

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

УТВЕРЖДЕНО

решением Ученого совета Института медицины,
экологии и физической культуры
Протокол №10/180 от «27» 06 2016 г.



Председатель  В.И. Миденко
(подпись, расцифровка подписи)

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ
Вариативная часть**

Дисциплина:	Офтальмология
Кафедра:	Факультетской хирургии

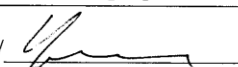
Специальность : 31.08.59 - Офтальмология

Дата введения в учебный процесс УлГУ: «01» сентября 2016 г.


- *Программа актуализирована на заседании кафедры: протокол № 1 от 30.08 2017 г.
- *Программа актуализирована на заседании кафедры: протокол № 11 от 19.06 2018 г.
- *Программа актуализирована на заседании кафедры: протокол № ___ от ___ 20 ___ г.

Сведения о разработчиках:

Ф.И.О.	Аббревиатура кафедры	Ученая степень, звание
Возженников А. Ю.		к.м.н., доцент

Заведующий кафедрой		
А.Л. Чарышкин / 		
«26»	05	2016 г.

Ульяновск, 2016 г

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

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 офтальмологическое 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.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

3. Перечень планируемых результатов обучения при прохождении практики

Номер/ индекс компете нции	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
		Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
ПК 6	<i>Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании офтальмологической медицинской помощи</i>	<p>причины ятрогенных осложнений и ошибки в терапевтической практике при лечении заболеваний органа зрения и его придаточного аппарата, способы их предупреждения</p> <p>- показания к применению методов лечения с учетом этиотропных и патогенетических факторов</p> <p>- методы лечения заболеваний органа зрения</p> <p>- лекарственные средства, используемые на каждом этапе лечения заболеваний органа зрения</p> <p>- алгоритм лечения заболеваний органа зрения</p>	<p>предпринимать меры профилактики осложнений при лечении заболеваний органа зрения</p> <p>- информировать пациента об осложнениях</p> <p>- установить эмоционально-психологический контакт с пациентом, мотивировать пациента к осмотру</p> <p>- оценить влияние лекарственной терапии, назначаемой при заболеваниях органа зрения при течении соматических заболеваний</p> <p>- осуществить выбор, обосновать необходимость применения лекарственных средств при лечении заболеваний органа зрения</p> <p>- составить план лечения пациентов с заболеваниями органа зрения с учетом имеющихся соматических заболеваний</p>	<p>навыками работы на стандартном и высокотехнологическом офтальмологическом оборудовании</p> <p>- навыками работы в глобальных компьютерных сетях</p> <p>- методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях</p> <p>- алгоритмом лечения пациентов с заболеваниями органа зрения</p> <p>- мануальными навыками и техниками проведения обследования и лечения заболеваний органа зрения и его придаточного аппарата</p> <p>- навыками заполнения учетно-отчетной документации врача-офтальмолога</p>	Тестирование письменное, собеседование по ситуационным задачам

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

--	--	--	--	--	--

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 (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов		Формируемые профессиональные компетенции, включающие в себя способность/готовность:	Форма контроля
			ЗЕ	акад.час		
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:


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.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

8. Балашевич Л.И. Рефракционная хирургия.– СПб, МАПО, 2000.
9. Близорукость (патогенез, профилактика, лечение). Сост.: Мошетьова 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.: Мошетьова 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.. Фактоэммульсификация 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.: Мошетьова 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.: Мошетьова 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.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

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., Воробьева 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. Литгерра 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:

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- 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, ростометр, 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 факэмульсификатор, операционный микроскоп, набор пробных очковых линз и призм, набор для подбора очков слабовидящим, периметр поля зрения (периграф), 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

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

Индекс компетенции	№ задания, формулировка вопроса
ПК-6	<ol style="list-style-type: none"> 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?

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		


	<p>29. К каким изменениям зрительного нерва приводит врожденная глаукома?</p> <p>30. К каким изменениям периферического и центрального зрения приводит врожденная глаукома?</p> <p>31. Когда и каким методом лечат врожденную глаукому?</p> <p>32. Как характеризуется врожденная глаукома по форме и происхождению?</p> <p>33. Какие принципы антиглаукоматозных операций Вы знаете?</p> <p>34. Что относится к осложнениям при врожденной глаукоме?</p> <p>35. Что относится к сопутствующим изменениям при врожденной глаукоме?</p> <p>36. Назовите нормальные цифры тонометрического внутриглазного давления.</p> <p>37. Каковы нормальные суточные колебания ВГД?</p> <p>38. Укажите самые ранние признаки врожденной начальной декомпенсированной глаукомы.</p> <p>39. По каким основным критериям ставится клинический диагноз врожденной глаукомы?</p> <p>40. Дайте пример клинического диагноза врожденной глаукомы.</p> <p>41. Какова эффективность своевременной диагностики и срочной операции при врожденной глаукоме?</p> <p>42. В каких условиях осуществляется измерение внутриглазного давления у новорожденных и детей раннего возраста?</p> <p>43. Какой врожденная глаукома бывает: одно- или двусторонней?</p> <p>44. Какая тактика операций при двусторонней врожденной глаукоме?</p> <p>45. Какие принципы и сроки обследования детей после операции врожденной глаукомы?</p> <p>46. Какие медикаменты показаны в качестве неотложной помощи при врожденной глаукоме до операции?</p> <p>47. Какие миотические гипотензивные медикаменты применяются при вторичной гипертензии глаза?</p> <p>48. В чем принципиальное отличие врожденной глаукомы от первичной?</p> <p>49. Чем характеризуется первичная глаукома?</p> <p>50. В чем состоит основной метод лечения первичной глаукомы?</p> <p>51. В каком возрасте чаще возникает первичная глаукома?</p> <p>52. Как осуществляется профилактика первичной глаукомы?</p> <p>53. Каковы симптомы при декомпенсации глаукомы у детей и взрослых?</p>
--	---

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

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		


Индекс компетенции	№ задания, условие задачи (формулировка задания)
ПК-6	<p>ЗАДАЧА № 1</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Ваш диагноз и лечение.</p> <p>ЗАДАЧА № 2</p> <p>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.</p> <p>ЗАДАЧА № 3</p> <p>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 инъеция 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?</p> <p>ЗАДАЧА № 4</p> <p>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.</p> <p>Объективно: Веки слегка отечные, глазная щель прикрыта. При</p>

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		


	<p>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 $Visus = 1 / \infty$ pr. l. in certa. Пальпация глаза резко болезненная. Правый глаз без патологии. Предположительный диагноз. Ваша тактика.</p> <p>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 шпорообразно извиты (симптом Гвиста). Артерии сужены, рефлексная полоса узкая, блестящая, обнаружен симптом артерио-венозного перекреста (Салюс I). Для какой стадии гипертонической болезни характерны такие изменения?</p> <p>Задача № 6 Пациент 72 лет, страдает тяжелой формой гипертонической болезни. При осмотре глазного дна обнаружены такие изменения: диск зрительного нерва бледный, отечный, границы его ступенчаты, 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.</p> <p>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?</p> <p>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.</p> <p>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?</p> <p>Задача № 10</p>
--	--

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		


	<p>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?</p> <p>Задача № 11</p> <p>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 корректируется. Поле зрения сужено до 30°, поле зрения на цвета отсутствует. Диск зрительного нерва очень бледный, монотонный, артерии нитевидные. Сформулируйте диагноз. Назовите основные лечебные мероприятия.</p> <p>Задача № 12</p> <p>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 корректируется. 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.</p> <p>Задача № 13</p> <p>Пациент 19 лет, находился на лечении в стационаре с диагнозом: ревматизм, активная фаза, ревмокардит 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?</p> <p>Задача № 14</p> <p>На прием обращается больной с жалобами на боль в глазу при мигании, слезотечение, светобоязнь. Что-то попало на улице в глаз. Ваша тактика?</p> <p>Задача № 15</p> <p>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.</p> <p>Задача № 16</p> <p>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. <u>Объективно:</u> гематома век правого глаза, рваная рана нижнего века во внутренней его трети. При пальпации кожи век определяется крепитация. Легкий экзофтальм. Роговица, передняя</p>
--	---

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

	<p>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?</p> <p>Задача № 17</p> <p>В поликлинику обратился мужчина с жалобами на сильную боль в левом глазу, ухудшение зрения. Накануне колот дрова. Отлетевшая щепка ударила по глазу. Почувствовал боль. Зрение резко снизилось. К утру боль настолько усилилась, что он был вынужден обратиться к врачу.</p> <p><u>Объективно:</u> 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.</p> <p>Задача № 18</p> <p>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. <u>Объективно:</u> 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.</p> <p>Задача № 19</p> <p>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?</p> <p>Задача № 20</p> <p>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. <u>Объективно:</u> 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</p>
--	--

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

	<p>должен сделать врач для уточнения тяжести травмы? К каким тяжелым осложнениям может привести неправильная тактика ведения такого больного?</p> <p>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.</p> <p>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 15° 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.</p> <p>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 10°, OS с носовой половины до 25° 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.</p> <p>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?</p> <p>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</p>
--	---

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		


	<p>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?</p> <p>Задача № 26</p> <p>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?</p> <p>Задача № 27</p> <p>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.</p>
--	--

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	<p>Симптомы, характерные для всех видов глауком:</p> <p>а) повышение сопротивляемости оттоку водянистой влаги; б) неустойчивость внутриглазного давления; в) повышение уровня внутриглазного давления; г) изменение поля зрения; д) <u>все перечисленные верно.</u></p> <p>Биомикроскопическая картина переднего отрезка глаза при первичной открытоугольной глаукоме:</p> <p>а) диффузная атрофия зрачкового пояса в сочетании с деструкцией пигментной каймы; б) "чешуйки" по краю зрачка и на трабекулах в углу передней камеры;</p>

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- в) зрачок расширен;
г) все перечисленное верно.

Формы первичной открытоугольной глаукомы:

- а) псевдоэкзофиативная 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 эллипсоидной 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;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

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:

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- 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 гипертонзией 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:

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- 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 факорморфической 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:

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- 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.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

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.

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 Стюдж-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.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

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) псевдоэкзофиативная;
- 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.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

Причинами послевоспалительной вторичной глаукомы являются:

- а) передние увеиты;
- б) хориоидиты;
- в) склериты;
- г) кератиты;
- д) нейроретиниты.

В группу факогенных вторичных глауком входят:

- а) фактопическая глаукома;
- б) фактоморфическая 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;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- 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) асимметрия в величине офтальмотонуса на двух глазах;
- д) асимметрия 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) диэнцефальную;
- 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;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

- 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) витреоектомию;
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;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

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;

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

	<p>г) выпадение стекловидного тела; д) <u>верно все перечисленное.</u></p> <p>После фистулизирующих операций не возможны следующие осложнения: а) цилиохориоидальная отслойка; б) ги фема; в) <u>хориоретинит;</u> г) иридоциклит; д) злокачественная глаукома.</p> <p>После циклодеструктивных операций не возможны следующие осложнения: а) гипотония глаза; б) субатрофия глазного яблока; в) <u>неврит зрительного нерва;</u> г) иридоциклит; д) развитие катаракты.</p> <p>Лечение злокачественной глаукомы включает: а) назначение миотиков; б) <u>удаление хрусталика;</u> в) назначение диакарба; г) назначение атропина; д) верно в, г, д.</p> <p>Лечение острого приступа глаукомы включает: а) инстилляции миотиков; б) назначение бета-адреноблокаторов; в) инстилляции симпатомиметиков; г) прием диакарба; д) <u>верно все перечисленное.</u></p> <p>К циклодеструктивным операциям не относятся: а) циклокриодеструкция; б) циклодиатермия; в) <u>циклодеструкция медикаментозная;</u> г) лазерная циклодеструкция; д) ультразвуковая деструкция цилиарного тела.</p>
--	---

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.

Ульяновский государственный университет Факультет последипломного медицинского и фармацевтического образования	Форма	
Ф – Рабочая программа производственной (клинической) практики		

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.