

АНО ВО «Межрегиональный открытый социальный институт»



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

по учебной дисциплине	Офтальмология
образовательная программа	(наименование) 31.05.03 Стоматология
форма обучения	очная

Йошкар-Ола, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

1. Пояснительная записка	3
2. Структура учебной дисциплины для очной формы обучения	9
3. Содержание учебной дисциплины.....	9
4. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины	16
5. Материально-техническое обеспечение учебной дисциплины	16
6. Методические указания для обучающихся по освоению учебной дисциплины	19
Приложение к РПУД.....	23

1. Пояснительная записка

Цель изучения учебной дисциплины:

Цель – овладение знаниями об основных закономерностях развития и функционирования органа зрения, о причинах, течении, клинике, диагностике, лечении и профилактике наиболее распространенных глазных заболеваний и повреждений органа зрения, а также умениями применять полученные знания при решении профессиональных задач.

Место учебной дисциплины в учебном плане:

Учебная дисциплина «Офтальмология» относится к модулю клиническая медицина обязательной части учебного плана по специальности 31.05.03 Стоматология.

Перечень планируемых результатов обучения по учебной дисциплине (модулю), соотнесенных с индикаторами достижения компетенций:

Компетенция (код и наименование)	Индикаторы компетенций (код и наименование)	Результаты обучения
ОПК-5: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	ОПК-5.1: Проводит осмотр пациента пациентов различных возрастных групп и устанавливает предварительный диагноз	Знать: Методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме. Уметь: Сформулировать клинический диагноз, пользоваться МКБ. Владеть: Методами осмотра органа зрения, основными врачебными диагностическими мероприятиями. Навыками выявления у пациентов основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и

		<p>клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом. Навыками анализа закономерностей функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах. Навыками использования алгоритма постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).</p>
	<p>ОПК-5.2: Обосновывает необходимость и объем дополнительных обследований пациента с целью установления окончательного диагноза</p>	<p>Знать: Современные методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, при заболеваниях органа зрения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Уметь: Обосновывать необходимость и объем лабораторного обследования пациента, с учетом предполагаемого диагноза, возраста, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Владеть: Навыками составления плана лабораторных и инструментальных</p>

		<p>обследований пациента, с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p>
	<p>ОПК-5.3: Анализирует полученные результаты обследования пациента</p>	<p>Знать: Этиологию, патогенез, современную классификацию, клиническую картину, особенности течения, возможные осложнения, методы диагностики изучаемых заболеваний.</p> <p>Уметь: Анализировать совокупность полученных данных о конкретном пациенте и полученный опыт по отдельным нозологиям, определять эффективность проведенного обследования и лечения.</p> <p>Владеть: Навыками оценки состояния пациента до и после лечения, интерпретации результатов обследования и при неясной клинической ситуации алгоритмом развернутого клинического диагноза.</p>
	<p>ОПК-5.4: Обосновывает окончательный диагноз по результатам осмотра и дополнительного обследования пациента</p>	<p>Знать: Структурированные знания клинической картины, дифференциальной диагностики, особенности течения заболеваний органа зрения, а также требующих неотложной или экстренной помощи; методы лабораторных и инструментальных исследований и правила интерпретации их результатов.</p> <p>Уметь: Определять очередность объема, содержания и последовательности диагностических мероприятий, интерпретировать результаты сбора информации о заболевании пациента.</p> <p>Владеть: Навыками сбора и</p>

		анализа информации о состоянии здоровья пациента, проведения дифференциальной диагностики заболеваний органа зрения, установления клинического диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).
ОПК-6: Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	ОПК-6.1: Разрабатывает комплексный план медикаментозного и немедикаментозного лечения с учетом течения заболевания, общего состояния организма, наличия сопутствующей патологии	<p>Знать: Основные принципы применения медикаментозного и немедикаментозного лечения с учетом течения наиболее распространенных заболеваний органа зрения, общего состояния организма, наличия сопутствующей патологии.</p> <p>Уметь: Разрабатывать комплексный план медикаментозного и немедикаментозного лечения с учетом течения наиболее распространенных заболеваний органа зрения, общего состояния организма, наличия сопутствующей патологии.</p> <p>Владеть: Навыками составления плана лечения при офтальмологической патологии.</p>
	ОПК-6.2: Обосновывает схему, план и тактику лечения и выбирает наиболее целесообразные с учетом возможных осложнений и побочных эффектов	<p>Знать: Современные методы применения лекарственных препаратов.</p> <p>Уметь: Обосновать наиболее целесообразные схему, план и тактику лечения с учетом возможных осложнений и побочных эффектов.</p> <p>Владеть: Навыками комплексного лечения и ведения пациентов, а также навыками оказания неотложной помощи при заболеваниях органа зрения, с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов</p>

		<p>медицинской помощи, а также навыками оценки эффективности и безопасности применения используемых методов лечения.</p>
	<p>ОПК-6.3: Оказывает медицинскую помощь с использованием современных методов лечения и медицинских изделий, в соответствии с медицинскими показаниями</p>	<p>Знать: Методы лечения наиболее часто встречающихся заболеваний органа зрения; показания и противопоказания к их назначению.</p> <p>Уметь: Применять методы лечения наиболее часто встречающихся заболеваний органа зрения в соответствии с показаниями и противопоказаниями к их назначению.</p> <p>Владеть: Основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями в соответствии с показаниями и противопоказаниями к их назначению.</p>
	<p>ОПК-6.4: Оценивает эффективность и безопасность проводимого медикаментозного и немедикаментозного лечения</p>	<p>Знать: Методы медикаментозного и немедикаментозного лечения, медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях; группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний; механизм их действия, медицинские показания и противопоказания к назначению; совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; особенности оказания медицинской помощи в неотложных формах.</p> <p>Уметь: Оценивать эффективность и безопасность проводимого медикаментозного и немедикаментозного лечения.</p> <p>Владеть: Навыками</p>

		комплексной оценки эффективности и безопасности проводимого медикаментозного и немедикаментозного лечения.
--	--	--

Формы текущего контроля успеваемости обучающихся: устный опрос, практические задачи, тестовые задания, доклад, реферат.

Форма промежуточной аттестации: зачет.

2. Структура учебной дисциплины для очной формы обучения

Общая трудоёмкость учебной дисциплины составляет 2 з.е., 72 ч., в том числе контактная работа обучающихся с преподавателем 44 ч., самостоятельная работа обучающихся 28 ч., 4 семестр.

№ п/п	Раздел учебной дисциплины/темы	Всего	Виды учебной работы (в часах)				
			Контактная			Промежуточная аттестация	Самостоятельная работа
			Лекции	Семинар/ Практические занятия/курсовая работа	Лабораторные занятия		
1.	Тема 1. Анатомия и физиология органа зрения и его придатков	8	2	2	-	-	4
2.	Тема 2. Заболевания вспомогательного аппарата	9	3	2	-	-	4
3.	Тема 3. Синдром «красного глаза»	8	2	2	-	-	4
4.	Тема 4. Заболевания сосудистой оболочки, сетчатки и зрительного нерва	9	3	4	-	-	2
5.	Тема 5. Травмы органа зрения	8	2	4	-	-	2
6.	Тема 6. Глаукомы и катаракта	8	2	2	-	-	4
7.	Тема 7. Неотложные состояния в офтальмологии	6	-	4	-	-	2
8.	Тема 8. Офтальмоонкология	8	2	2	-	-	4
9.	Тема 9. Принципы лечения глазной патологии и охрана органа зрения	8	2	4	-	-	2
	зачет	-	-	-	-	-	-
	итого:	72	18	26	-	-	28

3. Содержание учебной дисциплины

№	Наименование раздела учебной дисциплины /темы	Содержание
1	Тема 1. Анатомия и физиология органа зрения и его придатков	<p>Перечень вопросов, выносимых на лекционное занятие Анатомическое строение, свойства и функции придаточного аппарата глаза. Глазное яблоко: строение, функции, топографическая анатомия оболочек глазного яблока; строение и функции структур глазного яблока; особенности строения, топографическая анатомию и функции камер глаза.</p> <p>Перечень вопросов, выносимых на семинар/практическое занятие</p>

		<p>Зрительный путь. Иннервация и кровоснабжение глазного яблока и придаточного аппарата. Нормальная физиология органа зрения. Основные функции органа зрения: центральное зрение, периферическое зрение, светоощущение, цветовое зрение, бинокулярное зрение. Сосуды и нервы глаза и его придаточного аппарата. Особенности формирования и функции черепных нервов и симпатической иннервации у детей. Сроки функционального становления. Орбита. Строение, содержимое, топографическая анатомия, функции. Виды патологии, роль анатомического взаиморасположения с ЛОР-органами, полостью рта, полостью черепа в возникновении патологических процессов.</p>
		<p>Перечень вопросов, выносимых на самостоятельное изучение, с указанием вида самостоятельной работы 1. Подготовка к аудиторным занятиям: Анатомические связи органа зрения и полости рта. Возрастные изменения органа зрения и его функций. Гиперметропия (дальнозоркость). Астигматизм. Аккомодация. Топографические изменения в глазу при аккомодации. 2. Подготовка доклада/реферата.</p>
2	<p>Тема 2. Заболевания вспомогательного аппарата</p>	<p>Перечень вопросов, выносимых на лекционное занятие Воспалительные заболевания век, слезных органов и орбиты. Клинические признаки патологии век. Аномалии строения, нарушения положения и смыкания век. Воспалительные заболевания век. Аллергические заболевания век. Патология век при системных заболеваниях.</p> <p>Перечень вопросов, выносимых на семинар/практическое занятие Клинические признаки патологии слезных органов, функциональные пробы. Аномалии и патология слезопroduцирующего аппарата. Дакриоаденит. Синдром Сьегрена («сухой» синдром при поражениях слезных и других экзокринных желез). Новообразования слезной железы (аденокарцинома). Аномалии и патология слезоотводящего аппарата.</p> <p>Перечень вопросов, выносимых на самостоятельное изучение, с указанием вида самостоятельной работы 1. Подготовка к аудиторным занятиям: Флегмоны орбиты. Возможные орбитальные осложнения у больных с заболеваниями полости рта. 2. Подготовка доклада/реферата.</p>

3	<p>Тема 3. Синдром «красного глаза»</p>	<p>Перечень вопросов, выносимых на лекционное занятие Аномалии и дистрофические заболевания конъюнктивы. Инфекционные конъюнктивиты. Бактериальные конъюнктивиты. Вирусные конъюнктивиты. Хламидийные конъюнктивиты. Аллергические конъюнктивиты. Хронический конъюнктивит. Сочетанная глазная и стоматологическая патология.</p> <p>Перечень вопросов, выносимых на семинар/практическое занятие Аномалии развития роговицы. Дистрофии роговицы Воспалительные заболевания роговицы – кератиты. Классификации кератитов по этиологии, тяжести и локализации процесса; клинические проявления, течение, принципы лечения, исход. Экзогенные кератиты. Эндогенные кератиты.</p> <p>Перечень вопросов, выносимых на самостоятельное изучение, с указанием вида самостоятельной работы 1. Подготовка к семинарскому/практическому занятию: Трахома. Социальное значение трахомы. Распространенность трахомы в мире. Роль советских ученых и организаторов здравоохранения (В.В.Чирковский, А.И.Покровский, А.С. Совваитов, А.Г.Сафонов и др.) в изучении трахомы, разработке методов лечения и профи ластики Международная классификация ВОЗ Этиология и эпидемиология трахомы Роль атипичного вируса группы ПЛТ. Клиническое течение трахомы в четырех стадиях, формы трахомы (сосочковая, фолликулярная). Трахома роговицы, виды трахоматозного паннуса. Осложнения трахомы. Особенности течения трахомы у детей Диагноз клинический, лабораторный (цитологический, вирусологический и др.). 2. Подготовка доклада/реферата.</p>
4	<p>Тема 4. Заболевания сосудистой оболочки, сетчатки и зрительного нерва</p>	<p>Перечень вопросов, выносимых на лекционное занятие Патология сосудистой оболочки. Частота заболеваний. Тяжелые исходы. Структура заболеваний сосудистого тракта (воспалительные, дистрофические процессы, новообразования, врожденные аномалии). Воспаление сосудистого тракта (увеиты). Классификация увеитов по течению, локализации, клинико-морфологической картине, этиологии, иммунологии. Основные морфологические, функциональные признаки передних увеитов (иритов, иридоциклитов). Клиника, течение, принципы лечения. Исходы. Профилактика. Врожденные аномалии развития. Остаточная зрачковая мембрана, полигория, коррэктопия, колобомы, амиридия. Клиника, диагностика, состояние зрительных функций при них. Возможности лечения.</p> <p>Перечень вопросов, выносимых на семинар/практическое занятие</p>

		<p>Патология сетчатки. Классификация заболеваний сетчатки. Общая характеристика патологических изменений в сосудах и ткани сетчатки. Заболевания сетчатки при общей и местной патологии. Острая непроходимость центральной артерии сетчатки и ее ветвей (спазм, тромбоэмболия). Тромбоз центральной вены сетчатки и ее ветвей. Перифлебит сетчатки (болезнь Ильса). Наружный экссудативный ретинит (болезнь Коатса). Ретролентальная фиброплазия. Пигментная дистрофия сетчатки. Дистрофии сетчатки и области желтого пятна. Отслойка сетчатки.</p> <p>Патология зрительного нерва. Классификация патологии зрительного нерва. Частота заболеваний зрительного нерва и у детей и у взрослых.</p> <p>Неврит зрительного нерва. Клиника. Этиология неврита у лиц разного возраста. Патоморфология. Принципы лечения. Исходы. Прогноз.</p> <p>Перечень вопросов, выносимых на самостоятельное изучение, с указанием вида самостоятельной работы</p> <p>1. Подготовка к семинарскому/практическому занятию: Изменения сетчатки при гипертонической болезни и атеросклерозе. Изменения сетчатки при заболеваниях почек. Изменения сетчатки при коллагенозах. Изменения сетчатки при заболеваниях крови и кроветворной системы (анемия, полицитемия, гемобластозы, геморрагические диатезы, пара- и диспротеинемии). Изменения сетчатки при диабете. Изменения сетчатки при токсикозах беременности. Ретробульбарный неврит. Застойный диск зрительного нерва. Псевдоневрит и псевдозастой. Атрофия зрительного нерва.</p> <p>2. Подготовка доклада/реферата.</p>
5	Тема 5. Травмы органа зрения	<p>Перечень вопросов, выносимых на лекционное занятие</p> <p>Травмы глазницы. Контузии глазницы. Ранения мягких тканей орбиты. Травмы век.</p> <p>Перечень вопросов, выносимых на семинар/практическое занятие</p> <p>Повреждения глазного яблока. Контузии глазного яблока. Непроницающие ранения глазного яблока. Проникающие ранения глазного яблока. Профессиональные травмы органа зрения в стоматологической практике и их профилактика.</p> <p>Перечень вопросов, выносимых на самостоятельное изучение, с указанием вида самостоятельной работы</p> <p>1. Подготовка к семинарскому/практическому занятию: Внутриглазная инфекция. Симпатическое воспаление. Ожоги глаза. Особенности детского травматизма. Меры профилактики</p>

		<p>и борьбы за снижение детского глазного травматизма. Особенности боевых повреждений органа зрения, частота множественных осколочных ранений, сочетание с ожогами, высокий процент проникающих ранений и контузий глаза, комбинированных повреждений орбиты с ранениями черепа и мозга и др. Врачебная помощь на этапах эвакуации.</p> <p>Особенности производственного травматизма органа зрения (промышленного, сельскохозяйственного), микротравматизм, причины, клиника.</p> <p>Лучевые повреждения органа зрения.</p> <p>2. Подготовка доклада/реферата.</p>
6	Тема 6. Глаукомы и катаракта	<p>Перечень вопросов, выносимых на лекционное занятие</p> <p>Классификация глаукомы. Врожденная глаукома. Первичная глаукома. Классификация глауком. Методы диагностики, лечения.</p> <p>Перечень вопросов, выносимых на семинар/практическое занятие</p> <p>Аномалии развития хрусталика. Врожденные катаракты: клиника, диагностика, лечение. Возрастные катаракты: клиника, диагностика на разных стадиях развития, лечение. Современные методы экстракции катаракты. Афакия, признаки и принципы ее коррекции. Коррекция односторонней афакии. Показания к интраокулярной коррекции и виды интраокулярных линз. Вторичные (послеоперационные) катаракты. Причины возникновения, клиника, лечение. Осложненные катаракты.</p> <p>Перечень вопросов, выносимых на самостоятельное изучение, с указанием вида самостоятельной работы</p> <p>1. Подготовка к аудиторным занятиям:</p> <p>Виды глаукомы у взрослых и у детей. Принципиальное отличие глаукомы у детей и у взрослых. Работы М. М. Краснова, А.П. Нестерова, Т.П. Брошевского.</p> <p>Первичные глаукомы. Работы Е.И. Ковалевского.</p> <p>Классификация М.М. Краснова, А.П. Нестерова, А.Я. Бунина.</p> <p>Основные принципы лечебно-профилактического обслуживания больных глаукомой Работы А.П. Нестерова, М.М. Краснова, С.Н. Федорова.</p> <p>Роль стоматолога в предоперационной подготовке больного с этими заболеваниями.</p> <p>2. Подготовка доклада/реферата.</p>
7	Тема 7. Неотложные состояния в офтальмологии	<p>Перечень вопросов, выносимых на семинар/практическое занятие</p> <p>Неотложные состояния в офтальмологии. Острая непроходимость центральной артерии сетчатки и ее ветвей. Острая непроходимость центральной вены сетчатки (тромбоз) и ее ветвей. Острый приступ закрытоугольной глаукомы. Мигрени. Отслойка сетчатки. Методы диагностики, лечения, прогноз, осложнения при</p>

		<p>неотложных состояниях.</p> <p>Перечень вопросов, выносимых на самостоятельное изучение, с указанием вида самостоятельной работы</p> <p>1. Подготовка к семинарскому/практическому занятию: Орбитальные осложнения при стоматологических вмешательствах.</p> <p>2. Подготовка доклада/реферата.</p>
8	Тема 8. Офтальмоонкология	<p>Перечень вопросов, выносимых на лекционное занятие</p> <p>Врожденные и приобретенные глазные опухоли. Распространенность и наиболее частые локализации глазных опухолей в разном возрасте. Место в структуре слепоты.</p> <p>Перечень вопросов, выносимых на семинар/практическое занятие</p> <p>Характеристика врожденных и приобретенных, доброкачественных и злокачественных, внеглазных и внутриглазных (экстра- и интраокулярные), собственно глазных и системных опухолей. Методы офтальмологической, лабораторной, рентгенологической, инструментально-аппаратной, ультразвуковой, а также люминесцентной и другой диагностики. Хирургические, лучевые, химиотерапевтические и комбинированные методы лечения. Криотерапия, фото-, (свето-), лазерокоагуляция. Исходы.</p> <p>Перечень вопросов, выносимых на самостоятельное изучение, с указанием вида самостоятельной работы</p> <p>1. Подготовка к аудиторным занятиям: Прогноз для глаза и жизни. Значение ранней диагностики. Работы А.Ф. Бровкиной.</p> <p>2. Подготовка доклада/реферата.</p>
9	Тема 9. Принципы лечения глазной патологии и охрана органа зрения	<p>Перечень вопросов, выносимых на лекционное занятие</p> <p>Характеристика медицинской офтальмологической сети: глазные кабинеты поликлиник, межрайонные кабинеты охраны зрения, консультативные поликлиники, глазные стационары, диспансеры, травмпункты. Специализированные глазные санатории, специализированные глазные детские сады, санаторные глазные лагеря и специализированные научно-исследовательские проблемные офтальмологические лаборатории и институты, научно-технические комплексы микрохирургии глаза. Функции и подчиненность этих учреждений. Школы для слабовидящих и слепых, показания к приему в них по состоянию остроты зрения поля зрения.</p> <p>Перечень вопросов, выносимых на семинар/практическое занятие</p> <p>Роль диспансеров, поликлиник в профилактике и реабилитации.</p> <p>Виды медикаментов, применяемых при глазной патологии.</p>

	<p>Основные достижения отечественной офтальмологии.</p> <p>Перечень вопросов, выносимых на самостоятельное изучение, с указанием вида самостоятельной работы</p> <p>1. Подготовка к аудиторным занятиям: Формирование групп профилактики (риска) по главной патологии (ГПП). Организация кабинетов доврачебного глазного приема в поликлиниках. Создание поликлинических глазных городских, окружных, областных, межрайонных и других отделений. Открытие консультативных глазных поликлиник в регионах. Специализированные глазные больницы (отделения в общих больницах). Ведущие ученые офтальмологии и офтальмологические учреждения.</p> <p>2. Подготовка доклада/реферата.</p>
--	---

Распределение трудоемкости СРС при изучении учебной дисциплины

Вид самостоятельной работы	Трудоемкость (час)
Подготовка к зачету	8
Проработка конспекта лекций	4
Подготовка к практическим (семинарским) занятиям	6
Проработка учебного материала	4
Написание докладов и рефератов	6
Решение отдельных задач	-

4. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

Основная литература

1. Сидоренко, Е. И. Офтальмология : учебник / под ред. Сидоренко Е. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 656 с. - ISBN 978-5-9704-4620-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446201.html>

Дополнительная литература

1. Егорова, Е. А. Офтальмология : учебник / под ред. Е. А. Егорова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 272 с. : ил. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-4237-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970442371.html>

2. Сидоренко, Е. И. Офтальмология. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. Е. И. Сидоренко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-5052-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970450529.html>

5. Материально-техническое обеспечение учебной дисциплины

Материально-техническую базу для проведения лекционных и практических занятий по учебной дисциплине составляют:

Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения (реквизиты подтверждающего документа)
Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, курсового проектирования, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, каб. №204.	Основное учебное оборудование: специализированная мебель (учебные парты, стулья, стол преподавателя, учебная доска). Технические средства обучения: переносной ноутбук, мультимедийный проектор, экран. Печатные наглядные пособия: «Гигиена и окружающая среда», «Загрязнение окружающей среды», «Воздействие электромагнитных полей и шума» Химическая посуда: пробирки – 20 шт., штативы	СПС «Консультант Плюс», СПС «Гарант» (договор о сотрудничестве от 23.09.2013 г. с ЗАО «Компьютерные технологии» (ПС Гарант)), регистрационный лист зарегистрированного пользователя ЭПС «Система ГАРАНТ» от 16.02.2012 г. №12-40272-000944; договоры с ООО «КонсультантПлюс Марий Эл» №2017-СВ-4 от 28.12.2016 г., Windows 10 Education, Windows 8, Windows 7 Professional (Microsoft Open License), Office Standart 2007, 2010 (Microsoft Open License), Office Professional Plus 2016 (Microsoft Open License), Kaspersky Endpoint Security (Лицензия №17E0-171117-092646-487-711, договор №Tr000171440 от 17.07.2017 г.).

	<p>для пробирок – 2, металлические боксы – 2 шт., колбы стеклянные – 10 шт., колбы мерные – 5 шт, чашки Петри – 2 шт., мерные цилиндры – 5 шт., шт.</p> <p>Лабораторное оборудование экотестер СОЭКС, ТКА-ПКМ(06)переносной люксметр+УФ+радиометр (УФ-(А+В); Гигрометр психометрический ВИТ-1 (0+25) 1шт, предметные и покровные стекла</p> <p>Специализированное оборудование: микроскоп Levenhuk 320\ D 320 Biological Microscopes (7 шт.)</p>	
Кабинет для самостоятельной работы (№302).	<p>Рабочее место преподавателя, доска, специализированная учебная мебель, автоматизированные рабочие места(10 компьютеров), с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационную образовательную среду организации(ASUSTeK Intel(R) Celeron(R) CPU G3930 @ 2.90GHz/4096 (DIMM_V1-4096.00))</p>	
Аудитория текущего контроля и промежуточной аттестации (№ 304).	<p>Специализированная учебная мебель 38 шт., рабочее место ПЭВМ (компьютеры) 35 шт., стулья 38 шт., шкаф для хранения личных вещей 2 шт.</p>	
Залы: Библиотека, читальный зал с выходом в сеть «Интернет», каб. №409.	<p>Специализированная учебная мебель: компьютерные столы 7 шт., компьютерные столы линейные 5 шт, ученические столы одноместные 4 шт, ученические столы двухместные 10 шт, ученические столы линейные 5 шт, шкаф для документов 1 шт, демонстрационные столы 3 шт, стулья 46,</p> <p>технические средства обучения: многофункциональный принтер 1шт, принтер-сканер 5 шт, принтер 1 шт, 16 рабочих мест ПЭВМ (16 компьютеров Asus P7H57D – VEVO Intel Core i3 540@3066 М Гц), с доступом к базам данных и сети Интернет.</p>	

АКТОВЫЙ ЗАЛ.	Экран, проектор, кресла тройные 180 шт., камера, светотехника, усилитель QSC Audio, усилитель LTO Mac 2.2, эквалайзер SAMSON, кроссовер S-3-way, радиомикрофон SHURE, радиомикрофон AUDIO, колонки, кафедра, стойка микрофона, магнитофон PHILIPS, гитара акустическая, стулья ученические, стол ученический, шторы, занавес, огнетушитель.	
---------------------	---	--

6. Методические указания для обучающихся по освоению учебной дисциплины

Методические указания для обучающихся с целью подготовки к лекционным занятиям

В ходе лекций преподаватель излагает и разъясняет основные, наиболее сложные для понимания темы, а также связанные с ней теоретические и практические проблемы, дает рекомендации на семинарское занятие и указания на самостоятельную работу.

В ходе лекционных занятий необходимо:

– вести конспектирование учебного материала, обращать внимание на категории, формулировки, раскрывающие содержание тех или иных явлений и процессов, научные выводы и практические рекомендации.

– желательно оставлять в рабочих конспектах поля, на которых делать пометки из рекомендованной литературы, дополняющие материал прослушанной лекции, а также подчеркивающие особую важность тех или иных теоретических положений.

– задавать преподавателю уточняющие вопросы с целью уяснения теоретических положений, разрешения спорных ситуаций;

– дорабатывать конспект лекции, делая в нем соответствующие записи из литературы, рекомендованной преподавателем и предусмотренной учебной программой – в ходе подготовки к семинарам изучить основную литературу, ознакомиться с дополнительной литературой, новыми публикациями в периодических изданиях журналах, газетах и т.д. При этом учесть рекомендации преподавателя и требования учебной программы.

Методические указания для подготовки к практическим (семинарским) занятиям

Начиная подготовку к семинарскому занятию, необходимо обратить внимание на конспект лекций, разделы учебников и учебных пособий, которые способствуют общему представлению о месте и значении темы в изучаемом курсе. Затем следует поработать с дополнительной литературой, сделать записи по рекомендованным источникам. Подготовка к семинарскому занятию включает 2 этапа:

- 1й этап - организационный;
- 2й этап - закрепление и углубление теоретических знаний.

На первом этапе обучающийся планирует свою самостоятельную работу, которая включает:

- уяснение задания, выданного на самостоятельную работу;
- подбор рекомендованной литературы;
- составление плана работы, в котором определяются основные пункты предстоящей подготовки.

Составление плана дисциплинирует и повышает организованность в работе.

Второй этап включает непосредственную подготовку обучающегося к занятию. Начинать надо с изучения рекомендованной литературы. Необходимо помнить, что на лекции обычно рассматривается не весь материал, а только его часть. Остальная её часть восполняется в процессе самостоятельной работы. В связи с этим работа с рекомендованной литературой обязательна. Особое внимание при этом необходимо обратить на содержание основных положений и выводов, объяснение явлений и фактов, уяснение практического применения рассматриваемых теоретических вопросов. В процессе этой работы обучающийся должен стремиться понять и запомнить основные положения рассматриваемого материала, примеры, поясняющие его, а также разобраться в иллюстративном материале. Заканчивать подготовку следует составлением плана (конспекта) по изучаемому материалу (вопросу). Это позволяет составить концентрированное, сжатое представление по изучаемым вопросам. В процессе подготовки к занятиям рекомендуется взаимное обсуждение материала, во время которого закрепляются знания, а также приобретается практика в изложении и разъяснении

полученных знаний, развивается речь. При необходимости следует обращаться за консультацией к преподавателю. Готовясь к консультации, необходимо хорошо продумать вопросы, которые требуют разъяснения.

Ввиду трудоемкости подготовки к семинару следует продумать алгоритм действий, еще раз внимательно прочитать записи лекций и уже готовый конспект по теме семинара, тщательно продумать свое устное выступление.

Записи имеют первостепенное значение для подготовки к семинарским работы обучающихся. Они помогают понять построение изучаемого материала, выделить основные положения и проследить их логику. Ведение записей способствует превращению чтения в активный процесс, мобилизует, наряду со зрительной, и моторную память. Следует помнить: у обучающегося, систематически ведущего записи, создается свой индивидуальный фонд подсобных материалов для быстрого повторения прочитанного, для мобилизации накопленных знаний. Особенно важны и полезны записи тогда, когда в них находят отражение мысли, возникшие при самостоятельной работе. Важно развивать умение сопоставлять источники, продумывать изучаемый материал.

Большое значение имеет совершенствование навыков конспектирования. Преподаватель может рекомендовать обучающимся следующие основные формы записи: план (простой и развернутый), выписки, тезисы.

Результаты конспектирования могут быть представлены в различных формах.

План - это схема прочитанного материала, краткий (или подробный) перечень вопросов, отражающих структуру и последовательность материала. Подробно составленный план вполне заменяет конспект.

Конспект - это систематизированное, логичное изложение материала источника. Различаются четыре типа конспектов.

План-конспект - это развернутый детализированный план, в котором достаточно подробные записи приводятся по тем пунктам плана, которые нуждаются в пояснении.

Текстуальный конспект – это воспроизведение наиболее важных положений и фактов источника.

Свободный конспект - это четко и кратко сформулированные (изложенные) основные положения в результате глубокого осмысливания материала. В нем могут присутствовать выписки, цитаты, тезисы; часть материала может быть представлена планом.

Тематический конспект составляется на основе изучения ряда источников и дает более или менее исчерпывающий ответ по какой-то схеме (вопросу).

На семинаре каждый его участник должен быть готовым к выступлению по всем поставленным в плане вопросам, проявлять максимальную активность при их рассмотрении. Выступление должно строиться свободно, убедительно и аргументировано. Необходимо следить, чтобы выступление не сводилось к репродуктивному уровню (простому воспроизведению текста), не допускать и простое чтение конспекта. Необходимо, чтобы выступающий проявлял собственное отношение к тому, о чем он говорит, высказывал свое личное мнение, понимание, обосновывал его и мог сделать правильные выводы из сказанного.

Выступления других обучающихся необходимо внимательно и критически слушать, подмечать особенное в суждениях обучающихся, улавливать недостатки и ошибки. При этом обратить внимание на то, что еще не было сказано, или поддержать и развить интересную мысль, высказанную выступающим. Изучение обучающимися фактического материала по теме практического занятия должно осуществляться заблаговременно. Под фактическим материалом следует понимать специальную литературу по теме занятия, систему нормативных правовых актов, а также арбитражную практику по рассматриваемым проблемам. Особое внимание следует обратить на дискуссионные теоретические вопросы в системе изучаемого вопроса: изучить различные точки зрения ведущих ученых, обозначить противоречия современного законодательства.

Для систематизации основных положений по теме занятия рекомендуется составление конспектов.

При этом следует обратить внимание на:

- составление списка нормативных правовых актов и учебной и научной литературы по изучаемой теме;
- изучение и анализ выбранных источников;
- изучение и анализ арбитражной практики по данной теме, представленной в информационно - справочных правовых электронных системах и др.;
- выполнение предусмотренных программой заданий в соответствии с тематическим планом;
- выделение наиболее сложных и проблемных вопросов по изучаемой теме, получение разъяснений и рекомендаций по данным вопросам с преподавателями кафедры на консультациях;
- проведение самоконтроля путем ответов на вопросы текущего контроля знаний, решения представленных в учебно-методических материалах кафедры задач, тестов, написания рефератов и эссе по отдельным вопросам изучаемой темы.

Семинарские занятия завершают изучение наиболее важных тем учебной дисциплины. Они служат для закрепления изученного материала, развития умений и навыков подготовки докладов, сообщений, приобретения опыта устных публичных выступлений, ведения дискуссии, аргументации и защиты выдвигаемых положений, а также для контроля преподавателем степени подготовленности обучающихся по изучаемой дисциплине.

Методические указания для обучающихся по освоению учебной дисциплины в ходе самостоятельной работы

Методика организации самостоятельной работы обучающихся зависит от структуры, характера и особенностей изучаемой дисциплины, объема часов на ее изучение, вида заданий для самостоятельной работы обучающихся, индивидуальных особенностей обучающихся и условий учебной деятельности.

При этом преподаватель назначает обучающимся варианты выполнения самостоятельной работы, осуществляет систематический контроль выполнения обучающимися графика самостоятельной работы, проводит анализ и дает оценку выполненной работы.

Своевременное и качественное выполнение самостоятельной работы базируется на соблюдении настоящих рекомендаций и изучении рекомендованной литературы. Обучающийся может дополнить список использованной литературы современными источниками, не представленными в списке рекомендованной литературы, и в дальнейшем использовать собственные подготовленные учебные материалы при написании контрольных (РГР), курсовых и выпускных квалификационных работ.

Самостоятельная работа обучающихся осуществляется в аудиторной и внеаудиторной формах. Самостоятельная работа обучающихся в аудиторное время может включать:

- конспектирование (составление тезисов) лекций, выполнение контрольных работ;
- решение задач;
- работу со справочной и методической литературой;
- работу с нормативными правовыми актами;
- выступления с докладами, сообщениями на семинарских занятиях;
- защиту выполненных работ;
- участие в оперативном (текущем) опросе по отдельным темам изучаемой дисциплины;
- участие в беседах, деловых (ролевых) играх, дискуссиях, круглых столах, конференциях;

- участие в тестировании и др.

Самостоятельная работа обучающихся во внеаудиторное время может состоять из:

- повторение лекционного материала;
- подготовки к семинарам (практическим занятиям);
- изучения учебной и научной литературы;
- изучения нормативных правовых актов (в т.ч. в электронных базах данных);
- решения задач, выданных на практических занятиях;
- подготовки к контрольным работам, тестированию и т.д.;
- подготовки к семинарам устных докладов (сообщений);
- подготовки рефератов, эссе и иных индивидуальных письменных работ по заданию преподавателя;
- выполнения курсовых работ, предусмотренных учебным планом;
- выделение наиболее сложных и проблемных вопросов по изучаемой теме, получение разъяснений и рекомендаций по данным вопросам с преподавателями кафедры на их еженедельных консультациях;
- проведение самоконтроля путем ответов на вопросы текущего контроля знаний, решения представленных в учебно-методических материалах кафедры задач, тестов;
- написания рефератов и эссе по отдельным вопросам изучаемой темы.
- подготовки к семинарам устных докладов (сообщений);
- подготовки рефератов, эссе и иных индивидуальных письменных работ по заданию преподавателя;
- выполнения курсовых работ, предусмотренных учебным планом;
- выполнения выпускных квалификационных работ и др.

АНО ВО «Межрегиональный открытый социальный институт»

**Фонд оценочных средств
для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации**

по дисциплине

Офтальмология

Образовательная программа

(наименование)

31.05.03 Стоматология

Йошкар-Ола, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

1. Перечень планируемых результатов обучения по учебной дисциплине, соотнесенных с индикаторами достижения компетенций. Описание показателей оценивания компетенций.

2. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности в процессе освоения образовательной программы, критерии оценивания.

3. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

1. Перечень планируемых результатов обучения по учебной дисциплине, соотнесенных с индикаторами достижения компетенций. Описание показателей оценивания компетенций.

В процессе освоения образовательной программы обучающиеся осваивают компетенции указанные в федеральных государственных образовательных стандартах высшего образования, сопоставленные с видами деятельности. Освоение компетенций происходит поэтапно через последовательное изучение учебных дисциплин, практик, подготовки ВКР и других видов работ, предусмотренных учебным планом АНО ВО МОСИ.

№ п/п	Планируемые результаты освоения программы (код и содержание компетенции)	Индикаторы достижения компетенций	Планируемые результаты обучения по дисциплине	Оценочные средства представление в ФОС
1	ОПК-5: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	ОПК-5.1: Проводит осмотр пациента пациентов различных возрастных групп и устанавливает предварительный диагноз	Знать: Методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); состояния, требующие оказания	Вопросы для устного опроса Практические задачи Тестовые задания Темы докладов и рефератов Перечень теоретических вопросов и тестовых заданий к зачету

			<p>медицинской помощи в неотложной форме.</p> <p>Уметь: Сформулировать клинический диагноз, пользоваться МКБ.</p> <p>Владеть: Методами осмотра органа зрения, основными врачебными диагностическими мероприятиями.</p> <p>Навыками выявления у пациентов основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом.</p> <p>Навыками анализа закономерностей функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах.</p> <p>Навыками использования алгоритма постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом</p> <p>Международной</p>	
--	--	--	---	--

			статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).	
		ОПК-5.2: Обосновывает необходимость и объем дополнительных обследований пациента с целью установления окончательного диагноза	<p>Знать: Современные методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, при заболеваниях органа зрения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Уметь: Обосновывать необходимость и объем лабораторного обследования пациента, с учетом предполагаемого диагноза, возраста, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи,</p>	<p>Вопросы для устного опроса</p> <p>Практические задачи</p> <p>Тестовые задания</p> <p>Темы докладов и рефератов</p> <p>Перечень теоретических вопросов и тестовых заданий к зачету</p>

			<p>клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Владеть: Навыками составления плана лабораторных и инструментальных обследований пациента, с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p>	
		<p>ОПК-5.3: Анализирует полученные результаты обследования пациента</p>	<p>Знать: Этиологию, патогенез, современную классификацию, клиническую картину, особенности течения, возможные осложнения, методы диагностики изучаемых заболеваний.</p> <p>Уметь: Анализировать совокупность полученных</p>	<p>Вопросы для устного опроса Практические задачи Тестовые задания Темы докладов и рефератов Перечень теоретических вопросов и тестовых заданий к зачету</p>

			<p>данных о конкретном пациенте и полученный опыт по отдельным нозологиям, определять эффективность проведенного обследования и лечения.</p> <p>Владеть: Навыками оценки состояния пациента до и после лечения, интерпретации результатов обследования и при неясной клинической ситуации алгоритмом развернутого клинического диагноза.</p>	
		<p>ОПК-5.4: Обосновывает окончательный диагноз по результатам осмотра и дополнительного обследования пациента</p>	<p>Знать: Структурированные знания клинической картины, дифференциальной диагностики, особенности течения заболеваний органа зрения, а также требующих неотложной или экстренной помощи; методы лабораторных и инструментальных исследований и правила интерпретации их результатов.</p> <p>Уметь: Определять очередность объема, содержания и последовательность и диагностических</p>	<p>Вопросы для устного опроса Практические задачи Тестовые задания Темы докладов и рефератов Перечень теоретических вопросов и тестовых заданий к зачету</p>

			<p>мероприятий, интерпретировать результаты сбора информации о заболевании пациента.</p> <p>Владеть: Навыками сбора и анализа информации о состоянии здоровья пациента, проведения дифференциальной диагностики заболеваний органа зрения, установления клинического диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).</p>	
2	<p>ОПК-6: Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач</p>	<p>ОПК-6.1: Разрабатывает комплексный план медикаментозного и немедикаментозного лечения с учетом течения заболевания, общего состояния организма, наличия сопутствующей патологии</p>	<p>Знать: Основные принципы применения медикаментозного и немедикаментозного лечения с учетом течения наиболее распространенных заболеваний органа зрения, общего состояния организма, наличия сопутствующей патологии.</p> <p>Уметь: Разрабатывать комплексный план медикаментозного и немедикаментозного лечения с учетом течения наиболее распространенных</p>	<p>Вопросы для устного опроса Практические задачи Тестовые задания Темы докладов и рефератов Перечень теоретических вопросов и тестовых заданий к зачету</p>

		заболеваний органа зрения, общего состояния организма, наличия сопутствующей патологии. Владеть: Навыками составления плана лечения при офтальмологической патологии.	
	ОПК-6.2: Обосновывает схему, план и тактику лечения и выбирает наиболее целесообразные с учетом возможных осложнений и побочных эффектов	Знать: Современные методы применения лекарственных препаратов. Уметь: Обосновать наиболее целесообразные схему, план и тактику лечения с учетом возможных осложнений и побочных эффектов. Владеть: Навыками комплексного лечения и ведения пациентов, а также навыками оказания неотложной помощи при заболеваниях органа зрения, с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания	Вопросы для устного опроса Практические задачи Тестовые задания Темы докладов и рефератов Перечень теоретических вопросов и тестовых заданий к зачету

		<p>медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи, а также навыками оценки эффективности и безопасности применения используемых методов лечения.</p>	
	<p>ОПК-6.3: Оказывает медицинскую помощь с использованием современных методов лечения и медицинских изделий, в соответствии с медицинскими показаниями</p>	<p>Знать: Методы лечения наиболее часто встречающихся заболеваний органа зрения; показания и противопоказания к их назначению. Уметь: Применять методы лечения наиболее часто встречающихся заболеваний органа зрения в соответствии с показаниями и противопоказаниями и к их назначению. Владеть: Основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями в соответствии с показаниями и противопоказаниями и к их назначению.</p>	<p>Вопросы для устного опроса Практические задачи Тестовые задания Темы докладов и рефератов Перечень теоретических вопросов и тестовых заданий к зачету</p>
	<p>ОПК-6.4: Оценивает эффективность и безопасность проводимого медикаментозного и немедикаментозного лечения</p>	<p>Знать: Методы медикаментозного и немедикаментозного лечения, медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях;</p>	<p>Вопросы для устного опроса Практические задачи Тестовые задания Темы докладов и рефератов Перечень теоретических вопросов и тестовых заданий к</p>

			<p>группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний; механизм их действия, медицинские показания и противопоказания к назначению; совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; особенности оказания медицинской помощи в неотложных формах.</p> <p>Уметь: Оценивать эффективность и безопасность проводимого медикаментозного и немедикаментозного лечения.</p> <p>Владеть: Навыками комплексной оценки эффективности и безопасности проводимого медикаментозного и немедикаментозного лечения.</p>	зачету
--	--	--	---	--------

2. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности в процессе освоения образовательной программы, критерии оценивания.

Текущая аттестация по дисциплине «Офтальмология»

Обучающиеся по специальности 31.05.03 Стоматология проходят текущую аттестацию в 4 семестре.

Оценочные средства текущего контроля:

- устный опрос;
- практические задачи;
- тестовые задания;
- реферат;
- доклад.

Основные виды оценочных средств по темам представлены в таблице

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции/ Индикаторы достижения компетенций	Наименование оценочного средства
1.	Тема 1. Анатомия и физиология органа зрения и его придатков	ОПК- 5.2, ОПК -5.3, ОПК- 5.4	Вопросы для устного опроса Практические задачи Тестовые задания Темы докладов и рефератов
2.	Тема 2. Заболевания вспомогательного аппарата	ОПК-5.1-ОПК-5.4, ОПК-6.1-ОПК-6.4	Вопросы для устного опроса Практические задачи Тестовые задания Темы докладов и рефератов
3.	Тема 3. Синдром «красного глаза»	ОПК-5.1-ОПК-5.4, ОПК-6.1-ОПК-6.4	Вопросы для устного опроса Практические задачи Тестовые задания Темы докладов и рефератов
4.	Тема 4. Заболевания сосудистой оболочки, сетчатки и зрительного нерва	ОПК-5.1-ОПК-5.4, ОПК-6.1-ОПК-6.4	Вопросы для устного опроса Практические задачи Тестовые задания Темы докладов и рефератов
5.	Тема 5. Травмы органа зрения	ОПК-5.1-ОПК-5.4, ОПК-6.1-ОПК-6.4	Вопросы для устного опроса Практические задачи Тестовые задания Темы докладов и рефератов

			рефератов
6.	Тема 6. Глаукомы и катаракта	ОПК-5.1-ОПК-5.4, ОПК-6.1-ОПК-6.4	Вопросы для устного опроса Практические задачи Тестовые задания Темы докладов и рефератов
7.	Тема 7. Неотложные состояния в офтальмологии	ОПК-5.1-ОПК-5.4, ОПК-6.1-ОПК-6.4	Вопросы для устного опроса Практические задачи Темы докладов и рефератов
8.	Тема 8. Офтальмоонкология	ОПК-5.1-ОПК-5.4, ОПК-6.1-ОПК-6.4	Вопросы для устного опроса Практические задачи Темы докладов и рефератов
9.	Тема 9. Принципы лечения глазной патологии и охрана органа зрения	ОПК-5.1-ОПК-5.4, ОПК-6.1-ОПК-6.4	Вопросы для устного опроса Практические задачи Темы докладов и рефератов

Вопросы для устного опроса

1. Место офтальмологии в медицинской науке, в практическом здравоохранении.
2. Фило- и онтогенез органа зрения в возрастном аспекте.
3. Элементы анатомии в клинической работе врача стоматолога.
4. Содержимое орбиты.
5. Двигательный аппарат глаза, его иннервация.
6. Строение слезопродуцирующего аппарата.
7. Строение слезоотводящего аппарата.
8. Защитный аппарат глаза.
9. Три оболочки глазного яблока.
10. Строение и функции фиброзной капсулы глаза.
11. Сосудистый тракт, его три отдела. Функции.
12. Строение и инверсия сетчатки.
13. Оптический аппарат глаза.
14. Камеры глаза.
15. Кровоснабжение органа зрения, венозный и лимфатический отток.
16. Анатомическое соседство органа зрения и значение его в глазной патологии.
17. Зрительный тракт и зрительные центры.
18. Функции колбочек и палочек.
19. Два источника питания сетчатки.
20. Эмбриология глазного яблока.
21. Анатомия зрительного пути.
22. Строение сетчатки, физиологические процессы в сетчатке.
23. Строение и функции роговицы.
24. Рецепторы сетчатки. Теория «двойственности» зрения и ее доказательство.

25. Темновая адаптация, ее расстройства.
26. Теория цветоощущения Гельмгольца. Основные характеристики хроматического цвета.
27. Аномалии цветоощущения: клинические формы, тип наследования.
28. Анатомия слезных органов.
29. Основные причины слезотечения и сухости глаза.
30. Функциональные пробы. Применение для диагностики заболеваний слезных органов.
31. Основные виды инъекции глазного яблока и их отличия.
32. Основные симптомы: кератита, иридоциклита, конъюнктивита.
33. Синдром крылонебного узла (Слюдера).
34. Синдром Пфаундлера-Гурлера (мукополисахаридозов).
35. Синдром Ригера.
36. Синдром Стюрж-Вебера-Краббе.
37. Синдром Аперта.
38. Синдром Стивенса-Джонсона.
39. Синдром Халлерманна-Штрайфа-Франсуа.
40. Синдром Геерфордта.
41. Синдром Съегрена.
42. Синдром Крузона.
43. Синдром Элерса-Данлоса.
44. Синдром Гольденхара.
45. Синдром Болезни Микулича.
46. Синдром Реклингаузена.
47. Синдром Рейтера.
48. Воспалительные заболевания и новообразования орбиты.
49. Классификация повреждений органа зрения.
50. Клиника, первая помощь лечение ранений век.
51. Клиника, первая помощь лечение контузий глазного яблока.
52. Клиника, первая помощь лечение при проникающем ранении глазного яблока.
53. Методы определения локализация внутриглазных инородных тел.
54. Осложнения проникающих ранений глазного яблока.
55. Виды раневой инфекции ее формы, тактика ведения при каждом из них.
56. Стадия ожоговой болезни глаз.
57. Принципы лечения в каждой из стадий ожоговой болезни глаз.
58. Поражение глаз различными видами излучения: ультрафиолетовое, инфракрасное, ионизирующее, видимый спектр.
59. Особенности обработки ран придаточного аппарата глаза.
60. Контузия глазного яблока.
61. Субконъюнктивальные разрывы склеры: клиника, лечение.
62. Травматическая катаракта, факолитический иридоциклит.
63. Клиника ожогов глазного яблока в зависимости от степени тяжести.
64. Симпатическое воспаление: этиопатогенез, клинические формы, принципы терапии.
65. Принципы клинической и рентгенологической диагностики инородных тел в глазу.
66. Сидероз и халькоз глазного яблока.
67. Клиника и лечение гнойного эндофтальмита.
68. Клиника и лечение паноптальмита.
69. Особенности обработки проникающих ранений глазного яблока.
70. Электрофтальмия.
71. Основные симптомы глаукомы, их генез.

72. Гидродинамика глаза в норме.
73. Методы определения внутриглазного давления: истинное, тонометрическое.
74. Возможные механизмы нарушения гидродинамики глаза, приводящие к повышению ВГД. Функциональные блоки на пути оттока внутриглазной жидкости.
75. Классификация глаукомы, критерии определения стадий.
76. Этиология, патогенез, клиника первичной открытоугольной глаукомы.
77. Этиология, патогенез, клиника первичной закрытоугольной глаукомы.
78. Общая и местная симптоматика при остром приступе глаукомы.
79. Дифференциальная диагностика острого приступа глаукомы иридоциклита.
80. Принципы консервативного и хирургического лечения острого приступа глаукомы.
81. Профилактика глаукомы.
82. Врожденная глаукома, ранняя диагностика, лечение, классификация.
83. Классификация первичной глаукомы: формы, состояние внутриглазного давления.
84. Внутриглазное давление. Основные факторы, определяющие его уровень. Методы измерения.
85. Патогенез закрытоугольной глаукомы.
86. Клиника и лечение острого приступа глаукомы.
87. Закрытоугольная глаукома: клинические стадии, лечение.
88. Патогенез открытоугольной глаукомы.
89. Клиника и лечение открытоугольной глаукомы.
90. Ранняя диагностика открытоугольной глаукомы.
91. Ранняя диагностика закрытоугольной глаукомы.
92. Вторичная глаукома: классификация, клиника.
93. Классификация катаракт.
94. Стадии развития катаракт. Осложнения, возникающие при созревании катаракты.
95. Лечение начальных стадий катаракт.
96. Современные технологии хирургии катаракты.
97. Способы коррекции афакии.
98. Картина нормального глазного дна.
99. Застойный диск зрительного нерва.
100. Изменения глазного дна при сахарном диабете.
101. Изменения глазного дна при гипертонической болезни.
102. Изменения глазного дна при симптоматических артериальных гипертензиях.
103. Изменения глазного дна при болезнях почек и крови.
104. Химический состав, анатомия, физиология хрусталика.
105. Патогенез, клиника и лечение старческой катаракты.
106. Клиника и коррекция афакии.
107. Врожденные и приобретенные катаракты, клинические формы.
108. Стадии развития катаракт. Осложнения, возникающие при созревании катаракты.
109. Острая непроходимость центральной артерии сетчатки: этиология, клиника, неотложная помощь.
110. Тромбоз центральной вены сетчатки: клиника, лечение.
111. Неврит (папиллит) зрительного нерва: этиологии, клиника, лечение.
112. Ретробульбарный неврит: этиология, клиника.
113. Атрофия зрительного нерва: причины, клинические формы.
114. Симптомы со стороны глаз при опухолях гипофиза и оптико-хиазмальном арахноидите.
115. Ретинобластома.

116. Офтальмоонкология. Классификация опухолей органа зрения.
117. Клиника, диагностика и лечение новообразований век, придаточного аппарата глаза.
118. Клиника, диагностика и лечение эпibuльбарных и внутриглазных опухолей.

Средство оценивания: устный опрос

Шкала оценивания:

– оценка «отлично» выставляется, если обучающийся не только глубоко и прочно усвоил весь программный материал, но и проявил знания, выходящие за его пределы, почерпнутые из дополнительных источников (учебная литература, научно-популярная литература, научные статьи и монографии, сборники научных трудов и интернет-ресурсы и т. п.); умеет самостоятельно обобщать программный материал, не допуская ошибок, проанализировать его с точки зрения различных школ и взглядов; увязывает знания с практикой; приводит примеры, демонстрирующие глубокое понимание материала или проблемы;

– оценка «хорошо» выставляется, если обучающийся твердо знает программный материал, грамотно и последовательно его излагает, увязывает с практикой, не допуская существенных неточностей в ответе на вопросы;

– оценка «удовлетворительно» выставляется, если обучающийся усвоил только основной программный материал, но не знает отдельных положений, в ответе допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушает последовательность в изложении программного материала;

– оценка «неудовлетворительно» выставляется, если обучающийся не знает значительной части основного программного материала, в ответе допускает существенные ошибки, неправильные формулировки.

Практические задачи

Задача №1. Больная 32 лет жалуется на покраснение и боль в области внутренней части нижнего века левого глаза, повышение температуры до 37,4, головную боль, недомогание. Неделю назад болели верхние зубы на этой же стороне. После лечения в домашних условиях зубная боль постепенно утихла. При осмотре отмечается выраженная гиперемия кожи, отёк нижнего века левого глаза, более выраженный в области проекции слёзного мешка; при пальпации здесь же отмечается болезненность и выделение слизи и гноя через нижнюю слёзную точку. Отмечается умеренная инъекция сосудов конъюнктивы, отёчность слизистой оболочки нижнего века и глазного яблока. Правый глаз здоров.

Какое заболевание Вы заподозрите у этой пациентки?

Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?

Какова тактика Ваших дальнейших действий?

Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Задача №2. К Вам обратилась больная 52 лет с жалобами на покраснение, ограниченную болезненную рипухлость и отёчность по краю верхнего века правого глаза в течение двух дней. При осмотре отмечается умеренный отёк верхнего века, гиперемия и отёчность конъюнктивы верхнего века. Из анамнеза выяснилось, что за последние два года это повторяется уже третий раз.

Какое заболевание Вы заподозрите у этой пациентки?

Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?

Какова тактика Ваших дальнейших действий?

Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Задача №3. К Вам обратился больной, которому 2 дня тому назад врач-стоматолог удалил верхний резец с правой стороны.

Больного беспокоит головная боль, озноб, двоение предметов при рассматривании их правым глазом, температура повышена до 37,5°C, имеется выраженный отёк и покраснение кожи век правого глаза, выпячивание глазного яблока, подвижность его ограничена, болезненна. Конъюнктивит век и глазного яблока резко отёчный, смешанная инъекция сосудов правого глаза. Роговица и радужка отёчные, зрачок сужен до 2 мм, реакция его на свет снижена. Острота зрения: OD = 0,1 не корр., OS = 1,0.

Что Вы заподозрите у этого пациента?

Какие дополнительные методы исследования необходимо произвести?

С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?

Какова будет тактика Ваших действий?

Какие возможны осложнения при данной патологии?

Задача №4. Больной 28 лет обратился к Вам с жалобами на боль в области верхнего века правого глаза, отёк век правого глаза, головную боль. При осмотре отмечается выраженный отёк век OD, в области скуловой кости кожа век гиперемирована, напряжена, резко болезненна при пальпации. Глазная щель OD сужена, конъюнктивит век и глазного яблока гиперемирована, отёчна, особенно – с наружной стороны. Других изменений глаз не отмечено.

Какие дополнительные методы исследования Вы используете в данном случае?

Ваш предположительный диагноз?

С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?

В чём будет заключаться Ваша помощь больному?

Какие возможны осложнения при данной патологии?

Задача №5. К Вам обратился учитель школы, 46 лет с жалобами на покраснение, утолщение краёв век, зуд, ощущение засорённости в глазах, утомляемость глаз при длительной зрительной нагрузке вблизи, периодическое покраснение глаз с появлением едкого пенистого отделяемого в углах глазной щели обоих глаз. Болен в течение двух лет.

Какое заболевание глаз Вы заподозрите у пациента?

Какие наиболее частые причины данного заболевания?

Какие дополнительные методы исследования следует провести?

Какова будет тактика Ваших действий?

Какие возможны осложнения при данной патологии?

Задача №6. К Вам обратился пациент 19 лет с жалобами на покраснение слизистой оболочки обоих глаз, умеренное слизистое отделяемое, склеивание ресниц по утрам, ощущение песка под веками, слезотечение. Заболел два дня назад после купания в пруду. При осмотре конъюнктивит век и глазных яблок резко гиперемирована, умеренно отёчная, имеются единичные фолликулы на конъюнктиве обоих глаз, умеренное слизистое отделяемое.

Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента?

Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?

Какова тактика Ваших дальнейших действий?

Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Задача №7. К Вам обратился больной 28 лет, у которого на третий день после подъёма температуры до 37,7°, сопровождавшегося катаром верхних дыхательных путей, недомоганием, насморком, появился отёк век, гиперемия и отёчность конъюнктивы (особенно в области нижней переходной складки), умеренное слизисто-гнойное отделяемое.

Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента?

Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?

Какова тактика Ваших дальнейших действий?

Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Задача №8. В районе, где Вы работаете, нет окулиста. Вас вызвали в родильное отделение, где вначале у одного новорождённого, а через два дня ещё у двух появилась припухлость и отёчность век, затем – покраснели и нарастающая отёчность конъюнктивы век и глазных яблок. При разведении век отмечается значительное слизисто-гнойное отделяемое.

Какое заболевание Вы заподозрите?

Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?

Какова тактика Ваших дальнейших действий?

Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Задача №9. К Вам обратилась больная с жалобами на сухость, жжение, зуд, резь в глазах, светобоязнь, снижение зрения на оба глаза, почти полное отсутствие слезы даже во время плача, сухость кожных покровов и в полости рта, припухлость и скованность в суставах рук и ног. Больна в течение полугода. При осмотре отмечается умеренная смешанная инъеция конъюнктивы обоих глаз, скудное, тягучее, нитеобразное отделяемое. В нижней части роговицы имеется умеренная отёчность, мелкоочечные инфильтраты, поверхностные помутнения. От этой части роговицы к конъюнктивальному своду тянутся тонкие слизистые нити.

Какое заболевание Вы заподозрите у этой пациентки?

Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?

Какова тактика Ваших дальнейших действий?

Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Задача №10. Мальчик 12 лет из Средней Азии обратился к врачу с жалобами на тягостный зуд. Утомляемость глаз, светобоязнь. Объективно: веки слегка отёчны, слизистая век гиперемирована, на конъюнктиве верхнего века имеются многочисленные сосочки в виде булыжной мостовой, утолщение конъюнктивы в перилимбальной области.

Укажите природу данного заболевания.

Ваш предположительный диагноз.

Что послужило основой для постановки данного диагноза

Лечение. Прогноз.

Задача №11. К Вам обратился больной 43 лет с жалобами на боль, покраснение, светобоязнь, слезотечение, значительное снижение зрения правого глаза. Из анамнеза заболевания удалось выяснить, что это уже третий за последние 5 лет рецидив заболевания после перенесённого в заключение туберкулёза лёгких. При наружном осмотре: левый глаз здоров; в правом глазу – выраженная перикорнеальная инъеция; роговица диффузно отёчная, мутная, в ней просматриваются отдельные крупные желтовато-серые инфильтраты, выраженная васкуляризация её.

Какие методы диагностики Вы используете в данном случае?

Ваш предположительный диагноз?

С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?

Какова будет тактика Ваших действий?

Каков прогноз при данной патологии?

Задача №12. К Вам обратилась больная 28 лет с жалобами на ощущение инородного тела, светобоязнь, слезотечение, покраснение левого глаза в течение двух

дней. Неделю назад перенесла острое респираторное заболевание с умеренной температурой. При наружном осмотре: правый глаз спокоен, здоров; в левом глазу – перикорнеальная инъекция, в нижнелазерном отделе роговицы видна группа мелких серых инфильтратов в виде веточки дерева, радужка не изменена.

Какие методы диагностики Вы используете в данном случае?

Ваш предположительный диагноз?

С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?

Какова будет тактика Ваших действий?

Каковы возможные осложнения при данной патологии?

Задача №13. К Вам за советом обратился Ваш хороший знакомый, который два года назад перенёс язвенный кератит правого глаза, в результате чего осталось обширное молочно-серого цвета помутнение роговицы и практически исчезло предметное зрение. Его интересует, можно ли при такой патологии глаза надеяться на улучшение его зрительной функции?

Какие методы диагностики Вы используете в данном случае?

Ваш предположительный диагноз?

С чем Вы будете дифференцировать эту патологию глаза?

Какова будет тактика Ваших действий?

Каковы возможные осложнения при данной патологии?

Задача №14. Пациент 53 года обратился с жалобами на светобоязнь, слезотечение, ощущение инородного тела в правом глазу. Со слов больного 3 недели назад перенёс ОРВИ, сопровождающуюся герпетическими высыпаниями в области губ. Объективно: vis OD - 0.3 н/к, vis OS - 0.9 н/к. При бифокальном осмотре на правом глазу отмечается небольшая перикорнеальная инъекция, в глубоких слоях роговой оболочки в оптической зоне, серовато-белый инфильтрат дисковидной формы. Хрусталик, стекловидное тело прозрачные.

Какие методы диагностики Вы используете в данном случае?

Ваш предположительный диагноз?

С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?

Какова будет тактика Ваших действий?

Каковы возможные осложнения при данной патологии?

Задача №15. Пациент 17 лет обратился с жалобами на постепенно возникшие небольшую светобоязнь, слезотечение, покраснение и боль при надавливании на веки левого глаза. С 14 лет страдает системной красной волчанкой. При осмотре конъюнктивы гиперемирована, в переднем отделе склеры ограниченный отёк с синюшным оттенком. При пальпации поражённый участок резко болезненен. Роговица прозрачная, гладкая, блестящая. Хрусталик, стекловидное тело прозрачные.

Какое заболевание Вы заподозрите?

Какие методы диагностики Вы используете дополнительно?

С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?

Какова тактика Ваших дальнейших действий?

Каков прогноз при данной патологии?

Задача №16. Ввиду отсутствия окулиста к Вам обратилась женщина с мальчиком 10 лет, которого беспокоят боли в левом глазу, отдающие в зубы (с левой стороны) и одноимённое ухо, снижение зрения левого глаза. Боль в глазу появилась вчера днём, а к вечеру она усилилась, и мама ребёнка отметила у него изменение цвета радужки и сужение зрачка на больном глазу. При обследовании: правый глаз спокоен; левый глаз – глазная щель умеренно сужена, светобоязнь, перикорнеальная инъекция, умеренный отёк роговицы. В передней камере имеется взвесь экссудата, радужка отёчна, рисунок её ступё-ван, зрачок узкий, слегка овальной формы, реакция на свет снижена. В проходящем свете рефлекс с глазного дна виден довольно чётко.

Какие дополнительные методы исследования Вы используете в данном случае?

Ваш предположительный диагноз?

С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?

В чём будет заключаться Ваша помощь больному?

Какие возможны осложнения при данной патологии?

Задача №17. Родители ребёнка 6 лет неделю назад заметили у него припухлость и покраснение в области обоих коленных суставов. Два дня назад у ребёнка появились покраснение левого глаза, и он стал жаловаться на снижение зрения и боли в левом глазу. До этого родители обращались по поводу патологии суставов к фельдшеру. Он рекомендовал провести обследование ребёнка, но этого сделано не было. При наружном осмотре OS: выражена перикорнеальная инъекция, роговица отёчная, цвет радужки изменён по сравнению со здоровым глазом, рисунок её смазан, зрачок сужен, края его фестончатые, форма неправильная, реакция на свет вялая.

Какое заболевание Вы заподозрите у этого ребёнка?

Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?

Какова тактика Ваших дальнейших действий?

Какие возможны осложнения при данной патологии?

Задача №18. Больному 35 лет, жалуется на резкие боли в левом глазу, покраснение его и значительное снижение зрения. В анамнезе: две недели назад – резкое охлаждение, после которого лежал жома с высокой температурой в течение 3 дней. При наружном осмотре глаз: резкая смешанная инъекция левого глазного яблока, роговица умеренно отёчная, в передней камере виден экссудат высотой 2 мм жёлтого цвета. Радужка отёчна, изменена в цвете, зрачок узкий, неправильной формы, почти не реагирует на свет. Пальпаторно определяется выраженная циклитная болезненность.

Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента?

Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?

Какова тактика Ваших дальнейших действий?

Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Задача №19. Медсестра на пятый день после удаления шестого верхнего левого зуба обратилась к главному врачу с жалобой на боли в правом глазу при чтении и в ночное время. При осмотре. Правый глаз: острота зрения 0,7 (всегда была 1,0). На роговице обнаружены преципитаты. Зрачок 2,5 мм, круглый. Хрусталик прозрачный. ВГД нормальное.

Какие дополнительные методы исследования Вы используете в данном случае?

Ваш предположительный диагноз?

С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?

В чём будет заключаться Ваша помощь больному?

Какие возможны осложнения при данной патологии?

Задача №20. Больная 18 лет, студентка, наблюдается у терапевта по поводу ревматизма. После переохладения появились умеренные боли в правом глазу, усиливающиеся ночью, глаз покраснел, снизилось зрение. При осмотре: перикорнеальная инъекция, роговая оболочка прозрачна, влага передней камеры опалесцирует, зрачок уже, чем на левом глазу и вяло реагирует на свет. Рефлекс с глазного дна розовый, ослаблен. Левый глаз здоров.

Какие дополнительные методы исследования Вы используете в данном случае?

Ваш предположительный диагноз?

С чем Вы будете дифференцировать данное заболевание?

В чём будет заключаться Ваша помощь больному?

Какие возможны осложнения при данной патологии?

Задача №21. К Вам обратилась мать ребёнка 3-х лет за советом. Вскоре после его рождения она заметила плёнку серого цвета в области зрачков обоих глаз. Обратила внимание на то, что при взгляде на свет ребёнок смотрит не прямо, а как-то боком.

Какую патологию Вы заподозрите у этого ребёнка?

Какие методы исследования необходимо провести дополнительно?

С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?

Какова тактика Ваших дальнейших действий?

Какие осложнения могут развиваться при этой патологии?

Задача №22. Больная 62 лет обратилась к Вам с жалобами на отсутствие предметного зрения правого глаза, значительное снижение зрения левого глаза. Постепенное снижение зрения на оба глаза отмечает в течение 2-х лет. Острота зрения OD = правильная проекция света; OS = 0,1 не корр. При осмотре глаза спокойные, роговицы прозрачные; зрачок на OD равномерно серого цвета, зрачковые реакции сохранены. При бифокальном освещении на OS зрачок тёмно-серого цвета хорошо реагирует на свет.

Что Вы заподозрите у этого пациента?

Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?

Какова тактика Ваших дальнейших действий?

Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Задача №23. К Вам обратился пациент 36 лет, лесничий, с жалобами на непереносимость очковой коррекции левым глазом. Год назад ему удалили травматическую катаракту на этом глазу. Искусственный хрусталик не имплантировали ввиду диабета, которым он страдает с 25 лет. Другой глаз здоров, видит хорошо. Острота зрения OD = 1,0; OS = 0,04 с + 11,0Д = 0,4.

Что Вы заподозрите у этого пациента?

Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?

Какова тактика Ваших дальнейших действий?

Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Задача №24. Ввиду отсутствия в районе окулиста, к Вам обратился за советом отец Вашего хорошего знакомого. Его отцу 54 года, он работает механиком в гараже, жалуется на мелькание мушек, сеточки перед глазами («как плёночка перед глазами и она мешает смотреть на свет»). Зрение вдаль снизилось не существенно, но правым глазом видит хуже, чем левым. Впервые отметил указанное явление около года тому назад. Данные обследования: острота зрения вдаль OD=0,4; OS=0,6 не корригирует. Глаза спокойные, роговица и радужка не изменены, зрачки чёрного цвета, хорошо реагируют на свет. Рефлекс с глазного дна OD и OS не изменён, но на фоне красного рефлекса OD по периферии видны тёмно-серые штрихообразные помутнения.

Какие методы обследования необходимо провести дополнительно для диагностики заболевания?

Что Вы заподозрите у этого пациента?

С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?

Какова тактика Ваших дальнейших действий?

Можно ли данную патологию лечить консервативно?

Задача №25. Ввиду отсутствия в районе окулиста к Вам обратилась пациентка 58 лет с жалобами на низкое зрение правого глаза, пониженное зрение левого глаза. В течение двух лет, с её слов, «смотрит на свет, как через грязное, мутное стекло». Данные обследования: острота зрения вдаль OD=0,04; OS=0,2 не корригирует. Глаза спокойны,

роговица и радужка не изменены, зрачок на OD тёмно-серого цвета, на OS – чёрного цвета, хорошо реагирует на свет. Рефлекс с глазного дна OD очень тусклый, на OS — красного цвета, но на этом фоне по периферии и в центре видны тёмные тени.

Какие методы обследования необходимо провести дополнительно для диагностики заболевания?

Что Вы заподозрите у этого пациента?

С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?

Какова тактика Ваших дальнейших действий?

Можно ли данную патологию лечить консервативно?

Задача №26. Вы направили на консультацию к окулисту больную 64 лет, которая в течение 15 лет страдает гипертонической болезнью. В своём заключении окулист констатирует, что на глазном дне обоих глаз отмечается выраженное сужение, неравномерность калибра, извитость и уплотнение стенок артерий. Артерии имеют вид медной и серебряной проволоки; вены расширены и извиты; имеется симптом Салюса-Гунна I-III степени. Отмечены также кровоизлияния в сетчатку, отёк её, наличие белых ватообразных очагов и желтовато-белых экссудативных очагов. В области жёлтого пятна видны плазморрагии, образующие «фигуру звезды»; имеется дисковидный макулярный отёк сетчатки, отёк и нечёткость границ диска зрительного нерва с кровоизлияниями вокруг него.

Какой стадии гипертонической болезни более вероятно соответствуют указанные окулистом изменения на глазном дне?

Как называется эта стадия ретинальных изменений?

Врачей каких специальностей (кроме терапевта и офтальмолога) целесообразно привлечь к консультации такой больной?

Может ли развиться атрофия зрительного нерва в исходе этой стадии изменений на глазном дне?

Приводят ли отмеченные окулистом изменения к снижению зрительных функций?

Задача №27. Вы направили на консультацию к окулисту больную 66 лет, которая в течение почти 20 лет страдает сахарным диабетом (инсулинзависимая форма, компенсированная). В своём заключении окулист констатирует, что на глазном дне видны расширенные и извитые вены, микроаневризмы, множественные кровоизлияния в глубоких слоях сетчатки, отёк сетчатки по ходу крупных вен, множество дегенеративных очагов белого цвета с нечёткими и чёткими границами, множество новообразованных сосудов, пролиферативные соединительнотканые изменения в сетчатке и стекловидном теле.

Как называется эта стадия диабетических ретинальных изменений?

Какие доступные врачу общей практики методы обследования больных с указанной патологией Вы смогли бы использовать в диагностике её?

К каким осложнениям может привести неоваскуляризация в сетчатке в эту стадию ДР и какие меры профилактики этих осложнений Вы знаете?

Целесообразно ли в эту стадию ДР проводить лазеркоагуляцию поражённых участков сетчатки?

В какой степени нарушаются зрительные функции в эту стадию диабетической ретинопатии?

Задача №28. Во время Вашего дежурства в районной больнице муж доставил жену 42 лет, у которой после крупной ссоры с ним довольно быстро и резко снизилось зрение на оба глаза («как будто свет в кинотеатре перед демонстрацией кинофильма постепенно гаснет»). Это случилось с нею впервые, раньше зрение на оба глаза было нормальным. В анамнезе – гипертоническая болезнь у матери. Окулиста в районе, где Вы работаете терапевтом, нет.

Какое обследование этой больной Вы сможете провести для диагностики

указанной патологии глаз?

В какой степени могут нарушаться зрительные функции при предполагаемой Вами патологии глаз?

Какую патологию глаз Вы предполагаете у данной больной?

В чём будет заключаться Ваша помощь этой больной?

Какова будет дальнейшая тактика Ваших действий?

Задача №29. Во время Вашего дежурства в районной больнице к Вам обратился мужчина 34 лет с жалобами на значительное снижение зрения, появление подвижного пятна и «колышущейся серой занавески» в правом глазу. В конце рабочего дня он поднял и переставил в другое место тяжёлый ящик, вечером того же дня дома заметил вышеуказанные изменения в правом глазу. До этого случая зрение на оба глаза было хорошее; соматически здоров.

Какое обследование Вы сможете провести для диагностики указанной патологии глаз?

Какую патологию глаз Вы предполагаете у этого больного?

В какой степени могут быть нарушены зрительные функции при предполагаемой патологии правого глаза?

Какова будет дальнейшая тактика Ваших действий?

Какие методы используют офтальмологи для лечения предполагаемой Вами патологии правого глаза?

Задача №30. Больному 18 лет, обратился с жалобами на ухудшение зрения в сумерках с раннего детства, с трудом ориентируется в сумерках. При дневном освещении зрение остаётся стабильным – ОД и OS по 0,2 не корр. Глаза спокойны, среды глаз прозрачны, пальпаторно тонус глаз не изменён.

Какое заболевание Вы заподозрите у этого пациента?

Какова тактика Ваших действий?

Какие методы исследования необходимо провести для подтверждения Вашего предположения?

Можно ли гарантировать излечение ребёнка?

Рекомендации по лечению ребёнка.

Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Задача №31. К Вам обратилась бухгалтер 52 лет, которая в течение нескольких дней готовила документы перед предстоящей прокурорской проверкой. Со слов пациентки ночами почти не спала. К концу третьего дня работы появился «туман» перед правым глазом, снизилось зрение, через несколько часов глаз заболел. Постепенно боль усиливалась, появились головные боли, тошнота. После каждого приёма анальгина интенсивность боли незначительно уменьшалась. Сегодня утром боль стала нестерпимой. При осмотре правого глаза: роговица диффузно отёчная, передняя камера мелкая, зрачок расширен до 6 мм в диаметре, реакция на свет отсутствует, при исследовании в проходящем свете рефлекс с глазного дна розовый, но существенно ослаблен. При пальпаторном определении внутриглазного давления правый глаз «каменистой плотности», но боли при пальпации не усиливаются. Острота зрения правого глаза - 0,005 н.к. При осмотре левого глаза каких-либо патологических изменений не выявлено, острота зрения левого глаза – острота зрения 0,7.

Какую патологию можно заподозрить?

Что явилось пусковым фактором данного состояния?

С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?

Какова будет дальнейшая Ваша тактика?

Какие виды радикального лечения могут быть применены в условиях стационара при данной патологии?

Задача №32. К Вам обратился мужчина 67 лет с жалобами на постепенное безболезненно снижение зрения в течение последних 7 лет. Со слов пациента последний

раз был осмотрен фельдшером около 5 лет назад – заподозрена катаракта, рекомендовано закапывание витаминсодержащих капель. Несколько недель назад случайно обнаружил существенное уменьшение поля зрения левого глаза с внутренней стороны по сравнению с полем зрения правого глаза. У отца было низкое зрение, причину снижения которого пациент не знает. При бифокальном осмотре обоих глаз: глаза спокойные, роговицы прозрачные, передняя камера средней глубины, влага прозрачная; цвет радужек сохранён, пигментная кайма частично разрушена, больше слева, зрачки в центре, круглые, реакция на свет сохранена, зрачок левого глаза чуть шире в сравнении со зрачком правого глаза; при исследовании в проходящем свете рефлекс с глазного дна равномерно розовый. Острота зрения правого глаза 1,0. Острота зрения левого глаза 0,03 н.к.

Какие методы исследования необходимо провести?

Какую патологию можно заподозрить?

Как дифференцировать данные заболевания?

Какова будет дальнейшая Ваша тактика?

Возможно ли улучшение остроты зрения у больного после лечения у офтальмолога?

Задача №33. К врачу обратился больной с жалобами на резкую внезапную боль в правом глазу и правой половине головы, покраснение правого глаза, внезапное ухудшение зрения на этом глазу. Глаз заболел впервые после нервного перенапряжения, за неделю до этого болел гриппом.

О каких заболеваниях можно думать?

Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ваша тактика относительно оказания первой помощи и дальнейшего лечения больного?

Что необходимо уточнить в анамнезе больного?

К чему может привести ошибка в дифференциальной диагностике и неправильно назначенное лечение?

Задача №34. К Вам за советом обратилась мать годовалого мальчика. Вскоре после его рождения она заметила, что у него «необычно большие глаза и один глаз больше другого». Отмечает беспокойное поведение ребёнка, особенно днём, раздражительность, светобоязнь, слезотечение. При расспросе матери удалось выяснить, что в первые месяцы беременности у неё был выраженный гестоз и она переболела гриппом в тяжёлой форме. Была угроза выкидыша, но беременность удалось сохранить, роды прошли относительно благополучно. Наследственный анамнез не отягощён. При осмотре ребёнка обращает внимание большая величина глазных яблок и их разноразмерность, выраженная светобоязнь и слезотечение. Прозрачность роговиц обоих глаз снижена за счёт умеренного отёка, ближе к лимбу сероватого цвета, диаметр роговиц большой. Глубжележащие среды глаз осмотреть не удалось из-за сильной светобоязни и беспокойного поведения ребёнка.

Какую патологию можно заподозрить?

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?

Какова будет дальнейшая Ваша тактика?

Какой метод лечения наиболее часто используют при данной патологии?

Задача №35. К Вам на приём в районную поликлинику пришла пациентка, длительно страдающая сахарным диабетом 2 типа. Помимо жалоб общего характера она сообщила, что её правый глаз около трёх месяцев назад совсем перестал видеть, а в течение последних двух недель начал сильно болеть. Окулиста в районе нет. Согласно записи офтальмолога в амбулаторной карте, сделанной 1,5 года назад, у больной была диагностирована пролиферативная диабетическая ретинопатия обоих глаз, частичное кровоизлияние в стекловидное тело правого глаза. При осмотре: OD – эписклеральные сосуды расширены, умеренно извиты; в сравнении с парным глазом прозрачность

роговицы слегка снижена за счёт отёка; передняя камера средней глубины, на дне передней камеры «полоска крови»; радужка пронизана массой новообразованных сосудов, зрачок в центре, круглый, реакция на свет отсутствует; при исследовании в проходящем свете рефлекс с глазного дна ослаблен, серовато-розового цвета; OS – глазное яблоко спокойное; роговица прозрачная; передняя камера средней глубины, влага прозрачная; цвет и рисунок радужки сохранён, зрачок в центре круглый, реакция на свет живая; при исследовании в проходящем свете рефлекс с глазного дна равномерно розовый. Острота зрения правого глаза равна 0. Острота зрения левого глаза 0,3 н.к. При пальпаторном определении ВГД правый глаз «плотный как камень», на левом глазу ВГД в пределах нормы.

Какую патологию правого глаза можно заподозрить?

Что является первопричиной данного вида глаукомы?

С чем возможно дифференцировать данное заболевание?

Какова будет дальнейшая Ваша тактика?

Что может служить мерой профилактики развития данной патологии?

Задача №36. К Вам обратился пострадавший по поводу «свежей» контузии левого глаза. Острота зрения травмированного глаза 0,6. Беспокоит значительный отёк век и гематома, затруднено открытие глазной щели. При пальпации век этого глаза Вы отметили выраженную крепитацию. При осмотре глазного яблока – передний отрезок спокойный, оптические среды прозрачные. Ваш предположительный диагноз.

Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

Чем можно объяснить снижение зрения травмированного глаза?

Какова тактика Ваших дальнейших действий?

Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Задача №37. К Вам обратился слесарь 28 лет с жалобами на боль, светобоязнь, слезотечение, ощущение инородного тела в правом глазу. Вчера при работе на наждаке что-то попало в глаз, пытался несколько раз промыть глаз водой, но боли в глазу и чувство инородного тела не прошли. При наружном осмотре: глазная щель OD сужена, светобоязнь, слезотечение, умеренная перикорнеальная инъекция глазного яблока. В нижне-внутреннем сегменте роговицы на 5-ти часах видно точечное инородное тело (окалина) с умеренной инфильтрацией и отёчностью стромы роговицы вокруг него.

Ваш предположительный диагноз.

Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

Какова тактика Ваших дальнейших действий?

Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Меры профилактики производственного травматизма.

Задача №38. К Вам во время дежурства по районной больнице доставили мужчину 42 лет. Со слов пострадавшего, когда он ремонтировал в гараже свою автомашину, у него сорвалась монтировка, и тупым концом сильно ударила по правому глазу. Сразу же почувствовал боль в глазу и рез-12.5. Ситуационные задачи к разделу снижение зрения. Сейчас мешает смотреть густая муть тёмно-вишневого цвета. При обследовании: острота зрения OD =0,04 не корр. (при взгляде кверху видит лучше, но всё равно, как через грязное стекло); OS = 1,0. Отмечается кровоподтёк в области верхнего века и отёчность обоих век правого глаза. Выражена смешанная инъекция глазного яблока. Роговица отёчная, на дне передней камеры гифема. Рисунок радужки смазан, зрачок чёрного цвета, расширен до 5 мм в диаметре, очень вяло реагирует на свет. В проходящем свете рефлекс с глазного дна тусклый, просматривается с трудом из-за пятна тёмно-вишневого цвета.

Ваш предположительный диагноз.

Алгоритм обследования в данном случае.

Ваша тактика неотложных мероприятий первой медицинской помощи.

Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Профилактика развития посттравматической субатрофии?

Задача №39. Вечером во время Вашего дежурства по районной больнице к Вам обратилась женщина 43 лет с жалобами на сильную боль, рези, жжение, значительное снижение зрения в правом глазу. Днём во время побелки квартиры ей попала известь в правый глаз; сразу же промыла его водой, но чувство жжения и рези в глазу не прошли, присоединилось сильное затуманивание зрения. До этого видела вдаль и вблизи хорошо обоими глазами. После попадания извести в глаз прошло 4 часа. На момент осмотра острота зрения OD = 0,06 не корр. (видит нечётко, как через мутное стекло), OS = 0,7 не корр. Веки OD отёчны, глазная щель сужена. После неоднократного закапывания анестетика удалось раскрыть глазную щель. При проведении бифокального исследования отмечается резко выраженный отёк конъюнктивы век и глазного яблока, смешанная инъекция, кровоизлияния под конъюнктиву. На поверхности конъюнктивы и роговицы видны множественные мелкие комочки извести. Роговица резко отёчная, эпителий тусклый, с точечными дефектами, в этих местах роговица матового цвета, радужка отёчная, рисунок её хорошо не просматривается; зрачок сужен до 2 мм в диаметре. При исследовании в проходящем свете зрачковый рефлекс на правом глазу тусклый розовый.

Ваш диагноз.

С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?

Какова тактика Ваших дальнейших действий?

Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Реабилитационные мероприятия при ожоговых бельмах.

Задача №40. К Вам обратился механизатор 26 лет с жалобами на сильные боли в левом глазу, в левой половине головы, снижение зрения левого глаза. Четыре дня назад молотком выбивал подшипник на тракторе, и что-то отлетело в левый глаз. Промыл глаз водой и продолжал работать, глаз не беспокоил. Накануне обращения появились умеренные боли в левом глазу, окружающие заметили, что глаз покраснел. К вечеру того же дня боли в глазу усилились, появилась светобоязнь, слезотечение, густая дымка перед глазом. Ночью боли в глазу были настолько сильными, что пришлось дважды принимать анальгин. Утром, умываясь, закрыл правый глаз и отметил, что левым глазом видит плохо (раньше зрение было нормальное на оба глаза). При обследовании: острота зрения OD = 1,0, OS = 0,2 не корр. (видит как через грязное стекло). Правый глаз здоров. Отмечается сужение левой глазной щели, светобоязнь, слезотечение, перикорнеальная инъекция. Роговица умеренно отёчная, передняя камера мелковата, заполнена серозным содержимым. Радужка грязно-серого цвета, рисунок её «смазан», сосуды радужки инъецированы. Зрачок около 2 мм в диаметре, тёмно-серого цвета, слегка вытянут кверху и кнаружи, вяло реагирует на свет. Хрусталик неравномерно мутный. Пальпаторно тонус левого глаза не изменён, но отмечает резкое усиление болезненности.

Ваш предположительный диагноз.

Какие методы обследования необходимо провести дополнительно?

Ваша тактика неотложной помощи.

Какие осложнения могут быть при данной патологии?

Какова дальнейшая медицинская тактика с целью профилактики осложнений?

Задача №41. Женщина 32 лет находится на дому, получает лечение: антибиотики внутрь. Отмечалось поражение верхних дыхательных путей, повышение температуры тела, нарушения сна, головная боль, болезненность и увеличение подчелюстных, затылочных, околоушных лимфатических узлов. На 5-й день заболевания покраснел правый глаз, появились подконъюнктивальные кровоизлияния. При осмотре на конъюнктиве обоих глаз обнаружены тонкие, полупрозрачные серые плёнки, снимающиеся ватным тампоном. Пальпаторно определено умеренное увеличение предушных лимфатических узлов справа.

Установите офтальмологический диагноз.

Проведите дифференциальную диагностику с другими заболеваниями глаз.

Какие дополнительные исследования следует произвести для подтверждения диагноза?

Контагиозно ли заболевание? Если да, то какие противоэпидемические мероприятия следует проводить?

Назначьте местное и общее лечение;

Прогноз течения заболевания. Возможны ли осложнения со стороны роговицы при данном заболевании?

Задача №42. Молодой человек 19 лет. В течение 6 дней болел катаральной ангиной, лечился нерегулярно. Накануне вечером повысилась температура до 38°, появилась головная боль, усилилась слабость, снизился аппетит. Утром появился отёк левого верхнего века, который стал распространяться на левый висок и щёку, появились обильное слезотечение и двоение при взгляде вдаль. Направлен к окулисту, который отметил гиперемию и отёк век слева, левая глазная щель сомкнута, попытки вывернуть верхнее веко очень болезненны, резкая болезненность возникает при надавливании на латеральную часть верхнего века слева. Флюктуации нет. Увеличены до размера горошин околоушные лимфатические узлы слева. Отмечается хемоз конъюнктивы глазного яблока, глаз смещен книзу и кнутри, подвижность его ограничена. Роговица прозрачна. Рефлекс с глазного дна розовый. Острота и поле зрения обоих глаз в норме.

Ваш диагноз.

Какую помощь может оказать участковый терапевт?

С каким заболеванием следует дифференцировать?

Почему возникает двоение?

Куда направить больного?

Лечение. Прогноз.

Возможные осложнения заболевания.

Задача №43. К Вам обратился больной с субъективными и объективными признаками острого воспаления слезного мешка.

Какие методы исследования Вы используете в данном случае?

В какой последовательности Вы будете проводить обследование больного?

Что Вам будет необходимо для проведения обследования больного в данном случае?

Будете ли Вы в данном случае использовать метод исследования в проходящем свете? Да, нет, почему?

Будете ли Вы в данном случае использовать метод бифокального освещения? Да, нет, почему?

Задача №44. К Вам обратился больной с субъективными и объективными признаками острого воспаления слезной железы.

Какие методы исследования Вы используете в данном случае?

В какой последовательности Вы будете проводить обследование больного?

Что Вам будет необходимо для проведения обследования больного в данном случае?

Будете ли Вы в данном случае использовать метод исследования в проходящем свете? Да, нет, почему?

Будете ли Вы в данном случае использовать метод бифокального освещения? Да, нет, почему?

Средство оценивания: практические задачи

Шкала оценивания:

Практическая задача оценивается по 5-балльной шкале. Баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

Оценка «отлично» выставляется обучающемуся, если задача правильно решена, приведена подробная аргументация своего решения, показано хорошее знание теоретических аспектов решения задачи.

Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если задача правильно решена, приведена достаточная аргументация своего решения, показано определенное знание теоретических аспектов решения задачи.

Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если задача частично правильно решена, приведена недостаточная аргументация своего решения, не прослеживается знание теоретических аспектов решения задачи.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если задача неправильно решена, отсутствуют необходимые знания теоретических аспектов решения задачи.

Перечень тем рефератов, докладов по дисциплине «Офтальмология»

1. Роль анатомо-физиологических особенностей роговицы и ее патологии.
2. Анатомические связи органа зрения и полости рта.
3. Абсцесс века.
4. Флегмона слезного мешка.
5. Острый дакриoadенит.
6. Флегмона орбиты.
7. Орбитальные осложнения при стоматологических вмешательствах.
8. Возможные орбитальные осложнения у больных с заболеваниями полости рта.
9. Сочетанная глазная и стоматологическая патология.
10. Острый конъюнктивит.
11. Язва роговицы.
12. Кровоснабжение и иннервация глазного яблока и органов глазницы.
13. Способы биомикроскопического исследования переднего отрезка глазного яблока и их клиническое применение.
14. Хирургическое лечение аномалий рефракции.
15. Синдром «сухого глаза».
16. Кератопластика, история, виды, возможности.
17. Хирургическое лечение отслойки сетчатки.
18. Афакия и методы ее коррекции. Имплантиция интраокулярных линз.
19. Хирургическое лечение глауком.
20. Симпатическое воспаление.
21. Прогрессирующая близорукость: клиника, диагностика, лечение и профилактика.
22. Увеиты: этиология, клиника, диагностика и лечение.
23. Катаракта – врожденная, приобретенная. Диагностика, современное лечение.
24. Первичная открытоугольная глаукома: диагностика и лечение.
25. Глазной травматизм: лечение и профилактика.
26. Меланома хориоидеи: ранняя диагностика и современные методы лечения.
27. Острый приступ глаукомы.
28. Роль стоматолога в предоперационной подготовке больного с глаукомой и катарактой.
29. Острая непроходимость центральной артерии сетчатки.
30. Тромбоз центральной вены сетчатки.
31. Неврит зрительного нерва.
32. Ранения век.
33. Инородные тела роговицы и конъюнктивы.
34. Проникающие ранения глазного яблока.
35. Инородные тела внутри глаза.

36. Тупые травмы (контузии) глазного яблока.
 37. Эрозия роговицы, субконъюнктивальный разрыв склеры, гифема и гемофтальм.
 38. Профессиональные травмы органа зрения в стоматологической практике и их профилактика.
 39. Ожоги органа зрения.

Средство оценивания: реферат

Шкала оценивания:

Реферат оценивается по 100-балльной шкале.

Баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

86-100 баллов – «отлично»;

70- 85 баллов – «хорошо»;

51-69 баллов – «удовлетворительно»;

менее 51 балла – «неудовлетворительно».

Критерии	Показатели
1. Новизна реферированного материала. Максимальная оценка – 20 баллов	– актуальность проблемы и темы; – новизна и самостоятельность в постановке проблемы, в формулировании нового аспекта выбранной для анализа проблемы; – наличие авторской позиции, самостоятельность суждений.
2. Степень раскрытия сущности проблемы. Максимальная оценка – 30 баллов	– соответствие плана теме реферата; – соответствие содержания теме и плану реферата; – полнота и глубина раскрытия основных понятий проблемы; – обоснованность способов и методов работы с материалом; – умение работать с историческими источниками и литературой, систематизировать и структурировать материал; – умение обобщать, сопоставлять различные точки зрения по рассматриваемому вопросу, аргументировать основные положения и выводы.
3. Обоснованность выбора источников и литературы. Максимальная оценка – 20 баллов.	– круг, полнота использования исторических источников и литературы по проблеме; – привлечение новейших работ по проблеме (журнальные публикации, материалы сборников научных трудов, интернет-ресурсов и т. д.).
4. Соблюдение требований к оформлению. Максимальная оценка – 15 баллов.	– правильное оформление ссылок на использованные источники и литературу; – грамотность и культура изложения; – использование рекомендованного количества исторических источников и литературы; – владение терминологией и понятийным аппаратом проблемы;

	<ul style="list-style-type: none"> – соблюдение требований к объему реферата; – культура оформления: выделение абзацев, глав и параграфов.
<p>5. Грамотность. Максимальная оценка – 15 баллов.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – отсутствие орфографических и синтаксических ошибок, стилистических погрешностей; – отсутствие опечаток, сокращений слов, кроме общепринятых; – литературный стиль.

Средство оценивания: доклад

Шкала оценивания:

Оценка **«отлично»** выставляется, если:

– доклад производит выдающееся впечатление, сопровождается иллюстративным материалом;

– обучающийся представил демонстрационный материал и прекрасно в нем ориентировался;

– автор отвечает на вопросы аудитории;

– показано владение специальным аппаратом;

– выводы полностью отражают поставленные цели и содержание работы.

Оценка **«хорошо»** выставляется, если:

– доклад четко выстроен;

– демонстрационный материал использовался в докладе, хорошо оформлен, но есть неточности;

– обучающийся не может ответить на некоторые вопросы;

– докладчик уверенно использовал общенаучные и специальные термины;

– выводы докладчика не являются четкими.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется, если:

– доклад зачитывается;

– представленный демонстрационный материал не использовался докладчиком или был оформлен плохо, неграмотно;

– докладчик не может четко ответить на вопросы аудитории;

– показано неполное владение базовым научным и профессиональным аппаратом;

– выводы имеются, но они не доказаны.

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется, если:

– содержание доклада не соответствует теме;

– отсутствует демонстрационный материал;

– докладчик не может ответить на вопросы;

– докладчик не понимает специальную терминологию, связанную с темой доклада;

– отсутствуют выводы.

Тестовые задания

Анатомия и физиология органа зрения и его придатков

1. Самой тонкой стенкой орбиты является:

1) наружная стенка

2) верхняя стенка

3) внутренняя стенка

4) нижняя стенка

2. Через верхнюю глазничную щель проходят:

1) глазничный нерв;

2) глазодвигательные нервы;

- 3) основной венозный коллектор глазницы
- 4) глазодвигательные нервы и основной венозный коллектор глазницы
- 5) глазодвигательные нервы, верхняя глазничная вена, глазничный нерв
3. Канал зрительного нерва служит для прохождения:
 - 1) зрительного нерва
 - 2) глазничного нерва
 - 3) глазничной артерии
 - 4) зрительного нерва, глазничной артерии
 - 5) глазничного нерва, глазничной артерии
4. Слезёный мешок расположен:
 - 1) внутри глазницы
 - 2) вне глазницы
 - 3) частично внутри и частично вне глазницы
 - 4) в полости черепа
5. Веки являются:
 - 1) придаточной частью органа зрения
 - 2) защитным аппаратом органа зрения
 - 3) придаточной частью и защитным аппаратом органа зрения
 - 4) частью подводящего аппарата глаза
6. Отток крови из век направлен:
 - 1) только в сторону вен глазницы
 - 2) только в сторону лицевых вен
 - 3) в сторону вен глазницы и лицевых вен
 - 4) в сторону водоворотных вен
7. Перикорнеальная инъекция свидетельствует о:
 - 1) конъюнктивите
 - 2) повышенном внутриглазном давлении
 - 3) воспалении сосудистого тракта
 - 4) воспалении сетчатки
8. К слезопродуцирующим органам относятся:
 - 1) слёзная железа и добавочные слёзные железки
 - 2) слёзные точки
 - 3) слёзные канальцы
 - 4) слёзный мешок
9. Слезноносовой канал открывается в:
 - 1) нижний носовой ход
 - 2) средний носовой ход
 - 3) верхний носовой ход
 - 4) в конъюнктивальную полость
10. Наименьшую толщину склера имеет в зоне:
 - 1) лимба
 - 2) экватора
 - 3) решётчатой пластинки диска зрительного нерва
 - 4) прикрепления прямых мышц глаза
11. Роговица состоит из:
 - 1) двух слоёв
 - 2) трёх слоёв
 - 3) четырёх слоёв
 - 4) пяти слоёв
 - 5) шести слоёв
12. Питание роговицы осуществляется за счёт:
 - 1) краевой петливой сосудистой сети

- 2) центральной артерии сетчатки
 - 3) слёзной артерии
 - 4) надглазничной артерии
13. Сосудистая оболочка глаза состоит из:
- 1) хориоидеи
 - 2) ресничного тела
 - 3) радужки
 - 4) хориоидеи, сосудов сетчатки
 - 5) хориоидеи, цилиарного тела, радужки
14. Функциональным центром сетчатки является:
- 1) диск зрительного нерва
 - 2) центральная ямка
 - 3) зона зубчатой линии
 - 4) диск зрительного нерва и зона зубчатой линии
 - 5) диск зрительного нерва и центральная ямка
15. Отток жидкости из передней камеры осуществляется через:
- 1) зрачок
 - 2) капсулу хрусталика
 - 3) зону трабекул
 - 4) супрахориоидальное пространство
 - 5) зрачок и капсулу хрусталика
16. Зрительный нерв выходит из орбиты глаза через:
- 1) верхнюю глазничную щель
 - 2) foramen opticum
 - 3) нижнюю глазничную щель
 - 4) foramen rotundum
17. Склера предназначена для:
- 1) трофики глаза
 - 2) защиты внутренних образований глаза
 - 3) преломления света
 - 4) проведения света
18. Сосудистый тракт выполняет:
- 1) трофическую функцию
 - 2) функцию преломления света
 - 3) функцию восприятия света
 - 4) тектоническую функцию
19. Сетчатка выполняет функцию:
- 1) преломления света
 - 2) проведения света
 - 3) восприятия света
 - 4) трофическую
20. В основном внутриглазную жидкость вырабатывает:
- 1) радужка
 - 2) хориоидея
 - 3) хрусталик
 - 4) цилиарное тело
21. Тенонова капсула отделяет:
- 1) сосудистую оболочку от склеры
 - 2) сетчатку от стекловидного тела
 - 3) глазное яблоко от клетчатки орбит
 - 4) орбиту от полости черепа
22. Боуменова мембрана находится между:

- 1) передним эпителием роговицы и стромой
 - 2) стромой и десцеметовой оболочкой
 - 3) десцеметовой оболочкой и задним эпителием роговицы
 - 4) слёзной плёнкой и передним эпителием роговицы
23. Хориоидаея состоит из слоя:
- 1) мелких сосудов
 - 2) средних сосудов
 - 3) крупных сосудов
 - 4) крупных и средних сосудов
 - 5) мелких, средних и крупных сосудов
24. Количество экстраокулярных мышц мышечного аппарата глаза равно:
- 1) четырёх
 - 2) пяти
 - 3) шести
 - 4) восьми
 - 5) десяти
25. «Мышечная воронка» берёт своё начало от:
- 1) круглого отверстия
 - 2) зрительного отверстия
 - 3) верхней глазничной щели
 - 4) нижней глазничной щели
26. В пределах «мышечной воронки» находится:
- 1) зрительный нерв и глазничная артерия
 - 2) центральная артерия и центральная вена сетчатки
 - 3) лицевой нерв
 - 4) лицевой нерв и центральная артерия сетчатки
27. Кровоснабжение всех структур глазного яблока осуществляется:
- 1) глазничной артерией
 - 2) центральной артерией сетчатки
 - 3) задними цилиарными артериями
 - 4) глазничной артерией и центральной артерией сетчатки
 - 5) центральной артерией сетчатки и задними цилиарными артериями
28. Отток крови от тканей глазницы осуществляется через:
- 1) верхнюю глазничную вену
 - 2) нижнюю глазничную вену
 - 3) верхнюю и нижнюю глазничную вену
 - 4) центральную вену сетчатки и верхнюю глазничную вену
29. Венозный отток крови из глаза и глазницы происходит в направлении:
- 1) кавернозного синуса
 - 2) крылонебной ямки
 - 3) вен лица
 - 4) кавернозного синуса, крылонебной ямки и вен лица
 - 5) крылонебной ямки и вен лица
30. Глазничный нерв является:
- 1) чувствительным нервом
 - 2) двигательным нервом
 - 3) смешанным нервом
 - 4) чувствительным нервом и двигательным нервом
 - 5) двигательным нервом и смешанным нервом

Заболевания вспомогательного аппарата

1. Репозиция глазного яблока – это:

- 1) смещение глазного яблока спереди назад
 - 2) нарушение подвижности глазного яблока
 - 3) западение глазного яблока
 - 4) боковое смещение глазного яблока
2. Репозиция глазного яблока в норме:
- 1) 5–7 мм
 - 2) 8–10 мм
 - 3) 11–13 мм
 - 4) отсутствует
- 4) является индивидуальной величиной
3. Если при экзофтальме глазное яблоко смещено в носовую сторону, подвижность:
- 1) ограничена в ту же сторону
 - 2) ограничена в противоположную сторону
 - 3) ограничена во всех направлениях
 - 4) не ограничена
4. Причиной одностороннего экзофтальма является:
- 1) ретробульбарная гематома
 - 2) тиреотоксикоз
 - 3) двусторонний тромбоз кавернозного синуса
 - 4) миопия высокой степени обоих глаз
5. Среди причин билатерального экзофтальма отсутствует:
- 1) двусторонний тромбоз кавернозного синуса
 - 2) тиреотоксикоз
 - 3) двустороннее повреждение орбиты
 - 4) травма глазного яблока
6. Диффузное острое воспаление орбитальной клетчатки – это:
- 1) остеоperiостит
 - 2) флегмона
 - 3) абсцесс
 - 4) фурункул
 - 5) ячмень
7. При флегмоне орбиты не характерно:
- 1) развитие отёка и гиперемии век
 - 2) появление хемоза конъюнктивы
 - 3) появление офтальмоплегии
 - 4) одностороннее поражение
8. Неотложная помощь при флегмоне орбиты подразумевает:
- 1) её вскрытие и дренирование
 - 2) физиотерапевтическое лечение
 - 3) выжидательную тактику
 - 4) орбитотомию
9. К клиническим признакам абсцесса века относится:
- 1) отсутствие флюктуации при пальпации
 - 2) частое вовлечение в процесс нижнего века
 - 3) разлитая гиперемия и инфильтрация век
 - 4) безболезненность век при пальпации
 - 5) обширное подкожное кровоизлияние
10. Показанием к вскрытию абсцесса века является:
- 1) появление флюктуации
 - 2) выраженная гиперемия век
 - 3) уплотнение ткани века
 - 4) болезненность при пальпации

11. При абсцессе века необходимо:

- 1) назначить дезинтоксикационную терапию
- 2) назначить только УВЧ и сухое тепло
- 3) при наличии симптома «флюктуации» - вскрыть и дренировать гнойник
- 4) вскрыть только при появлении гипертермии

12. Пульсирующий экзофтальм характерен для:

- 1) вторичной опухоли орбиты
- 2) метастатической опухоли орбиты
- 3) пиоцеле
- 4) сосудистых нарушений в орбите
- 5) эндокринной офтальмопатии

13. Хроническое воспаление мейбомиевых желез – это:

- 1) ячмень
- 2) халазион
- 3) абсцесс века
- 4) внутренний ячмень
- 5) птеригиум

14. Для блефарита характерны:

- 1) выворот и гиперемия век
- 2) невозможность полного смыкания век, инъекция сосудов конъюнктивы
- 3) покраснение, утолщение краёв век, наличие чешуек, корочек, язвочек у корней

ресниц

- 4) гиперемия век и перикорнеальная инъекция
- 5) острое воспаление слёзного мешка

15. При язвенном блефарите:

- 1) видны кровоточащие язвочки с гнойным налётом
- 2) корни ресниц покрыты сухими чешуйками
- 3) всегда развивается кератоконъюнктивит
- 4) корочки удаляются легко
- 5) в итоге формируется абсцесс века

16. При ячмене не следует рекомендовать:

- 1) ультрафиолетовое облучение
- 2) лечение токами ультравысокой частоты
- 3) проведение электрофореза с дексаметазоном
- 4) раннее вскрытие

17. Врождённый птоз обусловлен:

- 1) спазмом мышцы, поднимающей верхнее веко
- 2) неполноценностью развития мышцы, поднимающей верхнее веко
- 3) парезом ветвей тройничного нерва
- 4) спазмом круговой мышцы век

18. Следствием одностороннего выраженного птоза может быть:

- 1) воспаление роговицы
- 2) воспаление радужки и цилиарного тела
- 3) заворот верхнего века
- 4) амблиопия
- 5) гидрофтальм

19. При анкилоблефароне:

- 1) невозможно закрыть глазную щель
- 2) имеется полное или частичное сращение краёв век в области глазной щели
- 3) опускается верхнее веко
- 4) образуется кожная складка верхнего века в области наружного угла глаза

20. Причиной слезотечения может быть:

- 1) миопия
 - 2) эметропия
 - 3) халязион
 - 4) дакриоцистит
 - 5) пингвекула
21. Слезотечение является следствием:
- 1) заворота век
 - 2) некоррегированных аномалий рефракции
 - 3) блефарита
 - 4) халазиона
 - 5) ячменя
22. Слезотечение вызывает:
- 1) эпикантус
 - 2) кератоглобус
 - 3) зияние слёзной точки
 - 4) блефарохлазис
 - 5) выворот век
23. Для оценки проходимости слезоотводящих путей используют метод:
- 1) кампиметрии
 - 2) пахиметрии
 - 3) офтальмоскопии
 - 4) гониоскопии
 - 5) канальцевой и носо-слёзной пробы
24. Характерными признаками дакриоаденита являются:
- 1) болезненность, отёк в области слёзного мешка
 - 2) болезненность, отёк в наружной части верхнего века
 - 3) болезненность, отёк в области проекции цилиарного тела
 - 4) гиперемия, отёк в области слёзных точек
 - 5) покраснение век
25. Дакриоаденит у детей часто возникает на фоне:
- 1) ветряной оспы
 - 2) орви
 - 3) дифтерии
 - 4) эпидемического паротита
 - 5) гепатита
26. Осложнением дакриоаденита является:
- 1) флегмона или абсцесс нижнего века
 - 2) абсцесс верхнего века
 - 3) абсцесс или флегмона слёзного мешка
 - 4) халазион
 - 5) тромбоз кавернозного синуса
27. Причиной дакриоцистита новорождённых является:
- 1) попадание инородного тела в слезоотводящие пути
 - 2) искривление носовой перегородки
 - 3) врождённая атрезия носослёзного канала
 - 4) инфицирование слёзных путей при родах
 - 5) гиперпродукция слезы
28. Основным признаком врождённого дакриоцистита является:
- 1) слезотечение
 - 2) гноетечение при пальпации слёзного мешка
 - 3) гиперемия конъюнктивы
 - 4) снижение чувствительности роговицы

5) боль в глазу

29. Частым осложнением острого дакриоцистита является:

- 1) флегмона орбиты
- 2) абсцесс слёзного мешка
- 3) кератит
- 4) тромбоз кавернозного синуса
- 5) иридоциклит

30. При лечении дакриоцистита в раннем детском возрасте нецелесообразно проведение:

- 1) массажа слёзного мешка с закапыванием
- 2) дезинфицирующим каплями и антибиотиков
- 3) зондирования слезоотводящих путей
- 4) промывания слёзных путей
- 5) хирургического лечения
- 6) проведение дакриоцистостомии

Болезни конъюнктивы

1. Симптомом конъюнктивита является:

- 1) птоз
- 2) нистагм
- 3) экзотропия
- 4) частые мигательные движения
- 5) чувство засорённости за веками, дискомфорт

2. Лечение бактериального конъюнктивита начинают с:

- 1) массажа век
- 2) разрушение фолликулов путём соскоба
- 3) инстилляций гормонов
- 4) блефарорафии
- 5) инстилляция антисептиков или антибиотиков

3. При подозрении на дифтерийный конъюнктивит пациента необходимо срочно:

- 1) направить в поликлинику
- 2) убедить сохранять постельный режим дома
- 3) изолировать
- 4) направить в глазной стационар
- 5) начать лечить

4. Основным клиническим признаком гонобленорреи является:

- 1) заворот век
- 2) боль в глазу
- 3) наличие сосочков на конъюнктиве
- 4) отёк век, обильное гнойное отделяемое из конъюнктивальной полости
- 5) обширные кровоизлияния под конъюнктиву

5. Основным путём заражения гонобленореей новорождённых является:

- 1) занос инфекции через руки обслуживающего медперсонала или матери
- 2) через предметы обихода
- 3) прохождение через родовые пути больной гонореей матери
- 4) нахождение в одной палате с больным гонобленореей ребёнком
- 5) воздушно-капельным путём

6. Причиной острого эпидемического конъюнктивита является:

- 1) пневмококк френкеля-вексельбаума
- 2) палочка коха-уикса
- 3) кишечная палочка
- 4) хламидии

- 5) гонококк нейссера
7. Образование легко отделяемых белесовато-серых плёнок на конъюнктиве век и сводов характерно для:
 - 1) гонорейного конъюнктивита
 - 2) стафилококкового конъюнктивита
 - 3) пневмококкового конъюнктивита
 - 4) стрептококкового конъюнктивита
 - 5) синдрома «сухого» глаза
8. Фолликулы конъюнктивы характерны для:
 - 1) аденовирусного конъюнктивита
 - 2) острого бактериального конъюнктивита
 - 3) блефарита
 - 4) заворота век
 - 5) синдрома «сухого» глаза
9. При аденовирусной инфекции глаза:
 - 1) конъюнктивит не является фолликулярным
 - 2) поражение чаще одностороннее
 - 3) почти всегда поражается роговица
 - 4) могут быть поверхностные и глубокие помутнения роговицы
 - 5) характерно самоизлечение
10. Для аденовирусного конъюнктивита характерно:
 - 1) наличие фолликуллёза
 - 2) одностороннее поражение
 - 3) положительная динамика при инстилляции антибиотиков
 - 4) отсутствие вовлечения в процесс роговицы
11. Фаринго-конъюнктивальную лихорадку относят к:
 - 1) аллергическим конъюнктивитам
 - 2) вирусным конъюнктивитам
 - 3) грибковым конъюнктивитам
 - 4) бактериальным конъюнктивитам
 - 5) акантомебным конъюнктивитам
12. Эпидемический геморрагический конъюнктивит относится к:
 - 1) аутоиммунным (аллергическим) конъюнктивитам
 - 2) вирусным конъюнктивитам
 - 3) разновидность аденовирусного конъюнктивита
 - 4) разновидность бактериального конъюнктивита
13. Тельца гальбершtedтера-провачека образуются при:
 - 1) трахоме
 - 2) остром эпидемическом конъюнктивите
 - 3) диплобациллярном конъюнктивите
 - 4) дифтерийном конъюнктивите
 - 5) герпетическом конъюнктивите
14. Признаком характерным для хламидийного конъюнктивита у детей является:
 - 1) кровоизлияния под конъюнктиву
 - 2) фолликулы на конъюнктиве век
 - 3) наследственный характер болезни
 - 4) эффект от лечения солкосерилом
 - 5) кожа нормальной окраски, безболезненность
15. При хламидийном конъюнктивите отсутствуют:
 - 1) кровоизлияния под конъюнктиву
 - 2) фолликулы на конъюнктиве век
 - 3) внутриклеточные включения при соскобе конъюнктивы

- 4) признаки урогенитальной инфекции
16. Возбудителями трахомы являются:
- 1) стрептококки
 - 2) стафилококки
 - 3) хламидии
 - 4) вирусы
 - 5) грибы
17. Дифференцировать с трахомой следует:
- 1) аллергический конъюнктивит
 - 2) гонорейный конъюнктивит
 - 3) дифтерийный конъюнктивит
 - 4) фолликулярный конъюнктивит
 - 5) травматический конъюнктивит
18. Осложнением трахомы является:
- 1) дакриоденит
 - 2) кератоконус
 - 3) блефарохлазис
 - 4) трихиаз
 - 5) дакриоцистит
19. Среди факторов риска крупнопиллярного аллергического конъюнктивита отсутствует:
- 1) шовный материал
 - 2) использование глазных протезов
 - 3) ношение контактных линз
 - 4) пыльца растений
 - 5) лекарственные препараты
20. Для аллергического (весеннего) конъюнктивита характерно:
- 1) сезонность обострений
 - 2) наличие гнойного отделяемого
 - 3) наличие слизисто-гнойного отделяемого
 - 4) покраснение век
 - 5) припухлость век
21. Аллергический конъюнктивит характеризуется:
- 1) даёт картину «булыжников»
 - 2) гнойным отделяемым
 - 3) купируется инстилляцией антибиотиков
 - 4) всегда сезонностью
22. Лечение весеннего катара исключает:
- 1) смену климата
 - 2) лечение кортикостероидами
 - 3) лечение гамма-глобулином
 - 4) применение антибиотиков
 - 5) системную десенсибилизацию
23. Причинами хронического конъюнктивита могут быть:
- 1) аметропии
 - 2) плоскостопие
 - 3) избыточное потребление с пищей белка
 - 4) избыточный вес
 - 5) гипертелоризм
24. Этиопатогенетически обоснованное лечение конъюнктивита позволит назначить результат:
- 1) биомикроскопии конъюнктивы

- 2) бифокального осмотра конъюнктивы
 - 3) бактериологического и цитологического исследования
 - 4) анализа жалоб, анамнеза заболевания, эпиданамнеза
 - 5) рентгенографии орбит
25. Среди основных принципов лечения конъюнктивита отсутствует:
- 1) наложение повязки
 - 2) соблюдение правил личной гигиены
 - 3) механическое удаление отделяемого из конъюнктивальной полости
 - 4) использование этиопатогенетических медикаментозных средств
26. Антибиотиком, разрешённым к применению у новорождённых детей, является:
- 1) мирамистин
 - 2) ципрофлоксацин
 - 3) витабакт
 - 4) азидроп
 - 5) сульфацил натрия
27. Антисептиком, разрешённым к применению у новорождённых детей, является:
- 1) мирамистин
 - 2) ципрофлоксацин
 - 3) витабакт
 - 4) азидроп
 - 5) сульфацил натрия
28. Ретенционная киста – это закупоренная:
- 1) мейбомиева железа
 - 2) железа молля
 - 3) железа мюллера
 - 4) железа краузе
 - 5) сальная железа
29. К дегенеративным поражениям конъюнктивы относят:
- 1) весенний катар
 - 2) пингвекулу
 - 3) халязион
 - 4) мейбومیит
 - 5) ячмень
30. Ксероз конъюнктивы подразумевает её:
- 1) воспаление
 - 2) высыхание
 - 3) гиперемию
 - 4) опухолевидное изменение
 - 5) гипертермию

Заболевания роговицы и склеры

1. Объективными признаками острого кератита являются:
 - 1) боли при пальпации глазного яблока
 - 2) боли при пальпации глазного яблока, изменение цвета и рисунка радужной оболочки, формы зрачка
 - 3) светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, ощущение соринки в глазу, покраснение глаза
 - 4) слизистое или гнойное отделяемое в конъюнктивальной полости
 - 5) повышение или снижение чувствительности роговицы
2. Для определения целостности эпителия роговицы необходимо инстиллировать в конъюнктивальную полость:
 - 1) раствор дикаина 0,5 %

- 2) раствор атропина 1 %
- 3) раствор альбуцида 20 %
- 4) раствор флюоресцеина 1 %
- 5) раствор пилокарпина

3. Воспалительное заболевание роговой оболочки называется:

- 1) иритом
- 2) кератитом
- 3) конъюнктивитом
- 4) циклитом
- 5) иридоциклитом

4. Воспалительный очаг в роговице называется:

- 1) фолликулитом
- 2) флегмоной
- 3) инфильтратом
- 4) бельмом
- 5) дестеметоцеле

7.3. тесты к разделу

5. Синдром, характеризующийся типичными для кератита жалобами в сочетании с перикорнеальной инфекцией, называется:

- 1) кератитным
- 2) роговичным (корнеальным)
- 3) перикорнеальным
- 4) конъюнктивальным
- 5) воспалительным

6. Вращение кровеносных сосудов в роговицу называется:

- 1) инфильтрация
- 2) лейкома
- 3) васкуляризация
- 4) десквамация
- 5) пролиферация

7. Характер васкуляризации роговой оболочки (глубокая или поверхностная)

зависит от:

- 1) площади инфильтрата
- 2) инфекционного агента
- 3) глубины поражения роговой оболочки
- 4) степени поражения чувствительных нервных волокон
- 5) наличия воспаления

8. Значительное понижение чувствительности роговицы характерно для:

- 1) акантамёбного кератита
- 2) туберкулёзнокератита
- 3) герпетического кератита
- 4) сифилитического кератита
- 5) хламидийного кератита

9. Возможные осложнения гнойной язвы роговицы включают:

- 1) атрофию глазного яблока, катаракту, спайки век
- 2) перфорацию роговицы, эндофтальмит, вторичную глаукому
- 3) панофтальмит
- 4) паннус
- 5) кератоконус

10. Клинической формой поверхностных герпетических кератитов является:

- 1) дисковидный кератит
- 2) кератоувеит

- 3) древовидный кератит
- 4) метагерпетический кератит
- 5) краевой кератит
11. При кератите инфильтрат:
 - 1) серого цвета с чёткими границами
 - 2) серого цвета с размытыми границами
 - 3) белого цвета с размытыми границами
 - 4) белого цвета с чёткими границами
12. При бельме (лейкоме) помутнения:
 - 1) серого цвета с чёткими границами
 - 2) серого цвета с размытыми границами
 - 3) белого цвета с размытыми границами
 - 4) белого цвета с чёткими границами
 - 5) жёлтого цвета с нечёткими границами
13. При кератите помутнения в зоне инфильтрата:
 - 1) серого цвета с сохранением зеркального блеска
 - 2) серого цвета с отсутствием зеркального блеска
 - 3) белого цвета с сохранением зеркального блеска
 - 4) белого цвета с отсутствием зеркального блеска
 - 5) жёлтого цвета с нечёткими границами
14. При бельме (лейкоме) помутнения в этой области:
 - 1) серого цвета с сохранением зеркального блеска
 - 2) серого цвета с отсутствием зеркального блеска
 - 3) белого цвета с сохранением зеркального блеска
 - 4) белого цвета с отсутствием зеркального блеска
 - 5) жёлтого цвета с нечёткими границами
15. Основным методом исследования роговой оболочки является:
 - 1) исследование в проходящем свете
 - 2) исследование методом бокового освещения
 - 3) метод офтальмобиомикроскопии
 - 4) метод офтальмоскопии
 - 5) метод диафаноскопии
16. Ограниченное помутнение роговицы, едва видимое при боковом освещении, не дающее обычно снижения остроты зрения, получило название:
 - 1) инфильтрат
 - 2) пятно (macula)
 - 3) облачко (nubecula)
 - 4) бельмо (leucoma)
 - 5) десцеметоцеле
17. Стойкое ограниченное помутнение, видимое и невооружённым глазом, получило название:
 - 1) облако
 - 2) пятно (macula)
 - 3) бельмо (leucoma)
 - 4) инфильтрат
 - 5) десцеметоцеле
18. Стойкое, часто сосудистое помутнение, светло-серого или белого цвета, занимающее большую часть роговицы, сопровождающееся значительным снижением зрения, называется:
 - 1) васкуляризацией
 - 2) рубцом
 - 3) бельмом (leucoma)

4) пятном (macula)

5) десцеметоцеле

19. Сочетание признаков – светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, боль в глазу – характерно для:

1) катаракты

2) кератита

3) отслойки сетчатки

4) атрофии зрительного нерва

5) тромбоза центральной вены сетчатки

20. Наличие перикорнеальной инъекции глазного яблока, шероховатой поверхности роговицы, нарушения тактильной чувствительности роговицы, инфильтратов в роговице и васкуляризации роговицы характерно для:

1) тромбоза центральной зоны сетчатки

2) дегенерации жёлтого пятна

3) катаракты

4) диабетической ретинопатии

5) кератита

21. При центральной язве роговицы с угрозой её прободения показано:

1) хирургическое лечение в плановом порядке

2) консервативное лечение

3) срочное хирургическое лечение

4) динамическое наблюдение

5) инстилляций и инъекции кортикостероидов

22. Проявлением болезни съегрена со стороны органа зрения является:

1) склерит

2) повышенное внутриглазное давление

3) сухой кератоконъюнктивит

4) отслойка сетчатки

5) кератоконус

23. При начальных проявлениях сухого кератоконъюнктивита предпочтительнее всего назначать инстилляцию:

1) кортикостероидов

2) антибиотиков

3) сульфаниламидов

4) миотиков

5) препаратов искусственной слезы

24. В лечении поверхностных форм герпетического кератита наиболее эффективно применение:

1) интерферонов и интерферогенов

2) кортикостероидов

3) антибиотиков

4) антиоксидантов

5) витаминов

25. Название воспалительного процесса склеры:

1) увеит

2) склерит

3) хориоидит

4) иридоциклит

5) эписклерит

26. Преобладающая причина возникновения склерита:

1) сахарный диабет

2) гипертоническая болезнь

- 3) эндогенные заболевания (туберкулёз, сифилис, бруцеллёз, ревматизм)
 - 4) конъюнктивит
 - 5) эписклерит
27. Склерит отличается:
- 1) лёгким течением
 - 2) часто рецидивирующим, хроническим, торпидным течением
 - 3) ярким клиническим течением с бурными проявлениями
 - 4) отсутствием рецидивов
 - 5) рецидивирующим течением
28. Клинические проявления склерита представлены:
- 1) возникновением воспалительного локального фокуса в склере, определяемого под конъюнктивой
 - 2) яркой конъюнктивальной инъекцией сосудов, отделяемым из полости конъюнктивы
 - 3) изменением цвета и рельефности радужной оболочки, смешанной инъекцией
 - 4) застойной инъекцией сосудов конъюнктивы
 - 5) отсутствием инъекцией сосудов конъюнктивы
29. Прежде всего, лечение склерита предполагает:
- 1) применение кортикостероидов
 - 2) применение десенсибилизирующих препаратов
 - 3) применение антибиотиков или сульфаниламидов
 - 4) применение антиоксидантов
 - 5) санацию очагов инфекции
30. При выставлении диагноза «эписклерит» больного необходимо проконсультировать у:
- 1) хирурга
 - 2) фтизиатра
 - 3) оториноларинголога
 - 4) невропатолога
 - 5) эндокринолога

Воспаление сосудистого тракта (uveиты)

1. Иридоциклит – это:
 - 1) воспаление хрусталика
 - 2) воспаление радужки и цилиарного тела
 - 3) воспаление хориоидеи
 - 4) дистрофический процесс в сетчатке
 - 5) воспаление радужной оболочки
2. Клинические проявления иридоциклита включают:
 - 1) зрачок серого цвета, отсутствие рефлекса с глазного дна, ВГД в норме
 - 2) перикорнеальную инъекцию, преципиаты на задней поверхности роговицы, зрачок узкий, ВГД в норме
 - 3) спокойный глаз, чёрный зрачок, на глазном дне признаки атрофии и экскавации зрительного нерва, повышенное ВГД
 - 4) застойную инъекцию глазного яблока, мелкую переднюю камеру, широкий зрачок, высокое ВГД
 - 5) зрачок серого цвета, при исследовании в проходящем свете тёмные полосы в виде «спиц», нормальное ВГД
3. К объективным признакам, характерным для острого иридоциклита, относят:
 - 1) интенсивные боли в глазу и периорбитальной области
 - 2) светобоязнь, слезотечение, блефароспазм
 - 3) покраснение глаза, снижение остроты зрения

- 4) наличие слизистого или гнойного отделяемого из конъюнктивальной полости
- 5) изменение цвета радужки и величины зрачка
4. Среди симптомов острого увеита отсутствует:
 - 1) перикорнеальная инъекция
 - 2) боль при пальпации глазного яблока
 - 3) изменение цвета и рисунка радужки
 - 4) помутнение хрусталика
 - 5) изменение величины и формы зрачка
5. При иридоциклите поражаются:
 - 1) радужка и цилиарное тело
 - 2) только радужка
 - 3) только цилиарное тело
 - 4) только хориоидея
 - 5) радужка, цилиарное тело, хориоидея
6. При остром иридоциклите в первую очередь необходимо закапать:
 - 1) альбуцид (сульфацил натрия 20 %)
 - 2) левомецетин 0,25 %
 - 3) атропин 1 %
 - 4) витаминные капли
 - 5) пилокарпин
7. К наиболее частым осложнениям иридоциклита относятся:
 - 1) дегенерация роговой оболочки
 - 2) зарращение зрачка, «бомбаж» радужки, вторичное повышение внутриглазного давления
 - 3) осложнённая катаракта
 - 4) помутнение стекловидного тела
 - 5) неврит зрительного нерва
8. Острый иридоциклит в первую очередь необходимо дифференцировать с:
 - 1) острым конъюнктивитом
 - 2) острым кератитом
 - 3) острым приступом закрытоугольной глаукомы
 - 4) острым склеритом
 - 5) эндофтальмитом
9. К воспалительной патологии переднего отдела сосудистого тракта глаза относится:
 - 1) катаракта
 - 2) иридоциклит
 - 3) хориоретинит
 - 4) эндофтальмит
 - 5) острым склеритом
10. Полная слепота после иридоциклита может наступить по причине:
 - 1) зрачковых синехий
 - 2) осложнённой катаракты
 - 3) вторичной постувеальной глаукомы
 - 4) дистрофии роговицы
 - 5) помутнения стекловидного тела
11. Одной из причин иридоциклита может быть:
 - 1) пищевая аллергия
 - 2) глистные инвазии
 - 3) ревматизм
 - 4) гипертоническая болезнь
 - 5) хронический гепатит

12. Преципитаты – это:

- 1) точечные отложения на задней поверхности роговицы
- 2) помутнения стекловидного тела
- 3) спайки радужки с передней поверхностью хрусталика
- 4) гной в передней камере глаза
- 5) наличие крови в передней камере

13. воспаление радужки и цилиарного тела (иридоциклит) можно диагностировать на основании:

- 1) данных анамнеза, наружного осмотра, пальпации глазного яблока
- 2) анализа жалоб, анамнеза заболевания и жизни
- 3) офтальмоскопии
- 4) определения остроты зрения
- 5) слизистое или гнойное отделяемое в конъюнктивальной полости

14. Синехии – это:

- 1) точечные отложения на задней поверхности роговицы
- 2) спайки радужки с хрусталиком или роговицей
- 3) плавающие помутнения в стекловидном теле
- 4) воспалительные отложения на передней поверхности хрусталика
- 5) слизистое или гнойное отделяемое в конъюнктивальной полости

15. Лечение иритов и иридоциклитов следует начинать с:

- 1) выяснения этиологии увеита
- 2) закапывания в глаз мидриатиков
- 3) десенсибилизирующей терапии
- 4) применение обезболивающих препаратов
- 5) назначении антигистаминных средств

16. Мидриатики – это препараты:

- 1) расширяющие зрачок
- 2) суживающие зрачок
- 3) снижающие внутриглазное давление
- 4) повышающие внутриглазное давление
- 5) нормализующий внутриглазное давление

17. Максимальным мидриатическим эффектом при инстилляции в глаз обладает:

- 1) sol. atropini sulfatis 1 %
- 2) sol. scopolamini hydrobromidi 0,25 %
- 3) sol. homatropini hydrobromidi 1 %
- 4) sol. mesatoni 1 %
- 5) sol. adrenalini hydrochloridi 0,1 %

18. При лечении иридоциклита противопоказан:

- 1) атропин
- 2) кортикостероиды
- 3) пилокарпин
- 4) антибиотики
- 5) сульфаниламиды

19. Задними синехиями называют сращения:

- 1) между радужкой и роговицей
- 2) между радужкой и хрусталиком
- 3) между хрусталиком и стекловидным телом
- 4) между хориоидеей и сетчаткой
- 5) между хрусталиком и роговицей

20. Передними синехиями называют сращения:

- 1) между радужкой и роговицей
- 2) между радужкой и хрусталиком

- 3) между хрусталиком и стекловидным телом
 - 4) в углу передней камеры
 - 5) между хрусталиком и роговицей
21. Гониосинехиями называют сращения:
- 1) между радужкой и роговицей
 - 2) между радужкой и хрусталиком
 - 3) между хрусталиком и стекловидным телом
 - 4) в углу передней камеры
 - 5) между хрусталиком и роговицей
22. Ведущим фактором в патогенезе эндогенного увеита может быть:
- 1) внешний источник сенсибилизации организма
 - 2) авитаминоз
 - 3) возраст больного
 - 4) пол больного
 - 5) высокая патогенность возбудителя
23. Вирусные увеиты не вызывают тяжёлого поражения:
- 1) роговицы
 - 2) сетчатки
 - 3) зрительного нерва
 - 4) мышц-глазодвигателей
24. Преобладающим источником стрептококковой инфекции при увеите является:
- 1) язвенный колит
 - 2) тонзиллит
 - 3) пневмония
 - 4) заболевания зубов
25. Синдром Рейтера включает:
- 1) воспалительное поражение суставов, глаз, мочеполовой системы
 - 2) воспалительное поражение суставов, глаз, желудочно-кишечного тракта
 - 3) воспалительное поражение оболочек мозга, глаз, суставов
 - 4) воспалительное поражение глаз, сердечно-сосудистой системы, органа слуха
 - 5) воспалительное поражение оболочек мозга
26. При увеитах обязательны инстилляции:
- 1) антиоксидантов
 - 2) кератопротекторов
 - 3) глюкокортикоидов
 - 4) миотиков
 - 5) витаминных капель
27. Перикорнеальная инъекция:
- 1) ярко красного цвета
 - 2) бордовая с синюшным оттенком
 - 3) с фиолетовым оттенком
 - 4) оранжевого цвета
 - 5) синего цвета
28. Повышение вгд при иридоциклите может быть вызвано:
- 1) избыточной продукцией водянистой влаги
 - 2) дистрофическими изменениями в дренажной системе глаза, затрудняющими отток водянистой влаги из глаза
 - 3) заращением зрачка и невозможностью сообщения между камерами глаза
 - 4) вовлечением в процесс зрительного нерва
 - 5) наличием открытоугольной глаукомы
29. Развитие отёка роговицы при иридоциклите зависит от:
- 1) исходного состояния вещества роговицы

- 2) тяжести воспалительного процесса
- 3) рефракции глаза
- 4) наличия или отсутствия сердечно-сосудистой патологии
- 5) вовлечением в процесс зрительного нерва

30. При остром иридоциклите объём помощи врача – не офтальмолога будет заключаться в:

- 1) закапывании атропина
- 2) введении антибиотиков внутримышечно
- 3) частом закапывании антибиотиков
- 4) закапывании антибиотиков, кортикостероидов и атропина
- 5) назначении антигистаминных средств

Болезни сетчатки и зрительного нерва

1. При острой непроходимости центральной артерии сетчатки на этапе доофтальмологической помощи необходимо:

- 1) уложить больного в положение тренделенбурга
- 2) провести пальцевой массаж глазного яблока и карбогенотерапию доступным способом

- 3) внутривенно ввести сосудосуживающие препараты
- 4) закапать атропин 1 %
- 5) начать противовоспалительную терапию

2. Застойные диски зрительных нервов характеризуются:

- 1) отёком дисков и ступенчатостью их границ
- 2) гиперемией дисков зрительных нервов
- 3) кровоизлияниями в сетчатку
- 4) кровоизлияниями на диске зрительного нерва
- 5) фигура «звезды» в макуле

3. Основное изменение в сетчатке при сахарном диабете называется:

- 1) ангиопатия
- 2) макулодистрофия
- 3) ретинопатия
- 4) амблиопия
- 5) пресбиопия

4. Наиболее частой причиной развития застойных дисков зрительных нервов являются:

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) заболевания ЦНС
- 3) заболевания эндокринной системы
- 4) атеросклеротический кардиосклероз
- 5) заболевания лёгких

5. Больной с патологией сетчатки предъявляет жалобы на:

- 1) снижение остроты зрения, мелькание «молний», искажение предметов
- 2) повышение внутриглазного давления
- 3) понижение внутриглазного давления
- 4) боль в глазу
- 5) светобоязнь

6. Кровоизлияние на глазном дне можно обнаружить с помощью:

- 1) исследования в проходящем свете
- 2) методов прямой и обратной офтальмоскопии
- 3) метода бокового освещения
- 4) метода бифокального освещения
- 5) гониоскопии

7. При отслойке сетчатки больной обращается с жалобами на:
 - 1) появление «плавающих мушек» в глазу
 - 2) постепенное снижение остроты зрения
 - 3) появление «завесы» перед глазом, искажение видимых предметов
 - 4) гиперемия глазного яблока
 - 5) ощущение давления внутри глаза
8. Ранние проявления поражения сетчатки при сахарном диабете объективно можно выявить:
 - 1) исследованием остроты зрения
 - 2) исследованием полей зрения
 - 3) исследованием цветоощущения
 - 4) офтальмоскопией
 - 5) гониоскопией
9. Наиболее эффективным методом лечения диабетической ретинопатии считается:
 - 1) назначение сахароснижающих препаратов
 - 2) хирургическое лечение
 - 3) лазерное лечение
 - 4) гипотензивная терапия
 - 5) противовоспалительная терапия
10. Характерным признаком «начального» застойного диска зрительного нерва является:
 - 1) боли при движении глазного яблока
 - 2) двоение
 - 3) цветослепота
 - 4) сохранение центрального зрения
 - 5) боли в глазу
11. Вследствие тромбоза центральной вены сетчатки на глазном дне отмечается:
 - 1) симптом «раздавленного помидора»
 - 2) дистрофические изменения сетчатки
 - 3) отслойка сетчатки
 - 4) «симптом «вишнёвой косточки»
 - 5) фигура «звезды»
12. Чаще всего причиной развития застойных дисков зрительных нервов являются:
 - 1) опухоли и кисты головного мозга
 - 2) гипертоническая болезнь
 - 3) сахарный диабет
 - 4) коллагенозы
 - 5) бронхиальная астма
13. Острые нарушения артериального кровообращения в сетчатке характеризуются:
 - 1) резким и значительным снижением остроты зрения
 - 2) покраснением глазного яблока
 - 3) помутнением стекловидного тела
 - 4) болями в глазу
 - 5) затуманиванием и появлением радужных кругов перед глазами
14. Симптом «вишнёвой косточки» на глазном дне наблюдается при:
 - 1) неврите зрительного нерва
 - 2) дистрофиях сетчатки различного генеза
 - 3) тромбозе вен сетчатки
 - 4) острой непроходимости центральной артерии сетчатки
 - 5) отслойке сетчатки
15. В начальной стадии развития застойных дисков зрительных нервов острота зрения:

- 1) не изменяется
 - 2) снижается незначительно
 - 3) снижается значительно
 - 4) снижена до 0
 - 5) повышается
16. При неврите зрительного нерва цвет диска зрительного нерва:
- 1) не меняется
 - 2) красный (гиперемирован)
 - 3) бледный
 - 4) восковидный
 - 5) серый
17. Для острой непроходимости центральной артерии сетчатки характерно:
- 1) острое и значительное снижение остроты зрения
 - 2) постепенное снижение остроты зрения в течение нескольких дней
 - 3) постепенное снижение остроты зрения в течение нескольких месяцев
 - 4) наличие симптома «раздавленного помидора»
 - 5) появление новообразованных сосудов на глазном дне
18. Для наследственных дистрофий сетчатки характерны:
- 1) проявление заболевания в детском и юношеском возрасте
 - 2) проявление заболевания в пожилом возрасте
 - 3) снижение остроты зрения
 - 4) сужение полей зрения
 - 5) появление отслойки сетчатки
19. Изменением характерным для атеросклероза является:
- 1) симптом «вишнёвой косточки»
 - 2) симптом «медной проволоки»
 - 3) симптом «раздавленного помидора»
 - 4) дистрофия сетчатки
 - 5) появление отслойки сетчатки
20. Выраженным проявлением атеросклероза на глазном дне является:
- 1) дистрофия сетчатки
 - 2) симптом «раздавленного помидора»
 - 3) симптом «серебряной проволоки»
 - 4) симптом «вишнёвой косточки»
 - 5) отёк диска зрительного нерва
21. Ранними клиническими признаками поражения сетчатки при сахарном диабете является:
- 1) симптом «серебряной проволоки»
 - 2) появление микроаневризм сосудов сетчатки
 - 3) появление отслойки сетчатки
 - 4) появление дистрофии в макулярной области (области «жёлтого пятна»)
 - 5) отёк диска зрительного нерва
22. Врач общей практики может заподозрить отслойку сетчатки при:
- 1) жалобах на внезапное снижение зрения (появление «занавески»)
 - 2) наличии высокой степени близорукости
 - 3) повышении внутриглазного давления, определённом пальпаторно
 - 4) нарушении сумеречного зрения
 - 5) отёке диска зрительного нерва
23. Характерные симптомы на глазном дне при гипертонической болезни – это:
- 1) отёк сетчатки, крапчатость макулярной области
 - 2) новообразованные сосуды
 - 3) сужение артерий, расширение вен

- 4) расширение артерий, сужение вен
- 5) микроаневризмы сетчатки
24. Неврит зрительного нерва может возникнуть при:
 - 1) заболевании крови
 - 2) полиневрите
 - 3) гнойном воспалении пазух носа
 - 4) параличе лицевого нерва
 - 5) контузии головного мозга
25. Характерным признаком застойного диска зрительного нерва является:
 - 1) перикорнеальная инъекция и экзофтальм
 - 2) экзофтальм и «стушёванность» границ диска зрительного нерва
 - 3) «стушёванность» границ и выстояние зрительного нерва
 - 4) бледность диска зрительного нерва
 - 5) чёткость границ диска зрительного нерва
26. Основным способом лечения отслойки сетчатки является:
 - 1) консервативный
 - 2) оперативный
 - 3) общее медикаментозное лечение
 - 4) сосудистое лечение
 - 5) противовоспалительное
27. Методом профилактики отслойки сетчатой оболочки является:
 - 1) витаминотерапия
 - 2) гимнастика для глаз
 - 3) лазеркоагуляция сетчатки
 - 4) физиотерапия
 - 5) противовоспалительная терапия
28. У взрослого здорового человека соотношение калибра артерий и вен сетчатой оболочки составляет:
 - 1) 1:2
 - 2) 2:3
 - 3) 3:4
 - 4) 1:3
 - 5) 1:4
29. Алкогольно-табачная интоксикация ведёт к поражению:
 - 1) всего поперечника зрительного нерва
 - 2) оболочек зрительного нерва
 - 3) папилломакулярного пучка
 - 4) периферических отделов зрительного нерва
 - 5) диска зрительного нерва
30. Наиболее частой причиной развития ретробульбарного неврита является:
 - 1) грипп
 - 2) синусит
 - 3) рассеянный склероз
 - 4) туберкулёз
 - 5) сифилис

Повреждения органа зрения

1. Сочетанной травмой глаза называется:
 - 1) проникающее ранение глазного яблока с внедрением инородного тела
 - 2) контузия глазного яблока, осложнённая гемофтальмом и сублюксацией хрусталика

- 3) повреждение органа зрения, при котором одновременно происходит травма других органов
- 4) травма, осложнённая нагноением
- 5) ранение роговицы
2. Абсолютными признаками проникающего ранения являются:
 - 1) иридодиализ
 - 2) инородное тело в глубоких слоях роговицы
 - 3) рана, проходящая через все слои фиброзной оболочки с ущемлёнными в ней внутренними оболочками
 - 4) грубая деструкция в стекловидном теле
 - 5) кровотечение из конъюнктивальной полости
3. Протез комберга-балтина служит для:
 - 1) исключения неметаллических инородных тел на рентгеновских снимках
 - 2) рентгенолокализации инородного тела
 - 3) подшивания к конъюнктиве с целью профилактики выпадения стекловидного тела в ходе операции
 - 4) проведения магнитных проб
 - 5) с целью лечебного эффекта
4. Относительными признаками проникающего ранения глазного яблока следует считать:
 - 1) инъекцию глазного яблока, болевые ощущения, низкий тургор глаза
 - 2) пузырьёк воздуха в стекловидном теле
 - 3) офтальмогипертензию
 - 4) наличие раневого канала в хрусталике
 - 5) перикорнеальную инъекцию
5. Обзорные снимки глазницы при проникающем ранении глазного яблока проводятся:
 - 1) при всех проникающих ранениях
 - 2) только при наличии в анамнезе данных о возможности внедрения инородного тела
 - 3) только если имеются симптомы перелома стенок орбиты
 - 4) при локализации осколка за глазом
 - 5) в случаях, когда невозможно использовать протез комберга-балтина
6. Клиническая картина металлоза глаза может быть вызвана:
 - 1) внедрившимся в глазное яблоко инородным телом
 - 2) пищевым отравлением солями тяжёлых металлов
 - 3) особенностями работы на вредном производстве
 - 4) последствиями гемолиза при гемофтальме
 - 5) последствиями посттравматического иридоциклита
7. Внутриглазное инородное тело может быть определено в глазу на доофтальмологическом этапе с помощью:
 - 1) биомикроскопии, офтальмоскопии
 - 2) периметрии
 - 3) рентгенологического метода
 - 4) тонометрии
 - 5) гониоскопии
8. Лечение прободных ранений глазного яблока должно проводиться:
 - 1) в амбулаторных условиях
 - 2) в условиях специализированного травматологического центра
 - 3) в стационаре общего профиля
 - 4) не требует никакого лечения
 - 5) самостоятельно

9. Первая помощь в поликлинике и медпункте при проникающем ранении глазного яблока с выпадением оболочек заключается в:

- 1) вправлении выпавших оболочек
- 2) иссечении выпавших оболочек и герметизации раны
- 3) профилактике развития раневой инфекции и столбняка, наложении повязки и срочной транспортировке в офтальмотравматологический центр
- 4) организации консультации врача-офтальмотравматолога
- 5) не требует никакого лечения

10. При проникающем ранении глазного яблока антибиотики назначаются:

- 1) в случаях клинически определяемого инфекционного поражения
- 2) при всех проникающих ранениях
- 3) только при внедрении внутриглазных осколков
- 4) при поражении хрусталика
- 5) при поражении роговицы

11. Смещение хрусталика в переднюю камеру требует:

- 1) консервативного лечения
- 2) хирургического лечения
- 3) динамического наблюдения
- 4) не требует никакого вмешательства
- 5) самоизлечение

12. Больной со II степенью ожога роговицы и конъюнктивы должен лечиться:

- 1) у окулиста амбулаторно
- 2) в условиях стационара
- 3) амбулаторно с применением физиотерапии
- 4) должен лечиться самостоятельно
- 5) возможен любой из вариантов

13. При химическом ожоге глаза лёгкой степени наиболее важной процедурой следует считать:

- 1) инстилляцию анестезирующих капель
- 2) инстилляцию антибиотиков
- 3) введение ПСС или противостолбнячного анатоксина
- 4) обильное промывание конъюнктивальной полости
- 5) наложение аутофибринной плёнки

14. К достоверному признаку проникающего ранения роговицы относится:

- 1) наличие сквозной раны в роговице
- 2) мелкой передней камеры
- 3) наличие признаков воспаления роговицы
- 4) гипопион
- 5) гипосфагма

15. Удалять инородное тело с конъюнктивы следует

- 1) магнитом
- 2) влажным тугим жгутиком
- 3) сухим тампоном
- 4) инъекционной иглой
- 5) пинцетом

16. Врачу общей практики инородное тело с конъюнктивы следует удалять под контролем:

- 1) диафаноскопии
- 2) биомикроскопии
- 3) офтальмоскопии
- 4) рентгенографии
- 5) бифокального метода

17. Для диагностики эрозии роговицы нужно закапать в глаз:
- 1) sol.sulfacyli-natrii 30 %
 - 2) sol.furacilini 0,02 %
 - 3) sol.fluoresceini 1 %
 - 4) sol. atropini sulfatis 1 %
 - 5) sol. cipromedi 0,03 %
18. Первичная отсроченная хирургическая обработка раны проводится:
- 1) через 12 часов после травмы
 - 2) через 24 часа после травмы
 - 3) после стихания острых воспалительных явлений
 - 4) в начале активного рубцевания
 - 5) не проводится
19. Наличие крови в передней камере называется:
- 1) гемофтальм
 - 2) гифема
 - 3) гипосфагма
 - 4) гематома
 - 5) инъекция
20. Наличие крови в стекловидном теле называется:
- 1) гемофтальм
 - 2) гифема
 - 3) гипосфагма
 - 4) гематома
 - 5) деструкция
21. Наличие крови под конъюнктивой называется:
- 1) гемофтальм
 - 2) гифема
 - 3) гипосфагма
 - 4) гематома
 - 5) синяк
22. Инородное тело орбиты может быть определено с помощью:
- 1) биомикроскопии, офтальмоскопии
 - 2) гониоскопии
 - 3) рентгенологического метода
 - 4) диафаноскопии
 - 5) методом пальпации
23. Для повреждения стенок орбиты характерно:
- 1) обширное подкожное кровоизлияние
 - 2) болезненность при пальпации век
 - 3) эмфизема век
 - 4) прямой экзофтальм
 - 5) флюктуация
24. Для проникающего ранения склеры будет характерно:
- 1) жалобы больного на снижение остроты зрения
 - 2) мелкая передняя камера при бифокальном освещении, гипотония глазного яблока при пальпации
 - 3) глубокая передняя камера при бифокальном освещении, гипотония глазного яблока при пальпации
 - 4) мелкая передняя камера при бифокальном освещении, увеличение тонуса глазного яблока при пальпации
 - 5) наличия инородного тела в конъюнктивальной полости

25. У больного отёк и гематома век, сужение глазной щели, экзофтальм, ограничение подвижности глазного яблока, птоз. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) атрофия ретробульбарной клетчатки
- 2) воспаление ретробульбарного пространства
- 3) гематома орбиты
- 4) перелом стенок глазницы
- 5) миозит прямых мышц глаза

26. Перелом медиальной стенки глазницы характеризуется:

- 1) гемофтальмом
- 2) отрывом внутренней связки
- 3) смещением слёзного мешка
- 4) птозом
- 5) эмфиземой век

27. Фигура «подсолнечника» в хрусталике характерна для:

- 1) проникающего ранения хрусталика
- 2) сидероза
- 3) халькоза
- 4) врождённой катаракты
- 5) диабетической катаракты

28. Достоверным методом определения металлоза на ранних стадиях является:

- 1) биомикроскопия
- 2) эндотелиальная микроскопия
- 3) ультразвуковая эхоофтальмография
- 4) электрофизиологические методы исследования
- 5) рентгенография

29. Энуклеация при первичной хирургической обработке возможна при:

- 1) сквозных ранениях глазного яблока
- 2) эндофтальмите
- 3) разрушении глазного яблока
- 4) при давности травмы более 3-х суток
- 5) проводиться не должна

30. Целостность конъюнктивы при её ранении восстанавливается:

- 1) закапыванием анестетика
- 2) наложением давящей повязки
- 3) склеиванием
- 4) наложением непрерывного шва
- 5) закладывание антибактериальной мази

Глаукомы

1. Непосредственной причиной потери зрительных функций при глаукомах является:

- 1) высокое внутриглазное давление
- 2) набухание хрусталика
- 3) помутнение стекловидного тела
- 4) дегенеративные изменения макулы
- 5) атрофия зрительного нерва

2. Наиболее часто встречающейся формой глаукомы является:

- 1) первичная закрытоугольная
- 2) первичная открытоугольная
- 3) первичная смешанная
- 4) вторичная факогенная
- 5) ювенильная

3. Причиной снижения оттока внутриглазной жидкости из глаза при первичной открытоугольной глаукоме является:

- 1) трабекулопатия
- 2) блокада угла передней камеры корнем радужки
- 3) блокада угла передней камеры новообразованными сосудами
- 4) блокада угла передней камеры стекловидным телом
- 5) заращение зрачка

4. Причиной снижения оттока внутриглазной жидкости из глаза при первичной закрытоугольной глаукоме является:

- 1) трабекулопатия
- 2) блокада угла передней камеры корнем радужки
- 3) блокада угла передней камеры новообразованными сосудами
- 4) блокада угла передней камеры нерассосавшейся мезодермальной тканью
- 5) заращение зрачка

5. Причинами вторичной послевоспалительной глаукомы являются:

- 1) передние увеиты
- 2) хориоидиты
- 3) склериты
- 4) хориоретиниты
- 5) ретиниты

6. Вторичная глаукома может быть:

- 1) неопластической
- 2) врождённой
- 3) детской
- 4) ювенильной
- 5) симптоматической

7. Общим в течении первичной открытоугольной и закрытоугольной глауком является:

- 1) прогрессивное ухудшение оттока жидкости из глаза
- 2) сужение зрачка
- 3) развитие глаукоматозной атрофии зрительного нерва
- 4) увеличение пигментации угла передней камеры
- 5) выбухания прикорневой части радужки

8. Буфтальм является клиническим признаком:

- 1) вторичной неоваскулярной глаукомы
- 2) вторичной посттравматической глаукомы
- 3) первичной открытоугольной глаукомы
- 4) врождённой глаукомы
- 5) ювенильной глаукомы

9. В течении глаукомы различают:

- 1) одну стадию
- 2) две стадии
- 3) три стадии
- 4) четыре стадии
- 5) пять стадий

10. Для начальной стадии первичной открытоугольной глаукомы характерно:

- 1) ощущение боли в глазу
- 2) прогрессирующее снижение зрения
- 3) отсутствие жалоб
- 4) изменение цвета и рисунка радужки
- 5) наличие субтотальной экскавации диска зрительного нерва

11. Четвёртая стадия глаукомы характеризуется:

- 1) снижением остроты зрения до нескольких сотых
- 2) концентрическим сужением поля зрения до фиксации
- 3) увеличением размера физиологической скотомы (слепого пятна)
- 4) полной потерей зрительных функций
- 5) «бомбажем» радужки

12. Симптом «кобры» указывает на:

- 1) повышение внутриглазного давления
- 2) повышение давления в передних цилиарных венах
- 3) повышение давления во внутриглазных сосудах
- 4) повышение артериального давления
- 5) повышение давления в вортикозных венах

13. Верхняя граница нормы внутриглазного давления при измерении тонометром Маклакова равна:

- 1) 20 мм рт. ст.
- 2) 24 мм рт. ст.
- 3) 27 мм рт. ст.
- 4) 28 мм рт. ст.
- 5) 32 мм рт. ст.

14. Минимальный диагностический комплекс обследования на первичную открытоугольную глаукому включает:

- 1) тонометрию, рефрактометрию, периметрию
- 2) периметрию, визометрию, тонометрию
- 3) офтальмоскопию, гониоскопию, визометрию
- 4) тонометрию, рефрактометрию, визометрию
- 5) тонометрию, периметрию, офтальмоскопию

15. Изменения в углу передней камеры офтальмолог обнаруживает с помощью:

- 1) офтальмоскопии
- 2) гониоскопии
- 3) исследования в проходящем свете
- 4) периметрии
- 5) тонометрии

16. В случае появления у больного резкого снижения и затуманивания зрения, радужных кругов вокруг источника света, сильных болей в глазу с иррадиацией в висок после просмотра в кинотеатре кинофильма (в жанре триллер) наиболее вероятным диагнозом является:

- 1) острое нарушение мозгового кровообращения
- 2) гипертонический криз
- 3) острый приступ закрытоугольной глаукомы
- 4) острый кератит
- 5) острый иридоциклит

17. Пусковым фактором развития острого приступа первичной закрытоугольной глаукомы является:

- 1) набухание хрусталика
- 2) перезревание хрусталика
- 3) заращение зрачка
- 4) сужение зрачка
- 5) расширение зрачка

18. Доступными врачу неофтальмологического профиля методами диагностики острого приступа глаукомы считают:

- 1) офтальмобиомикроскопию
- 2) офтальмотонометрию по Маклакову
- 3) гониоскопию, офтальмоскопию

- 4) исследование в проходящем свете
 - 5) пальпаторное определение внутриглазного давления, бифокальный осмотр
19. Картина острого приступа закрытоугольной глаукомы не предполагает:
- 1) резкого повышения внутриглазного давления
 - 2) застойной инъекции глазного яблока
 - 3) мелкой передней камеры
 - 4) выраженной болезненности при пальпации области цилиарного тела
 - 5) отёка роговицы и расширения зрачка
20. При снятии острого приступа глаукомы противопоказано использование:
- 1) раствора пилокарпина 1 %
 - 2) раствора атропина 1 %
 - 3) раствора дорзоламида 2 %
 - 4) раствора тимолола 0,25 %
 - 5) раствора бетаксолола 0,5 %
21. Для снятия острого приступа глаукомы необходимо закапывать глазные капли:
- 1) пилокарпина 1 %
 - 2) тропикамида 0,5 %
 - 3) атропина 1 %
 - 4) дексаметазона 0,1 %
 - 5) диклофенака 0,1 %
22. Если в условиях участковой больницы вы заподозрите у больного острый приступ глаукомы, ваша тактика будет заключаться в:
- 1) направлении пациента на консультацию к окулисту в районную больницу
 - 2) госпитализации больного в участковую больницу и его обследовании в течение 2–3 дней с целью уточнения диагноза
 - 3) оказании больному доступного вам объёма врачебной помощи и последующем срочном направлении его в ближайший офтальмологический стационар
 - 4) вызове к больному на консультацию окулиста из районной больницы
 - 5) направлении больного на консультацию в офтальмологическую больницу
23. Вы можете заподозрить врождённую глаукому по:
- 1) изменению цвета радужки
 - 2) помутнению хрусталика
 - 3) отсутствию красного рефлекса с глазного дна
 - 4) увеличению размера и плотности глазного яблока
 - 5) наличию сходящегося косоглазия
24. При подозрении на врождённую глаукому у годовалого малыша врач общего профиля должен рекомендовать маме:
- 1) не предпринимать ничего до достижения ребёнком 3-х летнего возраста
 - 2) через каждые полгода являться к нему на диспансерный осмотр ребёнка
 - 3) находиться ребёнку под регулярным наблюдением педиатра
 - 4) консультацию к окулисту и выдать соответствующее направление
 - 5) обратиться за консультацией к эндокринологу.
25. Наиболее эффективным методом лечения врождённой глаукомы является
- 1) местная медикаментозная гипотензивная терапия
 - 2) хирургическое вмешательство
 - 3) метаболическая терапия
 - 4) лазерное лечение
 - 5) санаторно-курортное лечение
26. Глаукома – это хроническое заболевание со следующими признаками:
- 1) повышение внутриглазного давления, атрофия (экскавация) зрительного нерва, сужение полей зрения, необратимая слепота
 - 2) прогрессирующее снижение остроты зрения вдаль

- 3) снижение остроты зрения вблизи и вдаль
- 4) нарушение цветоощущения
- 5) помутнение хрусталика и снижение остроты зрения
27. Все глаукомы делятся на:
 - 1) начальные, незрелые, зрелые и перезрелые
 - 2) рефракционные и осевые
 - 3) слабой, средней и высокой степени
 - 4) врождённые, детские, юношеские, первичные и вторичные
 - 5) врождённые и юношеские
28. Первичные глаукомы делятся на:
 - 1) открытоугольную, закрытоугольную, смешанную
 - 2) начальную, незрелую, зрелую, перезрелую
 - 3) наследственные и внутриутробные
 - 4) возрастные и осложнённые
 - 5) врождённые и приобретённые
29. Образования угла передней камеры служат для:
 - 1) рефракции
 - 2) аккомодации
 - 3) оттока внутриглазной жидкости из глаза
 - 4) кровоснабжения глаза
 - 5) светопреломления
30. Глазными гипотензивными средствами для лечения глаукомы являются:
 - 1) пилокарпин, бетоптик, азопт, тимолол
 - 2) атропин
 - 3) витабакт, тобрекс, тобрадекс
 - 4) лекролин, систейн, опатанол, баларпан

Катаракты

1. Рост хрусталика:
 - 1) заканчивается к 2 годам
 - 2) заканчивается к 7 годам
 - 3) заканчивается к 18 годам
 - 4) заканчивается к 40 годам
 - 5) продолжается в течение всей жизни
2. Катарактой называют:
 - 1) воспаление хрусталика
 - 2) помутнение хрусталика
 - 3) прорастание хрусталика сосудами
 - 4) опухоль хрусталика
 - 5) колобому хрусталика
3. Приобретённым заболеванием хрусталика является:
 - 1) помутнение хрусталика (катаракта)
 - 2) воспаление
 - 3) новообразование
 - 4) афакия
 - 5) артифакия
4. При любом воздействии на хрусталик:
 - 1) он смещается в переднюю камеру глаза
 - 2) он воспаляется
 - 3) он сморщивается
 - 4) в его ядро врастают сосуды
 - 5) он набухает и мутнеет

5. К стационарным катарактам относят:
 - 1) врождённые катаракты
 - 2) травматические катаракты
 - 3) лучевые катаракты
 - 4) старческие катаракты
 - 5) диабетические катаракты
6. Прогрессирующей катарактой является:
 - 1) врождённая слоистая
 - 2) врождённая полная
 - 3) приобретённая
 - 4) веретенообразная
 - 5) задняя полярная
7. Общим для всех катаракт является:
 - 1) увеличение размеров глазных яблок
 - 2) сужение зрачка
 - 3) развитие атрофии зрительного нерва
 - 4) увеличение пигментации угла передней камеры
 - 5) снижение прозрачности хрусталика
8. К клиническим методам исследования хрусталика относят:
 - 1) периметрию
 - 2) исследование в проходящем свете
 - 3) прямую офтальмоскопию
 - 4) обратную офтальмоскопию
 - 5) гониоскопию
9. Основным методом исследования глаза при определении клинической формы катаракты является:
 - 1) визометрия
 - 2) биомикроскопия
 - 3) офтальмоскопия
 - 4) ультразвуковая эхоофтальмография
 - 5) электрофизиологические исследования
10. Все старческие катаракты делят на:
 - 1) начальные, незрелые, зрелые и перезрелые
 - 2) рефракционные и осевые
 - 3) катаракты слабой, средней и высокой степени
 - 4) врождённые, юношеские, первичные и вторичные
 - 5) врождённые и юношеские
11. По степени зрелости среди старческих катаракт выделяют:
 - 1) начальную, незрелую, зрелую
 - 2) начальную, зрелую, перезрелую
 - 3) незрелую, зрелую, перезрелую
 - 4) начальную, незрелую, зрелую, перезрелую
 - 5) неполную, полную
12. Наиболее характерным симптомом старческой катаракты является:
 - 1) видение тёмных плавающих пятен перед глазами
 - 2) цветные ореолы
 - 3) прогрессирующее снижение зрения
 - 4) выпадение полей зрения – скотомы
 - 5) концентрическое сужение полей зрения
13. Светоощущение с неправильной проекцией у больного катарактой указывает на наличие у него:
 - 1) зрелой катаракты

- 2) незрелой катаракты
- 3) патологии сетчатки и зрительного нерва
- 4) патологии роговицы
- 5) деструкции стекловидного тела

14. При обследовании больного в проходящем свете определяется розовый рефлекс, на фоне которого видны подвижные чёрные штрихи и точки. Зрение снижено незначительно. У данного больного можно предположить:

- 1) начальную катаракту
- 2) незрелую катаракту
- 3) зрелую катаракту
- 4) перезревание катаракты
- 5) наличие помутнений в стекловидном теле

15. У больного в проходящем свете рефлекс с глазного дна слабо-розовый. при боковом освещении хрусталик приобретает отчётливый серый оттенок. Острота зрения 0,03–0,04 не корректирует. Больному следует поставить диагноз:

- 1) начальной катаракты
- 2) незрелой катаракты
- 3) зрелой катаракты
- 4) перезрелой катаракты
- 5) помутнения в стекловидном теле

16. У больного рефлекса с глазного дна нет, хрусталик серый, острота зрения, светоощущение с правильной проекцией. У больного имеется:

- 1) начальная катаракта
- 2) незрелая катаракта
- 3) зрелая катаракта
- 4) перезрелая катаракта
- 5) помутнения в стекловидном теле

17. Признаками зрелой катаракты являются:

- 1) серовато-белый цвет хрусталика, отсутствие рефлекса с глазного дна, снижение зрения до светоощущения с правильной светопроекцией
- 2) сужение полей зрения, повышение внутриглазного давления
- 3) хрусталик со «спицами», снижение остроты зрения до 0,5
- 4) снижение зрения до светоощущения с неправильной светопроекцией, рефлекс с глазного дна не изменён

5) снижение зрения до светоощущения с неправильной светопроекцией

18. Дрожание радужки наблюдают при:

- 1) начальной катаракте
- 2) незрелой катаракте
- 3) зрелой катаракте
- 4) перезрелой катаракте
- 5) помутнении стекловидного тела

19. У больного внутриглазное давление 34 мм рт. ст., умеренный отёк роговицы, умеренная инъекция глазного яблока, передняя камера глубокая, морганиева катаракта, рефлекс с глазного дна, розовый больной предъявляет жалобы на боль в глазу, у больного имеется:

- 1) острый приступ глаукомы
- 2) иридоциклит с гипертонией
- 3) перезрелая катаракта
- 4) начальная катаракта
- 5) увеит

20. Тактика врача при «набухающей катаракте» предусматривает:

- 1) частое динамическое наблюдение с контролем внутриглазного давления

- 2) срочное удаление катаракты
 - 3) отсутствие наблюдения и лечения
 - 4) антиглаукоматозную операцию
 - 5) учащение инстилляций витаминных капель
21. Консервативное лечение целесообразно проводить при:
- 1) начальной катаракте
 - 2) незрелой катаракте
 - 3) зрелой катаракте
 - 4) перезрелой катаракте
 - 5) сублюксации хрусталика
22. Операцию экстракции катаракты стали применять:
- 1) с XV века
 - 2) с XVII века
 - 3) с XVIII века
 - 4) с XIX века
 - 5) до нашей эры
23. Радикальным методом лечения катаракты является:
- 1) электролечение
 - 2) оперативное лечение
 - 3) лазерное лечение
 - 4) инстилляции «антикатарактальных» капель
 - 5) пневмомассаж
24. Факоэмульсификация является методом:
- 1) экстракапсулярной экстракции катаракты
 - 2) интракапсулярной экстракции катаракты
 - 3) хирургии катаракты «малых разрезов»
 - 4) склероукрепляющих операций
 - 5) гипотензивных операций
25. Предпочтительным видом коррекции односторонней афакии является:
- 1) коррекция очками
 - 2) контактная
 - 3) интраокулярная
 - 4) кератофакия
 - 5) операция «lasic»
26. Состояние после удаления хрусталика и имплантации интраокулярной линзы называется:
- 1) амблиопией
 - 2) анизейконией
 - 3) афакией
 - 4) артифакией
 - 5) анизометрией
27. Лечение перезрелой катаракты должно быть:
- 1) медикаментозным – глазные капли
 - 2) оперативным
 - 3) физиотерапевтическим – рассасывающим
 - 4) общеукрепляющим
 - 5) противовоспалительным
28. Лечение начальной старческой катаракты начинают с:
- 1) назначения витаминных капель
 - 2) лазерного лечения
 - 3) оперативного лечения
 - 4) системной общеукрепляющей терапии

- 5) общеукрепляющего
29. Основным видом лечения травматической катаракты является:
- 1) местная медикаментозная терапия
 - 2) хирургический
 - 3) общая консервативная терапия
 - 4) лазерное лечение
 - 5) противовоспалительное
30. Основным видом лечения вторичных катаракт является:
- 1) хирургический
 - 2) местная медикаментозная терапия
 - 3) общая медикаментозная рассасывающая терапия
 - 4) лазерное лечение
 - 5) противовоспалительное

Средство оценивания: тест

Шкала оценивания:

Если обучающийся ответил правильно на 91-100 % вопросов, то ему ставится оценка «отлично».

Если обучающийся ответил правильно на 71-90 % вопросов, то он получает оценку «хорошо».

Если обучающийся ответил правильно на 51-70 % вопросов, то ему ставится оценка «удовлетворительно».

Если обучающийся ответил правильно менее чем на 51 % вопросов, то дисциплина считается неувоенной, и он получает оценку «неудовлетворительно».

Промежуточная аттестация по дисциплине «Офтальмология»

Обучающиеся по специальности 31.05.03 Стоматология проходят промежуточную аттестацию в форме зачета по дисциплине «Офтальмология» в 4 семестре.

При проведении зачета по дисциплине «Офтальмология» может использоваться устная или письменная форма проведения.

Примерная структура зачета по дисциплине «Офтальмология»:

1. устный ответ на вопросы

Обучающимся на зачете дается время на подготовку вопросов теоретического характера и практического задания.

2. выполнение тестовых заданий

Тестовые задания выполняются в течение 30 минут и состоят из 20-30 вопросов разных типов. Преподаватель готовит несколько вариантов тестовых заданий.

Ответ обучающегося на зачете должен отвечать следующим требованиям:

- научность, знание и умение пользоваться понятийным аппаратом;
- изложение вопросов в методологическом аспекте, аргументация основных положений ответа примерами из современной практики из опыта профессиональной деятельности;
- осведомленность в важнейших современных вопросах истории России и всеобщей истории.

Выполнение практического задания должно отвечать следующим требованиям:

- владение профессиональной терминологией;
- последовательное и аргументированное изложение решения.

Критерии оценивания ответов на зачете

Уровень освоения компетенции	Формулировка требований к степени сформированности компетенций	Шкала оценивания
Компетенции сформированы	Определяет методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме. Определяет современные методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, при заболеваниях органа зрения, в соответствии	зачтено

	<p>с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Демонстрирует знания об этиологии, патогенезе, современной классификации, клинической картине, особенностях течения, возможных осложнениях, методах диагностики изучаемых заболеваний.</p> <p>Демонстрирует структурированные знания клинической картины, дифференциальной диагностики, особенности течения заболеваний органа зрения, а также требующих неотложной или экстренной помощи; знания методов лабораторных и инструментальных исследований и правил интерпретации их результатов.</p> <p>Имеет представление об основных принципах применения медикаментозного и немедикаментозного лечения с учетом течения наиболее распространенных заболеваний органа зрения, общего состояния организма, наличия сопутствующей патологии.</p> <p>Определяет современные методы применения лекарственных препаратов.</p> <p>Демонстрирует знания методов лечения наиболее часто встречающихся заболеваний органа зрения; показаний и противопоказаний к их назначению.</p> <p>Демонстрирует знания методов медикаментозного и немедикаментозного лечения, медицинских показаний к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях; групп лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний; механизма их действия, медицинских показаний и противопоказаний к назначению; совместимости, возможных осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных; особенностей оказания медицинской помощи в неотложных формах.</p> <p>Демонстрирует способность сформулировать клинический диагноз, пользоваться МКБ.</p> <p>Обладает способностью обосновывать</p>	
--	---	--

	<p>необходимость и объем лабораторного обследования пациента, с учетом предполагаемого диагноза, возраста, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Анализирует совокупность полученных данных о конкретном пациенте и полученный опыт по отдельным нозологиям, определяет эффективность проведенного обследования и лечения.</p> <p>Демонстрирует способность определять очередность объема, содержания и последовательности диагностических мероприятий, интерпретировать результаты сбора информации о заболевании пациента.</p> <p>Обладает способностью разрабатывать комплексный план медикаментозного и немедикаментозного лечения с учетом течения наиболее распространенных заболеваний органа зрения, общего состояния организма, наличия сопутствующей патологии.</p> <p>Обосновывает наиболее целесообразные схему, план и тактику лечения с учетом возможных осложнений и побочных эффектов.</p> <p>Демонстрирует способность применять методы лечения наиболее часто встречающихся заболеваний органа зрения в соответствии с показаниями и противопоказаниями к их назначению.</p> <p>Оценивает эффективность и безопасность проводимого медикаментозного и немедикаментозного лечения.</p> <p>Верно определяет методы осмотра органа зрения, основные врачебные диагностические мероприятия. Владеет навыками выявления у пациентов основных патологических симптомов и синдромов заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом; навыками анализа закономерностей функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; навыками использования алгоритма постановки</p>	
--	--	--

	<p>диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).</p> <p>Владеет навыками составления плана лабораторных и инструментальных обследований пациента, с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.</p> <p>Владеет навыками оценки состояния пациента до и после лечения, интерпретации результатов обследования и при неясной клинической ситуации алгоритмом развернутого клинического диагноза.</p> <p>Владеет навыками сбора и анализа информации о состоянии здоровья пациента, проведения дифференциальной диагностики заболеваний органа зрения, установления клинического диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).</p> <p>Владеет навыками составления плана лечения при офтальмологической патологии.</p> <p>Владеет навыками комплексного лечения и ведения пациентов, а также навыками оказания неотложной помощи при заболеваниях органа зрения, с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи, а также навыками оценки эффективности и безопасности применения используемых методов лечения.</p> <p>Верно определяет основные врачебные диагностические и лечебные мероприятия в соответствии с показаниями и противопоказаниями к их назначению.</p> <p>Владеет навыками комплексной оценки эффективности и безопасности проводимого медикаментозного и немедикаментозного лечения.</p>	
--	---	--

Компетенции не сформированы	Не соответствует критериям оценки зачтено	Не зачтено
-----------------------------	---	------------

Рекомендации по проведению зачета

1. Обучающиеся должны быть заранее ознакомлены с Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся АНО ВО МОСИ.
2. С критериями оценивания зачета преподаватель обязан ознакомить обучающихся до начала зачета.
3. Преподаватель в ходе зачета проверяет уровень полученных в течение изучения дисциплины знаний, умений и навыков и сформированность компетенций.
4. Тестирование по дисциплине проводится в Центре оценки и контроля качества образования МОСИ.

Примерный перечень вопросов к зачету

1. Глазное яблоко: строение, функции, топографическая анатомия оболочек глазного яблока.
2. Кости, образующие стенки орбиты. Строение, содержание орбиты.
3. Топографическое соседство орбиты и его клиническое значение.
4. Глазодвигательные мышцы, места их прикрепления и иннервация.
5. Слезные органы. Слезопroduцирующий и слезоотводящий аппараты глаза.
6. Веки: строение, функции. Мышцы век: топография, функции и иннервация.
7. Конъюнктивы: строение, отделы, функции.
8. Хрусталик: строение, биохимический состав, питание, функции.
9. Стекловидное тело: строение, функции.
10. Кровоснабжение органа зрения.
11. Чувствительная иннервация органа зрения.
12. Фиброзная оболочка глаза: отделы, строение, питание, иннервация, функции.
13. Сосудистая оболочка глаза: отделы, строение, функции.
14. Внутренние мышцы глаза, их иннервация.
15. Сетчатка: строение, питание, функции. Места фиксации сетчатки.
16. Зрительный нерв: строение, отделы, кровоснабжение. Перекрест волокон зрительного нерва, его значение.
17. Отделы зрительного анализатора.
18. Центральное зрение, определение понятия, методы исследования.
19. Периферическое зрение, определение понятия, методы исследования.
20. Цветовосприятие и световосприятие: определение понятия, методы исследования.
21. Флегмона орбиты: причины развития, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
22. Синдром верхней глазничной щели: причины развития, клиника, осложнения.
23. Экзофтальм: причины, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
24. Птоз: причины развития, клиника, диагностика, лечение, осложнения.
25. Лагофтальм: причины развития, клиника, лечение, осложнения.
26. Выворот век: причины развития, клиника, лечение, осложнения.
27. Заворот век: причины развития, клиника, лечение, осложнения.
28. Халязион: причины, клиника, диагностика, лечение.
29. Ячмень: причины, клиника, диагностика, лечение, осложнения.
30. Блефариты: причины развития, клинические формы, принципы лечения.
31. Трихиаз: причины развития, клиника, лечение, осложнения.
32. Отек век: причины развития, дифференциальная диагностика, лечение.
33. Методы диагностики продукции слезы. Методы исследования слезоотводящих

путей. Их краткая характеристика.

34. Дакриоаденит: причины развития, клиника, лечение, осложнения.

35. Непроходимость слезных протоков у новорожденных: причины развития, клиника, лечение, осложнения.

36. Дакриоцистит (у взрослых): причины развития, клиника, лечение, осложнения.

37. Виды инъекций глазного яблока, краткая характеристика.

38. Этиология конъюнктивитов. Общий клинические признаки конъюнктивитов.

39. Бактериальные конъюнктивиты: этиология, клиника, диагностика, лечение, осложнения.

40. Вирусные конъюнктивиты: этиология, клиника, лечение, осложнения.

41. Хронические конъюнктивиты: этиология, клиника, лечение.

42. Хламидийный конъюнктивит: этиология, пути передачи, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, осложнения, профилактика.

43. Воспалительные заболевания роговицы. Общая симптоматика кератитов. Классификация кератитов.

44. Бактериальный кератит: клиника, диагностика, лечение, осложнения.

45. Вирусный кератит: клиника, диагностика, лечение, осложнения.

46. Нейротрофический кератит: клиника, диагностика, лечение, осложнения.

47. Гиповитаминозный кератит: клиника, диагностика, лечение, осложнения.

48. Классификация помутнений роговицы. Методы хирургического лечения помутнений (бельм) роговицы.

49. Воспалительные заболевания сосудистого тракта, классификация.

50. Иридоциклит: этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения.

51. Острый приступ глаукомы: этиология, клиника, дифференциальная диагностика, осложнения.

52. Возрастные изменения хрусталика, причины развития катаракт. Классификация катаракт.

53. Врожденная катаракта: причины развития, основные виды, тактика ведения, показания к оперативному лечению.

54. Стадии развития катаракт, их характеристика, диагностика, тактика ведения, показания к оперативному лечению.

55. Осложненная катаракта: причины развития, тактика ведения, лечение.

56. Катаракта при соматических заболеваниях, особенности течения, тактика ведения, лечение.

57. Токсическая катаракта: причины развития, особенности течения, тактика ведения, лечение.

58. Травматическая катаракта: причины развития, особенности течения, тактика ведения, лечение.

59. Подвывих, вывих хрусталика: причины развития, тактика ведения, лечение.

60. Факогенный иридоциклит: причины развития, особенности течения, тактика ведения, лечение.

61. Факогенная глаукома: причины развития, особенности течения, тактика ведения, лечение.

62. Афакия: причины, признаки, виды и способы коррекции.

63. Понятие об офтальмотонусе, его значение и функции. Уровень нормального внутриглазного давления.

64. Продукция и отток внутриглазной жидкости. Функции внутриглазной жидкости.

65. Глаукома: классификация, стадии. Основной симптомокомплекс глаукомы.

66. Изменения центрального, периферического зрения при глаукоме.

67. Врожденная глаукома: причины, классификация, клиника, диагностика,

лечение, прогноз.

68. Открытоугольная глаукома: причины, классификация, клиника, диагностика, лечение, прогноз.

69. Методы диагностики глаукомы. Диспансеризация больных глаукомой.

70. Медикаментозное лечение глаукомы, его направленность.

71. Причины внезапного безболезненного снижения зрения.

72. Глазная и шейная мигрень: этиология, клиника, диагностика, лечение, прогноз.

73. Окклюзия центральной артерии сетчатки: этиология, клиника, диагностика, лечение, прогноз.

74. Ишемическая оптическая нейропатия: этиология, клиника, диагностика, лечение, прогноз.

75. Тромбоз центральной вены сетчатки и её ветвей: этиология, клиника, диагностика, лечение, прогноз.

76. Оптическая нейропатия при интоксикации суррогатами алкоголя: этиология, клиника, диагностика, лечение, прогноз.

77. Гемофтальм: этиология, клиника, диагностика, лечение, прогноз.

78. Отслойка сетчатки: этиология, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.

79. Центральная серозная хориоретинопатия: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.

80. Острый приступ глаукомы: причины, общая и местная симптоматика, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.

81. Классификация глазного травматизма.

82. Закрытая и открытая травма органа зрения.

83. Контузии органа зрения: классификация по степени тяжести, клиника, диагностика, принципы лечения. Амбулаторная помощь при контузиях.

84. Проникающие ранения органа зрения: классификация, клиника, диагностика, принципы лечения. Амбулаторная помощь при проникающих ранениях органа зрения.

85. Абсолютные и относительные признаки проникающего ранения

86. Эмпизема век: причины, клиника, диагностика, лечение.

87. Синдром верхней глазничной щели: причины развития, клиника, осложнения.

88. Экзофтальм: причины, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

89. Энзофтальм: причины, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

90. Травматическая катаракта: причины развития, клиника, диагностика, лечение.

91. Диагностика наличия инородного тела, возможные осложнения длительного пребывания инородного тела в глазу.

92. Травматический иридоциклит: причины развития, клиника, диагностика, лечение.

93. Ожоги: классификация по степени тяжести, стадии, тактика ведения, лечение, исходы ожогов. Первая помощь при ожогах.

Тест по дисциплине «Офтальмология»

0 вариант

1. Укажите, с чем граничит нижняя стенка глазницы:

1. Гайморова пазуха
2. Решетчатый лабиринт
3. Височная ямка
4. Всем перечисленным

2. Канал зрительного нерва служит для прохождения:

1. зрительного нерва

2. глазничной артерии
3. и того и другого
4. ни того, ни другого

3. Перикорнеальная инъекция свидетельствует о:

1. конъюнктивите
2. повышенном внутриглазном давлении
3. воспалении сосудистого тракта
4. любом из перечисленных
5. ни при одном из перечисленных

4. Самой тонкой стенкой орбиты является:

1. наружная стенка
2. верхняя стенка
3. внутренняя стенка
4. нижняя стенка
5. правильно 1 и 2

5. Носослезный канал открывается в:

1. нижний носовой ход
2. средний носовой ход
3. верхний носовой ход
4. правильно 2 и 3

6. Роговая оболочка состоит из:

1. двух слоев
2. трех слоев
3. четырех слоев
4. пяти слоев
5. шести слоев

7. Сосудистый тракт глаза состоит из всех перечисленных слоев кроме:

1. хориоидеи
2. ресничного тела
3. радужки
4. сосудов сетчатки
5. правильно 1,2 и 3

8. Отток жидкости из передней камеры осуществляется через:

1. область зрачка
2. капсулу хрусталика
3. зону трабекул
4. ничего из перечисленного
5. правильно 1 и 2

9. Питание роговицы осуществляется за счет:

1. краевой петливой сосудистой сети
2. центральной артерии сетчатки
3. слезной артерии
4. всего перечисленного

10. Сетчатка выполняет функцию:

1. преломления света
2. трофическую
3. восприятия света
4. все перечисленное

11. Зрительный нерв выходит из орбиты через:

1. верхнюю глазничную щель
2. зрительное отверстие
3. нижнюю глазничную щель

4. правильно 1 и 2

12. Основным методом лечения катаракты являются:

1. консервативная терапия
2. лазерная терапия
3. применение диуретиков
4. хирургический метод лечения

13. Назовите стадии старческой катаракты:

1. начальная
2. незрелая
3. зрелая
4. выраженная
5. все верно
6. верно все, кроме 4)

14. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать начальную катаракту:

1. заращение зрачка
2. глаукома
3. глиома
4. бельмо роговицы

15. Для начальной стадии первичной открытоугольной глаукомы характерны:

1. боль в глазу
2. прогрессирующее снижение зрения
3. отсутствие жалоб
4. изменение цвета и рисунка радужки

16. Какая клиническая картина более характерна для древовидного кератита?

1. сопровождается острыми субъективными нарушениями, выраженный корнеальный синдром, в эпителии роговицы имеются ветвящиеся группы мелких пузырьков и инфильтратов серого цвета, нередко рецидивирует, трудно поддается лечению

2. медленное, незаметное начало с преимущественным поражением глубоких слоев роговой оболочки, выражена глубокая васкуляризация роговицы

3. преимущественное поражение конъюнктивы с обильным гнойным отделяемым

4. в клинике преобладают симптомы поражения увеального тракта

17. Сочетанной травмой глаза называется:

1. проникающее ранение глазного яблока с внедрением инородного тела

2. контузия глазного яблока, осложненная гемофтальмом и сублюксацией хрусталика

3. повреждение органа зрения, при котором одновременно происходит травма других органов

4. все перечисленное

18. Для диагностики нарушений проходимости слезоотводящих путей, используются следующие методы, за исключением:

1. промывание слезных путей
2. канальцевая и носослезная проба
3. зондирование
4. рентгенконтрастирование
5. иммунологическое исследование слезы

19. Острые нарушения артериального кровообращения в сетчатке и зрительном нерве могут быть вызваны:

1. спазмом
2. эмболией

3. тромбозом
4. всем перечисленным
5. только А и Б

20. Для II стадии диабетической ретинопатии характерны следующие офтальмоскопические изменения:

1. ангиосклероз
2. микро- и макроаневризмы
3. кровоизлияния в стекловидное тело и сетчатку
4. пролиферативные изменения, глиоз
5. отслойка сетчатки

21. Показаниями к вскрытию абсцесса века является:

1. появление флюктуации
2. выраженная гиперемия века
3. уплотнение ткани века
4. болезненность при пальпации
5. ограничение подвижности века

22. Мидриатики назначаются при:

1. закрытоугольной глаукоме
2. аллергическом конъюнктивите
3. травматическом мидриазе
4. ирите
5. невралгии

23. Абсолютными признаками проникающего ранения являются:

1. рана, проходящая через все слои роговицы, склеры или роговично склеральной зоны
2. ущемление в ране внутренних оболочек глаза
3. внутриглазное инородное тело
4. травматическая колобома радужки, пузырек воздуха в стекловидном теле
5. все перечисленное

24. Внутриглазное инородное тело, расположенное за хрусталиком, нужно удалить:

1. диасклерально
2. через плоскую часть цилиарного тела
3. через корнеосклеральный разрез после предварительной экстракции катаракты
4. через раневой канал
5. выбор доступа индивидуален

25. Первая помощь при химических ожогах глаз включает:

1. обильное промывание
2. назначение поверхностных анестетиков
3. применение антибиотиков
4. применение стероидов
5. все перечисленное

3. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Средство оценивания: устный опрос МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К УСТНОМУ ОПРОСУ

Устный опрос - удобная форма текущего контроля знаний. Целью устного опроса является обобщение и закрепление изученного материала. Главное преимущество – занимает мало времени от 5 до 7 мин., при этом в зависимости от количества вопросов, позволяет проверить большой объем и глубину знаний. Устный опрос может проводиться несколько раз за тему, что позволяет диагностировать, контролировать и своевременно корректировать усвоение материала, что значительно повышает эффективность обучения и закрепляет знания учащихся.

Для успешной подготовки к устному опросу, обучающийся должен изучить/законспектировать рекомендованную литературу. Внимательно осмыслить лекционный материал. При ответе особо выделить главную мысль, сделать вывод.

Средство оценивания: доклад МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ДОКЛАДА

Подготовка доклада – это вид самостоятельной работы, который способствует формированию навыков исследовательской работы, расширяет познавательные интересы, приучает критически мыслить. При написании доклада по заданной теме обучающиеся составляют план, подбирают основные источники. В процессе работы с источниками систематизируют полученные сведения, делают выводы и обобщения. Подготовка доклада требует от обучающихся большой самостоятельности и серьезной интеллектуальной работы, которая принесет наибольшую пользу, если будет включать в себя следующие этапы:

- изучение наиболее важных научных работ по данной теме, перечень которых, как правило, дает сам преподаватель;
- анализ изученного материала, выделение наиболее значимых для раскрытия темы фактов, мнений разных ученых и научных положений;
- обобщение и логическое построение материала доклада, например, в форме развернутого плана;
- написание текста доклада с соблюдением требований научного стиля.

Построение доклада включает три части: вступление, основную часть и заключение. Во вступлении указывается тема доклада, устанавливается логическая связь ее с другими темами или место рассматриваемой проблемы среди других проблем, дается краткий обзор источников, на материале которых раскрывается тема и т. п. Основная часть должна иметь четкое логическое построение, в ней должна быть раскрыта тема доклада. В заключении подводятся итоги, формулируются выводы, подчеркивается значение рассмотренной проблемы и т. п.

Средство оценивания: реферат МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ РЕФЕРАТА

Тему реферата обучающиеся выбирают самостоятельно, ориентируясь на прилагаемый примерный список. В реферате обучающиеся показывают знания дисциплины и умение реферировать, т. е. творчески анализировать прочитанный текст, а также умение аргументированно и ясно представлять свои мысли, с обязательными ссылками на использованные источники и литературу. В реферате желательно отразить различные точки зрения по вопросам выбранной темы.

Реферат следует писать в определенной последовательности. Обучающемуся необходимо ознакомиться с рабочей программой по дисциплине, выбрать нужную тему, подобрать и изучить рекомендованные документы и литературу. Если заинтересовавшая обучающегося тема не учтена в прилагаемом списке, то по согласованию с преподавателем можно предложить свою. Выбирая тему реферата, необходимо руководствоваться личным интересом и доступностью необходимых источников и литературы.

Поиск литературы по избранной теме следует осуществлять в систематическом и генеральном (алфавитном) каталогах библиотек (по фамилии автора или названию издания) на библиографических карточках или в электронном виде. Поиск литературы (особенно статей в сборниках и в коллективных монографиях) облегчит консультация с библиографом библиотеки. Возможен также поиск перечней литературы и источников по информационным сетевым ресурсам (Интернета).

Ознакомившись с литературой, обучающийся отбирает для своего реферата несколько научных работ (монографий, статей и др.). Выбирая нужную литературу, следует обратить внимание на выходные данные работы.

Объем реферата колеблется в пределах 25-30 страниц формата А-4 с кеглем 14 и полуторным интервалом между строками в обычной компьютерной редакторской программе. Отредактированная работа должна быть пронумерована (номер ставится в верхней части страницы, по центру) и сброшюрована.

Реферат должен быть оформлен в компьютерном варианте. Компьютерный текст должен быть выполнен следующим образом:

- текст набирается на одной стороне листа;
- стандартная страница формата А4 имеет следующие поля: правое – 10 мм, левое – 30 мм, верхнее и нижнее – 20 мм;
- межстрочный интервал – полуторный;
- гарнитура шрифта – Times New Roman;
- кегль шрифта – 14;
- абзацный отступ – 1,25 пт.

На титульном листе, который не нумеруется, указывается название полное название Института, кафедры, полное название темы реферата, курс, отделение, номер учебной группы, инициалы и фамилия обучающегося, а также ученая степень, ученое звание, инициалы и фамилия преподавателя, который будет проверять работу.

На второй странице размещается оглавление реферата, которое отражает структуру реферата и включает следующие разделы:

- введение, в котором необходимо обосновать выбор темы, сформулировать цель и основные задачи своего исследования, а также можно отразить методiku исследования;
- основная часть, состоящая из нескольких глав, которые выстраиваются по хронологическому или тематическому принципу, озаглавливаются в соответствии с проблемами, рассматриваемыми в реферате. Главы желательно разбивать на параграфы. Важно, чтобы разделы оглавления были построены логично, последовательно и наилучшим образом раскрывали тему реферата;
- заключение, в котором следует подвести итоги изучения темы, на основании источников, литературы и собственного понимания проблемы изложить свои выводы.

Ссылки на источники и литературу, использованные в реферате, обозначаются цифрами в положении верхнего индекса, а в подстрочных сносках (внизу страницы) указывается источник, на который ссылается автор. Сноска должна быть полной: с указанием фамилии и инициалов автора, названия книги, места и года ее издания, страницы, на которую сделана ссылка в тексте.

Цитирование (буквальное воспроизведение) текста других авторов в реферате следует использовать лишь в тех случаях, когда необходимо привести принципиальные положения, оптимально сформулированные выводы и оценки, прямую речь, фрагмент

документа и пр. В цитате недопустима любая замена слов. Если в работе содержатся выдержки (цитаты) из отдельных произведений или источников, их следует заключить в кавычки и указать источник, откуда взята данная цитата (автор, название сочинения, год и место издания, страница, например: Маршалова А. С. Система государственного и муниципального управления: Учебное пособие. – М., 2021. – С. 10.). Издательство в сносках обычно не указывается.

В реферате допускается передача того или иного эпизода или определенной мысли своими словами. В этом случае в тексте кавычки не ставятся, но в подстрочном примечании следует указать выходные данные источника. В тех случаях, когда сноска делается повторно на одно и то же издание, тогда в подстрочном примечании выходные данные не приводятся полностью.

Например:

Выработка политических ориентиров в значительной степени основана не на строго рациональном или научном анализе, а на понимании необходимости защиты тех или иных социальных интересов, осознании характера сопутствующей им конкуренции.

Т.е. в первой сноске указывается автор, полное название, место, год издания, страницы, на которые ссылаются.

В дальнейшем в сноске следует писать: Там же. – С. 98.

Если сноска на данную работу дана после других источников, следует писать: Государственная политика: Учебное пособие. – С. 197. (без указания места и года издания).

Ссылки на Интернет даются с обязательной датой просмотра сайта, т. к. сайты часто обновляются и порой невозможно найти те материалы, которые использовались в реферате. Например: Федеральный закон от 14 ноября 2002 г. № 161-ФЗ «О государственных и муниципальных унитарных предприятиях» [электронный текстовый документ]. URL:http://www.ranatruda.ru/ot_biblio/normativ/data_normativ/11/11264/index.php [дата обращения: 13.11.2015].

Вполне возможно помещение всех сносок реферата в специальный раздел Примечания.

В конце реферата приводится библиографический список, составленный в алфавитном порядке в соответствии с требованиями к оформлению справочно-библиографического аппарата. Источники и литература должны быть оформлены на разных страницах. Следует указывать только те источники и литературу, которую магистрант действительно изучил.

Библиографический список и сноски оформляются в соответствии с действующими стандартами. Реферат может содержать приложения в форме схем, таблиц, образцов документов и другие изображения в соответствии с темой исследования.

При написании реферата должно быть использовано не менее 25 источников или единиц литературы (книг, статей, интернет-сайтов, документов и др.). Учебники, энциклопедические и справочные издания не являются основной литературой и не входят в круг этих 25 наименований.

Если в реферате магистрант желает привести небольшие по объему документы или отдельные разделы источников, касающиеся выбранной темы, различные схемы, таблицы, диаграммы, карты, образцы типовых и эксклюзивных документов и другую информацию по основам государственного и муниципального управления, то их можно привести в разделе Приложения. При этом каждое приложение должно быть пронумеровано и снабжено указанием, откуда взята информация для него.

Введение, заключение, новые главы, библиографический список, должны начинаться с нового листа.

Все страницы работы, включая оглавление и библиографический список, нумеруются по порядку с титульного листа (на нем цифра не ставится) до последней страницы без пропусков и повторений. Порядковый номер проставляется внизу страницы

по центру, начиная с цифры 2.

В реферате желательно высказывание самостоятельных суждений, аргументов в пользу своей точки зрения на исследуемую проблему. При заимствовании материала из первоисточников обязательны ссылки на автора источника или интернет-ресурс, откуда взята информация. Реферат, значительная часть которого текстуально переписана из какого-либо источника, не может быть оценена на положительную оценку.

Средство оценивания: тест
МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ
ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Непременной сопутствующей процедурой преподавания любой дисциплины являлся контроль уровня усвоения учебного материала. В настоящее время среди разнообразных форм контроля в учебном процессе стали активно применяться тестовые задания, которые позволяют относительно быстро определить уровень знаний обучающихся. Тестовые задания является одной из наиболее научно обоснованных процедур для выявления реального качества знания у испытуемого обучающегося. Впрочем, тестирование не может заменить собой другие педагогические средства контроля, используемые сегодня преподавателями. В их арсенале остаются устные экзамены, контрольные работы, опросы обучающихся и другие разнообразные средства. Они обладают своими преимуществами и недостатками и по-прежнему они наиболее эффективны при их комплексном применении в учебной практике.

По этой причине каждое из перечисленных средств применяется преподавателями на определенных этапах изучения дисциплины. Самое главное преимущество тестов – в том, что они позволяют преподавателю и самому обучающемуся при самоконтроле провести объективную и независимую оценку уровня знаний в соответствии с общими образовательными требованиями. Наиболее важным положительным признаком тестового задания является однозначность интерпретации результатов его выполнения. Благодаря этому процедура проверки может быть доведена до высокого уровня автоматизма с минимальными временными затратами. При проведении тестирования степень сложности предлагаемых вопросов определяются преподавателем в зависимости от уровня подготовленности группы.