состояние диска зрительного нерва; д) изменение формы зрачка. **Злокачественная форма первичной закрытоугольной глаукомы может возникать:** а) при зрачковом блоке; б) при хрусталиковом блоке; в) при блоке шлеммова канала; г) не связана с развитием блоков; д) верно а и б. **К основным типам глаукомы относятся:** а) врожденная; б) инфантильная; в) первичная; г) вторичная; д) верно а, в, г. **Различают следующие клинические формы первичной глаукомы:** а) закрытоугольная; б) открытоугольная; в) неоваскулярная; г) смешанная; д) верно а, б. **К разновидностям первичной закрытоугольной глаукомы относят:** а) глаукому с относительным зрачковым блоком; б) с укорочением угла передней камеры ("ползучая"); в) с плоской радужкой; г) с витрео-хрусталиковым блоком (злокачественную); д) верно а, б. **Первичная открытоугольная глаукома имеет следующие разновидности:** а) простая; б) псевдоэксфолиативная; в) пигментная;

г) с плоской радужкой;
д) верно а, б, в.

Вторичную глаукому классифицируют на:
а) послевоспалительную;
б) факогенную;
в) сосудистую;
г) дистрофическую;
д) верно все.

Причинами послевоспалительной вторичной глаукомы являются:
а) передние увеиты;
б) хориоидиты;
в) склериты;
г) кератиты;
д) нейроретиниты.

В группу факогенных вторичных глауком входят:
а) факотопическая глаукома;
б) факоморфическая глаукома;
в) факолитическая глаукома;
г) афакическая глаукома.

Вторичную сосудистую глаукому классифицируют на:
а) неоваскулярную;
б) флебогипертензивную;
в) глаукомоциклитический криз;
г) гетерохромную увеопатию (Фукса) ;
д) верно а,б.

Причинами вторичной травматической глаукомы могут быть:
а) внутриглазные кровоизлияния;
б) дислокация и повреждение хрусталика;
в) рецессия угла передней камеры;
г) ожоги глаза;
д) разрывы хориоидеи.

Причинами вторичной дистрофической глаукомы не могут быть:
а) отслойка сетчатки;
б) прогрессирующая атрофия радужки;
в) внутриглазные геморрагии;
г) эндотелиально-эпителиальная дистрофия роговицы;
д) верно а, б, в.

Неоваскулярная глаукома возникает при следующих заболеваниях:
а) тромбоз центральной вены сетчатки;
б) диабетическая пролифирирующая ретинопатия;
в) окклюзия центральной артерии сетчатки;
г) сенильной макулопатии;
д) радиационного поражения глаз.

Злокачественная глаукома не может возникнуть:

а) как самостоятельная форма первичной глаукомы;
б) после антиглаукоматозных операций;
в) после экстракции катаракты;
г) при задней отслойке стекловидного тела;
д) как последствие увеита.

Офтальмогипертензию классифицируют на:
а) эссенциальную;
б) симптоматическую;
в) закрытоугольную;
г) псевдогипертензию;
д) а, б.

Признаками эссенциальной офтальмогипертензии не являются:
а) повышенное внутриглазное давление;
б) открытый угол передней камеры;
в) нормальное поле зрения;
г) отсутствие глаукоматозной экскавации ДЗН;
д) псевдоэксфолиации в переднем сегменте глаза.

Факторами риска при офтальмогипертензии не являются:
а) больные глаукомой среди ближайших родственников;
б) офтальмотонус превышает 30 мм рт. ст.;
в) катарактальные изменения в хрусталике;
г) ассиметрия в величине офтальмотонуса на двух глазах;
д) ассиметрия в величине экскавации ДЗН на двух глазах.

Тактика врача после постановки диагноза "офтальмогипертензия с факторами риска":
а) никаких лечебных назначений, периодический осмотр;
б) назначение гипотензивных капель;
в) лазерная операция;
г) хирургическое вмешательство.

Симптоматическую офтальмогипертензию классифицируют на:
а) увеальную;
б) ретинальную;
в) диенцефальную;
г) все, кроме б;
д) кортикостероидную.

Основные методы гипотензивного лечения глаукомы не включают:
а) медикаментозные;
б) физиотерапевтические;
в) лазерные;
г) хирургические.

Глазные гипотензивные лекарственные группы:
а) холиномиметики;
б) антихолинэстеразные препараты;
в) бета-адреноблокаторы;
г) ингибиторы карбоангидразы;

	д) все выше перечисленное. **К холиномиметикам не относятся:** а) пилокарпин; б) ацеклидин; в) эзерин; г) верно в, д; д) фосфакол. **К антихолинэстеразным средствам не относятся:** а) эзерин; б) армин; в) фосфакол; г) клофелин; д) демекариум бромид (тосмилен). **Средства, не снижающие продукцию водянистой влаги:** а) тимолол; б) клофелин (клонидин); в) эмоксипин; г) ацетазоламид (диакарб); д) бетаксалол (бетоптик). **Гипотензивные операции на глазу включают:** а) фистулизирующие вмешательства; б) циклокриодеструкцию; в) циклодиализ; г) витреоэктомию; д) иридэктомию. **Лазерные гипотензивные вмешательства включают:** а) лазерную трабекулопластику; б) лазерную иридэктомию; в) гониопластику; г) лазерную циклокоагуляцию; д) лазерную панкоагуляцию сетчатки. **Для общего лечения глаукомы не назначают:** а) сосудорасширяющие препараты; б) ангиопротекторы; в) кортикостероиды; г) антиоксиданты; д) средства, улучшающие метаболизм сетчатки и зрительного нерва. **Физиотерапевтические методы лечения глаукоматозной атрофии ДЗН:** а) магнитотерапия; б) низкоэнергетическое лазерное облучение; в) электростимуляция; г) ультрафиолетовое облучение; д) УВЧ.

Режим глаукомного больного предусматривает:
а) ограничения в приеме жидкостей;
б) ограничение зрительной работы;
в) исключение работы с длительным наклоном головы;
г) исключение физической работы;
д) не курить.

Назначение тимолола больным глаукомой противопоказано при:
а) наклонности к бронхоспазмам;
б) брадикардии;
в) мочекаменной болезни;
г) сердечной блокаде;
д) синдроме "сухого глаза".

К побочным эффектам холиномиметиков не относятся:
а) ухудшение зрения при низкой освещенности;
б) появление рефракционной близорукости;
в) углубление передней камеры глаза;
г) боли в глазу;
д) общая слабость, тошнота.

К побочным эффектам антихолинэстеразных миотиков не относятся:
а) усиление рефракции глаза;
б) развитие катаракты;
в) возникновение сенильной макулопатии;
г) помутнение стекловидного тела;
д) боли в глазу и голове.

Побочное действие глазных капель с клофелином включает:
а) понижение артериального давления;
б) брадикардия;
в) бронхиальный спазм;
г) общая слабость, сонливость;
д) развитие катаракты.

Побочное действие глазных капель с адреналином:
а) тахикардия;
б) реактивная гиперемия конъюнктивы;
в) аденохромная пигментация конъюнктивы;
г) кистозная макулопатия;
д) понижение артериального давления.

Прием ацетазоламида /диакарба/ не может сопровождаться:
а) парестезиями;
б) почечной коликой;
в) метаболическим ацидозом;
г) обострением желчнокаменной болезни;
д) гипокалиемией.

При выполнении фистулизирующих операций возможны осложнения:
а) фенестрация конъюнктивального лоскута;

	б) кровоизлияние в переднюю камеру глаза; в) повреждение хрусталика; г) выпадение стекловидного тела; д) верно все перечисленное. **После фистулизирующих операций не возможны следующие осложнения:** а) цилиохориоидальная отслойка; б) гифема; в) хориоретинит; г) иридоциклит; д) злокачественная глаукома. **После циклодеструктивных операций не возможны следующие осложнения:** а) гипотония глаза; б) субатрофия глазного яблока; в) неврит зрительного нерва; г) иридоциклит; д) развитие катаракты. **Лечение злокачественной глаукомы включает:** а) назначение миотиков; б) удаление хрусталика; в) назначение диакарба; г) назначение атропина; д) верно в, г, д. **Лечение острого приступа глаукомы включает:** а) инстилляции миотиков; б) назначение бета-адреноблокаторов; в) инстилляции симпатомиметиков; г) прием диакарба; д) верно все перечисленное. **К циклодеструктивным операциям не относятся:** а) циклокриодеструкция; б) циклодиатермия; в) циклодеструкция медикаментозная; г) лазерная циклодеструкция; д) ультразвуковая деструкция цилиарного тела.

Критерии и шкалы оценки:

- критерии оценивания – правильные ответы на поставленные вопросы;
- показатель оценивания – процент верных ответов на вопросы;
- шкала оценивания (оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:
  - **высокий** - более 80% правильных ответов;
  - **достаточный** – от 60 до 80 % правильных ответов;
  - **пороговый** – от 50 до 60% правильных ответов;
  - **критический** – менее 50% правильных ответов.

9.4 Реферат - не предусмотрено

Перечень тем формируется отдельно для каждой компетенции

Индекс компетенции	№ темы	Тематика рефератов

Критерии и шкалы оценки:

- критерии оценивания – правильное и полное раскрытие вопросов;
- показатель оценивания – глубина и качество отработанных вопросов, оформление реферата;
- шкала оценивания (оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:

- **высокий (отлично) -** все вопросы раскрыты правильно и полн**о,** оформление соответствует требованиям руководящих документов;
- **достаточный** – вопросы раскрыты недостаточно полно, оформление соответствует требованиям руководящих документов;
- **пороговый** – вопросы не раскрыты, оформление соответствует требованиям руководящих документов;
- **критический** – вопросы не раскрыты, оформление не соответствует требованиям руководящих документов.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность - **31.08.59 - Офтальмология**

1. Цели и задачи

Государственная итоговая аттестация проводится в целях определения соответствия результатов освоения ординаторами образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей образовательной программе высшего образования.

Задачи государственной итоговой аттестации:

1. Приобретение профессиональных знаний и умений.
2. Формирование у обучаемого клинического мышления.
3. Овладение практическими навыками и компетенциями.

2. Место в структуре ОПОП

Государственная итоговая аттестация ординаторов по специальности **31.08.59 - Офтальмология** относится к блоку 3 базовой части основной образовательной программы высшего образования - программы подготовки кадров высшей квалификации и завершается присвоением квалификации.

Имеет трудоемкость 3 ЗЕТ (108 часов).

3. Требования к результатам освоения программы ординатуры по специальности

Государственная итоговая аттестация призвана определить степень освоения следующих компетенций выпускников ординатуры по специальности **31.08.59 - Офтальмология** в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным Приказом Министерства образования и науки РФ от 26.08.2014 №1102.

Универсальные компетенции (УК):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программах среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональных программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образовании в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)

Профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность:

- готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровьем и хроническими больными (ПК-2);
- готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора; медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых, подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- готовностью к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании офтальмологической помощи (ПК-6);
- готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

4. Форма проведения

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена. Государственный экзамен проходит в три этапа:

- тестовый контроль;
- оценка практических навыков;
- собеседование.

5. Фонд оценочных средств для государственной итоговой аттестации (ФОС ГИА)

5.1 Требования к результатам освоения ОПОП

№ п/п	Индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате освоения ОПОП выпускники должны:		
			знать	уметь	владеть
1.	**УК-1**	**Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу**	понятия этиологии, патогенеза, патоморфоза болезни, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии; структурные и функциональные основы болезней и патологических процессов, причины, основные механизмы	интерпретировать результаты наиболее распространенных методов морфологической диагностики, применяемых для выявления патологии крови, сердца и сосудов, легких, почек, печени и других органов и систем; обосновывать принципы патогенетической терапии наиболее распространенн	Навыками изложения самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления; понятием ограничения в достоверности и специфику наиболее

			развития и исходов типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем.	ых заболеваний;	часто встречающихся заболеваний органа зрения;
2.	***УК-2***	**Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия**	Систему организации и работу офтальмологического подразделения лечебного учреждения, адекватно оценивать различные нозологические формы.	Организовать работу младшего и среднего медицинского персонала структурного подразделения	Навыками оформления медицинской документации
3.	***УК-3***	**Готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения**	Конституцию Российской Федерации, законодательство Российской Федерации в сфере здравоохранения - политику государства в сфере здравоохранения - медицинскую этику и деонтологию - психологию профессионального общения - методики самостоятельной работы с учебной, научной, нормативной и справочной литературой	осуществлять самостоятельную работы с учебной, научной, нормативной и справочной литературой и проводить обучение работников - использовать в работе нормативные документы, регулирующие вопросы организации здравоохранения различного уровня	нормативно-распорядительной информацией в области управления коллективом, формирования толерантности - психологическими методами профессионального общения - методиками самостоятельной работы с учебной, научной,

					нормативной и справочной литературой
4.	**ПК-1**	**Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения офтальмологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания**	- современные методы ранней диагностики заболеваний, развивающихся в органе зрения, использующиеся в терапевтической офтальмологии, основные и дополнительные методы обследования (лабораторную и инструментальную диагностику) - современные методы оценки состояния зрительного анализатора, необходимые для постановки диагноза - методы профилактики возникновений воспалительных, дегенеративных заболевания органа зрения и придаточного аппарата, травм и новообразований - устанавливать причинно-следственные	предпринимать меры профилактики направленные на предупреждения возникновения или распространения офтальмологических заболеваний - устанавливать причинно-следственные связи изменений состояния здоровья (в том числе возникновения воспалительных, дегенеративных заболевания органа зрения и придаточного аппарата, травм и новообразований) от воздействия факторов среды обитания - интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования - использовать медицинскую аппаратуру, компьютерную технику в своей профессиональной деятельности	навыками осуществления санитарно-просветительской работы с взрослым населением, направленной на пропаганду офтальмологического здоровья, предупреждение возникновения заболеваний органа зрения - методами профилактики заболеваний органа зрения - алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических, инструментальных

			связи изменений состояния здоровья (в том числе возникновения воспалительных, дегенеративных заболевания органа зрения и придаточного аппарата, травм и новообразований) от воздействия факторов среды обитания	- использовать методы первичной и вторичной профилактики (на основе доказательной медицины), предотвращающие развитие воспалительных, дегенеративных заболевания органа зрения и придаточного аппарата, травм и новообразований - проводить основные и дополнительные методы исследования при заболеваниях воспалительных, дегенеративных заболевания органа зрения и придаточного аппарата, травм и новообразований для уточнения диагноза	методов исследования

	ПК-2	**Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами с офтальмологической патологией**	- основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения; - основные и дополнительные методы обследования необходимые для оценки состояния органа зрения и результатов лечения на этапах наблюдения - алгоритм обследования пациента с заболеванием органа зрения и придаточного аппарата; - требования и правила получения информированного согласия на диагностические процедуры - комплексную взаимосвязь между общими заболеваниями и офтальмологическим здоровьем - правила составления диспансерных групп;	- провести общеклиническое исследование по показаниям - выяснять жалобы пациента, собирать анамнез заболевания и жизни, заполнять анкету здоровья; проводить клиническое обследование пациента: внешний осмотр, осмотр в боковом и проходящем свете, специализированный офтальмологический осмотр - формировать диспансерные группы, - обосновать необходимость проведения методов профилактики заболеваний органа зрения и придаточного аппарата у пациентов с соматической патологией, - выявлять состояния, угрожающие жизни больного, связанные с заболеваниями органа зрения	навыками осуществления санитарно - просветительской работы с взрослым населением, направленной на пропаганду офтальмологического здоровья, предупреждение офтальмологических заболеваний - навыками оформления информированного согласия, - методами контроля за эффективностью диспансеризации
4.	**ПК 5**	**Готовность к определению у пациентов патологических**	этиологию, патогенез, клиническую картину	назначать и оценивать результаты дополнительных	методиками амбулаторных

		состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	различных воспалительных процессов, локализованных в органе зрения и его придаточном аппарате, требующих неотложного хирургического лечения в амбулаторно-поликлинических условиях	методов обследования при воспалительных процессах, дистрофических заболеваниях, онконасторожен ности, травмах, локализованных в органе зрения - выполнять амбулаторные операции	операций - методика ми дополнит ельных методов обследова ния при воспалите льных процессах , дистрофи ческих заболеван иях, онконасто роженнос ти, травмах, локализов анных в органе зрения
5.	**ПК 6**	**Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании офтальмологической медицинской помощи**	причины ятрогенных осложнений и ошибки в терапевтическо й практике при лечении заболеваний органа зрения и его придаточного аппарата, способы их предупреждени я - показания к применению методов лечения с учетом этиотропных и патогенетическ их факторов - методы лечения заболеваний	предпринимать меры профилактики осложнений при лечении заболеваний органа зрения - информировать пациента об осложнениях - установить эмоционально-психологическ ий контакт с пациентом, мотивировать пациента к осмотру - оценить влияние лекарственной терапии, назначаемой при заболеваниях органа зрения при течении	навыками работы на стандартн ом и высокоте хнологич еском офтальмо логическо м оборудов ании - навыками работы в глобальн ых компьюте рных сетях - методами ведения медицинс кой учетно-

			органа зрения - лекарственные средства, используемые на каждом этапе лечения заболеваний органа зрения - алгоритм лечения заболеваний органа зрения	соматических заболеваний - осуществить выбор, обосновать необходимость применения лекарственных средств при лечении заболеваний органа зрения - составить план лечения пациентов с заболеваниями органа зрения с учетом имеющихся соматических заболеваний	отчетной документации в медицинских оргнизациях - алгоритмом лечения пациентов с заболеваниями органа зрения - мануальными навыками и техникам и проведения обследования и лечения заболеваний органа зрения и его придаточного аппарата - навыками заполнения учетно-отчетной документации врача-офтальмолога

5.2 Паспорт фонда оценочных средств ГИА

№ п/п	Контролируемые этапы (разделы)	Индекс контролируемой	Оценочные средства		Технология оценки
			наименование	№№ заданий	

		компетенции (или ее части)			(способ контроля)

5.3 Оценочные средства для ГИА

5.3.1 Вопросы к государственному экзамену

Индекс компетенции	№ задания	Формулировка вопроса
ПК-5	1	Три звена зрительного анализатора (периферический рецептор, проводящие пути, зрительные центры)
	2	Строение век.
	3	Слезные органы и их возрастные особенности.
	4	Строение конъюнктивы.
	5	Глазодвигательный аппарат глаза.
	6	Глазное яблоко в целом.
	7	Строение наружной оболочки глаза.
	8	Сосудистый тракт (радужная оболочка, цилиарное тело, хориоидея).
	9	Хрусталик.
	10	Особенности строения стекловидного тела.
	11	Передняя и задняя камеры глаза.
	12	Строение и функции сетчатки.
	13	Зрительные пути.
	14	Сосуды и нервы глаза и придаточного аппарата.
	15	Строение орбиты.
	16	Основные виды зрения.
	17	Методы исследования остроты зрения у взрослых и детей.
	18	Методы определения расстройства цветоощущения.
	19	Темновая адаптация.
	20	Виды и исследование полей зрения.
	21	Оптическая система глаза, ее составные части.
	22	Характеристика клинической рефракции: эмметропии, миопии, гиперметропии.
	23	Астигматизм.
	24	Методы исследования рефракции (субъективный и объективный методы).
	25	Аккомодация.
	26	Содружественное косоглазие.
	27	Паралитическое косоглазие.
	28	Диагностика паралитического и содружественного косоглазия.
	29	Методы выявления нарушения бинокулярного зрения у детей.
	30	Профилактика содружественного косоглазия и амблиопии.
	31	Воспалительные заболевания век
	32	Аллергические заболевания век
	33	Анатомия формы и положения век
	34	Патология слезопродуцирующего аппарата

	35	Патология слезоотводящего аппарата
	36	Общие признаки кератитов.
	37	Классификация кератитов.
	38	Кератопластика.
	39	Определение глаукомы.
	40	Частота и распространенность глаукомы.
	41	Виды глауком у взрослых и детей
	42	Анатомия развития хрусталика.
	43	Врожденные катаракты.
	44	Вторичные катаракты.
	45	Возрастные катаракты.
	46	Принципы лечения катаракт у детей и взрослых.
	47	Методы исследования состояния сосудистой оболочки глаза.
	48	Основные симптомы передних, задних и периферических увеитов.
	49	Классификация патологии сосудистой оболочки глаза.
	50	Клиника заболеваний сосудистой оболочки.
	51	Современные методы лечения заболеваний сосудистой оболочки глаза.
	52	Классификация заболеваний сетчатки и зрительного нерва.
	53	Методы исследования заболеваний сетчатки и зрительного нерва
	54	Изменения глазного дна при гипертонической болезни
	55	Изменения глазного дна при сахарном диабете
	56	Изменения глазного дна при токсикозах беременности
	57	Поражения сетчатки и зрительного нерва при ревматизме, коллагенозах
	58	Поражения сетчатки и зрительного нерва при туберкулезе
	59	Поражения сетчатки и зрительного нерва при болезнях крови
	60	Первая врачебная и специализированная помощь при заболеваниях сетчатки и зрительного нерва
	61	Классификация повреждений глазного яблока и придатков глаза
	62	Диагностика различных форм повреждения органа зрения
ПК-6	63	Принципы ортоптического и хирургического лечения косоглазия.
	64	Принципы лечения и профилактики патологии конъюнктивы.
	65	Общие принципы лечения кератитов и их исходов.
	66	Клиника и лечение ползучей язвы роговицы.
	67	Клиника и лечение туберкулезных кератитов.
	68	Клиника и лечение герпетических кератитов.
	69	Кератопластика.
	70	Принципы лечения катаракт у детей и взрослых. Лечение глауком у взрослых и детей.

	71	Хирургическое лечение глауком у взрослых и детей.
	72	Современные методы лечения заболеваний сосудистой оболочки глаза.
	73	Первая врачебная помощь при заболеваниях сетчатки и зрительного нерва.
	74	Квалифицированная помощь при заболеваниях сетчатки и зрительного нерва.
	75	Специализированная помощь при заболеваниях сетчатки.
	76	Оказание неотложной помощи больным с ожогами глаз
	77	Оказание неотложной помощи больным с поверхностными инородными телами
	78	Оказание неотложной помощи больным с проникающими ранениями глазного яблока.
	79	Принципы специализированного лечения повреждений глаза и его придатков у детей и взрослых.
	80	Специализированная помощь при заболеваниях зрительного нерва.
	81	Первая врачебная помощь при проникающих ранениях глаза и его придатков.
	82	Специализированная помощь при проникающих ранениях глаза и его придатков.
	83	Первая врачебная помощь при контузиях глаза.
	84	Специализированная помощь при контузиях глаза.
	85	Первая врачебная помощь при ожогах глаз.
	86	Специализированная помощь при ожогах глаз.

Критерии и шкала оценки:

«Отлично» – дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком, широко используются термины. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.

«Хорошо» – дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком, используются термины. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.

«**Удовлетворительно» –** дан полный, однако недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ логичен, используются термины. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.

«Неудовлетворительно» – дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Изложение материала фрагментарно, нелогично. Ординатор не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Дополнительные и уточняющие вопросы

преподавателя не приводят к коррекции ответа ординатора не только на поставленный вопрос, но и на другие дополнительные вопросы.

5.3.2 Ситуационные задачи

Индекс компетенции	№ задания	Условие задачи
ПК-5, ПК-6	87	Ваша 66-летняя бабушка разбила очки для чтения и до того, как приобрести новые, которые ей прописал врач, набрала около десятка лишних очков у своих знакомых. В некоторых из них она читала легко, в других не очень, в третьих видела текст хуже, чем без очков. Она попросила Вас выбрать из принесенных очков те, которые ей прописал врач. Как это сделать?
	88	У пациента дальнейшая точка ясного зрения находится в 50 см от глаза. Какая рефракция у данного пациента и какое требуется ему стекло для коррекции его аметропии?
	89	Дальнейшая точка ясного зрения у пациента находится в 50 см от глаза, ближайшая в 8 см. Каков его возраст?
	90	Пациент 67 лет обратился к окулисту с жалобами на плохое зрение вблизи. Очками пользуется давно, но несколько дней назад потерял их и теперь не может читать. Силу очков не помнит. Просит подобрать новые. При обследовании установлено: Vis OD = 0,5 с коррекцией – 0,5Д = 1,0; Vis OS = 0,2 с коррекцией – 1,75 Д = 1,0. Какой диагноз у Вашего пациента и какие очки Вы ему подберете?
	91	В школе при профилактическом осмотре у 13-летнего школьника фельдшер обнаружил снижение зрения и направил к окулисту. Школьник говорит, что ухудшение зрения вдаль стал замечать около года. Вблизи видит хорошо. Отец, с которым пришел мальчик, рассказывает, что сам страдает близорукостью и с детства носит очки. У мальчика установлено: Vis OD = 0,2 с коррекцией – 2,0Д = 1,0; Vis OS = 0,3 с коррекцией – 2,0 Д = 1,0. Ваш диагноз и дальнейшая тактика?
	92	На прием пришел 54-летний пациент. Работает в школе преподавателем математики. Примерно с 35-летнего возраста пользуется очками для близи. Последний раз очки для близи выписаны около 5 лет назад. Сейчас в них стал хуже видеть. После работы появляются головные боли, тяжесть в глазах. Отмечает снижение зрения и вдаль, хотя раньше, лет 10 назад, вдаль видел хорошо. Никаких патологических изменений со стороны глаз не обнаружено. Объективно: Vis OD = 0,4 с коррекцией – 2,0Д = 1,0; Vis OS = 0,3 с коррекцией – 2,0 Д = 1,0. Какая рефракция у данного пациента и какова причина ее возникновения?
	93	У 4-х летнего мальчика родители выявили снижение зрения. После атропинизации Вы нашли у ребенка при скиаскопии: OD H_m +3,0D; OS H_m +3,0D. Поставьте диагноз и выпишите очки ребенку.
	94	Ребенку 2 года. Мать говорит, что у него иногда появляется сходящееся косоглазие, особенно когда он рассматривает вблизи рисунки. При осмотре создается впечатление, что

		глаза стоят правильно. Какие обследования необходимо сделать, чтобы установить правильный диагноз?
	95	Пациенту 13 лет. При осмотре возникает подозрение, что у ребенка расходящееся косоглазие. Visus ОИ = 1,0. Какую зрительную функцию нужно исследовать, чтобы сказать точно имеется косоглазие или нет?
	96	Девочка 3 лет. Постоянно с 2-х летнего возраста отмечается сходящееся содружественное косоглазие левого глаза. Visus OD = 1,0; Visus OS = 0,2 не поддается коррекции. Перечислите основные этапы обследования и лечения.
	97	Мальчику 3,5 года. Косоглазие родители заметили с 2-х летнего возраста. Лечение не проводилось. Объективно: Visus OD = 0,8 не поддается коррекции; Visus OS = 0,05 не поддается коррекции. Левый глаз постоянно отклонен кнутри на 20º по Гиршбергу. При закрывании правого глаза левый встает прямо и движения его в полном объеме. Оптические среды и глазное дно без изменений. Какой Вы поставите предварительный диагноз? Перечислите основные этапы лечения данного заболевания.
	98	У девочки 4,5 лет год назад появилось косоглазие, в течение года она носит очки (+) 2,5 Д, но косоглазие не исправляется. Острота зрения правого глаза = 0,4 (+) 2,5 Д = 1,0, острота зрения левого глаза = 0,4 (+) 2,5 Д=1,0. Глазные яблоки отклоняются к носу попеременно, среды прозрачны, глазное дно без патологии. Какие исследования нужно провести? Сформулируйте диагноз, Определите лечение.
	99	К офтальмологу обратился юноша с жалобами на двоение и отклонение правого глаза кнаружи. Указанные явления появились после удара клюшкой по глазу. Объективно: Visus ОИ = 1,0. Правый глаз отклонен кнаружи на 30º по Гиршбергу. Движение глаза кнутри отсутствует. Двоение отмечается при взгляде прямо. Ваш диагноз и рекомендации.
	100	Девочка 12 лет жалуется на плохое зрение вдаль и вблизи. Были выписаны очки +3.0Д год назад, но она их не носит. Объективно: Visus OD = 0,1 с коррекцией + 3,0Д = 0,7; Visus OS = 0,1 с коррекцией + 3,0Д = 0,1. Скиаскопически: ROD +3,0 D; ROS + 3,0 D. Движения глазных яблок в полном объеме. Глаза стоят прямо. Поставьте диагноз и назначьте лечение. К чему может привести то обстоятельство, что девочка не носит очки?
	101	В детское отделение поступил ребенок восьми месяцев. Несколько дней тому назад упал и ударился о ножку стула левой бровью. Вчера повысилась температура до 38,3. Стал вялым. Родители заметили припухлость верхнего века левого глаза. *Объективно:* веко плохо поднимается, кожа его напряжена, гиперемирована с синюшным оттенком. Ваш осмотр показал, что со стороны глазного яблока внешних отклонений от нормы нет. О каком заболевании прежде стоит подумать? Какое лечение следует назначить?
	102	Девочка 3 лет после перенесенного паротита стала жаловаться на боли в правом глазу. Вскоре родители заметили, что

		верхнее веко покраснело, стало отечным, закрыло глазную щель, повысилась температура. Девочка стала плохо есть и спать. *Объективно:* верхнее веко правого глаза гиперемировано, у наружного края глазной щели опущено, кожа его растянута, пальпация болезненна, особенно в наружной половине, где определяется плотный инфильтрат. Глазное яблоко несколько смещено книзу и кнутри, подвижность его кнаружи и кверху ограничена. Ваш диагноз и лечение.
	103	После выписки из роддома мать 1,5 месячного ребенка стала замечать, что у ее девочки во внутреннем углу правого глаза скапливается гнойное отделяемое. После промывания глаза 2 %-ным раствором борной кислоты гнойное отделяемое уменьшается, но полностью не ликвидируется. Подобное состояние длится уже более месяца. *Объективно:* Правый глаз - в области внутреннего угла глаза и на корнях ресниц слизисто-гнойное отделяемое. Конъюнктива гиперемирована, роговица прозрачная. При надавливании на кожу в области внутреннего угла глаза и нижней слезной точки появляется слизисто-гнойное отделяемое. Левый глаз здоров. Ваш диагноз и лечение.
	104	На прием обратилась женщина с девочкой 2 лет с жалобами на покраснение глаз у себя и у дочки, обильное гнойное отделяемое. Ребенок заболел 2 дня назад. У матери глаза покраснели спустя сутки. Девочка посещает детские ясли. При осмотре глаз у ребенка обнаружили засохшие корочки на ресницах, яркую гиперемию конъюнктивы, отек ее, множество мелких кровоизлияний. Роговица не изменена. Какой диагноз? Ваша тактика и лечение.
	105	Весной на прием привели мальчика 6 лет с жалобами на зуд век, светобоязнь и слезотечение. Из анамнеза выяснилось, что подобные явления у ребенка отмечались и раньше, прошлой весной и летом. Объективно: Верхние веки обоих глаз несколько утолщены, глазная щель сужена. Конъюнктива век имеет легкий синеватый оттенок. На слизистой хряща верхнего века видны бугристые разрастания ткани, безболезненные. Конъюнктива склеры слегка гиперемирована. Роговица и глубжележащие среды глаза не изменены.Ваш диагноз и лечение.
	106	При осмотре в детском саду у трех детей из группы Вы обнаружили на конъюнктиве нижнего свода многочисленные полупрозрачные зерна. Слизистая не гиперемирована. На верхней переходной складке отмечается нежная бархатистость, полупрозрачных зерен нет. Ваш диагноз и лечение.
	107	4-х летнюю девочку привели по поводу светобоязни, слезотечения, блефароспазма, более выраженных слева. Эти симптомы появились вскоре после перенесенного ею ОРЗ. На поверхности роговицы инфильтрат округлой формы, располагающийся в ее оптической зоне. Чувствительность роговицы резко снижена. Ваш диагноз?

	108	Правый глаз у ребенка 6 лет заболел после лихорадочного состояния. Жалобы на светобоязнь, слезотечение, блефароспазм. При осмотре: левый глаз здоров, а в правом глазу смешанная инъекция. В роговице сероватый инфильтрат в виде ветки, окрашивается флюоресцеином, чувствительность роговицы снижена. Ваш диагноз и лечение?
	109	В детскую поликлинику обратился мальчик 9 лет. Жалобы на сильные боли в правом глазу, ухудшение зрения, покраснение глаза, невозможность открыть глаз на свету. Накануне, во время игру на улице, в глаз что-то попало. Дома ребенок промыл глаза водой и глаз после этого успокоился. Однако утром появились вышеуказанные жалобы. О чем Вы подумаете? Какими методами необходимо обследовать глаз пациента?
	110	Родители девочки 6-ти месяцев обратились к педиатру с жалобами на то, что ребенок не стал следить за игрушками, стал беспокойным. Объективно: было обнаружено увеличение размеров правого глазного яблока, роговица больше, чем слева, мутная. Слева роговица тоже большая, но прозрачная. Ваш диагноз и рекомендации родителям.
	111	Мальчика 7 лет, темноволосого, с правильными чертами лица, с уравновешенным характером, но не по возрасту высокого роста и с необычайно длинными пальцами привели к педиатру в связи с тем, что он плохо видит в школе с доски. Вы – опытный врач, поэтому лишь по внешнему виду больного заподозрили его заболевание. Какое заболевание у ребенка и какая причина понижения зрения при этом? Ваша дальнейшая тактика?
	112	Женщина привезла 2-х летнего сына из отдаленного села для осмотра к окулисту. Еще в 3-х месячном возрасте он не следил за игрушками. Область зрачков у него была не черной, как обычно, а белой. Ребенок родился недоношенным, весом 1800 г. После года физически развивался нормально. О чем здесь следует подумать в первую очередь?
	113	Врач педиатр при профилактическом осмотре у 11-месячного ребенка заметил неестественный сероватый цвет зрачков на обоих глазах. Зрачки 3 мм в диаметре, удовлетворительно реагируют на свет. Со слов матери ребенка, игрушки он различает, узнает родителей. Развивается ребенок нормально. Никакими инфекционными заболеваниями не болел. Глаза не краснели. Мать сказала, что на 3-м месяце беременности перенесла грипп в тяжелой форме. Какой Ваш предварительный диагноз? Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
	114	Ребенку 1,5 года. Почти с момента рождения определяется сероватый цвет зрачков. С узкими зрачками рефлекс с глазного дна не определяется. При расширении зрачков в проходящем свете, на фоне розового рефлекса в центре видно затемнение в виде диска, диаметром около 3 мм. Глазное дно без патологии. Физически ребенок развит слабо, часто болеет. Поставьте диагноз. Какое лечение для глаз необходимо

		назначить ребенку?
	115	Мальчик, 6 лет, жалуется на слезотечение, покраснение глаза, головную боль. Со слов родителей, ребенок в течение последней недели просыпается ночью из-за болей в правой половине головы. Плохо ест, часто трет правый глаз. Объективно: ОД – незначительная светобоязнь. Слабая перикорнеальная инъекция; роговица прозрачная, зрачок узкий, вяло реагирует на свет. Рисунок радужки нечеткий, цвет несколько темнее, чем слева, в стекловидном теле плавающие помутнения. Ваш диагноз? Какое местное лечение следует назначить в первую очередь?
	116	Для оформления в ясли-сад офтальмолог осмотрел девочку в возрасте 1 года и обнаружил, что зрачки обоих глаз имеют вид вертикального овала, суженного книзу. Зрачковая бахромка сохранена, зрачок хорошо реагирует на свет. При опросе матери выяснилось, что такую форму зрачка она заметила у дочери еще в роддоме.
	117	Девочка 9 лет страдает ревматизмом с 3-х летнего возраста. Последние 2 года у девочки периодически краснеют глаза. К врачу не обращались, т.к. покраснение проходило. Около 3-х месяцев назад девочка стала жаловаться, что очень плохо видит. Объективно: глаза спокойны. Роговица чистая. Радужка сероватого цвета. Зрачки обоих глаз неправильной звездчатой формы, на свет не реагируют. Область зрачка серого цвета больше слева. Visus OD = 0,01 не корр.; OS = 0,02 не корр. Ваш диагноз и рекомендации?
	118	Мальчик 10 лет выписан из больницы после лечения по поводу цереброспинального менингита. Вскоре стал жаловаться на боли в левом глазу, его красноту, слезотечение, отсутствие зрения. Плохо спал ночью. Зрение исчезло два дня назад, но тогда глаз не болел, был спокойным. В последующие два дня не только состояние глаза, но и общее состояние ухудшилось, поднялась температура, появился озноб. Объективно: Веки слегка отечные, глазная щель прикрыта. При раскрытии век виден хемоз слизистой глазного яблока, небольшой экзофтальм. Выраженная перикорнеальная инъекция. Гипопион, роговица лишена блеска. Радужка грязно-коричневого цвета, рисунок смазан. Зрачок 2 мм, на свет не реагирует. Рефлекс с глазного дна зеленоватый Visus = 1 /∞ pr. l. in certa. Пальпация глаза резко болезненная. Правый глаз без патологии. Предположительный диагноз. Ваша тактика.
	119	Призывник 18 лет, при медицинском обследовании в райвоенкомате предъявил жалобы на нарушение сумеречного зрения. Острота зрения обоих глаз 1,0 Цветоощущение по таблицам Рабкина не нарушено. О каком органическом заболевании глаз можно думать? Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
	120	Мальчик 14 лет, обратился к офтальмологу с жалобами на

		резкое снижение зрения на левый глаз. Два дня назад был удален длительно болевший 7 верхний зуб с левой стороны. Острота зрения левого глаза 0,07 не коррегируется. При наружном осмотре, осмотре боковым светом и проходящим светом патологии не выявлено. При осмотре глазного дна обнаружен желтовато-серого цвета участок в макулярной области с нечеткими контурами, слегка проминирующий в стекловидное тело. Ваш диагноз. Какова этиология заболевания, С какими заболеваниями его следует дифференцировать.
	121	Пациент 15 лет, находился на лечении в стационаре с диагнозом: ревматизм, активная фаза, ревмокардит Н II ст. Утром после подъема с постели отметил острую потерю зрения на правый глаз и незамедлительно обратился с данной жалобой к лечащему врачу. О каком осложнении должен прежде всего подумать врач? Какую неотложную помощь он должен оказать больному?
	122	В приемный покой больницы доставили девочку 9 лет со свежими ожогами глаз и лица пламенем вспыхнувшего бензина. Ресницы и брови обгорели, кожа лица гиперемирована, с отдельными пузырьками и некротическим участками. При разведении век векоподъемниками Вам удалось увидеть, что роговая оболочка правого глаза выглядит у ребенка умеренно помутневшей. Сквозь нее контур зрачка проступает достаточно ясно. Хуже обстоит дело с левым глазом, роговица которого по цвету напоминает «матовое стекло», а глублежащие отделы глаза почти не просматриваются. Как Вы оцените степень ожога и Ваша дальнейшая тактика?
	123	На прием обращается больной 12 лет с жалобами на боль в глазу при мигании, слезотечение, светобоязнь. Что-то попало на улице в глаз. Ваша тактика?
	124	К врачу обратился ребенок 15 лет, накануне наблюдавший за электросварочными работами, с жалобами на резкую боль в глазах, невозможность смотреть на свет. Указанные жалобы появились 2 часа назад. Зрение проверить не удается из-за резко выраженной светобоязни и блефароспазма. При насильственном раскрытии глазной щели векоподъемниками отмечается умеренная гиперемия конъюнктивы глазного яблока, других изменений переднего отдела глаза и заднего отдела не выявлено. Сформулируйте диагноз. Какую первую помощь должен оказать врач? Назначьте лечение.

Критерии и шкала оценки:

- **«Отлично»** ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями с правильным и свободным владением терминологии; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие.
- **«Хорошо»** ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие.

- **«Удовлетворительно»** ответ на вопрос задачи дан правильный. Объяснение хода ее решения не полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.
- **«Неудовлетворительно»** ответ на вопрос задачи дан не правильный. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют.

5.3.4 Задания для проверки практических навыков выпускников ординатуры, предназначенные для предъявления в процессе ГИА

Индекс компетенции	№ задания	Формулировка задания
ПК-5	125	выявить глазную патологию и правильно оценить степень ее тяжести,
	126	оказать первую врачебную помощь и обеспечить необходимые меры по организации профилактики, лечения и реабилитации больных с различными заболеваниями и повреждениями органа зрения
	127	поставить предварительный диагноз распространенных глазных заболеваний и повреждений;
	128	оказать первую врачебную помощь и принять решение о последующей врачебной тактике при воспалениях глаза,
	129	ожогах глаза, тупых и проникающих повреждениях глаза;
	130	выявить связь общего патологического процесса в организме больного с заболеванием органа зрения и дать врачебные рекомендации;
	131	выписать рецепт на очки при миопии, гиперметропии, пресбиопии, афакии;
	132	закапывать капли, закладывать мази в конъюнктивальную полость, промывать конъюнктивальную полость;
	133	удалять поверхностные инородные тела с конъюнктивы и роговицы;
	134	накладывать монокулярную и бинокулярную асептические повязки;
	135	методикой осмотра всех отделов конъюнктивы, выворота верхнего века;
	136	методикой осмотра и пальпации области слезного мешка
	137	лечебный массаж слезного мешка;
	138	методикой исследования офтальмотонуса пальпаторно;
	139	оформлять медицинскую документацию (историю болезни, амбулаторную карту).
	140	методом бокового освещения для осмотра переднего отрезка глаза;
	141	методом исследования прозрачности внутриглазных сред проходящим светом;
	142	методикой определения размеров, кривизны, чувствительности и целостности роговицы;
	143	методикой определения остроты и цветового зрения у лиц разного возраста с рождения;
	144	методикой исследования поля зрения ориентировочно, на

		периметре и контрольным способом;
	145	методикой выявления и определения бинокулярного характера зрения ориентировочно и на приборах;
	146	методикой определения клинической рефракции субъективными способами.

Критерии и шкала оценки:

- **«Отлично»** – ординатор обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений.
- **«Хорошо»** – ординатор обладает теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет.
- **«Удовлетворительно»** – ординатор обладает удовлетворительными теоретическими знаниями (знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем.
- **«Неудовлетворительно»** – ординатор не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

5.3.5 Тесты (тестовые задания)

Перечень тестов (тестовых заданий) формируется отдельно для каждой компетенции

Индекс компетенции	№ задания	Тест (тестовое задание)
ПК-5, ПК-6	147	**Самой тонкой стенкой орбиты является:** а) наружная стенка; б) верхняя стенка; в) внутренняя стенка; г) нижняя стенка; д) правильно А и Б.
	148	**Через верхнюю глазничную щель проходят:** а) глазничный нерв; б) глазодвигательные нервы; в) основной венозный коллектор глазницы; г) все перечисленное; д) правильно Б и В.
	149	**Канал зрительного нерва служит для прохождения:** а) зрительного нерва; б) глазничной артерии;

		в) и того, и другого; г) ни того, ни другого.
	150	**Слезный мешок расположен:** а) внутри глазницы; б) вне глазницы; в) частично внутри и частично вне глазницы.
	151	**Веки являются:** а) придаточной частью органа зрения; б) защитным аппаратом органа зрения; в) и тем, и другим; г) ни тем, ни другим.
	152	**При ранах век регенерация тканей:** а) высокая; б) низкая; в) существенно не отличается от регенерации тканей других областей лица; г) ниже, чем других областей лица.
	153	**Ветвями глазничной артерии является:** а) лобная артерия; б) надглазничная артерия; в) слезная артерия; г) все перечисленное; д) ни одна из перечисленных.
	154	**Отток крови из век направляется**: а) в сторону вен глазницы; б) в сторону лицевых вен; в) в оба направления; г) ни в одно из перечисленных.
	155	**Перикорнеальная инъекция свидетельствует о:** а) конъюнктивите; б) повышенном внутриглазном давлении; в) воспалении сосудистого тракта; г) любом из перечисленных; д) ни при одном из перечисленных.
	156	**К слезопродуцирующим органам относятся:** а) слезная железа и добавочные слезные железки; б) слезные точки; в) слезные канальцы; г) все перечисленное.
	157	**Иннервация слезной железы осуществляется:** а) парасимпатической нервной системой; б) симпатической нервной системой; в) по смешанному типу; г) соматической нервной системой.
	158	**Слезноносовой канал открывается в:** а) нижний носовой ход; б) средний носовой ход; в) верхний носовой ход; г) правильно Б и В.
	159	**Наименьшую толщину склера имеет в зоне:** а) лимба; б) экватора;

		в) диска зрительного нерва; г) правильно А и Б.
	160	**Роговая оболочка состоит из:** а) двух слоев; б) трех слоев; в) четырех слоев; г) пяти слоев; д) шести слоев.
	161	**Слои роговицы располагаются:** а) параллельно поверхности роговицы; б) хаотично; в) концентрично; г) правильно А и Б; д) правильно Б и В.
	162	**Питание роговицы осуществляется за счет:** а) краевой петлистой сосудистой сети; б) центральной артерии сетчатки; в) слезной артерии; г) всего перечисленного.
	163	**Сосудистый тракт глаза состоит из всех перечисленных слоев, кроме:** а) хориоидеи; б) ресничного тела; в) радужки; г) сосудов сетчатки; д) правильно А, Б, В.
	164165	**Функциональным центром сетчатки является:** а) диск зрительного нерва; б) центральная ямка; в) зона зубчатой линии; г) правильно А и В; д) правильно А и Б.
	166	**Отток жидкости из передней камеры осуществляется через:** а) область зрачка; б) капсулу хрусталика; в) зону трабекул; г) ничего их перечисленного; д) правильно А и Б.
	167	**Зрительный нерв выходит из орбиты глаза через:** а) верхнюю глазничную щель; б) for. opticum; в) нижнюю глазничную щель.
	168	**Склера предназначена для:** а) трофики глаза; б) защиты внутренних образований глаза; в) преломления света; г) всего перечисленного; д) ничего из перечисленного.
	169	**Сосудистый тракт выполняет:** а) трофическую функцию; б) функцию преломления света; в) функцию восприятия света;

		г) все перечисленное.
	170	**Сетчатка выполняет функцию:** а) преломления света; б) трофическую; в) восприятия света; г) все перечисленное.
	171	**Внутриглазную жидкость вырабатывает в основном:** а) радужка; б) хориоидея; в) хрусталик; г) цилиарное тело.
	172	**Тенонова капсула отделяет:** а) сосудистую оболочку от склеры; б) сетчатку от стекловидного тела; в) глазное яблоко от клетчатки орбиты; г) правильного ответа нет.
	173	**Боуменова мембрана находится между:** а) эпителием роговицы и стромой; б) стромой и десцеметовой оболочкой; в) десцеметовой оболочкой и эндотелием; г) правильного ответа нет.
	174	**Положение зубчатой линии соответствует:** а) зоне проекции лимба; б) месту прикрепления сухожилий прямых мышц; в) зоне проекции цилиарного тела; г) правильно А и В.
	175	**Хориоидея состоит из слоя:** а) мелких сосудов; б) средних сосудов; в) крупных сосудов; г) всего перечисленного; д) только А и Б.
	176	**Хориоидея питает:** а) наружные слои сетчатки; б) внутренние слои сетчатки; в) всю сетчатку; г) все перечисленное.
	177	**Зрительный нерв имеет:** а) мягкую оболочку; б) паутинную оболочку; в) твердую оболочку; г) все перечисленное; д) правильно А и Б.
	178	**Влага передней камеры служит для:** а) питания роговицы и хрусталика; б) преломления света; в) выведения отработанных продуктов обмена; г) всего перечисленного.
	179	**Мышечный аппарат глаза состоит из . . . экстраокулярных мышц:** а) четырех; б) пяти;

		в) шести; г) восьми; д) десяти.
	180	**"Мышечная воронка" берет свое начало от:** а) круглого отверстия; б) зрительного отверстия; в) верхней глазничной щели; г) нижней глазничной щели.
	181	**В пределах "мышечной воронки" находится:** а) зрительный нерв; б) глазничная артерия; в) глазодвигательный и отводящий нерв; г) все перечисленное.
	182	**Стекловидное тело выполняет:** а) трофическую функцию; б) "буферную" функцию; в) светопроводящую функцию; г) все перечисленное.
	183	**Ткани глазницы получают питание из:** а) решетчатых артерий; б) слезной артерии; в) глазничной артерии; г) центральной артерии сетчатки.
	184	**Кровоснабжение глазного яблока осуществляется:** а) глазничной артерией; б) центральной артерией сетчатки; в) задними цилиарными артериями; г) правильно А и Б; д) правильно Б и В.
	185	**Короткие задние цилиарные артерии питают:** а) роговицу; б) радужку; в) склеру; г) наружные слои сетчатки; д) все перечисленное.
	186	**Артериальный круг Геллера образован:** а) длинными задними цилиарными артериями; б) короткими задними цилиарными артериями; в) решетчатыми артериями; г) мышечными артериями; д) правильно А и В.
	187	**Кровоснабжение цилиарного тела и радужки осуществляется:** а) длинными задними цилиарными артериями; б) короткими задними цилиарными артериями; в) решетчатыми артериями; г) медиальными артериями век; д) всеми перечисленными.
	188	**Отток крови от тканей глазницы осуществляется через:** а) верхнюю глазничную вену; б) нижнюю глазничную вену; в) и ту, и другую;

		г) ни ту, ни другую.
	189	**Венозный отток крови из глаза и глазницы происходит в направлении:** а) кавернозного синуса; б) крылонебной ямки; в) вен лица; г) всех перечисленных образован.
	190	**Центральная артерия сетчатки питает:** а) хориоидею; б) внутренние слои сетчатки; в) наружные слои сетчатки; г) все перечисленное.
	191	**Глазничный нерв является:** а) чувствительным нервом; б) двигательным нервом; в) смешанным нервом; г) верно А и Б; д) верно Б и В.
	192	**Двигательную иннервацию экстраокулярных мышц осуществляют:** а) глазодвигательный нерв; б) отводящий нерв; в) блоковый нерв; г) все перечисленное; д) только А и Б.
	193	**В области хиазмы перекрещивается . . . % волокон зрительных нервов:** а) 25% ; б) 50% ; в) 75% ; г) 100 %
	194	**Цилиарный узел содержит в себе:** а) чувствительные клетки; б) двигательные клетки; в) симпатические клетки; г) все перечисленное; д) только А и В.
	195	**Развитие глаза начинается на:** а) 1-2-ой неделе внутриутробной жизни; б) 3-ей неделе внутриутробной жизни; в) 4-ой неделе внутриутробной жизни; г) 5-ой неделе внутриутробной жизни.
	196	**Сосудистая оболочка образуется из:** а) мезодермы; б) эктодермы; в) смешанной природы; г) верно А и Б.
	197	**Сетчатка образуется из:** а) эктодермы; б) нейроэктодермы; в) мезодермы; г) верно А и В.

	198	**Основной функцией зрительного анализатора, без которого не может быть всех остальных функций, является:** а) периферическое зрение; б) острота зрения; в) цветоощущение; г) светоощущение; д) стереоскопическое зрение.
	199	**При остроте зрения выше 1,0 величина угла зрения:** а) меньше 1 минуты; б) равна 1 минут; в) больше 1 минуты; г) равна 2 минутам.
	200	**Впервые таблицы для определения остроты зрения составил:** а) Головин; б) Сивцев; в) Снеллен; г) Ландольт; д) Орлова.
	201	**При парафовеолярной фиксации острота зрения у ребенка 10-12 лет равна:** а) больше 1,0; б) 1,0; в) 0,8-0,9; г) меньше 0,5.
	202	**У новорожденных зрение проверяют всеми перечисленными способами, кроме:** а) фиксации предметов глазами; б) двигательной реакции ребенка и кратковременному слежению; в) прямой и содружественной реакции зрачков на свет; г) кратковременному слежению.
	203	**В современных таблицах для определения остроты зрения самые мелкие буквы и картинки видны под углом зрения в:** а) 1 минуту; б) 2 минуты; в) 3 минуты; г) 4 минуты; д) 5 минут.
	204	**Если больной различает только первую строчку таблицы для определения остроты зрения с расстояния 1 метр, то он имеет остроту зрения, равную:** а) 0,1; б) 0,05; в) 0,02; г) 0,01.
	205	**Отсутствие у больного светоощущения указывает на:** а) интенсивное помутнение оптических сред глаза; б) распространенную отслойку сетчатки; в) поражение зрительного аппарата глаза; г) все перечисленное.
	206	**Колбочковый аппарат глаза определяет состояние**

		следующих функций: а) светоощущение; б) адаптацию к свету; в) остроту зрения; г) цветоощущение; д) правильно В и Г.
	207	**Световая адаптация характеризуется:** а) остротой зрения; б) величиной поля зрения; в) порогом различения; г) порогом раздражения; д) правильно В и Г.
	208	**Темновую адаптацию следует проверять у людей при:** а) подозрении на пигментную абиотрофию сетчатки, при осложненной миопии высокой степени; б) авитаминозах, циррозе печени; в) хориоидитах, отслойке сетчатки, застое диска зрительного нерва; г) профессиональном отборе шоферов, авиаторов, водителей поездов, при военной экспертизе; д) всем перечисленном.
	209	**При зрительном утомлении наблюдается расстройство:** а) световоспринимающего аппарата; б) двигательного аппарата; в) аккомодационного аппарата; г) всего перечисленного; д) только А и В.
	210	**Бинокулярное зрение возможно только при наличии:** а) достаточно высокой остроты обоих глаз; б) ортофории и гетерофории при нормальном фузионном рефлексе; в) эзофории и экзофории; г) всего перечисленного; д) правильно А и Б.
	211	**Аккомодативная астенопия развивается при всем перечисленном, за исключением:** а) нарушения фузионных возможностей зрительного анализатора; б) ослабления аккомодации; в) некоррегированных аномалий рефракции.
	212	**Мышечная астенопия глаз развивается при:** а) несоответствии между аккомодацией и конвергенцией; б) недостаточности аккомодации и слабой конвергенции; в) низкой остроте зрения; г) всем перечисленном; д) правильно А и Б.
	213	**Для формирования бинокулярного зрения необходимо следующее условие:** а) параллельное положение осей обоих глаз; б) нормальная конвергенция осей при взгляде на близко расположенные предметы; в) ассоциированные движения глаз в направлении

		фиксируемого предмета, нормальная фузия; г) острота зрения обоих глаз не менее 0,4; д) все перечисленное.
	214	**Критерием проверки стериоскопического зрения является:** а) различная четкость видения предметов на различном расстоянии от глаз; б) различная насыщенность цвета окружающих предметов; в) физиологическое двоение предметов, находящихся на разном расстоянии от глаз; г) в светотени на предметах при разном удалении их от глаз; д) все перечисленное.
	215	**При монокулярном зрении страдают следующие функции зрительного анализа:** а) снижается световая адаптация; б) ухудшается цветовое зрение; в) периферическое зрение; г) стереоскопическое зрение; д) правильно В и Г.
	216	**Адаптация глаз - это:** а) видение предметов при слабом освещении; б) способность глаза различать свет; в) приспособление глаза к различным уровням яркости света; г) все перечисленное.
	217	**Фузионный рефлекс появляется у ребенка к:** а) моменту рождения; б) 2 месяцам жизни; в) 4 месяцам жизни; г) 6 месяцам жизни; д) 1 году жизни
	218	**Расстройства темновой адаптации (геморалопия) может встречаться при:** а) увеитах, панувеитах, высоких степенях миопии; б) воспалительных поражениях зрительного нерва; в) недостатке или отсутствии в пище витамина "А", а также "В2" и "С"; г) воспалительных и дегенеративных поражениях сетчатки; д) всем перечисленном.
	219	**Величина слепого пятна на кампиметре равна в норме:** а) 3х2 см; б) 5х4 см; в) 3х6 см; г) 9х7 см; д) 10х8 см.
	220	**Центральная скотома может быть обусловлена всем перечисленным, кроме:** а) поражения зрительных центров в коре затылочной доли мозга; б) поражения области желтого пятна; в) поражения зрительного нерва, в частности - папилломакулярного пучка; г) полной атрофии зрительного нерва.
	221	**Гомонимная и гетеронимная гемианопсия наблюдается у**

		больных при: а) дегенеративных изменениях сетчатки; б) нарушениях кровообращения в области корковых зрительных центров; в) патологических изменениях зрительных путей; г) патологических процессов в области пучка Грациоле.
	222	**Рефлекс фиксации предметов возникает у ребенка к:** а) моменту рождения; б) 2 неделям жизни; в) 2 месяцам жизни; г) 4 месяцам жизни; д) 6 месяцам жизни.
	223	**Концентрическое сужение поля зрения и кольцевидная скотома встречаются при:** а) поражении хиазмы; б) пигментном поражении сетчатки; в) поражении зрительного тракта; г) всем перечисленном; д) ничем из перечисленного.
	224	**При отеке диска зрительного нерва увеличение слепого пятна в зрительном поле обусловлено:** а) нарушением связи между хориокапиллярами и зрительными клетками; б) присутствием белкового экссудата между сенсорной сетчаткой и пигментным эпителием сетчатки; в) смещением сенсорных элементов в перипапиллярной зоне сетчатки; г) всем перечисленным; д) только А и Б.
	225	**Восприятие всех цветов спектра света можно объяснить:** а) наличием различных кортикальных отделов зрительного анализатора, осуществляющих восприятие цветов; б) наличием различных слоев в боковом коленчатом теле; в) наличием трех различных видов рецепторов; г) всем перечисленным; д) ничем из перечисленного.
	226	**Хлоропсия - это видение окружающих предметов в:** а) желтом свете; б) красном свете; в) зеленом свете; г) синем свете.
	227	**Цвета ночью не воспринимаются в связи с тем, что:** а) недостаточна освещенность окружающих предметов; б) функционирует только палочковая система сетчатки; в) не функционирует колбочковая система сетчатки; г) все перечисленное.
	228	**При периметрическом обследовании физиологическая скотома в норме находится по отношению к точке фиксации в:** а) 15˚ с носовой стороны; б) 20˚ с носовой стороны; в) 15˚ с височной стороны;

		г) 20˚ с височной стороны; д) 30˚ с височной стороны.
	229	**Эритропсия - это видение окружающих в:** а) синем свете; б) желтом свете; в) красном свете; г) зеленом свете.
	230	**Ксантопсия - это ведение окружающих предметов в:** а) синем свете; б) желтом свете; в) зеленом свете; г) красном свете.
	231	**У больных с протанопией имеется выпадение:** а) зеленоощущаемого компонента; б) красноощущаемого компонента; в) синеощущаемого компонента; г) желтоощущаемого компонента; д) правильно Б и Г.
	232	**Цианопсия - это видение окружающих предметов в:** а) желтом свете; б) синем свете; в) зеленом свете; г) красном свете
	233	**Поле зрения на цвета имеет наименьший размер на:** а) красный цвет; б) желтый цвет; в) зеленый цвет; г) синий цвет.
	234	**У взрослых людей индивидуальные колебания границ поля зрения на белый цвет обычно не превышает:** а) 2-3 ˚; б) 5-10 ˚; в) 15-20 ˚; г) 25 ˚.
	235	**Поле зрения на цвета имеет наиболее широкие границы на:** а) красный цвет; б) желтый цвет; в) зеленый цвет; г) синий цвет.
	236	**У здорового взрослого человека верхняя граница поля зрения на белый цвет находится от точки фиксации в:** а) 45˚; б) 55 ˚; в) 65-70 ˚; г) 80-85 ˚
	237	**У здорового взрослого человека нижняя граница поля зрения на белый цвет находится от точки фиксации в:** а) 45 ˚; б) 50 ˚; в) 55 ˚; г) 65-70 ˚.
	238	**У здорового взрослого человека наружная граница поля**

		зрения на белый цвет находится от точки фиксации в: а) 70 ˚; б) 80 ˚; в) 90 ˚; г) 100 ˚.
	239	**У здорового взрослого человека внутренняя граница поля зрения на белый цвет находится от точки фиксации в:** а) 25-30 ˚; б) 40-45 ˚; в) 55 ˚; г) 65 ˚.
	240	**Особенностью сумеречного зрения является все перечисленное, кроме:** а) сужения полей зрения; б) бесцветности; в) понижения остроты зрения; г) изменения яркости (светлоты) цветов.
	241	**Для нормального формирования стереоскопического зрения необходимо иметь:** а) нормальное периферическое зрение; б) высокую остроту зрения; в) нормальное трихроматическое зрение; г) бинокулярное зрение.
	242	**Внутриглазное давление у взрослого человека в норме не должно превышать:** а) 20 мм рт. ст. ; б) 23 мм рт. ст. ; в) 25 мм рт. ст. ; г) 26 мм рт. ст.
	243	**Объективное изменение тонуса глаза нельзя выявить при:** а) тонометрии тонометром Маклакова; б) пальпаторном измерении; в) тонометрии тонометром Дашевского; г) тонографии.
	244	**РН слезы у взрослого человека:** а) равна 7,5 в норме; б) при заболевании глаз и век - сдвиг РН выше 7,8 или ниже 6,6; в) при повреждении роговицы - сдвиг РН в щелочную сторону; г) все ответы правильны; д) правильны А и В.
	245	**Слеза активно проводится в нос из конъюктивального мешка благодаря:** а) капиллярности слезных точек и слезных канальцев; б) сокращению слезного мешка; в) силе тяжести слезы; г) отрицательному давлению в слезном мешке; д) всему перечисленному.
	246	**Бактерицидное действие слезы обеспечивает присутствие в ней:** а) лидазы; б) химопсина; в) лизоцима;

		г) фосфатазы.
	247	**Мелкие железки Краузе, расположенные в сводах конъюнктивальной полости, выделяют:** а) сальный секрет; б) слизистый секрет; в) слезу; г) правильно А и Б.
	248	**Нормальная частота мигания веками достигает у детей 8-12 в 1 минуту к:** а) 6 месяцам жизни; б) 1 году жизни; в) 5 годам жизни; г) 7-10 годам жизни; д) 15-16 годам жизни.
	249	**У новорожденных часто во время сна веки смыкаются неполностью из-за того, что:** а) короткие веки и слабо развиты мышцы век; б) несовершенна иннервация мышц век черепно-мозговыми нервами; в) глаза выступают вперед из-за относительно неглубокой глазницы; г) верно А и В; д) верно все перечисленное.
	250	**Проба Веста считается положительной, если красящее вещество уходит полностью из конъюктивального мешка за:** а) 2 минуты; б) 5 минут; в) 7 минут; г) 10 минут;
	251	**Вторая часть пробы Веста считается положительной, если красящее вещество пройдет в нос из конъюктивального мешка не позднее:** а) 3 минут; б) 5 минут; в) 7 минут; г) 10 минут; д) 15 минут.
	252	**Для контрастной рентгенографии слезных путей используются:** а) фпюоресцеин; б) колларгол; в) иодлипол; г) все перечисленные препараты; д) только А и Б.
	253	**Нормальное слезоотделение формируется у детей обычно к:** а) 1 месяцу жизни; б) 2-3 месяцам жизни; в) 6 месяцам жизни; г) 1 году жизни.
	254	**Мейбомиевы железы, расположенные в хрящевой пластинке век, выделяют:**

		а) слезу; б) слизистый секрет; в) сальный секрет; г) правильно Б и В.
	255	**Секрет мейбомиевых желез необходим для:** а) смазывания поверхности роговицы и конъюнктивы глаза; б) смазывания края век, предохраняя эпителий от мацерации; в) питания эпителия конъюнктивы глаза и век; г) всего перечисленного.
	256	**Низкая чувствительность роговицы у детей первых месяцев жизни связана с:** а) особенностями строения ее эпителия; б) особенностями строения чувствительных нервных окончаний; в) незавершением развития тройничного нерва; г) всем перечисленным.
	257	**Чувствительность роговицы выше в:** а) области лимба; б) перилимбальной зоне; в) парацентральной зоне; г) центральной области; д) одинакова по всей поверхности.
	258	**Чувствительность роговицы страдает при поражении:** а) лицевого нерва б) глазодвигательного нерва; в) тройничного нерва; г) правильно А и Б; д) правильно А и В.
	259	**Роговица и конъюнктива глаза постоянно увлажняются за счет:** а) секрета слезных желез; б) секрета сальных желез; в) секрета слизистых желез; г) всего перечисленного; д) только А и В.
	260	**У пожилых людей в ткани роговицы накапливается все перечисленное, кроме:** а) липидов; б) солей кальция; в) воды; г) глобулиновых фракций белка.
	261	**Преломляющая сила роговицы составляет от всей преломляющей силы оптической системы глаза:** а) до 30%; б) до 50%; в) до 70%; г) до 85%.
	262	**Вещество стромы роговицы является слабым антигеном вследствие того, что:** а) не содержит сосудов; б) содержит мало белка; в) клетки в строме роговицы широко отделены друг от друга

		мукополисахаридами; г) все перечисленное; д) только Б и В.
	263	**На прохождение жидкостей, газов и электролитов через ткани роговицы внутрь глаза оказывают влияние состояние:** а) эпителия роговицы; б) клеточных мембран эндотелия роговицы; в) десцеметовой мембраны роговицы; г) стомы роговицы; д) правильно А и Б.
	264	**В результате нарушения функции эндотелия роговицы возможно возникновение всех перечисленных патологических изменений, кроме:** а) дистрофических процессов в роговице; б) язвы роговицы; в) отека эпителия роговицы; г) отека стромы роговицы.
	265	**Отек эпителия роговицы является одним из симптомов:** а) ирита и иридоциклита; б) повышения внутриглазного давления; в) эндотелиально-эпителиальной дистрофии; г) всего перечисленного; д) только Б и В.
	266	**Водяная влага образуется в глазу благодаря:** а) фильтрации из стекловидного тела; б) фильтрации из водоворотных вен; в) осмоса через роговицу; г) секреции (ультрафильтрации) из сосудов ресничного тела; д) правильно Б и В.
	267	**Вода во внутриглазной жидкости составляет:** а) 50%; б) 70%; в) 90%; г) 99%; д) 85%.
	268	**Барьер "кровь-водяная влага" осуществляется всеми перечисленными структурами, кроме:** а) эпителия реснитчатых отростков ресничного тела; б) мембраны Бруха; в) стекловидного тела; г) пигментного эпителия сосудистой оболочки; д) параоптической сетчатки.
	269	**Физиологическое значение радужки сводится ко всем следующим факторам, кроме:** а) бактерицидного; б) защиты сетчатки от ультрафиолетовой части спектра солнечного света и регулирования (дозирования) поступ- ления света в задний отдел глаза; в) участия в ультрафильтрации и оттоке внутриглазной жидкости; г) центрирования пучка света на макулярную область сетчатки.

	270	**Водянистая влага обеспечивает все следующие функции, кроме:** а) поддержания определенного уровня внутриглазного давления; б) вымывания шлаковых веществ из глаза; в) питания бессосудистых структур глаза; г) проведения света к сетчатке; д) бактерицидного и бактериостатического действия.
	271	**В хрусталике ребенка содержится до:** а) 40% воды; б) 50% воды; в) 65% воды; г) 75% воды; д) 90% воды.
	272	**Основная роль в окислительно-восстановительных процессах белков хрусталика принадлежит:** а) альбуминам; б) глобулинам; в) цистеину; г) всем в одинаковой степени; д) ни одному из перечисленных.
	273	**К формированию плотного ядра хрусталика приводят все перечисленные процессы, кроме:** а) уплотнения внутренних волокон хрусталика в связи с постоянным образованием новых волокон; б) накопления солей кальция; в) увеличения в хрусталике нерастворимых фракций белков альбуминоидов; г) уменьшения кристаллинов.
	274	**Краевая сосудистая сеть роговицы на здоровом глазу не определяется в связи с тем, что эти сосуды:** а) не наполнены кровью; б) прикрыты непрозрачной склерой; в) имеют очень малый калибр; г) по цвету не отличаются от окружающих тканей; д) все перечисленное правильно.
	275	**Перикорнеальная инъекция сосудов не характерна для:** а) воспалительных процессов роговицы; б) конъюнктивитов; в) ирита и иридоциклита; г) всего перечисленного; д) верно А и Б.
	276	**Появление перикорнеальной инъекции глаза можно объяснить:** а) наполнением кровью сосудов краевой петлистой сети; б) повышением внутриглазного давления; в) повышением давления в сосудистом русле глаза; г) усилившимся кровенаполнением этой части сосудистой сети глаза.
	277	**Способность эпителия роговицы к быстрой регенерации обусловливает:** а) врастание эпителия роговицы в переднюю камеру при

		длительном зиянии раны роговицы или плохо проведенной хирургической обработке раны; б) быстрое самоизлечение поверхностных повреждений роговицы; в) быстрое восстановление чувствительности роговицы; г) только А и Б; д) все перечисленное.
	278	**Четырехгранная пирамидальная форма глазницы формируется у ребенка к:** а) 1 месяцу жизни; б) 3 месяцам жизни; в) 6-12 месяцам; г) 2 годам жизни; д) 5 годам жизни.
	279	**Неравномерное развитие глазниц у ребенка может быть обусловлено всеми перечисленными патологическими состояниями, кроме:** а) одностороннего микрофтальма; б) одностороннего буфтальма; в) новообразований глазницы; г) оптической анизометропии.
	280	**Прямая и содружественная реакции зрачков на свет формируется у ребенка к:** а) моменту рождения; б) 3 месяцам жизни; в) 6 месяцам жизни; г) 1 году жизни; д) 3 годам жизни.
	281	**Радужная оболочка новорожденных имеет все следующие особенности, кроме:** а) светлой окраски из-за малого количества меланина; б) слабой выраженности пигментной каймы; в) невыраженности крипт и лакун; г) ригидности зрачка; д) выраженного контурирования стромальных сосудов, особенно малого круга кровообращения.
	282	**Максимальное расширение зрачка под действием мидриатиков можно получить у ребенка в возрасте:** а) сразу после рождения; б) 3 месяцев жизни; в) 6 месяцев жизни; г) 1 года жизни; д) 3 лет жизни.
	283	**Чувствительность цилиарного тела формируется у ребенка только к:** а) 6 месяцам жизни; б) 1 году жизни; в) 3 годам жизни; г) 5-7 годам жизни; д) 8-10 годам.
	284	**Аккомодационная способность глаз достигает максимума к:** а) 5 годам жизни;

		б) 7-8 годам жизни; в) 10 годам жизни; г) 15-17 годам жизни; д) 20 годам жизни.
	285	**За первый год жизни сагиттальный размер глаза увеличивается в среднем на:** а) 1,5 мм; б) 2-2,5 мм; в) 3-3,5 мм; г) 4-4,5 мм.
	286	**От 1 года до 15 лет сагиттальный размер глаза в среднем увеличивается на:** а) 2 мм; б) 2,5 мм; в) 3-3,5 мм; г) 4-5 мм; д) 5,5 мм.
	287	**У взрослого человека с эмметропической рефракцией сагиттальный размер глаза в среднем равен:** а) 20 мм; б) 21 мм; в) 23 мм; г) 25 мм; д) 26 мм.
	288	**Отсутствие болевого симптома при заболевании хориоидеи можно объяснить:** а) автономностью этой зоны сосудистой оболочки глаза; б) нарушением нормальной нервной проводимости в заднем отделе сосудистой оболочки глаза; в) отсутствием в хориоидее чувствительных нервных окончаний; г) всем перечисленным.
	289	**При обтурации вортикозных вен в хориоидее отмечаются секторально расположенные патологические изменения, что можно объяснить:** а) квадрантным распределением вортикозных вен; б) отсутствием анастомозов между вортикозными венами; в) застоем крови в квадранте, дренируемом обтурирован- ной веной; г) всем перечисленным; д) только А и В.
	290	**В связи с тем, что протеины хрусталика органоспецифичны, при нарушении целостности сумки хрусталика в водянистой влаге и сыворотке появляются антитела, что приводит к:** а) эндотелиально-эпителиальной дегенерации роговицы; б) факолитической глаукоме; в) факоанафилактическому увеиту; г) всему перечисленному; д) только А и Б.
	291	**В стекловидном теле содержится воды:** а) до 40%; б) до 50%;

		в) до 60%; г) до 85%; д) до 98%.
	292	**Основная функция мембраны Бруха состоит в:** а) защите сетчатки от токсических компонентов крови; б) осуществлении обмена веществ между кровью и клетками пигментного эпителия сетчатки; в) барьерной функции; г) отграничении хориоидеи от пигментного эпителия сетчатки.
	293	**Основная роль вортикозных вен состоит в:** а) регуляции внутриглазного давления; б) оттоке венозной крови из заднего отдела глаза; в) теплорегуляции тканей глаза; г) всем перечисленном; д) только А и Б.
	294	**К функциям стекловидного тела относятся все перечисленные, кроме:** а) участия в регуляции внутриглазного давления; б) выполнения защитной функции глаза; в) участия в трофике хрусталика и сетчатки; г) обеспечения стабильной формы глаза: стекловидное тело - опорная ткань глаза; д) обеспечения свободного прохождения света к сетчатке.
	295	**К отслойке сетчатки могут привести следующие патологические состояния стекловидного тела:** а) задняя отслойка стекловидного тела; б) разжижение стекловидного тела; в) шварты стекловидного тела, спаянные с сетчаткой; г) все перечисленное; д) только А и В.
	296	**В общей массе хрусталика белки составляют:** а) свыше 50%; б) свыше 30%; в) свыше 15%; г) до 10%.
	297	**Водорастворимые протеины хрусталика (кристаллины) представлены:** а) альфа - глобулинами; б) бета - глобулинами; в) гамма - глобулинами; г) всеми перечисленными; д) только А и Б.
	298	**Преломляющая сила хрусталика составляет:** а) до 10 диоптрий; б) до 20 диоптрий; в) до 30 диоптрий; г) до 35-40 диоптрий; д) до 50 диоптрий.
	299	**Желтый оттенок хрусталика у лиц пожилого возраста зависит от:** а) накопления липидов в веществе хрусталика; б) накопления холестерина в веществе хрусталика;

		в) накопления тирозина в веществе хрусталика; г) уплотнения вещества хрусталика; д) всего перечисленного.
	300	**От слоя крупных сосудов хориоидеи отходит . . . вортикозных вен:** а) 2-3; б) 4-6; в) до 8; г) до 10; д) более 10.
	301	**Интенсивность окраски глазного дна объясняется в основном:** а) количеством пигмента в сетчатке; б) количеством хроматофоров; в) степенью густоты капиллярной сети хориокапиллярного слоя хориоидеи; г) всем перечисленным; д) только А и Б.
	302	**К 1 году жизни ребенка в области макулы исчезают следующие слои сетчатки:** а) со 2-го по 6-й слои сетчатки; б) с 5-го по 9-й слои сетчатки; в) с 3-го по 7-й слои сетчатки; г) с 7-го по 9-й слои сетчатки.
	303	**Лучше всего видны сосуды хориоидеи при офтальмоскопии у:** а) блондинов; б) брюнетов; в) лиц черной расы; г) альбиносов.
	304	**Пульсация артерии сетчатки указывает на:** а) нормальный ток крови у совершенно здорового человека; б) склеротические изменения сосудов; в) повышенное артериальное давление и недостаточность аортальных клапанов; г) разницу диастолического давления в центральной части артерии сетчатки и внутриглазного; д) все перечисленное.
	305	**В норме на сосудах сетчатки видны при офтальмоскопии блестящие узкие линии, которые можно объяснить:** а) световым рефлексом от блестящей стенки кровеносного сосуда; б) прерывистым током крови по сосудам; в) световым рефлексом от столба крови в сосудах; г) разницей отражения света от поверхности сетчатки и поверхности сосудов; д) всем перечисленным.
	306	**У здорового взрослого человека соотношение калибра артерий и вен сетчатки определяется как:** а) 1:2; б) 2:3; в) 1:1;

		г) 1:1,5.
	307	**Так называемое "паркетное" глазное дно можно объяснить:** а) незначительным количеством ретинального пигмента; б) большим количеством хориоидального пигмента; в) просвечиванием сосудистой оболочки на отдельных участках глазного дна; г) всем перечисленным; д) только В и Б.
	308	**Интенсивность цвета глазного дна при офтальмоскопии складывается из:** а) цвета ретинального пигмента "темно-коричневого"; б) белого цвета склеры; в) красного цвета от крови в сосудистой оболочке и количества меланина; г) всего перечисленного; д) только А и Б.
	309	**Интенсивность цвета глазного дна при офтальмоскопии складывается из:** а) цвета ретинального пигмента "темно-коричневого"; б) белого цвета склеры; в) красного цвета от крови в сосудистой оболочке и количества меланина; г) всего перечисленного; д) только А и Б.
	310	**Окраска диска зрительного нерва слагается из всего перечисленного, кроме:** а) сероватого цвета волокон зрительного нерва; б) белого цвета соединительнотканных волокон решетчатой пластинки склеры; в) красного цвета сосудов; г) пигмента меланина.
	311	**Наружная половина диска зрительного нерва несколько бледнее внутренней в связи с тем, что там:** а) слой нервных волокон тоньше; б) количество сосудов меньше; в) мало пигмента; г) правильно А и Б; д) правильно Б и В.
	312	**Показаниями к проведению флюресцентной антиографии являются:** а) сосудистые заболевания сетчатки и зрительного нерва; б) воспалительные заболевания сетчатки и зрительного нерва; г) все перечисленное; в) дегенеративные изменения сетчатки и хориоидеи; д) только А и Б.
	313	**Показаниями к проведению флюресцентной антиографии являются:** а) сосудистые заболевания сетчатки и зрительного нерва; б) воспалительные заболевания сетчатки и зрительного нерва; г) все перечисленное; в) дегенеративные изменения сетчатки и хориоидеи; д) только А и Б.

	314	**Противопоказаниями к проведению флюоресцентной ангиографии являются:** а) аллергия к флюоресцеину и полиаллергия; б) болезни печени и почек; в) сердечно-легочная декомпенсация; г) бронхиальная астма; д) все перечисленное.
	315	**Ретинальные сосуды становятся проницаемыми для флюоресцеина при всех перечисленных состояниях, кроме:** а) некроза ретинальных сосудов; б) ретинальных и преретинальных кровоизлияний; в) воспалительных процессах; г) застоя в капиллярах; д) неоваскуляризации.
	316	**К проводящим путям зрительного анализатора следует относить все перечисленное, кроме:** а) зрительного тракта; б) сетчатки; в) зрительных нервов; г) хиазмы.
	317	**Электроретинограмма отражает состояние:** а) внутренних слоев сетчатки; б) наружных слоев сетчатки; в) подкорковых зрительных центров; г) корковых зрительных центров.
	318	**Порог электрической чувствительности отражает состояние:** а) наружных слоев сетчатки; б) внутренних слоев сетчатки; в) папилло-макулярного пучка зрительного нерва; г) подкорковых зрительных центров.
	319	**Показатель лабильности, измеряемый по критической частоте исчезновения фосфена, характеризует:** а) состояние наружных слоев сетчатки; б) функциональное состояние внутренних слоев сетчатки; в) функциональное состояние проводящих путей - папилло-макулярного пучка; г) функциональное состояние подкорковых центров зрительного анализатора; д) все перечисленное верно.
	320	**Электроэнцефалограмма при офтальмологическом обследовании позволяет судить о состоянии:** а) наружных и внутренних слоев сетчатки; б) проводящих путей зрительного анализатора; в) коркового зрительного центра; г) отчасти подкоркового зрительного центра зрительного анализатора; д) только В и Г.
	321	**Противопоказаниями для диагностического ультразвукового исследования глаза является:** а) кровоизлияние в стекловидное тело; б) металлическое внутриглазное инородное тело;

		в) эндофтальмит; г) свежее проникающее обширное ранение глаза; д) все перечисленное верно.
	322	**Рефракцией оптической системы называется:** а) состояние, тесно связанное с конвергенцией; б) преломляющая сила оптической системы, выраженная в диоптриях; в) способность оптической системы нейтрализовать проходящий через нее свет; г) отражение оптической системой падающих на нее лучей; д) система линз, расположенных на определенном расстоянии друг от друга.
	323	**Пределами изменения физической рефракции глаза являются:** а) от 0 до 20 диоптрий; б) от 21 до 51 диоптрии; в) от 52 до 71 диоптрии; г) от 72 до 91 диоптрий; д) от 91 до 100 диоптрий.
	324	**Клиническая рефракция - это:** а) соотношение между оптической силой и длиной оси глаза; б) преломляющая сила оптической системы, выраженная в диоптриях; в) радиус кривизны роговицы; г) преломляющая сила хрусталика; д) главные плоскости оптической системы.
	325	**Различают следующие виды клинической рефракции:** а) дисбинокулярную и обскурационную; б) истерическую и анизометропическую; в) роговичную и хрусталиковую; г) витреальную и ретинальную; д) статическую и динамическую.
	326	**Статическая рефракция отражает:** а) преломляющую силу роговицы; б) получение изображения на сетчатке в состоянии покоя аккомодации; в) преломляющую силу хрусталика; г) преломляющую силу камерной влаги; д) преломляющую силу оптической системы глаза относительно сетчатки при действующей аккомодации.
	327	**Под динамической рефракцией понимают:** а) преломляющую силу оптической системы глаза относительно сетчатки при действующей аккомодации б) преломляющую силу роговицы в) преломляющую силу камерной влаги г) радиус кривизны роговицы д) радиус кривизны хрусталика
	328	**Дальнейшая точка ясного видения - это точка:** а) расположенная на вершине роговицы; б) к которой установлен глаз в состоянии покоя аккомодации; в) расположенная в 1 м от глаза; г) расположенная в области передней главной плоскости;

		д) ясного видения при максимальном напряжении аккомодации.
	329	**Дальнейшая точка ясного видения при эмметропии находится в:** а) 5 м от глаза; б) 4 м от глаза; в) 3 м от глаза; г) бесконечности; д) позади глаза.
	330	**Дальнейшая точка ясного видения при миопии находится:** а) в бесконечности; б) на сетчатке; в) перед глазом на конечном расстоянии; г) в области роговицы; д) позади глаза.
	331	**Дальнейшая точка ясного видения при гиперметропии находится:** а) в бесконечности; б) перед глазом на конечном расстоянии; в) в области роговицы; г) на сетчатке; д) позади глаза.
	332	**Миопии слабой степени соответствуют следующие значения рефракции:** а) до 2,5 диоптрий б) до 2,75 диоптрий в) до 3,0 диоптрий включительно; г) до 3,25 диоптрий; д) до 3,5 диоптрий.
	333	**Миопии средней степени соответствуют следующие значения рефракции:** а) от 2,5 до 5,5 диоптрий; б) от 2,75 до 5,75 диоптрий; в) от 3,0 до 6,0 диоптрий; г) от 3,25 до 6,0 диоптрий; д) от 3,5 до 6,25 диоптрий.
	334	**Миопии высокой степени соответствуют следующие значения рефракции:** а) более 5,5 диоптрий; б) более 5,75 диоптрий; в) более 6,0 диоптрий; г) более 6,25 диоптрий; д) более 6,5 диоптрий.
	335	**Линза - это:** а) оптическая система, ограниченная преломляющими поверхностями; б) ткань организма, поглощающая свет; в) оптическая деталь, гасящая изображение; г) только Б и В.
	336	**По форме преломляющих поверхностей различают линзы**: а) сферические; б) цилиндрические;

		в) торические; г) только А и Б; д) все перечисленное.
	337	**Линзы обладают:** а) сферическим действием; б) астигматическим и призматическим действием; в) эйконическим действием; г) правильно А и Б; д) всеми перечисленными.
	338	**Выпуклая и вогнутая линзы падающие на них лучи:** а) выпуклая - собирает, вогнутая - рассеивает; б) гасят; в) отражают; г) делают параллельными.
	339	**Фокусом линзы называется:** а) центр ее сферической поверхности; б) центр ее плоской поверхности; в) центр ее цилиндрической поверхности; г) центр ее торической поверхности; д) точка, в которой собирается пучок падающих на линзу параллельных лучей.
	340	**Преломляющей силой линзы называется:** а) радиус кривизны передней поверхности линзы; б) величина, обратная ее фокусному расстоянию; в) радиус кривизны задней поверхности линзы; г) фокусное расстояние линзы; д) толщина линзы.
	341	**За 1 диоптрию принимают преломляющую силу линзы с фокусным расстоянием:** а) 100 м; б) 10 м; в) 1 м; г) 10 см; д) 1 см.
	342	**Преломляющая сила линзы с фокусным расстоянием в 0,5 м равна:** а) 4,0 диоптриям; б) 2,0 диоптриям; в) 1,0 диоптрии; г) 0,5 диоптрии; д) 0,1 диоптрии.
	343	**Преломляющая сила линзы с фокусным расстоянием в 0,25 м составляет:** а) 4,0 диоптрии; б) 2,0 диоптрии; в) 1,0 диоптрии; г) 0,5 диоптрии; д) 0,1 диоптрии.
	344	**Преломляющая сила линзы с фокусным расстоянием в 2,0 м составляет:** а) 4,0 диоптрии; б) 2,0 диоптрии;

		в) 1,0 диоптрии; г) 0,5 диоптрии; д) 0,1 диоптрии;
	345	**У пациента с дальнейшей точкой ясного видения в 1,0 м имеет место миопия в:** а) 1,0 диоптрию; б) 2,0 диоптрии; в) 4,0 диоптрии; г) 5,0 диоптрий; д) 10,0 диоптрий.
	346	**У пациента с дальнейшей точкой ясного видения в 0,5 м имеет место миопия в:** а) 1,0 диоптрию; б) 2,0 диоптрии; в) 4,0 диоптрии; г) 5,0 диоптрий; д) 10,0 диоптрий.
	347	**У пациента с дальнейшей точкой ясного видения в 10 см имеет место миопия в:** а) 1,0 диоптрию; б) 2,0 диоптрии; в) 4,0 диоптрии; г) 5,0 диоптрий; д) 10,0 диоптрий.
	348	**Различают следующие виды астигматизма:** а) простой, сложный, смешанный; б) прямой, обратный, с косыми осями; в) правильный, неправильный, роговичный, хрусталиковый; г) правильно А и Б; д) все перечисленное.
	349	**В зависимости от положения сетчатки относительно фокальных линий различают следующие виды астигматизма:** а) простой и сложный гиперметропический; б) простой и сложный миопический; в) смешанный; г) правильно А и Б; д) все перечисленное.
	350	**В зависимости от положения главных меридианов различают следующие типы астигматизма:** а) прямой; б) обратный; в) с косыми осями; г) правильно А и Б; д) все перечисленные.
	351	**Правильным называют астигматизм:** а) при котором в каждом из главных меридианов преломляющая сила остается постоянной; б) при котором в двух главных меридианах преломляющая сила одинакова; в) при котором в каждом из главных меридианов преломляющаяся сила меняется;

		г) физиологический астигматизм; д) при котором разность рефракции в двух главных меридианах не превышает 2,0 диоптрии.
	352	**Сферическим эквивалентом называют:** а) рефракцию в главных меридианах астигматического глаза; б) рефракцию сферичного глаза; в) рефракцию роговицы; г) рефракцию хрусталика; д) среднюю арифметическую рефракцию двух главных меридианов астигматического глаза.
	353	**Положительная линза:** а) перемещает фокус вперед и увеличивает изображение; б) корригирует гиперметропию; в) ослабляет аккомодацию и усиливает экзофорию; г) несколько смещает от глаза зоны дальнейшего и ближайшего видения; д) все перечисленное.
	354	**Отрицательная линза:** а) перемещает фокус кзади и уменьшает изображение; б) корригирует миопию; в) усиливает стимул к аккомодации и экзофорию; г) несколько приближает к глазу зоны дальнейшего и ближайшего видения; д) все перечисленное.
	355	**Дезадаптация зрительной системы к гиперметропии может заключаться в:** а) рефракционной амблиопии и астенопических жалобах; б) нарушении бинокулярного зрения и появлении сходящегося косоглазия; в) увеличении степени гиперметропии; г) правильно А и Б; д) все перечисленное.
	356	**Дезадаптация зрительной системы к миопии может проявляться:** а) прогрессирующим снижением некоррегированной остроты зрения, а также астенопическими жалобами; б) нарушением бинокулярного зрения и появлением расходящегося косоглазия; в) уменьшением степени миопии; г) правильно А и Б; д) всем перечисленным.
	357	**Существуют следующие методы определения рефракции при помощи линз:** а) методы, основанные на получении максимальной остроты зрения и методы,основанные на нейтрализации видимого движения объекта; б) методы, в основу которых положена хроматическая аберрация глаза; в) методы, использующие феномен Шейнера - монокулярное двоение объекта; г) правильно А и В; д) все перечисленное.

	358	**К объективным методам исследования рефракции относятся:** а) скиаскопия; б) рефрактометрия; в) авторефрактометрия; г) правильно А и Б; д) все перечисленное.
	359	**Одноименное движение светового пятна при скиаскопии плоским зеркалом свидетельствует, что на исследуемом глазу рефракция:** а) гиперметропическая; б) эмметропическая; в) миопическая менее 1 дптр. ; г) все перечисленное; д) только А и Б.
	360	**Исследование рефракции глаза до применения циклоплегических средств у детей и подростков включает:** а) определение остроты зрения каждого глаза; б) скиаскопию (ориентировочную) ; в) проведение пробы с положительными и отрицательными линзами; г) правильно А и Б; д) все перечисленное.
	361	**Исследование рефракции глаза в условиях циклоплегии включает:** а) скиаскопию, а при необходимости рефрактометрию и офтальмометрию; б) определение остроты зрения каждого глаза без диафрагмы с линзами,полностью корригирующими аметропию; в) проведение проб, уточняющих силу и ось цилиндрического стекла; г) правильно А и Б; д) все перечисленное.
	362	**Рефрактометр служит для:** а) объективного определения рефракции глаза; б) определения сферического и астигматического компонентов рефракции; в) установления главных сечений астигматичного глаза; г) правильно Б и В; д) всего перечисленного.
	363	**Состояние аккомодации, при котором рекомендуется проводить рефрактометрию:** а) медикаментозный паралич аккомодации; б) частично выключенная аккомодация; в) нерасслабленная аккомодация; г) только А и Б; д) все перечисленное.
	364	**Офтальмометр служит для:** а) измерения радиуса кривизны передней поверхности роговицы; б) измерения преломляющей силы передней поверхности роговицы;

		в) измерения роговичного астигматизма; г) только А и Б; д) всего перечисленного.
	365	**В обследование пациента с целью назначения оптической коррекции входят:** а) первое обследование в естественных условиях, затем обследование в условиях циклоплегии; б) повторное обследование в естественных условиях и в готовых очках; в) повторное обследование в условиях циклоплегии; г) только А и Б; д) все перечисленное.
	366	**Оптическую коррекцию гиперметропии назначают при:** а) гиперметропии более 3,5 диоптрий у детей раннего возраста; б) астенопических жалобах или понижении зрения хотя бы на одном глазу; в) постоянном или периодическом сходящемся косоглазии; г) только А и Б; д) всем перечисленном.
	367	**Оптическую коррекцию миопии назначают при:** а) миопии в 1-2 диоптрии коррекцией пользуются при необходимости; б) миопии больше 2 диоптрий назначают полную или почти полную коррекцию вдаль; в) миопии в 1-2 диоптрии назначают постоянную полную коррекцию; г) правильно А и Б; д) всем перечисленном.
	368	**Общие правила назначения очков при астигматизме предусматривают:** а) при астигматизме всех видов, сопровождающемся снижением остроты зрения, показано постоянно ношение очков; б) астигматический компонент коррекции назначают по субъективной переносимости с тенденцией к полному исправлению астигматизма; в) сферический компонент коррекции выписывают в соответствии с общими правилами; г) все перечисленное; д) только Б и В.
	369	**При анизометропии:** а) назначается постоянная оптическая коррекция; б) при коррекции обязательно учитывают субъективно переносимую разницу между силой линз для правого и левого глаза; в) при высоких степенях анизометрии (5,0 диоптрий и более) целесообразно использовать контактную коррекцию; г) все перечисленное; д) только А и Б.
	370	**Для чтения гиперметропу в 1 диоптрию в возрасте 50 лет необходимы очки в:** а) +1 диоптрию; б) +2 диоптрии;

		в) +3 диоптрии; г) +4 диоптрии; д) +5 диоптрий.
	371	**Для чтения эмметропу в 60 лет требуются очки в:** а) +1 диоптрию; б) +2 диоптрии; в) +3 диоптрии; г) +4 диоптрии; д) +5 диоптрий.
	372	**Аккомодация - это:** а) статическая рефракция; б) преломляющая сила роговицы; в) переднезадняя ось глаза; г) приспособление зрительного аппарата к рассматриванию предметов на различных расстояниях от глаза; д) все перечисленное.
	373	**Физиологический механизм аккомодации состоит в том, что:** а) цилиарная мышца сокращается, расслабляются зонулярные волокна; б) ослабляется степень натяжения капсулы хрусталика в) хрусталик становится более выпуклым и сила его преломления увеличивается; г) только А и В; д) все перечисленное.
	374	**Ближайшая точка ясного видения - это:** а) точка, расположенная на вершине роговицы; б) точка, расположенная перед хрусталиком; в) точка, расположенная за хрусталиком; г) минимальное расстояние, на котором видны рассматриваемые предметы при максимальном напряжении аккомодации; д) точка, в которой сходятся лучи после прохождения оптической системы глаза
	375	**Абсолютная аккомодация - это аккомодация, измеренная:** а) для каждого глаза в отдельности, т. е. при выключенной конвергенции; б) для двух глаз; в) при действующей конвергенции; г) при частично выключенной конвергенции; д) все перечисленное.
	376	**Область или длина аккомодации - это:** а) рефракция роговицы; б) преломляющая сила хрусталика; в) общая рефракция глаза; г) выраженная в линейных величинах разность отстояния от глаза дальнейшей и ближайшей точек ясного видения; д) все перечисленное.
	377	**Под объемом абсолютной аккомодации понимают:** а) роговичный астигматизм; б) хрусталиковый астигматизм; в) разность между положением ближайшей и дальнейшей точек

		ясного видения, выраженная в диоптриях, т. е. разность между максимальной динамической и статической рефракцией; г) общий астигматизм глаза; д) все перечисленное.
	378	**Относительная аккомодация - это аккомодация, измеренная:** а) для каждого глаза в отдельности; б) при одновременном зрении двумя глазами; в) при частично выключенной конвергенции; г) только А и В; д) все перечисленное.
	379	**Отрицательная часть относительной аккомодации - это:** а) та часть относительной аккомодации, которая затрачивается на зрительную работу; б) та часть относительной аккомодации, которая определяется при нагрузке положительными линзами возрастающей силы; в) суммарная преломляющая способность оптических сред глаза; г) только А и Б; д) все перечисленное.
	380	**Отрицательная часть относительной аккомодации в среднем равна:** а) 1,0 диоптрии; б) 2,0 диоптриям; в) 3,0 диоптриям; г) 4,0 диоптриям; д) 5,0 диоптриям.
	381	**Положительной частью относительной аккомодации называется:** а) часть относительной аккомодации, которая остается в запасе; б) часть относительной аккомодации, которая определяется при нагрузке отрицательными линзами возрастающей силы; в) суммарная преломляющая способность оптических сред глаза; г) только А и Б; д) все перечисленное.
	382	**Положительная часть относительной аккомодации у школьников в среднем равна:** а) 1,0-2,0 диоптрии; б) 3,0-5,0 диоптрий; в) 6,0-8,0 диоптрий; г) 9,0-10,0 диоптрий; д) 11,0-12,0 диоптрий.
	383	**Различие в затрате аккомодации у эмметропа и гиперметропа при одинаковом расположении предметов от глаза состоит в том, что:** а) у эмметропа нормальная затрата аккомодации, у геперметропа - большая, чем у эмметропа; б) у эмметропа нормальная затрата аккомодации, у гиперметропа - меньшая, чем у эмметропа; в) различий нет; г) все перечисленное.

	384	**Различие в затрате аккомодации у эмметропа и миопа при одинаковом расположении предметов от глаза состоит в том, что:** а) у эмметропа нормальная затрата аккомодации, у миопа - меньшая, чем у эмметропа, или отсутствует; б) у эмметропа нормальная затрата аккомодации, у миопа - большая, чем у эмметропа; в) различий нет; г) все перечисленное.
	385	**Для оптической коррекции у пациента со сниженным объемом абсолютной аккомодации или запасом относительной аккомодации необходимы**: а) отдельные очки для работы на близком расстоянии; б) отдельные очки для дали; в) астигматические очки; г) эйконические очки; д) все перечисленное.
	386	**Спазм аккомодации - это состояние:** а) при котором в естественных условиях выявляется миопия; б) при котором в условиях циклоплегии выявляется эмметропия,гиперметропия или меньшая, чем в естественных условиях миопия; в) которое характеризует общую рефракцию глаза; г) только А и Б; д) все перечисленное.
	387	**Симптомами спазма аккомодации являются:** а) косоглазие; б) повышение остроты зрения вдаль при использовании отрицательных и вблизи - слабых положительных линз; в) уменьшение объема аккомодации; г) только Б и В; д) все перечисленное.
	388	**Различают следующие виды астенопии:** а) аккомодативную и мышечную; б) неврогенную и симптоматическую; в) дисбинокулярную; г) только А и Б; д) все перечисленное.
	389	**К симптомам аккомодативной астенопии относятся:** а) чувство утомления и тяжести в глазах, боль в голове при зрительной работе вблизи; б) появление прогрессирующей миопии; в) расплывание контуров рассматриваемых деталей или букв текста; г) только А и В; д) все перечисленное.
	390	**Признаками паралича аккомодации являются:** а) улучшение зрения вблизи, сужение зрачка; б) резкое ухудшение зрения вблизи, расширение зрачка; в) повышение зрения вдаль; г) повышение зрения вдаль и вблизи; д) все перечисленное.

	391	**Основными причинами паралича аккомодации являются:** а) инфекционные заболевания и пищевые интоксикации; б) отравление атропином и инстилляция его препаратов; в) травмы орбиты; г) только б и в; д) все перечисленное.
	392	**Косоглазием называется:** а) нарушение нормальной подвижности глаза; б) отклонение одного из глаз от совместной точки фиксации,сопровождаемое, как правило, нарушением нормального бинокулярногозрения; в) отклонение обоих глаз от совместной точки фиксации; г) снижение остроты зрения одного или обоих глаз.
	393	**Амблиопией называется:** а) различные по происхождению формы понижения зрения, причиной которых являются функциональные расстройства зрительного анализатора; б) отклонение одного из глаз от совместной точки фиксации; в) нарушение бинокулярного зрения; г) ограничение подвижности глаз; д) все перечисленное.
	394	**Амблиопия по происхождению может быть:** а) рефракционной и анизометропической; б) обскурационной и дисбинокулярной; в) травматической; г) только А и Б; д) все перечисленное.
	395	**Основной причиной дисбинокулярной амблиопии является:** а) косоглазие; б) аномалии рефракции; в) анизометропия; г) помутнение оптических сред глаза; д) резкое понижение зрения одного из глаз.
	396	**К амблиопии очень высокой степени относятся:** а) острота зрения 0,04 и ниже; б) острота зрения 0,05-0,1; в) острота зрения 0,2-0,3; г) острота зрения 0,4-0,8; д) острота зрения 1,0 и выше.
	397	**К амблиопии высокой степени следует относить:** а) остроту зрения 0,04 и ниже; б) остроту зрения 0,05-0,1; в) остроту зрения 0,2-0,3; г) остроту зрения 0,4-0,8; д) остроту зрения 1,0 и выше.
	398	**К амблиопии средней степени следует относить:** а) остроту зрения 0,04 и ниже; б) остроту зрения 0,05-0,1; в) остроту зрения 0,2-0,3; г) остроту зрения 0,4-0,8; д) остроту зрения 1,0 и выше.
	399	**К амблиопии слабой степени следует относить:**

		а) остроту зрения 0,04 и ниже; б) остроту зрения 0,05-0,1; в) остроту зрения 0,2-0,3; г) остроту зрения 0,4-0,8; д) остроту зрения 1,0 и выше.
	400	**Острота зрения у новорожденных детей равна:** а) тысячным долям единицы; б) 0,1 и выше; в) 0,6 и выше; г) 0,8 и выше; д) 1,0 и выше.
	401	**Острота зрения у детей в 6 мес. составляет:** а) тысячные доли единицы; б) 0,1 и выше; в) 0,6 и выше; г) 0,8 и выше; д) 1,0 и выше.
	402	**Острота зрения у детей 3 лет составляет:** а) тысячные доли единицы б) 0,1 и выше; в) 0,6 и выше; г) 0,8 и выше; д) 1,0 и выше.
	403	**Острота зрения у детей 5 лет составляет:** а) 0,1 и выше; б) 0,3 и выше; в) 0,6 и выше; г) 0,8 и выше; д) 1,0 и выше.
	404	**У новорожденного ребенка в ответ на световое раздражение отмечаются следующие безусловные зрительные рефлесы:** а) прямая реакция зрачков на свет; б) содружественная реакция зрачков на свет; в) кратковременный поворот обоих глаз к источнику света; г) попытка слежения за движущимся объектом; д) все перечисленное.
	405	**Амблиопия чаще встречается при:** а) монолатеральном косоглазии; б) альтернирующем косоглазии; в) неаккомодационном косоглазии; г) частично аккомодационном косоглазии; д) аккомодационном косоглазии.
	406	**Остротой зрения, совместимой с бинокулярным зрением, считают:** а) 0,04 и ниже; б) 0,05-0,1; в) 0,2-0,3; г) 0,4 и выше; д) 0,8-1,0.
	407	**Наиболее высокая острота зрения связана с функцией:** а) склеры; б) сосудистой оболочки;

		в) оптически недеятельной части сетчатки; г) центральной ямки сетчатки; д) всем перечисленным.
	408	**Наиболее высокая острота зрения в области центральной ямки сетчатки обусловлена тем, что:** а) центральная ямка расположена почти по оси оптической системы глаза; б) имеется максимальная концентрация колбочек; в) каждая фовеолярная колбочка связана со своей ганглиозной клеткой; г) только Б и В; д) всем перечисленным.
	409	**Зрительной фиксацией называется:** а) статическая рефракция; б) динамическая рефракция; в) астигматизм; г) анизометропия; д) относительно неподвижная установка глаза на рассматриваемый объект.
	410	**По состоянию зрительной фиксации различают следующие виды амблиопии:** а) с правильной фиксацией; б) с неправильной фиксацией; в) с отсутствием фиксации; г) все перечисленное; д) только Б и В.
	411	**При неправильной фиксации по признаку устойчивости различают:** а) перемежающуюся; б) неустойчивую нецентральную; в) устойчивую нецентральную; г) все перечисленные формы; д) только А и Б.
	412	**Зрительная фиксация в норме должна быть:** а) центральной устойчивой; б) перемежающейся; в) неустойчивой нецентральной; г) устойчивой нецентральной; д) правильно Б и Г.
	413	**Центральной устойчивой называется фиксация, при которой на рассматриваемый объект относительно неподвижно установлены:** а) центральная ямка сетчатки; б) желтое пятно; в) диск зрительного нерва; г) все перечисленное; д) правильно Б и В.
	414	**Для амблиопии с перемежающейся фиксацией характерно:** а) фиксация центром сетчатки; б) чередование центральной и нецентральной фиксации; в) фиксация периферией сетчатки; г) фиксация диском зрительного нерва;

		д) все перечисленное.
	415	**Для амблиопии с неустойчивой нецентральной фиксацией характерно:** а) фиксация центром сетчатки; б) чередование центральной и нецентральной фиксации; в) фиксация сменяющими друг друга периферическими участками сетчатки; г) фиксация диском зрительного нерва; д) все перечисленное.
	416	**Характерным признаком амблиопии с устойчивой нецентральной фиксацией является:** а) фиксация центром сетчатки; б) фиксация определенным периферическим участком глазного дна; в) чередование центральной и нецентральной фиксации; г) фиксация диском зрительного нерва; д) все перечисленное.
	417	**Характерным признаком амблиопии с отсутствием фиксации является:** а) фиксация центром сетчатки; б) чередование центральной и нецентральной фиксации; в) фиксация сменяющимися друг друга периферическими участками сетчатки; г) фиксация определенным периферическим участком сетчатки; д) состояние, при котором на рассматриваемом объекте не задерживается ни один участок глазного дна.
	418	**По топографическому признаку зрительную фиксацию разделяют на:** а) фовеолярную и парафовеолярную; б) макулярную и парамакулярную; в) периферическую; г) только А и Б; д) все перечисленное.
	419	**Граница парафовеолярно фиксации находится:** а) в фовеоле; б) на середине расстояния от центра желтого пятна до его края; в) по краю желтого пятна; г) на середине расстояния между краем желтого пятна и краем диска зрительного нерва; д) на периферии сетчатки.
	420	**Граница макулярной фиксации находится:** а) в фовеоле; б) на середине расстояния от центра желтого пятна до его края; в) по краю желтого пятна; г) на середине расстояния между краем желтого пятна и краем диска зрительного нерва. д) на периферии сетчатки.
	421	**Граница парамакулярной фиксации располагается:** а) в фовеоле; б) на середине расстояния от центра желтого пятна до его края; в) по краю желтого пятна; г) на середине расстояния между краем желтого пятна и краем

		диска зрительного нерва; д) на периферии сетчатки.
	422	**Зона периферической фиксации находится:** а) в фовеоле; б) на середине расстояния от центра желтого пятна до его края; в) по краю желтого пятна; г) за серединой расстояния между краем желтого пятна и краем диска зрительного нерва; д) правильно А и В.
	423	**Состояние зрительной фиксации можно определить на:** а) большом безрефлексном офтальмоскопе; б) ручном электрическом офтальмоскопе; в) зеркальном офтальмоскопе с затемняющим шариком; г) всех перечисленных приборах; д) только А и Б.
	424	**Состояние аккомодации, при котором определяют рефракцию у дошкольников с амблиопией с целью назначения очков:** а) медикаментозный паралич аккомодации; б) нерасслабленная аккомодация; в) частично выключенная аккомодация; г) все перечисленное; д) только Б и В.
	425	**Очки при сходящемся косоглазии в сочетании с дальнозоркостью средней и высокой степени назначают:** а) только для работы вблизи; б) для постоянного ношения; в) только для дали; г) правильно А и В; д) не назначают.
	426	**При сходящемся косоглазии в сочетании с миопией назначают:** а) положительные линзы; б) отрицательные линзы, соответствующие степени миопии; в) возможно более слабые отрицательные линзы в зависимости от степени снижения остроты зрения; г) возможно все перечисленное; д) только А и Б.
	427	**Детям с амблиопией и косоглазием необходимо корригировать аметропию очками:** а) как можно раньше; б) с 3 лет; в) с 4 лет; г) с 5 лет; д) с 6 лет.
	428	**Плеоптикой называется система лечебных мероприятий, направленных на:** а) повышение остроты зрения; б) выработку бинокулярного зрения в искусственных условиях; в) выработку бинокулярного зрения в естественных условиях; г) все перечисленное.
	429	**Различают следующие методы плеоптического лечения:**

		а) основные и вспомогательные; б) первичные и вторичные; в) предварительные и заключительные; г) все перечисленные; д) только Б и В.
	430	**Основные методы плеоптического лечения отличаются от вспомогательных тем, что:** а) самостоятельно способны повышать остроту центрального зрения; б) исправляют зрительную фиксацию; в) обладают каждый в отдельности заметным положительным эффектом; г) только А и В; д) все перечисленное.
	431	**Вспомогательные методы плеоптического лечения отличаются от основных тем, что:** а) создают условия для применения основных (самостоятельных) способов лечения амблиопии; б) закрепляют результаты лечения амблиопии основными способами; в) обладают каждый в отдельности скромным клиническим эффектом; г) все перечисленное; д) только Б и В.
	432	**К основным методам плеоптического лечения относятся:** а) прямая окклюзия и пенализация; б) локальное "слепящее" раздражение светом центральной ямки сетчатки по Аветисову; в) засветы с использованием отрицательного последовательного образа по Кюпперсу; г) только А и Б; д) все перечисленное.
	433	**К вспомогательным методам плеоптического лечения относятся:** а) обратная окклюзия; б) общие засветы заднего полюса сетчатки красным светом и засветы по Ковальчуку; в) занятия на амблиотренере и макулотестере; г) только А и В; д) все перечисленное верно.
	434	**Основными задачами плеоптического лечения являются:** а) повышение остроты зрения "хуже видящего" глаза с коррекцией до 0,4 и выше; б) восстановление центральной устойчивой фиксации на обоих глазах; в) перевод монолатерального косоглазия в альтернирующее; г) все перечисленное; д) правильно А и В.
	435	**Прямая окклюзия - это:** а) выключение "лучше видящего" глаза; б) выключение "хуже видящего" глаза; в) переменное выключение глаз;

		г) все перечисленное; д) правильно А и Б.
	436	**Прямая окклюзия в среднем назначается:** а) на 1 месяц; б) на 2 месяца; в) на 3 месяца; г) на 4 месяца; д) на 4 месяца, а для закрепления результатов - еще на 3 месяца.
	437	**Локальное "слепящее" раздражение светом центральной ямки сетчатки проводят:** а) на большом безрефлексном офтальмоскопе; б) на рефрактометре; в) на офтальмометре; г) на щелевой лампе; д) с помощью зеркального офтальмоскопа.
	438	**Локальные "слепящие" засветы назначают:** а) при центральной устойчивой фиксации; б) при центральной неустойчивой фиксации; в) при неустойчивой фиксации, когда локальное воздействие на сетчатку еще возможно; г) все перечисленное; д) только А и Б.
	439	**Суть локальных "слепящих" засветов состоит в том, что:** а) оказывают интенсивное воздействие на центральную ямку сетчатки; б) используют отрицательные последовательные образы; в) восстанавливают пространственную локализацию; г) все перечисленное.
	440	**Засветы с использованием отрицательного последовательного образа по Кюпперсу проводят:** а) на большом безрефлекторном офтальмоскопе; б) на рефрактометре; в) на офтальмометре; г) на щелевой лампе; д) с помощью зеркального офтальмоскопа.
	441	**Засветы с использованием отрицательного последовательного образа по Кюпперсу назначают при:** а) любой устойчивой фиксации; б) перемежающейся фиксации; в) нецентральной неустойчивой фиксации; г) всем перечисленном.
	442	**Суть засветов с использованием отрицательного последовательного образа по Кюпперсу состоит в том, что:** а) оказывают интенсивное воздействие на центральную ямку сетчатки; б) в результате затемнения центральной ямки и засвечивания парафовеолярных отделов получают последовательный образ, который используют для зрительных упражнений; в) проводят упражнения в локализации-коррекции; г) все перечисленное.
	443	**Лечение амблиопии засветами по Кюпперсу возможно у детей:**

		а) с 4 лет; б) с 5 лет; в) после 6 лет; г) в любом возрасте.
	444	**Метод пенализации заключается в:** а) локальном воздействии светом на сетчатку; б) использовании отрицательных последовательных образов; в) упражнениях в локализации; г) разобщении глаз, при котором один из них делают фиксирующим для дали, другой - для близи; д) все перечисленное.
	445	**Пенализация отличается от прямой окклюзии тем, что:** а) позволяет разобщать глаза, не выключая один из них полностью; б) основана на засветах сетчатки; в) подразумевает упражнения для мышц глазодвигателей; г) все перечисленное правильно.
	446	**Аппаратное лечение амблиопии возможно у детей, начиная с:** а) 2 лет; б) 3 лет; в) 4 лет; г) 5 лет; д) 6 лет.
	447	**Лечение пенализацией возможно, начиная с:** а) раннего детского возраста б) 4 лет; в) 5 лет; г) 6 лет; д) 7 лет.
	448	**Обратной окклюзией называется:** а) выключение лучше видящего глаза; б) выключение хуже видящего глаза; в) попеременное выключение каждого из глаз; г) правильно А и Б.
	449	**Обратную окклюзию назначают при амблиопии с:** а) центральной устойчивой фиксацией; б) перемежающейся фиксацией; в) нецентральной неустойчивой фиксацией; г) нецентральной устойчивой фиксацией; д) всем перечисленном.
	450	**Обратную окклюзию назначают на срок:** а) 2 недели; б) 4-6 недель; в) 2 месяца; г) 3 месяца; д) 4 месяца.
	451	**Общие засветы заднего полюса сетчатки красным светом проводят на:** а) большом безрефлекторном офтальмоскопе; б) рефрактометре; в) офтальмометре;

		г) щелевой лампе; д) с помощью зеркального офтальмоскопа.
	452	**Общие засветы заднего полюса сетчатки красным светом назначают при:** а) центральной устойчивой фиксации; б) перемежающейся фиксации; в) нецентральной устойчивой фиксации; г) резко неустойчивой фиксации; д) всем перечисленным.
	453	**Засветы по Ковальчуку назначают детям с:** а) обскурационной амблиопией после экстракции катаракты; б) рефракционной амблиопией; в) анизометропической амблиопией; г) дисбинокулярной амблиопией; д) всем перечисленным.
	454	**Медико- педагогические упражнения при амблиопии включают в себя:** а) занятия с мозаикой; б) обведение контуров рисунков; в) плетение ковриков; г) нанизывание бус на леску; д) все перечисленное.
	455	**Одно их основных правил плеоптики состоит в том, что все методы лечения амблиопии, кроме пенализации, проводят:** а) с одним выключенным глазом; б) с двумя выключенными глазами; в) с выключенной наружной половиной поля зрения одного из глаз; г) с выключенной внутренней половиной поля зрения одного из глаз.
	456	**Ортоптикой называется система лечебных мероприятий, направленных на:** а) повышение остроты зрения; б) выработку бинокулярного зрения в искусственных условиях; в) выработку бинокулярного зрения в естественных условиях; г) все перечисленное.
	457	**Бинокулярное зрение - это:** а) способность смотреть попеременно каждым глазом; б) способность смотреть двумя глазами, но без слияния двух монокулярных изображений; в) способность сливать два монокулярных изображения объекта в единый зрительный образ; г) все перечисленное.
	458	**Фиксацией, совместимой с бинокулярным зрением, считают:** а) периферическую фиксацию; б) макулярную фиксацию; в) центральную устойчивую фиксацию; г) любую из перечисленных; д) только А и Б.
	459	**Непосредственной причиной косоглазия является:** а) низкое зрение одного из глаз;

		б) нарушение механизма бификсации; в) анизометропия; г) астигматизм; д) все перечисленное.
	460	**Суть теории корреспонденции сетчаток состоит в том, что одиночное восприятие объекта возможно, если его изображение проецируется на:** а) корреспондирующие пункты сетчатки; б) диспарантные пункты сетчатки; в) оптически недеятельные части сетчатки; г) все перечисленное.
	461	**Гаплоскопические условия - это условия:** а) в основе которых лежит принцип разделения полей зрения обоих глаз; б) которые позволяют предъявлять каждому глазу пациента свой объект под углом его косоглазия; в) при которых один глаз выключают; г) правильно А и Б; д) правильно все перечисленное.
	462	**Приборы, на которых создают гаплоскопические условия, называются:** а) визометрическими; б) синоптипными; в) рефрактометрическими; г) все перечисленное.
	463	**Основным ортоптическим прибором является:** а) рефрактометр; б) синоптофор; в) щелевая лампа; г) ретинофот; д) электрический офтальмоскоп.
	464	**Обследование пациентов с косоглазием складывается из всего перечисленного, кроме:** а) определения остроты зрения; б) определения угла косоглазия и характера зрения; в) исследования на синоптофоре; г) флюоресцентной ангиографии.
	465	**Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза по наружному краю зрачка, что соответствует:** а) сходящемуся косоглазию с углом в 15 ˚; б) расходящемуся косоглазию с углом в 15 ˚; в) сходящемуся косоглазию с углом в 30 ˚; г) расходящемуся косоглазию с углом в 30 ˚; д) сходящемуся косоглазию с углом в 45 ˚.
	466	**Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза по внутреннему краю зрачка, что соответствует:** а) сходящемуся косоглазию с углом в 15 ˚; б) расходящемуся косоглазию с углом в 15 ˚; в) сходящемуся косоглазию с углом в 30 ˚; г) расходящемуся косоглазию с углом в 30 ˚;

		д) сходящемуся косоглазию с углом в 45 ˚.
	467	**Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза на середине расстояния от края зрачка до края роговицы в ее наружной половине, что соответствует:** а) сходящемуся косоглазию с углом в 15 ˚; б) расходящемуся косоглазию с углом в 15 ˚; в) сходящемуся косоглазию с углом в 30 ˚; г) расходящемуся косоглазию с углом в 30 ˚; д) сходящемуся косоглазию с углом в 45 ˚.
	468	**Световой рефлекс офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза на середине расстояния от края зрачка до края роговицы в ее внутренней половине, что соответствует:** а) сходящемуся косоглазию с углом в 15 ˚; б) косоглазию с углом в 30 ˚; в) расходящемуся косоглазию с углом в 30 ˚; г) сходящемуся косоглазию с углом в 45 ˚; д) расходящемуся косоглазию с углом в 45 ˚.
	469	**Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза по ее наружному краю, что соответствует:** а) сходящемуся косоглазию с углом в 15 ˚; б) сходящемуся косоглазию с углом в 30 ˚; в) расходящемуся косоглазию с углом в 30 ˚; г) сходящемуся косоглазию с углом в 45 ˚; д) расходящемуся косоглазию с углом в 45 ˚.
	470	**Световой рефлекс от офтальмоскопа расположен на роговице косящего глаза по ее внутреннему краю, что соответствует:** а) сходящемуся или расходящемуся косоглазию с углом в 15 ˚; б) сходящемуся косоглазию с углом в 30 ˚; в) расходящемуся косоглазию с углом в 30 ˚; г) сходящемуся косоглазию с углом в 45 ˚; д) расходящемуся косоглазию с углом в 45 ˚.
	471	**Приведение глазного яблока считается нормальным, если внутренний край роговицы:** а) доходит до уровня слезных точек; б) не доходит до уровня слезных точек; в) заходит за уровень слезных точек; г) все перечисленное.
	472	**Отведение глазного яблока считается нормальным, если наружный лимб:** а) доходит до наружной спайки век; б) не доходит до наружной спайки век; в) заходит за наружную спайку век; г) правильно А и В; д) все перечисленное.
	473	**К наружным мышцам глаза относятся:** а) верхняя и наружная прямые мышцы; б) внутренняя и наружная прямые мышцы; в) верхняя и нижняя косые мышцы;

		г) ничего из перечисленного д) все перечисленное.
	474	**Начинаются у вершины орбиты и образуют здесь сухожильное кольцо:** а) верхняя и нижняя прямая мышцы; б) внутренняя прямая мышца; в) наружная прямая мышца; г) верхняя косая мышца; д) все перечисленное.
	475	**У нижне-внутреннего края глазницы начинается:** а) верхняя прямая мышца; б) нижняя прямая мышца; в) внутренняя и наружная прямые мышцы; г) верхняя косая мышца; д) нижняя косая мышца.
	476	**Наружные мышцы глаза иннервируются:** а) глазодвигательным нервом; б) блоковым нервом; в) отводящим нервом; г) всеми перечисленными нервами; д) только А и В.
	477	**Глазодвигательный нерв иннервирует:** а) верхнюю прямую мышцу; б) внутреннюю прямую мышцу; в) нижнюю прямую мышцу; г) нижнюю косую мышцу; д) все перечисленное.
	478	**Отводящий нерв иннервирует:** а) верхнюю прямую мышцу; б) внутреннюю прямую мышцу; в) нижнюю прямую мышцу; г) наружную прямую мышцу; д) верхнюю и нижнюю косые мышцы.
	479	**Блоковый нерв иннервирует:** а) верхнюю и нижнюю прямые мышцы; б) внутреннюю прямую мышцу; в) наружную прямую мышцу; г) верхнюю косую мышцу; д) нижнюю косую мышцу.
	480	**Движение глазных яблок кнаружи осуществляется:** а) наружной прямой мышцей; б) нижней косой мышцей; в) верхней косой мышцей; г) всеми перечисленными; д) только А и В.
	481	**Движение глазных яблок кнутри осуществляется:** а) внутренней прямой мышцей; б) верхней прямой мышцей; в) нижней прямой мышцей; г) только А и В; д) всеми перечисленными.
	482	**Движение глазных яблок вверх обеспечивается:**

		а) верхней прямой и нижней косой мышцами; б) нижней прямой и верхней косой мышцами; в) наружной и внутренней прямыми мышцами; г) всеми перечисленными.
	483	**Движение глазных яблок вниз обеспечивается:** а) верхней прямой и нижней косой мышцами; б) нижней прямой и верхней косой мышцами; в) наружной и внутренней прямыми мышцами; г) всеми перечисленными.
	484	**При бинокулярном зрении на четырехточечном цветотесте испытуемый через красно-зеленые очки видит:** а) четыре кружка; б) пять кружков; в) то два, то три кружка; г) закономерности не отмечается.
	485	**Объективным углом косоглазия на синоптофоре называют угол, при котором:** а) зрительные оси направлены на объект фиксации и нет установочных движений; б) пациент сливает объекты; в) пациент не может слить объекты; г) возможно все перечисленное.
	486	**Субъективный угол косоглазия на синоптофоре определяют:** а) по моменту исчезновения установочных движений; б) по ответу ребенка; в) по ширине фузионных резервов; г) на основании всего перечисленного.
	487	**К синоптофору прилагаются объекты:** а) для слияния; б) для освещения; в) для стереоскопии; г) только А и Б; д) все перечисленное.
	488	**Под бифовеальным слиянием на синоптофоре понимают:** а) состояние, при котором объективный и субъективный углы равны и под субъективным углом ребенок видит объекты слитыми; б) локальную скотому в виде феномена "перескока"; в) тотальную функциональную скотому; г) все перечисленное.
	489	**Косоглазие считается первичным, если его причиной послужило:** а) другое глазное заболевание; б) общее заболевание организма; в) преимущественно аномалии рефракции; г) все перечисленное.
	490	**Косоглазие считается вторичным, если его причиной послужило:** а) другое глазное заболевание; б) общее заболевание организма; в) аномалии рефракции;

		г) любое из перечисленных.
	491	**Косоглазие считается постоянным, если:** а) угол отклонения глаз не изменяется; б) угол отклонения глаз непостоянный; в) глаза занимают правильное положение; г) все перечисленное.
	492	**Для содружественного косоглазия характерны:** а) нормальная подвижность глаз; б) ограничение подвижности глаз; в) отсутствие подвижности глаз; г) все перечисленное.
	493	**По связи с аккомодацией различают косоглазие:** а) неаккомодационное; б) частично аккомодационное; в) аккомодационное; г) только Б и В; д) все перечисленное.
	494	**Аккомодационное косоглазие - это:** а) сходящееся косоглазие, которое исправляется положительными очками; б) косоглазие, вызванное амблиопией; в) косоглазие, связанное с астигматизмом; г) любое из перечисленных.
	495	**Альтернирующее косоглазие отличается от моно-латерального тем, что:** а) оно вызвано обскурационной амблиопией; б) оно связано с анизометропией; в) каждый глаз может фиксировать; г) все перечисленное.
	496	**По направлению отклонения глаз косоглазие может быть:** а) сходящимся; б) расходящимся; в) вертикальным; г) только А и Б; д) любым из перечисленных.
	497	**К методам ортоптического лечения относятся:** а) занятия на синоптофоре; б) метод последовательных образов по Кащенко; в) упражнения на хейроскопе; г) только А и Б; д) все перечисленное.
	498	**Лечение на синоптофоре проводится на объектах для:** а) совмещения под объективным углом; б) слияния под объективным углом; в) совмещения под субъективным углом; г) слияния под субъективным углом; д) все перечисленное.
	499	**Цель операции на мышцах-глазодвигателях:** а) изменение мышечного баланса; б) получение симметричного или близкого к нему положения глаз; в) Создание условий для восстановления содружественной

		деятельности обоих глаз; г) только А и Б; д) все перечисленное.
	500	**К операциям, усиливающим действие мышц при косоглазии, относятся:** а) резекция; б) тенорафия; в) прорафия; г) правильно Б и В; д) все перечисленное.
	501	**К операциям, ослабляющим действие мышц при косоглазии, относятся:** а) свободная (полная) и частичная тенотомия; б) пролонгация (теномиопластика); в) рецессия; г) только Б и В; д) все перечисленное верно.
	502	**Операцией резекции мышц при косоглазии называется:** а) укорочение мышцы путем иссечения ее участка у места прикрепления к склере и подшивание ее к этому же месту; б) укорочение мышцы путем образования складки из ее сухожилий; в) перемещение сухожилия мышцы кпереди (на прямых мышцах) и кзади (на косых мышцах) ; г) все перечисленное верно.
	503	**Операцией прорафии мышцы при косоглазии называется:** а) укорочение мышцы путем иссечения ее участка и подшивание ее к этому же месту; б) укорочение мышцы путем образования складки из ее сухожилия; в) перемещения сухожилия мышцы кпереди (на прямых мышцах) и кзади (на косых мышцах); г) все перечисленное верно.
	504	**Операцией рецессии мышцы при косоглазии называется:** а) пересечение сухожилия мышцы у места прикрепления без подшивания ее к склере; б) перемещение мышцы, отсеченной от места прикрепления, кзади (на прямых мышцах) или кпереди (на косых мышцах); в) удлинение мышцы путем перерезки ее сухожилия в разных направлениях и сшивания перерезанных участков; г) все перечисленное верно.
	505	**Операцией пролонгации (теномиопластики) называется:** а) пересечение сухожилия мышцы у места прикрепления без подшивания ее к склере; б) перемещение мышцы, отсеченной от места прикрепления, кзади (на прямых мышцах) или кпереди (на косых мышцах); в) удлинение мышцы путем перерезки ее сухожилия в разных направлениях и сшивания перерезанных участков; г) все перечисленное верно.
	506	**Диплоптика - это система лечебных мероприятий, направленных на:** а) повышение остроты зрения;

		б) выработку бинокулярного зрения в искусственных условиях; в) выработку бинокулярного зрения в естественных условиях; г) все перечисленное верно.
	507	**Показаниями для назначения диплоптического лечения являются:** а) острота зрения хуже видящего глаза с коррекцией не ниже 0,5; б) правильное или близкое к нему положение глаз; в) преимущественно одновременный характер зрения; г) наличие бифовеального слияния на синоптофоре; д) все перечисленное.
	508	**Симптомы, характерные для всех видов глауком:** а) повышение сопротивляемости оттоку водянистой влаги; б) неустойчивость внутриглазного давления; в) повышение уровня внутриглазного давления; г) изменение поля зрения; д) все перечисленные верно.
	509	**Биомикроскопическая картина переднего отрезка глаза при первичной открытоугольной глаукоме:** а) диффузная атрофия зрачкового пояса в сочетании с деструкцией пигментной каймы; б) "чешуйки" по краю зрачка и на трабекулах в углу передней камеры; в) зрачок расширен; г) все перечисленное верно.
	510	**Формы первичной открытоугольной глаукомы:** а) псевдоэксфолиативная глаукома; б) пигментная глаукома; в) глаукома с низким внутриглазным давлением; г) глаукома с повышенным эписклеральным давлением. д) все перечисленное верно.
	511	**Симптомы не характерные для острого приступа первичной закрытоугольной глаукомы:** а) отек роговицы; б) мелкая передняя камера; в) широкий элипсовидной формы зрачок; г) застойная инъекция глазного яблока; д) зрачок узкий, реакция зрачка на свет сохранена.
	512	**Наиболее часто встречаемая форма первичной закрытоугольной глаукомы:** а) глаукома со зрачковым блоком; б) глаукома с хрусталиковым блоком; в) глаукома с плоской радужкой; г) ползучая глаукома.
	513	**На основании каких методов исследования можно отличить органическую блокаду угла корнем радужной оболочки от функциональной:** а) гониоскопия с роговичной компрессией; б) гониоскопия с трансиллюминацией; в) тонография; г) суточная тонометрия.
	514	**Изменения поля зрения, характерные для ранней стадии**

		глаукомы: а) дугообразные скотомы в области Бъеррума; б) обнажение слепого пятна; в) депрессия изоптер; г) расширение слепого пятна; д) все выше перечисленное.
	515	**Стадия глаукомы оценивается по показателю:** а) остроты зрения; б) состоянию поля зрения; в) отношению Э/Д; г) по величине легкости оттока.
	516	**На основании каких признаков проводится дифференциальная диагностика глаукоматозной и физиологической экскавации:** а) величины экскавации; б) цвета экскавации; в) глубины экскавации; г) краевого характера экскавации; д) все перечисленное верно.
	517	**Экскавация диска зрительного нерва при развитой стадии первичной глаукомы составляет:** а) Э/Д 0,3; б) Э/Д 0,5; в) Э/Д 0,8.
	518	**На основании каких признаков проводится дифференциальная диагностика первичной открытоугольной и закрытоугольной глаукомы:** а) глубина передней камеры; б) открытие угла передней камеры; в) состояние радужки; г) состояние диска зрительного нерва.
	519	**Наиболее значимым для диагностики первичной глаукомы является:** а) суточная тонометрия; б) тонография; в) гониоскопия; г) исследование поля зрения; д) исследования диска зрительного нерва; е) все выше перечисленное
	520	**Атрофия зрительного нерва при глаукоме зависит от:** а) степени повышения внутриглазного давления; б) соотношения внутриглазного давления и давления в сосудах, питающих диск зрительного нерва; в) уменьшения продукции внутриглазной жидкости; г) потери астроглиального слоя зрительного нерва.
	521	**Об отсутствии стабилизации глаукоматозного процесса свидетельствует:** а) высокие цифры внутриглазного давления; б) сужение границ поля зрения по назальным меридианам; в) увеличение глаукоматозной эксковации диска зрительного нерва; г) все перечисленное.

	522	**Для первичной открытоугольной глаукомы не характерны следующие изменения в радужке:** а) диффузная атрофия зрачкового пояса радужки; б) секторальная атрофия стромы радужки; в) выщелачивание пигмента зрачковой каймы; г) новообразованные сосуды радужки.
	523	**Тактика врача при факоморфической глаукоме:** а) применение общей и местной гипотензивной терапии; б) экстракция катаракты; в) базальная иридэктомия; г) синусотрабекулэктомия.
	524	**Для первичной закрытоугольной глаукомы не характерно:** а) мелкая передняя камера; б) уменьшение передне-заднего размера глазного яблока; в) миопическая рефракция; г) открытый угол передней камеры; д) верно в и г.
	525	**Гониоскопические исследования при первичной открытоугольной глаукоме не показывают:** а) понижение прозрачности корнео-склеральных трабекул; б) наличие экзогенной пигментации в углу передней камеры; в) новообразованные сосуды; г) закрытие угла передней камеры корнем радужной оболочки.
	526	**Для первичной открытоугольной глаукомы характерны:** а) боль в глазу; б) туман перед глазом; в) отсутствие жалоб; г) радужные круги при взгляде на источник света.
	527	**В дифференциальной диагностике острого приступа глаукомы и острого иридоциклита с гипертензией важны:** а) жалобы; б) характер передней камеры; в) величина зрачка; г) состояние радужки; д) преципитаты.
	528	**Первичная открытоугольная глаукома наиболее опасна в силу:** а) ее частоты; б) внезапного начала; в) бессимптомного течения; г) потери остроты зрения.
	529	**Причины развития сегментарной атрофии радужки после острого приступа глаукомы:** а) высокое внутриглазное давление; б) странгуляция сосудов радужки; в) механическое повреждение тканей радужки; г) воспаление радужной оболочки; д) все перечисленное.
	530	**Общее в течении первичной открытоугольной и закрытоугольной глауком:** а) прогрессивное ухудшение оттока жидкости из глаза; б) сужение зрачка;

		в) развитие глаукоматозной атрофии зрительного нерва; г) увеличение пигментации угла передней камеры; д) выбухания прикорневой части радужки.
	531	**Профиль угла определяется:** а) расположением цилиарного тела; б) соотношением корня радужной оболочки к корне-склеральным трабекулам; в) расположением шлеммова канала; г) расположением склеральной шпоры; д) всем перечисленным.
	532	**Клинические проявления первичной закрытоугольной глаукомы со зрачковым блоком:** а) острое начало; б) мелкая неравномерная передняя камера; в) закрытие угла передней камеры; г) смещение хрусталика; д) все перечисленное.
	533	**"Симптом кобры" указывает на:** а) повышение внутриглазного давления; б) повышение давления в передних цилиарных венах; в) повышение давления во внутриглазных сосудах; г) правильно все перечисленное.
	534	**Дифференциальная диагностика функциональной и органической блокады угла передней камеры основана на:** а) тонографии; б) гониоскопии; в) ретроградном заполнении шлеммова канала кровью; г) гониоскопии с компрессией роговицы; д) гониоскопии с трансиллюминацией.
	535	**Для факоморфической глаукомы характерна:** а) корковая катаракта; б) перезревающая катаракта; в) набухающая катаракта; г) ядерная катаракта.
	536	**Чем объясняется наиболее раннее появление скотом парацентральной области Бьерума при глаукоме:** а) особенностями кровообращения сетчатки; б) особенностями хода аксонов ганглиозных клеток; в) особенностями расположения нервных волокон на диске зрительного нерва; г) индивидуальными размерами диска зрительного нерва.
	537	**Стадия первичной глаукомы оценивается по показателям:** а) остроты зрения; б) уровня внутриглазного давления; в) площади глаукоматозной эксковации диска зрительного нерва; г) состояния поля зрения; д) размаха суточных колебаний ВГД.
	538	**Верхняя граница нормы внутриглазного давления при измерении тонометром Маклакова:** а) 20 мм рт. ст.; б) 24 мм рт. ст.;

		в) 26 мм рт. ст.; г) 28 мм рт. ст.; д) единой нормы не существует.
	539	**Верхняя граница истинного внутриглазного давления:** а) 19 мм рт. ст.; б) 21 мм рт. ст.; в) 25 мм рт. ст.; г) 17 мм рт. ст.;
	540	**Нижние границы показателя коэффициента легкости оттока (С) составляют:** а) 0,17 мм (мм3 рт. ст.) мин; б) 0,20 мм (мм3 рт. ст.) мин; в) 0,13 мм (мм3 рт. ст.) мин.
	541	**Поле зрения в начальной стадии первичной глаукомы сужено от:** а) до 45 градусов; б) до 20; в) до 10; г) до 5; д) не сужено.
	542	**Продукция водянистой влаги осуществляется:** а) в плоской части цилиарного тела; б) в отростках цилиарного тела; в) эпителием радужной оболочки; г) всеми выше перечисленными структурами.
	543	**Блок угла передней камеры может быть вызван:** а) нерассосавшейся мезодермальной тканью; б) конем радужной оболочки; в) новообразованными сосудами; г) кровью; д) всем перечисленным.
	544	**В основе патогенеза врожденной глаукомы лежит:** а) неправильное положение структур угла передней камеры; б) недостаточная дифференциация корнео-склеральных трабекул; в) наличие мезодермальной ткани в углу передней камеры; г) гиперпродукция водянистой влаги цилиарным телом; д) изменение в дренажной системе на уровне интрасклеральной зоны.
	545	**Ведущими признаками гидрофтальма являются:** а) увеличение размеров роговицы; б) увеличение размеров глазного яблока; в) повышение ВГД; г) глубокая передняя камера; д) верно все перечисленное.
	546	**При каких синдромах развивается юношеская форма глаукомы?** а) синдром Франк-Каменицкого; б) синдром Ригера; в) синдром Стюрж-Вебера; г) нейрофиброматоз Реклингаузена; д) все выше перечисленное.

	547	**При "зрачковом блоке" имеют место все перечисленные клинические симптомы, кроме:** а) повышение внутриглазного давления; б) нарушение сообщения между передней и задней камерой; в) передняя камера мелкая; г) передняя камера глубокая; д) угол передней камеры закрыт.
	548	**Толерантность зрительного нерва к повышенному ВГД определяется:** а) степенью развития опорной ткани в диске зрительного нерва; б) интенсивностью кровоснабжения тканей диска и ретроламинарной области; в) размерами диска зрительного нерва; г) всем выше перечисленным.
	549	В ранней диагностике глаукомы наиболее информативны: а) суточная тонометрия; б) тонография; в) исследование поля зрения; г) биомикроскопия переднего отрезка глаза; д) правильно все выше перечисленное.
	550	**О нестабилизации глаукоматозного процесса свидетельствует:** а) снижение остроты зрения; б) появление болей в глазу; в) сужение поля зрения; г) расширение глаукоматозной экскавации ДЗН; д) отсутствие нормализации внутриглазного давления.
	551	**Динамику глаукоматозного процесса характеризуют:** а) величина внутриглазного давления; б) величина коэффициента легкости оттока; в) состояние поля зрения; г) состояние диска зрительного нерва; д) изменение формы зрачка.
	552	**Злокачественная форма первичной закрытоугольной глаукомы может возникать:** а) при зрачковом блоке; б) при хрусталиковом блоке; в) при блоке шлеммова канала; г) не связана с развитием блоков; д) верно а и б.
	553	**К основным типам глаукомы относятся:** а) врожденная; б) инфантильная; в) первичная; г) вторичная; д) верно а, в, г.
	554	**Различают следующие клинические формы первичной глаукомы:** а) закрытоугольная; б) открытоугольная; в) неоваскулярная; г) смешанная;

		д) верно а, б.
	555	**К разновидностям первичной закрытоугольной глаукомы относят:** а) глаукому с относительным зрачковым блоком; б) с укорочением угла передней камеры ("ползучая"); в) с плоской радужкой; г) с витрео-хрусталиковым блоком (злокачественную); д) верно а, б.
	556	**Первичная открытоугольная глаукома имеет следующие разновидности:** а) простая; б) псевдоэксфолиативная; в) пигментная; г) с плоской радужкой; д) верно а, б, в.
	557	**Вторичную глаукому классифицируют на:** а) послевоспалительную; б) факогенную; в) сосудистую; г) дистрофическую; д) верно все.
	558	**Причинами послевоспалительной вторичной глаукомы являются:** а) передние увеиты; б) хориоидиты; в) склериты; г) кератиты; д) нейроретиниты.
	559	**В группу факогенных вторичных глауком входят:** а) факотопическая глаукома; б) факоморфическая глаукома; в) факолитическая глаукома; г) афакическая глаукома.
	560	**Вторичную сосудистую глаукому классифицируют на:** а) неоваскулярную; б) флебогипертензивную; в) глаукомоциклитический криз; г) гетерохромную увеопатию (Фукса) ; д) верно а,б.
	561	**Причинами вторичной травматической глаукомы могут быть:** а) внутриглазные кровоизлияния; б) дислокация и повреждение хрусталика; в) рецессия угла передней камеры; г) ожоги глаза; д) разрывы хориоидеи.
	562	**Причинами вторичной дистрофической глаукомы не могут быть:** а) отслойка сетчатки; б) прогрессирующая атрофия радужки; в) внутриглазные геморрагии; г) эндотелиально-эпителиальная дистрофия роговицы;

		д) верно а, б, в.
	563	**Неоваскулярная глаукома не возникает при следующих заболеваниях:** а) тромбоз центральной вены сетчатки; б) диабетическая пролифирирующая ретинопатия; в) окклюзия центральной артерии сетчатки; г) сенильной макулопатии; д) радиационном поражении глаз.
	564	**Злокачественная глаукома не может возникнуть:** а) как самостоятельная форма первичной глаукомы; б) после антиглаукоматозных операций; в) после экстракции катаракты; г) при задней отслойке стекловидного тела; д) как последствие увеита.
	565	**Офтальмогипертензию классифицируют на:** а) эссенциальную; б) симптоматическую; в) закрытоугольную; г) псевдогипертензию; д) а, б.
	566	**Признаками эссенциальной офтальмогипертензии не являются:** а) повышенное внутриглазное давление; б) открытый угол передней камеры; в) нормальное поле зрения; г) отсутствие глаукоматозной экскавации ДЗН; д) псевдоэксфолиации в переднем сегменте глаза.
	567	**Тактика врача после постановки диагноза "офтальмогипертензия с факторами риска":** а) никаких лечебных назначений, периодический осмотр; б) назначение гипотензивных капель; в) лазерная операция; г) хирургическое вмешательство.
	568	**Симптоматическую офтальмогипертензию классифицируют на:** а) увеальную; б) ретинальную; в) диенцефальную; г) все, кроме б; д) кортикостероидную.
	569	**Основные методы гипотензивного лечения глаукомы не включают:** а) медикаментозные; б) физиотерапевтические; в) лазерные; г) хирургические.
	570	**Средства, не снижающие продукцию водянистой влаги:** а) тимолол; б) клофелин (клонидин); в) эмоксипин; г) ацетазоламид (диакарб); д) бетаксалол (бетоптик).

	571	**Гипотензивные операции на глазу не включают:** а) фистулизирующие вмешательства; б) циклокриодеструкцию; в) циклодиализ; г) витреоэктомию; д) иридэктомию.
	572	**Лазерные гипотензивные вмешательства не включают:** а) лазерную трабекулопластику; б) лазерную иридэктомию; в) гониопластику; г) лазерную циклокоагуляцию; д) лазерную панкоагуляцию сетчатки.
	573	**Для общего лечения глаукомы не назначают:** а) сосудорасширяющие препараты; б) ангиопротекторы; в) кортикостероиды; г) антиоксиданты; д) средства, улучшающие метаболизм сетчатки и зрительного нерва.
	574	**Прием ацетазоламида /диакарба/ не может сопровождаться:** а) парестезиями; б) почечной коликой; в) метаболическим ацидозом; г) обострением желчнокаменной болезни; д) гипокалиемией.
	575	**При выполнении фистулизирующих операций возможны осложнения:** а) фенестрация конъюнктивального лоскута; б) кровоизлияние в переднюю камеру глаза; в) повреждение хрусталика; г) выпадение стекловидного тела; д) верно все перечисленное.
	576	**После фистулизирующих операций не возможны следующие осложнения:** а) цилиохориоидальная отслойка; б) гифема; в) хориоретинит; г) иридоциклит; д) злокачественная глаукома.
	577	**После циклодеструктивных операций не возможны следующие осложнения:** а) гипотония глаза; б) субатрофия глазного яблока; в) неврит зрительного нерва; г) иридоциклит; д) развитие катаракты.
	578	**Лечение острого приступа глаукомы включает:** а) инстилляции миотиков; б) назначение бета-адреноблокаторов; в) инстилляции симпатомиметиков; г) прием диакарба; д) верно все перечисленное.

	579	**К циклодеструктивным операциям не относятся:** а) циклокриодеструкция; б) циклодиатермия; в) циклодеструкция медикаментозная; г) лазерная циклодеструкция; д) ультразвуковая деструкция цилиарного тела.

Критерии и шкалы оценки:

- критерии оценивания – правильные ответы на поставленные вопросы;
- показатель оценивания – процент верных ответов на вопросы;
- шкала оценивания (оценка) – выделено 4 уровня оценивания компетенций:
  - **отлично –** 91-100% правильных ответов;
  - **хорошо** –81-90% правильных ответов;
  - **удовлетворительно** – 70-80% правильных ответов;
  - **неудовлетворительно** – ниже 69% правильных ответов.

6. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

6.1. Основная литература:

7. Глазные болезни: Учебник / Под ред. В.Г. Копаевой. – М.: Медицина, 2012.
8. Офтальмология : учебник для учреждений высш. проф. образования / под ред. Е. И. Сидоренко. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.
9. Девяткин, А. А. Офтальмология : Учебное пособие / А. А. Девяткин, М. В. Трифонова, Т. В. Колесникова ; Девяткин А. А. - Самара : РЕАВИЗ, 2012

6.2. Дополнительная литература:

105. Аветисов Э.С. Близорукость, изд. второе. – М., «Медицина», 2002.
106. Аветисов Э.С. Нистагм. М., 2001.
107. Актуальные вопросы детской офтальмохирургии. М., 2002.
108. Алгоритм лечения острых инфекционных конъюнктивитов, направленный на предупреждение развития синдрома сухого глаза. Пособие для врачей. Сост.: Майчук Ю.Ф. с соавт.. – МНИИ ГБ, 2000.– 20с.
109. Астахов Ю.С. и др. Глазные болезни. СПб., 2004.
110. Атлас глазных болезней / под редакцией Н.А.Пучковской/, М., 1981.
111. Балашевич Л.И. Глазные проявления диабета. СПб., 2004 г.
112. Балашевич Л.И. Рефракционная хирургия.– СПб, МАПО, 2000.
113. Близорукость (патогенез, профилактика, лечение). Сост.: Мошетова Л.К., Корецкая Ю.М., М., 2001.–19 с.
114. Бровкина А.Ф. Руководство по офтальмоонкологии. М., 2001.
115. Васкулит диска зрительного нерва. Клиника, диагностика, этиопатогенез и лечение. Сост.: Мошетова Л.К., Ермакова Н.А., М., 2005.–17с.
116. Волков В.В. Глаукома при псевдонормальном давлении. М., 2001.
117. Глазные болезни в вопросах и ответах / под редакцией Т. И. Должич/, Ростов-на-Дону, 2000.
118. Гундорова Р.А. Кашников В.В. Повреждения глаз в чрезвычайных ситуациях. М., 2002.
119. Гундорова Р.А., Малаев А.А., Южаков А.М.. Травмы глаза. М., Медицина, 1986.
120. Гундорова Р.А., Нероев В.В., Антонюк С.В.. Факоэмульсификация травматических катаракт. М., 2003.

121. Густов А.В.. и др. Практическая нейроофтальмология. Н.Новгород, 2000.
122. Дедов И.И. и др. Сахарный диабет: ретинопатия, нефропатия. М., 2001.
123. Джалиашвили О.А. и др. Первая помощь при заболеваниях и повреждениях глаз. СПб., 1999.
124. Захаров В.Д.. Витреоретинальная хирургия. М., 2003.
125. Зиангирова Г.Г. и др. Опухоли сосудистого тракта глаза. М., 2003.
126. Катаргина Л.А. Архипова Л.Т. Увеиты. М,, 2004.
127. Катаргина Л.А. Хватова А.В. Эндогенные увеиты у детей и подростков. М., Медицина, 2000.
128. Клиника, патогенез и лечение изолированного (идиопатического) ангиита сетчатки. Учебно-методическое пособие. Сост.: Мошетова Л.К., Ермакова Н.А., М., 2005.–27с.
129. Клиническая физиология зрения. / под редакцией А. М. Шамшиновой, А.А.Яковлева, Е.В.Романовой, М., 2002.
130. Клинические критерии оценки степени вреда здоровью при повреждении органа зрения. Методические указания. Сост.: Мошетова Л.К., Кочергин С.А. и др. М., 2001.–12с.
131. Клинический атлас патологии глазного дна. / под редакцией Лысенко В.С. Канцельсон Л.А.. / М:ГЭОТАР, 2004 г.
132. Клинический атлас Травмы глаза. Гундорова Р.А. Кашников В.В. Нероев В.В., Новосибирск С.О. РАМН, 2005.
133. Коровенков Р.И.. Глазные симптомы, синдромы, болезни (справочник). СПб., 1999.
134. Курс пластической хирургии (в 2-х томах). / под. ред. Пшениснова К. П. Рыбинский дом печати, 2010.
135. Майчук Ю.Ф. «Паразитарные заболевания глаз», М., 1988.
136. Майчук Ю.Ф. Вирусные заболевания глаз. М., 1981.
137. Махачева З.А. и др. СПИД и глаз. Махачкала, 2001.
138. Наследственные и врожденные заболевания сетчатки и зрительного нерва / под редакцией Шамшиновой А.М., М.,Медицина, 2001 г.
139. Национальное руководство по глаукоме. / Под ред. Егоров Е.А., Астахова Ю.С., Щуко А.Г. ГЭОТАР, 2008.
140. Нестеров А.П. Глаукома. М., 1995.
141. Никифоров А.С., Гусева М.Р. Нейроофтальмолопия:руководство. Гэотар-медиа, 2008.
142. Офтальмоонкология руководство для врачей. Саакян С.В., Пантелеева О.Г, М., 2002.
143. Показатели гидродинамики в диагностике глаукомы больных сахарным диабетом второго типа. Учебное пособие для врачей. Сост.: Мошетова Л.К., Корецкая Ю.М., Алексеев И.Б., Воробьёва И.В. М., 2001.–6 с.
144. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Т.. ВИЧ-инфекция. Клиника, диагностика лечение. М., 2000.
145. Поражение глаз при болезни Бехчета. Клиника, диагностика, патогенез, лечение. Учебно-методическое пособие. Сост.: Мошетова Л.К., Ермакова Н.А., М., 2005.–29с.
146. Поражение сосудов сетчатки при системной красной волчанке. Клиника, диагностика и лечение. Учебно-методическое пособие. Сост.: Мошетова Л.К., Ермакова Н.А., М., 2005.–23с.
147. Пучковская Н.А. и др. Ожоги глаз. М., 2001.
148. Рациональная фармакотерапия в офтальмологии, руководство для врачей /под редакцией Е.А. Егорова/ М., из. Литтерра 2004.

149. Синдром «сухого глаза» (клиника, диагностика, лечение). Методические рекомендации. Сост.: Мошетова Л.К,, Корецкая Ю.М.. и др., М., 2002 с.24
150. Степанов А.В.. и др. Контузия глаза. СПб., 2005.
151. Танковский В.Э.. «Тромбозы вен сетчатки», М., 2000.
152. Тарасова Л.Н. и др. «Глазной ишемический синдром», М., 2003.
153. Трон Е.Ж. Заболевания зрительного пути. М., 1965.
154. Флюоресцентная ангиография в диагностике, патологии глазного дна /под редакцией Нероева В.В., Рябиной М.В., М., 2005.
155. Хирургическое лечение кератоконуса. Методические рекомендации. Сост.: Батманов Ю.Е. Слонимский А.Ю., М., 2004.– 13с.
156. Ченцова О.Б. Туберкулёз глаз. М., Медицина, 1990.– 256с.

6.3. Интернет ресурсы:

Pub med - http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
Эл. библиотека e-library - http://elibrary.ru/defaultx.asp

Перечень электронно-библиотечных систем, к которым имеется доступ в УлГУ:
IPRbooks
Springer
Science
Nature
Taylor and Francis Group
Elibrary
Oxford Russia Fund elibrary
Polpred.com.
ISPG Collection
Cambridge University Press