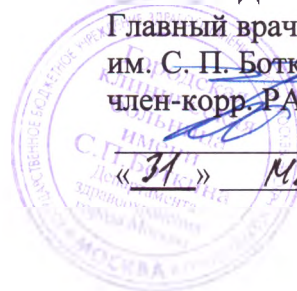


**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГБУЗ ГКБ
им. С. П. Боткина ДЗМ,
член-корр. РАН, д.м.н., проф.:
/А.В. Шабунин/
«31» МАЙ 2021 г.



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

**выпускников основной профессиональной образовательной
программы высшего образования – программы подготовки
кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности
31.08.59 Офтальмология**

Блок 3

«Государственная итоговая аттестация»

**Базовая часть – трудоемкость 3 зачетных единицы
(108 академических часов)**

Москва 2021

Рецензент:

Мошетьова Лариса Константиновна, заведующий кафедрой офтальмологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Министерства здравоохранения Российской Федерации, академик РАН, д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ

Содержание

I. Общие положения

II. Требования к государственной итоговой аттестации

III. Государственная итоговая аттестация

IV. Критерии оценки ответа выпускника

V. Рекомендуемая литература

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Программа государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.59 Офтальмология разработана на основании:

- Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 02.03.2016) «Об образовании в Российской Федерации» (опубликован в издании «Собрание законодательства Российской Федерации», 2012, № 53, ст. 7598; 2013, № 19, ст. 2326; № 23, ст. 2878; № 27, ст. 3462; № 30, ст. 4036; № 48, ст. 6165; 2014, № 6, ст. 562, ст. 566; № 19, ст. 2289; № 22, ст. 2769; № 23, ст. 2933; № 26, ст. 3388; № 30, ст. 4217, ст. 4257, ст. 4263; 2015, № 1, ст. 42, ст. 53, ст. 72; № 14, ст. 2008; № 27, ст. 3951, ст. 3989; № 29, ст. 4339, ст. 4364; № 51, ст. 7241; 2016, № 1, ст. 8, ст. 9, ст. 24, ст. 78);
- Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.08.2014 № 1102 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.59 Офтальмология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)» (Зарегистрировано в Минюсте России 27.10.2014, № 34470);
- Приказа Минобрнауки России от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» (зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2014 № 31136);
- Приказа Минобрнауки России от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки» (зарегистрировано в Минюсте России 11.04.2016 № 41754);
- Устава Больницы;
- локальных нормативных актов, регулирующих организацию и проведение государственной итоговой аттестации.

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы – Блок 3. Государственная итоговая аттестация – и завершается присвоением квалификации врач-офтальмолог.

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей

квалификации в ординатуре по специальности 31.08.59 Офтальмология составляет 3 зачетных единицы, из них: 2 зачетных единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

II. ТРЕБОВАНИЯ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.59 Офтальмология должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-офтальмолога в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающиеся допускаются к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры по специальности 31.08.59 Офтальмология. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования по программе ординатуры по специальности 31.08.59 Офтальмология.

Обучающиеся, не прошедшие государственную итоговую аттестацию в связи с неявкой на государственную итоговую аттестацию по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно» отчисляются из организации с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Обучающиеся, не прошедшие государственную итоговую аттестацию в связи с неявкой на государственную итоговую аттестацию по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия или в других случаях, перечень которых устанавливается организацией самостоятельно), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения государственной итоговой аттестации.

III. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов: 1) междисциплинарного тестирования; 2) устного собеседования по дисциплинам и (или) модулям образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.59 Офтальмология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.59 Офтальмология, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации – врач-офтальмолог.

Перечень компетенций, оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями** (далее – УК):

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

–

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями** (далее – ПК):

В профилактической деятельности:

- готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья

взрослых и подростков (ПК-4);

В диагностической деятельности:

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

В лечебной деятельности:

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

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

В реабилитационной деятельности:

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

В психолого-педагогической деятельности:

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

В организационно-управленческой деятельности:

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

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

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

При разработке программы ординатуры по специальности 31.08.59 Офтальмология все универсальные и профессиональные компетенции включаются в набор требуемых результатов освоения программы ординатуры.

I этап. Междисциплинарное тестирование

Междисциплинарное тестирование осуществляется по утвержденным материалам фонда оценочных средств, разработанным в соответствии с паспортом компетенций обучающихся по специальности 31.08.59 Офтальмология. Индивидуальное тестирование обучающегося включает 100 тестовых заданий. Процедура междисциплинарного тестирования осуществляется

в компьютерных классах Больницы.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры

1. Инструкция: выберите один правильный ответ:

Лечение абсцесса орбиты:

- А. медикаментозная терапия;
- Б. хирургическое лечение;
- В. хирургическое и медикаментозное лечение;
- Г. лучевая терапия;
- Д. динамическое наблюдение.

Ответ: В.

2. Инструкция: установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого буквенного компонента левой колонки выберите пронумерованный элемент правой колонки. Каждый пронумерованный элемент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран совсем.

Локализация перелома орбиты	Симптомы
А. Перелом нижней стенки орбиты	1. энофтальм; 2. периорбитальная гематома; 3. гематома верхнего века; 4. анестезия области нижнего века, щеки, соответствующей стороны носа, верхней губы, десен; 5. диплопия; 6. нарушение подвижности глаза при взгляде кнутри; 7. крепитация в области скуловой кости; 8. ссадины и гематома в области нижнего века; 9. подкожная эмфизема; 10. дислокация глазного яблока вниз или аксиально
Б. Перелом внутренней стенки орбиты	
В. Перелом верхней стенки орбиты	
Г. Перелом наружной стенки орбиты	

Ответ: А – 1, 4, 5, 8; Б – 2, 6, 9; В – 3, 10; Г – 7.

3. Инструкция: установите правильную последовательность. Ответы внесите в таблицу в избранной последовательности. Установите последовательность развития симптомов при варикозном расширении вен орбиты

А. расширение вен орбиты;

- Б. атрофия орбитальной клетчатки;
- В. замедление кровотока в орбитальных венах; Г. энофтальм;
- Д. отек орбитальных тканей.

Ответ:

1	2	3	4	5
А	В	Д	Б	Г

4. Инструкция: выберите все правильные ответы:

Человеческий лейкоцитарный антиген HLA-B27 ассоциируется с острым передним увеитом и следующими заболеваниями:

- А. анкилозирующим спондилитом (болезнь Бехтерева); Б. остеохондрозом;
- В. паховыми грыжами; Г. синдромом Рейтера;
- Д. псориатическим артритом. Ответ: А, Г, Д.

II этап. Устное собеседование по дисциплинам и (или) модулям образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников

Устное собеседование является одной из форм проведения государственного экзамена. Основой для устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

1. Контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника.
2. Контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника.
3. Ситуационная задача, выявляющая сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.59 Офтальмология.

Перечень контрольных вопросов, выявляющих теоретическую подготовку выпускника

1. Нормальная анатомия орбиты, стенки костной орбиты, содержимое костных каналов и его связь с полостями черепа.
2. Конъюнктивиты – этиология, клиника, лечебная тактика.
3. Блефариты – классификация, тактика лечения.
4. Функции фиброзной оболочки глаза, строение решетчатой пластинки.
5. Слои роговицы, функции роговицы, современные методы исследования.
6. Герпетический кератит – клиника, лечение, профилактика.
7. Клиника передних увеитов различной этиологии, системные синдромы, сопровождающиеся развитием воспаления сосудистого тракта.
8. Васкулиты сетчатки – клиника, диагностика.
9. Диабетическая ретинопатия – классификация, клиника, раннее

выявление, лечение.

10. Гипертоническая ангиоретинопатия – клиника, медикаментозное сопровождение.
11. Окклюзия центральной артерии сетчатки – клиника, лечение.
12. Окклюзия центральной вены сетчатки и ее ветвей – основы патогенеза, тактика лечения в острый период.
13. Катаракта – виды микрохирургических вмешательств. Интраокулярные линзы.
14. Анатомия дренажной системы глаза.
15. Первичная открытоугольная глаукома. Ранняя диагностика, объем необходимого обследования.
16. Первичная закрытоугольная глаукома – классификация, лечение.
17. Отслойка сетчатки – симптомы, дифференциальный диагноз, лечебная тактика.
18. Виды хирургических вмешательств при глаукоме.
19. Осложнения хирургии катаракты.
20. Проникающие ранения глазного яблока – признаки, тактика.
21. Контузии глазного яблока.
22. Синдром сухого глаза – причины, диагностика, лечение.
23. Анатомия и физиология зрительных путей.
24. Оптический неврит – причины, лечение.
25. Ишемические оптические нейропатии – клиника, диагностика, лечение.
26. Хорoidalная неоваскуляризация – диагностика, антиангиогенная терапия.
27. Дакриоцистит – клиника, лечение.
28. Опухоли придаточного аппарата глаза – виды, дифференциальный диагноз.
29. Причины одностороннего экзофтальма.
30. Виды внутриглазных опухолей, дифференциальная диагностика.

**Перечень контрольных заданий,
выявляющих практическую подготовку выпускника**

1. Проведите исследование остроты зрения.
2. Проведите исследование рефракции.
3. Проведите исследование объема движения экстраокулярных мышц глаза.
4. Проведите исследование афферентных зрачковых нарушений.
5. Дайте описание клиники острого приступа закрытоугольной глаукомы.
6. Проведите тонометрию по Маклакову.
7. Перечислите признаки воспаления сосудистой оболочки глаз.
8. Перечислите препараты первого выбора для лечения впервые выявленной открытоугольной глаукомы.
9. Перечислите признаки проникающего ранения глазного яблока.
10. Перечислите возможные причины острой потери зрения.

11. Определите тактику ургентной помощи при остром приступе глаукомы.
12. Перечислите возможные причины болей в орбите.
13. Перечислите клинические признаки воспаления роговицы.
14. Проведите исследование тактильной чувствительности роговицы.
15. Перечислите противовирусные препараты для лечения аденовирусной инфекции органа зрения.
16. Определите объем необходимого обследования пациента при подозрении на глаукому.
17. Опишите порядок исследования рефракции у детей и возможные способы коррекции аномалий рефракции.
18. Перечислите виды хирургических способов коррекции аметропий.
19. Проведите исследование аккомодации глаза.
20. Перечислите противопоказания к проведению микрохирургических вмешательств на глазном яблоке при катаракте.
21. Приведите описание клинических проявлений острого дакриоцистита.
22. Перечислите возможные варианты доставки лекарственных средств к тканям глазного яблока.
23. Опишите клинические признаки химического ожога глаза и неотложную помощь при этом состоянии.
24. Перечислите противопоказания к проведению аппланационной тонометрии.
25. Проведите гониоскопию. Перечислите опознавательные зоны угла передней камеры.
26. Определите тактику ургентной помощи при окклюзии центральной артерии сетчатки.
27. Определите алгоритм ведения пациента с окклюзией центральной вены сетчатки и ее ветвей.
28. Методы диагностики и мониторинга макулярного отека сетчатки.
29. Перечислите показания к лазерному лечению при окклюзии центральной вены сетчатки.
30. Опишите клинические признаки вторичной неоваскулярной глаукомы и способы ее лечения.

Примеры ситуационных задач, выявляющих сформированность компетенций выпускника, регламентированных образовательной программой ординатуры:

Задача 1

При объективном методе исследования рефракции с помощью теневой пробы (скиаскопии) тень от плоского зеркала в области зрачка движется в противоположную сторону движению зеркального офтальмоскопа. Какая рефракция была выявлена у пациента при данном обследовании?

Задача 2

При объективном методе исследования рефракции с помощью теневой пробы (скиаскопии) тень от плоского зеркала в области зрачка движется за движением зеркального офтальмоскопа. Какая рефракция была выявлена у пациента при данном обследовании?

Задача 3

Пациент К., 1951 г.р., обратился с жалобами на прогрессирующий двусторонний птоз, который появился 4 месяца назад и динамичное двоение. По этому поводу неоднократно обращался к офтальмологу.

Из анамнеза - в течение 1,5 лет до сегодняшнего дня использует капли Офтан тимолол, назначенные по поводу открытоугольной глаукомы.

При осмотре: двусторонний динамичный асимметричный птоз, наружная офтальмоплегия.

Слабость мимических мышц и мышц конечностей.

Через 40 мин после введения 0,05 % - 2,0 мл прозери на подкожно наблюдалась положительная реакция с неполным восстановлением силы мышц бульбарного отдела и конечностей, уменьшением слабости глазодвигательных мышц. В сыворотке крови выявлено повышение титра АТ к АХР до 10,6 нмоль/л (норма < 0,5).

Выберите правильные ответы:

1. Диагноз
 - а. поражение глазодвигательного нерва
 - б. прогрессирующая наружная офтальмоплегия
 - в. синдром Горнера
 - г. генерализованная форма миастении

2. Врачебной ошибкой в данном случае является
 - а. появление птоза у пациента не принято во внимание
 - б. не проведено обследование пациента на предмет возможных причин птоза
 - в. не произведена отмена бета-адреноблокаторов
 - г. пациент не направлен на консультацию к неврологу

3. К препаратам - триггерам при миастении относятся
 - а. антибиотики - аминогликозиды, фторхинолоны, макролиды
 - б. бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов (нифидипин)
 - в. салуретики – гипотиазид, фуросемид
 - г. миорелаксанты (реланиум), ботулотоксин

4. В данном случае целесообразно
 - а. направить пациента на КТ средостения (тимус)

- б. проведение терапии с использованием ГКС, ингибиторов ацетилхолинэстеразы (Колимин) и цитостатической терапии
- в. применение призматической коррекции
- г. ограничить физические нагрузки

Задача 4

Пациент 25 лет обратился с жалобами на отек век, ощущение инородного тела, слезотечение, светобоязнь, отделяемое из конъюнктивальной полости в течение 10 дней, интервал между возникновением указанных явлений со стороны второго глаза составил 3 дня.

Накануне у пациента наблюдались явления ОРВИ.

При осмотре - болезненная двусторонняя околоушная лимфаденопатия.

OU - гиперемия конъюнктивы век и переходных складок, инъекция бульбарной конъюнктивы, единичные мелкие поверхностные фолликулы на конъюнктиве нижнего века и переходной складки, псевдомембраны, серозно - слизистое отделяемое. В парацентральной зоне роговицы правого глаза единичные точечные субэпителиальные инфильтраты.

Vis OD = 0,8-0,9 OS = 0,9-1,0

Выберите правильные ответы:

1. На основании имеющихся данных можно предположительно определить этиологию заболевания поставить диагноз
 - а. бактериальный конъюнктивит
 - б. аденовирусный конъюнктивит*
 - в. эпидемический кератоконъюнктивит
 - г. хламидийный конъюнктивит

2. К специфическим клиническим признакам при данной патологии относятся
 - а. перенесенное ОРВИ, болезненная околоушная лимфаденопатия*
 - б. серозно-слизистое отделяемое, псевдомембраны*
 - в. единичные мелкие фолликулы
 - г. субэпителиальные роговичные инфильтраты

3. Для подтверждения диагноза в данном случае целесообразно использовать методы исследования биологического материала
 - а. иммунохроматографический - RPS - аденодетектор
 - б. культуральный*
 - в. молекулярно-биологический - ПЦР*
 - г. МФА (метод флюоресцирующих антител)

4. Возможная тактика лечения в данном случае заключается в использовании

- а. интерферонов*
- б. противовирусных препаратов (после подтверждения диагноза)*
- в. антибиотиков (профилактика вторичной инфекции)*
- г. НПВС, репаративных*

5. ГКС в инстилляциях в данном случае

- а. противопоказаны
- б. при наличии субэпителиальных инфильтратов может быть рекомендовано при отрицательной флюоресцеиновой пробе*
- в. можно использовать при тщательном наблюдении за состоянием роговицы*
- г. можно использовать в разведении до концентрации 0,001% 1 раз в сутки при полной эпителизации роговицы, при сохранении целостности эпителия можно увеличивать концентрацию и количество инстилляций*

Задача 5

Пациентка 30 лет обратилась с жалобами на выраженный отек век левого глаза, ощущение инородного тела, слезотечение, светобоязнь, отделяемое из конъюнктивальной полости. В течение двух недель пациентка находилась на амбулаторном лечении по месту жительства без видимого положительного результата (левомецетин, офтальмоферон, тропикамид).

При осмотре - безболезненная околоушная лимфаденопатия на стороне поражения.

OS - выраженный отек век, птоз верхнего века, сужение глазной щели, гиперемия и отек конъюнктивы век, инъекция бульбарной конъюнктивы, крупные рыхлые фолликулы в области свода нижнего века, расположенные правильными рядами, обильное слизисто-гнойное отделяемое.

Выберите правильные ответы:

1. На основании имеющихся данных можно предположительно определить этиологию заболевания и поставить диагноз
 - а. бактериальный конъюнктивит
 - б. аденовирусный конъюнктивит
 - в. эпидемический кератоконъюнктивит
 - г. острый хламидийный конъюнктивит, фолликулярная форма*
2. К специфическим клиническим признакам при данной патологии относятся
 - а. односторонний процесс*
 - б. безболезненная околоушная лимфаденопатия на стороне поражения*
 - в. выраженный отек век, птоз верхнего века, сужение глазной щели*
 - г. крупные рыхлые фолликулы в области свода нижнего века*

3. В данном случае целесообразно
- а. провести культуральное и молекулярно-биологическое - ПЦР исследования соскоба с конъюнктивы на хламидии*
 - б. исследование соскоба с конъюнктивы на хламидии с использованием МФА*
 - в. провести ИФА и определить уровень содержания IgG - активность процесса*
 - г. направить пациентку на консультацию к гинекологу на предмет исключения урогенитального хламидиоза*

4. Тактика лечения в данном случае определяется
- а. клинической формой заболевания*
 - б. наличием персистирующей инфекции - наличием или отсутствием антител к антигену хламидий в крови до начала лечения*
 - в. наличием локализованной формы хламидийной инфекции или поражением одновременно других органов и систем (урогенитальная патология и т.д.)*
 - г. с учетом проводимой ранее антибиотикотерапии, к которой возбудитель может приобрести резистентность*

5. Эффективными в данном случае будут являться антибиотики
- а. аминогликозиды
 - б. макролиды - Азидроп*
 - в. фторхинолоны 2 и 3 поколения - Флоксал, Сигницеф*
 - г. фторхинолоны 4 поколения - Вигамокс, Зимар

6. В комплексную терапию в данном случае дополнительно целесообразно включить
- а. НПВС*
 - б. антисептики*
 - в. противоаллергические препараты*
 - г. препараты «искусственной слезы»*

Задача 6

Пациентка М., 25 лет, обратилась в НИИ с жалобами на боль в левом глазу, слезотечение, чувство инородного тела, снижение зрения в течение 2-х мес. Терапия, проведенная до обращения (ципрофлоксацин, офтальмоферон, корнерегель) облегчения не принесла. В анамнезе - ношение мягких контактных линз в течение 5 лет.

Острота зрения правого глаза составила 0,06 без коррекции, с коррекцией - 1,0. Острота зрения левого глаза составила 0,03 без коррекции, с коррекцией - 0,7. Биомикроскопически в центральной и парацентральной зонах роговицы левого глаза несколько очагов поверхностной эпителиальной инфильтрации.

Результаты бактериоскопического (мазок с конъюнктивы) и серологического (ВПГ) методов исследования отрицательные.

На основании жалоб, анамнестических и клинических данных был поставлен диагноз - акантамебный кератит и назначена терапия - окомистин, витабакт, Опти-фри, индоколлир, корнерегель (с 3 дня лечения).

Через 7 дней отмечалась положительная динамика - значительное уменьшение очагов эпителиальной инфильтрации. Было рекомендовано продолжить терапию.

Через 2 недели наблюдалось дальнейшее улучшение клинической картины. Острота зрения левого глаза с коррекцией составила 0,9. Было рекомендовано продолжить инстилляцию корнерегеля в течение 2-х месяцев.

Через 1,5 месяца пациентка повторно обратилась с жалобами на возобновление болевых ощущений, слезотечение и чувство инородного тела. Объективно отек роговицы, зона инфильтрации в виде «веточки». Острота зрения с коррекцией составила 0,6. На основании конфокального микроскопического исследования выявлено наличие субэпителиально расположенных акантантамебных цист.

Выберите правильные ответы:

1. К тактическим врачебным ошибкам при первичном обращении в данном случае относятся

- а. назначение терапии без учета имеющегося фактора риска*
- б. отсутствие в программе терапии антисептических средств*
- в. несвоевременное проведение репаративной терапии*
- г. проведение антибиотикотерапии

2. Для подтверждения диагноза акантамебный кератит выполняются методы исследования

- а. конфокальная микроскопия (НРТ с роговичным модулем)*
- б. молекурно - биологический (лигазная цепная реакция ЛЦР)*
- в. молекурно - биологический (полимеразная цепная реакция ПЦР)
- г. культуральный (среда Сабуро)

3. К врачебным ошибкам при обращении в НИИ относятся

- а. несвоевременное проведение диагностики в полном объеме*
- б. назначение терапии без учета ранее проводимой (ранняя репарация)*
- в. неправильная интерпретация результатов обследования пациентки в течение двух недель*
- г. длительное проведение репаративной терапии

4. В дальнейшем возможная тактика лечения заключается в проведении

- а. трансэпителиальной фототерапевтической кератоэктомии в сочетании с коррекцией аметропии (возможно одновременное проведение ЛАЗИК на парном глазу)*
- б. роговичного кросслинкинга*
- в. тотальной сквозной кератопластики
- г. микродиатермокоагуляции

5. При неправильной тактике лечения в дальнейшем может развиваться

- а. стромальный кольцевидный кератит*
- б. язвенный кератит*
- в. кератоиридоциклит*
- г. кератосклерит*

Задача 7

Пациент Ч., 32 г., обратился в НИИ с жалобами на боль в правом глазу, слезотечение, чувство инородного тела, снижение зрения в течение 2,5 месяцев.

На протяжении 6 лет пользуется мягкими контактными линзами. Три месяца назад обратился в поликлинику по месту жительства с аналогичными жалобами. Из амбулаторной карты - острота зрения при обращении правого глаза 0,6 с коррекцией, левого глаза - 1,0 с коррекцией. На роговице правого глаза очаги эпителиальной и субэпителиальной инфильтрации. По результатам лабораторного исследования патологическая микрофлора не обнаружена. Диагноз - герпетический кератит. На фоне проводимой терапии (Ацикловир, Офталмоферон, Индоколлир) отмечалось ремитирующее течение.

При поступлении острота зрения правого глаза - 0,05 не корр., левого - 1,0 с коррекцией. В строме роговицы правого глаза глубокий инфильтрат кольцевидной формы диаметром 7-8 мм.

Выберите правильные ответы:

1. К врачебным ошибкам при первичном обращении в данном случае относятся

- а. назначение терапии без учета имеющегося фактора риска*
- б. не определена чувствительность роговицы*
- в. не проведены лабораторные методы исследования*
- г. в программу терапии не включены антисептические средства*

2. Для дифференциальной диагностики акантамебного и герпетического кератитов выполняются методы исследования

- а. конфокальная микроскопия (НРТ с роговичным модулем)*
- б. молекурно - биологический (лигазная цепная реакция ЛЦР)*
- в. молекурно - биологический (полимеразная цепная реакция ПЦР), ИФА, МФА*

г. культуральный (среда Сабуро)

3. Тактика лечения в данном случае заключается в проведении

а. фототерапевтической кератэктомии

б. роговичного кроссликинга*

в. тотальной послойной / сквозной кератопластики*

г. микродиатермокоагуляции

4. К использованию в данном случае должны быть рекомендованы средства

а. антисептические и НПВС*

б. противовирусные

в. репаранты*

г. противомикотические per os*

5. При проведении интенсивной антисептической терапии при данной этиологии кератита репаранты должны назначаться не ранее, чем

а. с 1 дня лечения

б. с 3-4 дня лечения*

в. с 5 дня лечения

г. через неделю

Задача 8.

Пациентка В., 59 лет, жалобы на снижение зрения на левом глазу в течение двух месяцев, появление метаморфопсий и фотопсий в центре поля зрения. Острота зрения правого глаза 0,4 с sph + 1,5D = 1,0; острота зрения левого глаза 0,3 с sph + 1,5D = 0,4.

Объективно оба глаза спокойны, факосклероз. На глазном дне правого глаза офтальмоскопически множественные мелкие друзы и незначительная диспигментация макулы. На глазном дне левого глаза - в макулярной зоне экссудативная отслойка пигментного эпителия, множественные мелкие друзы.

При проведении оптической когерентной томографии выявлено: на правом глазу - множественные друзы, дефекты пигментного эпителия сетчатки; на левом глазу - множественные друзы, на скане через центр макулы - отслойка пигментного эпителия, множественные друзы, толщина сетчатки в центре - 247 мкм.

По данным ФАГ на левом глазу: в раннюю фазу субфовеально определяется очаг негомогенной, гранулярной по типу «pinpoints» гиперфлюоресценции, в позднюю фазу - накопление контраста по всему объему отслойки.

Выберите правильные ответы:

1. На основании имеющихся данных можно поставить диагноз -

а. влажная форма ВМД, скрытая ХНМ 1 типа с фиброваскулярной

отслойкой пигментного эпителия; ранняя стадия сухой формы ВМД правого глаза*

б. влажная форма ВМД, классическая ХНМ левого глаза; промежуточная стадия сухой формы ВМД правого глаза

в. ретинальная ангиоматозная пролиферация левого глаза; ранняя стадия сухой формы ВМД правого глаза

г. ретинальная ангиоматозная пролиферация левого глаза; промежуточная стадия сухой формы ВМД правого глаза

2. Лечение левого глаза следует начинать с проведения

а. консервативной терапии (нутроф тотал)

б. анти-VEGF терапии*

в. глюкокортикостероидной терапии

г. лазеркоагуляции

3. В соответствии с AREDS 2 для профилактики развития патологии правого глаза должно быть рекомендовано применение

а. антиоксидантов, витамина Е 400 IU

б. бета-каротина 15 мг, витамина С 500 мг

в. лютеина 10 мг, омега-3 жирных кислот 1г, зеаксантина 2 мг*

г. лазеркоагуляции друз

4. На фоне проведения лечения отмечалась положительная динамика и стабилизация процесса, в дальнейшем в связи с прогрессированием катаракты была произведена факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ, после чего были выявлены признаки возобновления активности хориоидальной неоваскуляризации. Острота зрения - 0,3. В данном случае возможно

а. продолжить курс анти -VEGF терапии*

б. проведение глюкокортикостероидной терапии*

в. проведение лазеркоагуляции

г. проведение фотодинамической терапии*

5. Показаниями для проведения анти-VEGF и фотодинамической терапии при возрастной макулярной дегенерации являются

а. суб - и юкстафеолярная СНМ*

б. все формы ХНВ*

в. острота зрения меньше 0,4 проведение лазеркоагуляции*

г. малоразмерный очаг скрытой СНМ, менее 4 DD*

Задача 9

Пациентка З., 63 года, наблюдается с диагнозом ВМД правого глаза, влажная форма. Vis OD = 0,6. Обратилась к офтальмологу с жалобами на появление размытого пятна перед правым глазом 2 месяца назад.

На глазном дне правого глаза примерно в 150 мкм от фовеа

желтоватый очаг размером около 2 DD с единичными геморрагиями. На ФАГ - гиперфлюоресцентный очаг с четкими границами на ранней стадии и просачиванием красителя на поздней. Спектральная ОКТ - наличие объемного веретенообразного гиперрефлективного участка над уровнем пигментного эпителия.

Выберите правильные ответы:

1. Полученные данные свидетельствуют о наличии
 - а. классической хориоретинальной неоваскулярной мембраны*
 - б. скрытой хориоретинальной неоваскулярной мембраны 1 типа с фиброваскулярной отслойкой пигментного эпителия
 - в. скрытой хориоретинальной неоваскулярной мембраны 2 типа с просачиванием из неопределенного источника
 - г. идиопатической полипоидной хориоидальной васкулопатии
2. По отношению к фовеа ХНВ мембрана в данном случае является
 - а. субфовеальной
 - б. юкстафовеальной*
 - в. экстрафовеальной
 - г. юкстапапиллярной
3. Возможный способ лечения в данном случае
 - а. анти-VEGF терапия*
 - б. глюкокортикостероидная терапия*
 - в. лазеркоагуляция*
 - г. фотодинамическая терапия*
4. Прогнозировать результаты лечения в данном случае позволяет
 - а. тип СНМ*
 - б. размеры СНМ*
 - в. локализация СНМ*
 - г. острота зрения*
5. При проведении лазеркоагуляции в данном случае возможны осложнения
 - а. разрывы мембраны Бруха с субретинальными геморрагиями и гемофтальмом*
 - б. разрывы пигментного эпителия сетчатки*
 - в. воздействие на область фовеа*
 - г. появление скотомы со снижением зрения
6. Проведение лазеркоагуляции в щадящем режиме
 - а. не рекомендуется
 - б. может позволить получить более высокий функциональный результат*
 - в. может способствовать усилению неоваскуляризации*

г. требует постоянного последующего наблюдения за состоянием мембраны*

Задача 10

Пациентка О., 57 лет обратилась с жалобами на снижение зрения и способности выполнять работу на близком расстоянии.

Острота зрения на правом глазу с максимальной коррекцией 0,5, на левом - 0,01. На глазном дне правого глаза - мягкие друзы в большом количестве, левого глаза - обширная географическая атрофия. При проведении ФАГ справа выявлена смешанная минимально классическая СНМ с высокой активностью.

Проведен сеанс фотодинамической терапии, назначен дицинон внутрь. Через 2 недели острота зрения с максимальной коррекцией вдаль составила 0,9. Через месяц состояние оставалось без отрицательной динамики.

Через три месяца пациентка вновь отметила снижение зрения, появление пятна перед правым глазом. Острота зрения вдаль с максимальной коррекцией составила 0,3.

Выберите правильные ответы:

1. Полученные результаты могут быть обусловлены
 - а. уменьшением транссудации*
 - б. облитерацией СНМ*
 - в. формированием новых очагов СНМ*
 - г. увеличением размеров СНМ

2. Для определения дальнейшей лечебной тактики целесообразно проведение
 - а. ФАГ*
 - б. спектральной ОСТ*
 - в. ОСТ-ангиографии*
 - г. В-скана

3. Возможная дальнейшая лечебная тактика
 - а. повторный сеанс фотодинамической терапии*
 - б. анти-VEGF терапия*
 - в. глюкокортикостероидная терапия*
 - г. лазеркоагуляция*

4. Показанием для проведения лазеркоагуляции будет являться наличие
 - а. классической ХНВ, размером не более 4 площадей ДЗН*
 - б. фиброза над неоваскулярной мембраной
 - в. юкстафовеальной ХНВ при остроте зрения 0,04-0,2*
 - г. экстрафовеальной ХНВ при остроте зрения 0,04-1,0*

5. Показанием для проведения повторного курса фотодинамической терапии будет являться наличие
- а. субфовеальной ХНВ*
 - б. кстафовеальной ХНВ*
 - в. всех форм ХНВ*
 - г. остроты зрения менее 0,4

Задача 11.

На прием к окулисту обратился пациент 56 лет с жалобами на снижение зрения вдаль и вблизи. Просит подобрать очки. OU спокойны. Передний отдел, среды, глазное дно в норме. Visus OU = 0,3 После приставления стекол + 0,5 Д стал видеть лучше. Со стеклами + 3,0 Д, + 3,5 Д, + 4,0 Д видит 1.0. Со стеклами + 4,5 Д видит хуже.

Вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. С приставления какого вида и степени стекла начинается определение рефракции субъективным методом.
3. Каким стеклом определяется степень гиперметропии?
4. Каким стеклом определяется степень миопии?
5. Какие очки вы порекомендуете этому пациенту?

Задача 12.

К врачу обратилась мать с ребенком 13 лет, учащейся в 6 классе. Жалобы ребенка на плохое зрение вдаль, утомляемость, при чтении боли в глазах. Указанные явления возникли 0,5 года назад. Ребенок отмечает, что после каникул видит лучше. После усиленных занятий видит хуже. Объективно: OU спокойны. Передний отдел, среды, глазное дно в норме. Vis OU 0,4 с корр. - 2,0 Д = 1,0.

Вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Какую дополнительную процедуру необходимо провести ребёнку?
4. Какова дальнейшая тактика после проведения циклоплегии?
5. Как произвести очковую коррекцию в данном случае?

Задача 13.

На прием к врачу пришла школьница 15 лет с матерью на проверку. Жалобы на снижение зрения вдаль, наступившее в течение последних 3-х лет. В течение этого времени ребенок носит очки - 2,0 Д. Объективно: OU - спокойны. Передний отдел, среды, глазное дно в норме. Vis OU = 0,2 с корр. - 2,0 Д, а также - 2,5 и - 3,0 Д = 1,0.

УЗ-эхография: Передняя камера 3 мм, хрусталик 4 мм. Длина передне-задней оси глаза = 24,5 мм.

Скиаскопически и на диоптроне рефракция - 2,0 Д. После курса циклоплегии данные не изменились. При приставлении оптических стекол хорошо видит со стеклами - 2,0 Д, - 2,5 Д, - 3,0 Д Vis OU = 1,0

Вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Какие очки вы назначите для дали?
3. Какие очки вы назначите для близи?
4. Какие рекомендации и какие упражнения для глаз Вы дадите?
5. Какую медикаментозную терапию для расслабления аккомодации Вы назначите?

Задача 14.

К офтальмологу обратилась мать с подростком 16 лет на контрольный осмотр. Сын с 10 лет страдает миопией. Тогда была выявлена миопия -1,5 дптр. Назначено лечение: глазная гимнастика, тренировка аккомодации, но все это зачастую не проводилось. Миопия, несмотря на курсы циклоплегии увеличилась за последний год на 1,5 дптр. Объективно ОУ спокойны передний отрезок в норме. Среды прозрачны, глазное дно: ДЗН бледный, перипапиллярная атрофия склеры по типу задней стафиломы, при офтальмоскопии периферия дна не изменена. Visus 0, 05; sph - 7,0 Д = 1,0.

Рефрактометрия – 7,0 Д. А-метод п/к - 3 мм, хрусталик - 4 мм, длина передне – задней оси глаза - 26,50 мм. Поперечная экваториальная ось - 24,5 мм. По сравнению с данными исследований, проведенных год назад, рефракция увеличилась на 1, 5 Д, длина переднее – задней оси на 0, 75 мм, поперечной оси на 0,5 мм.

Вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Ваша тактика? Сопоставление каких данных необходимо провести в динамике и на что необходимо обратить внимание?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести и для чего?
4. Ваша тактика при отсутствии хорио-ретиальных дистрофий на периферии глазного дна?
5. Ваша тактика при наличии хорио-ретиальных дистрофий на периферии глазного дна?

Задача 15.

К офтальмологу обратился пациент в возрасте 25 лет, страдающий миопией с 17 лет, когда стал носить очки -1,0 дптр. В настоящее время в течение 3 лет носит очки - 4 дптр. Хочет сделать операцию с целью

устранения миопии и снять очки. Объективно ОУ спокойны, передний отрезок в норме. Среды прозрачны, глазное дно: в норме. Visus 0,1 sph - 4,0 = 1,0. Врач после осмотра пациента сказал, что проведение операции возможно. Однако необходимо провести дополнительные исследования.

Вопросы.

1. Ваш диагноз?
2. Возможно ли проведение рефракционной операции этому больному.
3. Какие дополнительные исследования оптико – анатомических параметров глаза необходимо провести и для чего?
4. Ваша тактика при отсутствии хорио - ретинальных дистрофий на периферии глазного дна?
5. Ваша тактика при наличии хорио - ретинальных дистрофий на периферии глазного дна?

Задача 16

У пациента 6 лет Visus OD=0,6, OS=0,5 не корригирует. По данным скиаскопии в условиях циклоплегии на OD в меридиане 90°- гиперметропия в 3,0 Д, в меридиане 0° - гиперметропия в 4,0 Д ; на OS – (+4,5) и (+3,0) соответственно.

Определите вид, степень астигматизма и выпишите очки.

Задача 17

Какие очки выпишите пациенту 20 лет, если данные скиаскопии следующие: на OD в меридиане 90°- миопия в 1,0 Д, в меридиане 0° - миопия в 3,0 Д; на OS – (-1,5) и (-2,0) соответственно?

Задача 18

У пациента 13 лет Visus OD=0,06, OS=0,05 без коррекции. Очками не пользовался. По данным скиаскопии в условиях циклоплегии на OD в меридиане 90°- миопия в 4,0 Д, в меридиане 0° - миопия в 2,0 Д; на OS – (-3,5) и (-3,0) соответственно.

Какой диагноз выставите пациенту? Определите вид, степень астигматизма и выпишите очки.

Задача 19

У пациента 4 лет Visus OD=0,3, OS=0,4 не корригирует. По данным скиаскопии в условиях циклоплегии на OD в меридиане 90°- гиперметропия в 5,0 Д, в меридиане 0° - гиперметропия в 4,0 Д; на OS – (+5,5) и (+5,0) соответственно.

Какой диагноз выставите пациенту?

Определите вид, степень астигматизма и выпишите очки.

Задача 20

Какие очки выпишите пациенту 13 лет, если данные скиаскопии следующие: на OD в меридиане 90° - гиперметропия в 1,0 Д, в меридиане 0° - миопия в 1,0 Д ; на OS – (+1,5) и (-2,0) соответственно?

Задача 21

Больной 12 лет жалуется на головную боль, утомляемость и пониженное зрение вдаль. Эти болезненные явления длятся 2 недели. До этого острота зрения была равна 1,0.

Объективно: острота зрения правого глаза = 0,4; левого глаза = 0,3. Двояковогнутые стекла улучшают зрение до 1,0. Передний отдел глаз без изменений, но отмечается сужение зрачка. Глазное дно в пределах нормы. Диагноз. Лечение.

Задача 22

Больному 45 лет. Рефракция Е. Жалуется на плохое зрение вблизи, головную боль и утомляемость. Объективно: передний отдел глаз без изменений, оптические среды прозрачны, глазное дно в пределах нормы. Диагноз. Лечение.

Задача 23

Студент 18 лет пришел на прием к окулисту с жалобами на плохое зрение обоих глаз. Объективно: острота зрения обоих глаз 0,4, при скиаскопии с 1 метра найдено, что сила стекла, нейтрализующего тень, равна -3.0Д.

Определите вид и степень рефракции у студента.

Задача 24

При объективном методе исследования рефракции с помощью теневой пробы (скиаскопии) тень от плоского зеркала в области зрачка движется в противоположную сторону движению зеркального офтальмоскопа.

Какая рефракция была выявлена у пациента при данном обследовании?

Задача 25

При объективном методе исследования рефракции с помощью теневой пробы (скиаскопии) тень от плоского зеркала в области зрачка движется за движением зеркального офтальмоскопа.

Какая рефракция была выявлена у пациента при данном обследовании?

Задача 26

При объективном методе исследования рефракции с помощью теневой пробы тень в области зрачка не движется.

Чему соответствует рефракция в этом случае?

Задача 27

Пациент 49 лет, обратился с жалобами на диплопию и птоз левого века, прогрессирующие в течение 2 мес. У пациента миеломная болезнь в стадии ремиссии, проводится ГКС терапия.

Vis OD=1,0, OS=0,8. Расстояние край века-рефлекс (marginal reflex distance, MRD) OD= +4мм, OS= +1,5мм. Функция леватора (экскурсия) OD - 14 мм, OS - 12 мм. Размеры зрачка OD - 2,5 мм в темноте, 1,5 мм на свету, OS - 4 мм в темноте, 3 мм на свету.

Диплопия бинокулярная, усиливается при фиксации взора на близком расстоянии. OS - минимальные экзофория и гипертропия в первичном положении взора, ограничение аддукции, инфра- и супрадукции.

Выберите правильные ответы:

1. Положение верхнего века левого глаза у пациента расценивается, как

- а. нормальное
- б. птоз легкой степени
- в. птоз средней степени
- г. тяжелый птоз

2. Функция леватора левого глаза у пациента расценивается, как

- а. нормальная
- б. хорошая
- в. удовлетворительная
- г. слабая

3. Предварительный диагноз

- а. полное поражение глазодвигательного нерва
- б. симптом верхней глазничной щели
- в. синдром Горнера
- г. миастения

4. Для подтверждения диагноза в данном случае необходимо выполнить

- а. МРТ головного (среднего) мозга с контрастированием
- б. фармакологическую пробу с 1% ирифрином
- в. пробу со льдом и Sleep test
- г. исследование ковергенции

5. Результат МРТ с контрастированием - в левой части среднего мозга выявлено контрастируемое кольцевидное образование. Результат исследования крови на бета-D-глюкан (BDG - компонент клеточной стенки большинства грибов) - положительный.

Тактика лечения в данном случае заключается в проведении

- а. антифунгицидной терапии
- б. хирургического лечения птоза
- в. ГКС пульс-терапии и цитостатической терапии
- г. антифунгицидной терапии и инстилляций 2,5% ирифрина при необходимости

Задача 28

Пациентка 32 года, обратилась с жалобами на не прогрессирующий птоз левого века, который наблюдается в течение 5 лет. В анамнезе - перенесенный герпетический кератит обоих глаз.

Наличие общесоматических заболеваний отрицает, периодически беспокоят головные боли, отмечает нарушение носового дыхания.

Пациентка неоднократно консультировалась у неврологов и офтальмологов.

Было предложено проведение хирургической коррекции птоза.

Vis OD=0,9, OS=0,6 (наличие старых роговичных помутнений). Высота орбито-пальпебральной складки справа - 9,5 мм, слева - 7,5 мм. Расстояние край века-рефлекс (marginal reflex distance, MRD) OD = +4мм, OS = +2мм. Функция леватора (экскурсия) OD - 15 мм, OS -14 мм. Размеры зрачка при обычном освещении - OD - 3 мм, OS - 2,5 мм, при слабом освещении анизокория сначала увеличивается, со временем уменьшается - форма зрачка на OS становится не равномерной (зрачок «головастика»).

Положение глаз в первичном положении взора правильное, движения глаз в полном объеме. Экзофтальмометрия - асимметрии не выявлено.

Выберите правильные ответы:

1. Предварительный диагноз
 - а. поражение глазодвигательного нерва
 - б. прогрессирующая наружная офтальмоплегия (синдром Кернса-Сейра)
 - в. синдром Горнера
 - г. миастения

2. Для дифференциальной диагностики в данном случае целесообразно выполнить
 - а. Sleep test
 - б. серологическое исследование АТ к рецептору ацетилхолина
 - в. ЭРГ, ЭОГ
 - г. тест Минора (ангидроз половины лица)

3. С целью определения уровня поражения необходимо выполнить пробу
 - а. фармакологическую с 1% ирифрином

- б. фармакологическую 0,05% прозеринум (миастения)
- в. фармакологическую 0,1% пилокарпинум (Эйди-Холмса)
- г. со льдом, с многократным смыканием и размыканием век

4. При выполнении фармакологической пробы у пациентки наблюдается расширение обоих зрачков, что свидетельствует о

- а. поражении на уровне преганглионарном (1-2 нейроны)
- б. поражении на уровне постганглионарном (3 нейрон)
- в. патологии в области ствола мозга, спинного мозга (C5-Th3), верхушек легких, гортани, глотки, щитовидной железы
- г. патологии в области носоглотки, пазух носа, среднего уха

5. Пациентке следует рекомендовать

- а. выполнить МРТ головного мозга с контрастированием
- б. МРТ носа, придаточных пазух, среднего и внутреннего уха с одновременной консультацией отоларинголога и проведением лечения при необходимости
- в. хирургическое лечение птоза в последующем - мюллерэктомия
- г. хирургическое лечение птоза в последующем - резекцию леватора

Задача 29

Пациентка, 65 лет госпитализирована в НИИ по поводу болезненного опухолевидного образования в области шеи и нарушения глотания.

Данные УЗИ и КТ - гипертрофия резецированной ранее правой доли щитовидной железы с наличием в ней гомогенного аваскулярного образования, смещающего вправо сонную артерию, пищевод и трахею.

Во время оперативного лечения обнаружена инвазия опухоли в стенку сонной артерии и в задне - латеральную часть пищевода.

На фоне манипуляций на сонной артерии у пациентки развилась брадикардия, которая была купирована введением атропина.

В первые сутки после операции выявлены птоз и миоз справа, анизокория 2 мм. При слабом освещении анизокория увеличивается. Положение глаз в первичном положении взора правильное, движения глаз в полном объеме.

Выберите правильные ответы:

1. Предварительный диагноз

- а. поражение глазодвигательного нерва
- б. синдром Горнера
- в. синдром верхней глазничной щели
- г. односторонний синдром Аргайла-Робертсона

2. При выполнении фармакологической пробы (1% ирифрин) у пациентки наблюдается расширение только зрачка левого глаза, что может

свидетельствовать о

- а. поражении на уровне преганглионарном (1-2 нейроны)
- б. поражении на уровне постганглионарном (3 нейрон)
- в. патологии в области ствола мозга, спинного мозга (C5-Th3), верхушек легких, гортани, глотки, щитовидной железы
- г. патологии в области носоглотки, пазух носа, среднего уха

3. В данном случае офтальмологические изменения у пациентки возникли в результате

- а. тиреоидэктомии
- б. инвазии опухоли в стенку сонной артерии и задне - латеральную часть пищевода
- в. интраоперационного повреждения шейного симпатического ганглия в результате хирургических манипуляций на сонной артерии, о чем свидетельствует интраоперационная брадикардия
- г. формирования послеоперационной гематомы, сдавливающей симпатические ганглии или ишемического повреждения симпатических ганглиев

Задача 30

Пациентка, 49 лет обратилась с жалобами на прогрессирующее асимметричное опущение обоих век, которое впервые появилось 6 месяцев назад и периодически возникающее двоение (особенно при взгляде направо), усиливающееся в течение дня и при физической нагрузке (часто наблюдается при вождении).

Положение глаз в первичном положении взора правильное, OS - ограничение движения глазного яблока кнутри, кверху кнутри и книзу кнутри.

Выберите правильные ответы:

1. Причинами транзиторной диплопии в данном случае могут являться
 - а. гетерофория
 - б. нарушения аккомодации и конвергенции
 - в. глазодвигательные нарушения
 - г. миастения

2. Для дифференциальной диагностики в данном случае целесообразно выполнить
 - а. тест с многократным смыканием и размыканием век
 - б. Sleep test и пробу со льдом
 - в. серологическое исследование на наличие АТ к рецептору ацетилхолина
 - г. прозериновую пробу и электронейромиографию

3. В данном случае необходимо исключить наличие
- а. прогрессирующей офтальмоплегии
 - б. миотонической дистрофии
 - в. эндокринной миопатии
 - г. кардиомиопатии, нарушений проводимости сердечной мышцы
4. В данном случае целесообразно
- а. направить пациента на консультацию к неврологу
 - б. направить пациента на КТ средостения (тимус)
 - в. проведение терапии с использованием ГКС, ингибиторов ацетилхолинэстеразы (Колимин)
 - г. применение призматической коррекции
5. В данном случае противопоказаны
- а. чрезмерные физические нагрузки, стрессы
 - б. бета-адреноблокаторы
 - в. миорелаксанты и нейролептики
 - г. местные анестетики

Задача 31

Пациент К., 1951 г.р., обратился с жалобами на прогрессирующий двусторонний птоз, который появился 4 месяца назад и динамичное двоение. По этому поводу неоднократно обращался к офтальмологу.

Из анамнеза - в течение 1,5 лет до сегодняшнего дня использует капли Офтан тимолол, назначенные по поводу открытоугольной глаукомы.

При осмотре: двусторонний динамичный асимметричный птоз, наружная офтальмоплегия.

Слабость мимических мышц и мышц конечностей.

Через 40 мин после введения 0,05 % - 2,0 мл прозерина подкожно наблюдалась положительная реакция с неполным восстановлением силы мышц бульбарного отдела и конечностей, уменьшением слабости глазодвигательных мышц. В сыворотке крови выявлено повышение титра АТ к АХР до 10,6 нмоль/л (норма < 0,5).

Выберите правильные ответы:

1. Диагноз

- а. поражение глазодвигательного нерва
- б. прогрессирующая наружная офтальмоплегия
- в. синдром Горнера
- г. генерализованная форма миастении

2. Врачебной ошибкой в данном случае является

- а. появление птоза у пациента не принято во внимание
- б. не проведено обследование пациента на предмет возможных

причин птоза

- в. не произведена отмена бета-адреноблокаторов
- г. пациент не направлен на консультацию к неврологу

3. К препаратам - триггерам при миастении относятся

- а. антибиотики - аминогликозиды, фторхинолоны, макролиды
- б. бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов (нифидипин)

- в. салуретики – гипотиазид, фуросемид
- г. миорелаксанты (реланиум), ботулотоксин

4. В данном случае целесообразно

- а. направить пациента на КТ средостения (тимус)
- б. проведение терапии с использованием ГКС, ингибиторов ацетилхолинэстеразы (Колимин) и цитостатической терапии
- в. применение призматической коррекции
- г. ограничить физические нагрузки

Задача 32

Пациент М, 20 лет, обратился с жалобами на ощущение инородного тела, наличие гнойного отделяемого в течение 3 дней.

При осмотре: лимфатические узлы не увеличены; ОУ - умеренный отек век, гнойное отделяемое; конъюнктивит век и переходных складок гиперемирована и отечна; смешанная инъекция глазного яблока и умеренный хемоз. Vis OU=1,0.

Выберите правильные ответы:

1. Конъюнктивит на основании имеющихся данных предположительно

- а. бактериальный*
- б. хламидийный
- в. аденовирусный
- г. аллергический

2. Для верификации диагноза целесообразно использовать метод исследования

- а. бактериоскопический*
- б. культуральный*
- в. молекулярно-биологический - ПЦР*
- г. МФА

3. Клинически значимым для постановки этиологического диагноза является наличие микроорганизмов в титре более

- а. 10^2 КОЕ/тамп.
- б. 10^3 КОЕ/тамп.
- в. 10^4 КОЕ/тамп.*

г. 10^5 КОЕ/тамп.*

4. В комплексную терапию в данном случае целесообразно включить

а. антибактериальные средства*

б. антисептики и противоаллергические препараты*

в. интерфероны и НПВС

г. комбинированные средства - антибиотики + ГКС (Максидекс, Гаразон)

5. Длительность течения конъюнктивита в данном случае может составлять

а. 5-10 дней*

б. 2-3 недели

в. 3-5 недель

г. 2 месяца и более

Задача 33

Пациент С., 17 лет. Жалобы на периодическое гнойное отделяемое в уголках глаз. На фоне проведения лечения (инстилляций антибактериальных средств) наблюдается положительная динамика с последующим рецидивом заболевания через месяц после завершения проведения терапии. В течение последних 4-х лет у пациентки наблюдается легкая заложенность носа.

Объективно: легкая инъеция конъюнктивы глазного яблока, гнойное отделяемое во внутренних уголках глаз.

Выберите правильные ответы:

1. На основании имеющихся данных целесообразно провести

а. микроскопическое исследование биологического материала - мазок с конъюнктивы

б. культуральное исследование биологического материала – мазок с конъюнктивы, слизистых носа и ротоглотки с определением чувствительности к антибиотикам и бактериофагам*

в. молекулярно-биологическое исследование - ПЦР

г. исследование с использованием МФА

2. Клинически значимым для постановки этиологического диагноза является наличие микроорганизмов в титре более

а. 10^2 КОЕ/тамп.

б. 10^3 КОЕ/тамп.

в. 10^4 КОЕ/тамп.*

г. 10^5 КОЕ/тамп.*

3. При наличии показаний и на основании определения

чувствительности целесообразно проведение

а. только топической антибиотикотерапии конъюнктивальной полости

б. антибиотикотерапии всех очагов инфекции на основании консультации с отоларингологом*

в. инстилляций антибиотиков в конъюнктивальную полость с одновременной санацией всех очагов инфекции с использованием видоспецифического бактериофага на основании консультации с отоларингологом*

г. одновременной санации всех очагов инфекции с использованием видоспецифического бактериофага на основании консультации с отоларингологом*

4. В комплексную терапию в данном случае целесообразно включить

а. НПВС (Дикло-Ф, Индоколлир)

б. антисептики (Витабакт, Окомистин)*

в. интерфероны (Офтальмоферон)

г. противоаллергические препараты*

5. В дальнейшем с привлечением соответствующих специалистов необходимо исключить наличие другой наиболее часто встречаемой экстраокулярной патологии

а. ЖКТ (дисбактериоз, гастрит, колит др.)*

б. мочеполовой системы (гломерулонефрит, пиелонефрит и др.)*

в. аллергических заболеваний*

г. хронических инфекций Herpes Simplex viridae 1 и 2 типов, Cytomegalovirus, Ebstein-Barre virus*

Задача 34

Больная Б., 12 лет. Жалобы на незначительное гнойное отделяемое во внутренних уголках глаз в течение дня, периодически возникающий умеренный зуд в течение последних 1,5 лет. На фоне проведения лечения (инстилляций антибактериальных и противоаллергических средств) наблюдается временная положительная динамика с последующим рецидивом заболевания через 2-2,5 недели.

Объективно: легкая инъекция конъюнктивы. При микроскопическом исследовании мазка с конъюнктивы обнаружены лейкоциты в значительном количестве, стафилококки. При культуральном исследовании в мазке с конъюнктивы обоих глаз был высеян *St. Epidermidis* 105 КОЕ/т и α -гемолитический *Streptococcus* 105 КОЕ/т (со средними накоплениями), в мазках со слизистых носа и зева был высеян *St. aureus* >106 КОЕ/т.

Выберите правильные ответы:

1. Клинически значимым для постановки этиологического диагноза является наличие микроорганизмов в титре более
 - а. 10^2 КОЕ/тамп.
 - б. 10^3 КОЕ/тамп.
 - в. 10^4 КОЕ/тамп.*
 - г. 10^5 КОЕ/тамп.*

2. Стратегия проведения терапии при инфекционных конъюнктивитах заключается в
 - а. выборе терапии в соответствии с наиболее вероятной и доказанной этиологией*
 - б. использовании новых лекарственных средств, к которым мало резистентных штаммов*
 - в. выборе лекарственных форм и методов лечения, обеспечивающих максимальную активность лекарственных средств*
 - г. выборе соответствующей дополнительной терапии*

3. На основании полученных результатов исследования и результатов определения чувствительности целесообразно проведение
 - а. топической антибиотикотерапии конъюнктивальной полости
 - б. топической и системной антибиотикотерапии*
 - в. инстилляции антибиотиков в конъюнктивальную полость с одновременной санацией всех очагов инфекции с использованием видоспецифического бактериофага на основании консультации с отоларингологом*
 - г. одновременной санации всех очагов инфекции с использованием видоспецифического бактериофага на основании консультации с отоларингологом*

4. В комплексную терапию в данном случае дополнительно целесообразно включить
 - а. НПВС (Дикло-Ф, Индоколлир)
 - б. антисептики (Витабакт, Окомистин)*
 - в. интерфероны (Офтальмоферон)
 - г. противоаллергические препараты

5. В дальнейшем с привлечением соответствующих специалистов необходимо исключить наличие другой наиболее часто встречаемой экстраокулярной патологии
 - а. ЖКТ (дисбактериоз, гастрит, колит др.)*
 - б. мочеполовой системы (гломерулонефрит, пиелонефрит и др.)*
 - в. аллергических заболеваний*
 - г. хронических инфекций Herpes Simplex viridae 1 и 2 типов, Cytomegalovirus, Ebstein-Barre virus*

Задача 35

Больная Ч., 38 лет, обратилась с жалобами на отек и гиперемию кожи век, слезотечение, покраснение и отделяемое из конъюнктивальной полости обоих глаз. Больна в течение месяца, без положительной динамики на фоне проводимой терапии - альбуцид, левомицетин, Тобрекс. До заболевания в течение длительного периода времени посещала плавательный бассейн.

При обращении: диффузная инфильтрация, гиперемия конъюнктивы век и переходных складок, из конъюнктивальной полости слизисто-гнойное отделяемое. Результаты исследования биологического материала на вирусы и грибы отрицательные.

Выберите правильные ответы:

1. К тактическим врачебным ошибкам при первичном обращении в данном случае относятся

- а. диагностика не проведена в полном объеме*
- б. не учтен имеющийся фактор риска*
- в. не учтена вероятность хламидийного конъюнктивита*
- г. длительное проведение терапии без положительной динамики*

2. В данном случае целесообразно

а. провести культуральное и молекулярно-биологическое - ПЦР исследования соскоба с конъюнктивы на хламидии*

б. исследование соскоба с конъюнктивы на хламидии с использованием МФА*

в. провести ИФА и определить уровень содержания IgG - активность процесса*

г. направить пациентку на консультацию к гинекологу на предмет исключения урогенитального хламидиоза

3. Эффективными в данном случае будут являться антибиотики

- а. аминогликозиды
- б. макролиды - Азидроп*
- в. фторхинолоны 2 и 3 поколения - Флоксал, Сигницеф*
- г. фторхинолоны 4 поколения - Вигамокс, Зимар

4. Курс местной антибиотикотерапии хламидийного конъюнктивита должен быть не менее

- а. 10 дней
- б. 14 дней
- в. 21 дня*
- г. 30 дней

5. В комплексную терапию в данном случае дополнительно целесообразно включить

- а. НПВС*
- б. антисептики*
- в. противоаллергические препараты*
- г. препараты «искусственной слезы»*

Задача 36

Пациентка М., 25 лет, обратилась в НИИ с жалобами на боль в левом глазу, слезотечение, чувство инородного тела, снижение зрения в течение 2-х мес. Терапия, проведенная до обращения (ципрофлоксацин, офтальмоферон, корнерегель) облегчения не принесла. В анамнезе - ношение мягких контактных линз в течение 5 лет.

Острота зрения правого глаза составила 0,06 без коррекции, с коррекцией - 1,0. Острота зрения левого глаза составила 0,03 без коррекции, с коррекцией - 0,7. Биомикроскопически в центральной и парацентральной зонах роговицы левого глаза несколько очагов поверхностной эпителиальной инфильтрации.

Результаты бактериоскопического (мазок с конъюнктивы) и серологического (ВПГ) методов исследования отрицательные.

На основании жалоб, анамнестических и клинических данных был поставлен диагноз - акантамебный кератит и назначена терапия - окомистин, витабакт, Опти-фри, индоколлир, корнерегель (с 3 дня лечения).

Через 7 дней отмечалась положительная динамика - значительное уменьшение очагов эпителиальной инфильтрации. Было рекомендовано продолжить терапию.

Через 2 недели наблюдалось дальнейшее улучшение клинической картины. Острота зрения левого глаза с коррекцией составила 0,9. Было рекомендовано продолжить инстилляцию корнерегеля в течение 2-х месяцев.

Через 1,5 месяца пациентка повторно обратилась с жалобами на возобновление болевых ощущений, слезотечение и чувство инородного тела. Объективно отек роговицы, зона инфильтрации в виде «веточки». Острота зрения с коррекцией составила 0,6. На основании конфокального микроскопического исследования выявлено наличие субэпителиально расположенных акантантамебных цист.

Выберите правильные ответы:

1. К тактическим врачебным ошибкам при первичном обращении в данном случае относятся

- а. назначение терапии без учета имеющегося фактора риска*
- б. отсутствие в программе терапии антисептических средств*
- в. несвоевременное проведение репаративной терапии*
- г. проведение антибиотикотерапии

2. Для подтверждения диагноза акантамебный кератит выполняются

методы исследования

- а. конфокальная микроскопия (НРТ с роговичным модулем)*
- б. молекурно - биологический (лигазная цепная реакция ЛЦР)*
- в. молекурно - биологический (полимеразная цепная реакция ПЦР)
- г. культуральный (среда Сабуро)

3. К врачебным ошибкам при обращении в НИИ относятся

- а. несвоевременное проведение диагностики в полном объеме*
- б. назначение терапии без учета ранее проводимой (ранняя репарация)*
- в. неправильная интерпретация результатов обследования пациентки в течение двух недель*
- г. длительное проведение репаративной терапии

4. В дальнейшем возможная тактика лечения заключается в проведении

- а. трансэпителиальной фототерапевтической кератоэктомии в сочетании с коррекцией аметропии (возможно одновременное проведение ЛАЗИК на парном глазу)*
- б. роговичного кросслинкинга*
- в. тотальной сквозной кератопластики
- г. микродиатермокоагуляции

5. При неправильной тактике лечения в дальнейшем может развиваться

- а. стромальный кольцевидный кератит*
- б. язвенный кератит*
- в. кератоиридоциклит*
- г. кератосклерит*

Задача 37

Пациент Ч., 32 г., обратился в НИИ с жалобами на боль в правом глазу, слезотечение, чувство инородного тела, снижение зрения в течение 2,5 месяцев.

На протяжении 6 лет пользуется мягкими контактными линзами. Три месяца назад обратился в поликлинику по месту жительства с аналогичными жалобами. Из амбулаторной карты - острота зрения при обращении правого глаза 0,6 с коррекцией, левого глаза - 1,0 с коррекцией. На роговице правого глаза очаги эпителиальной и субэпителиальной инфильтрации. По результатам лабораторного исследования патологическая микрофлора не обнаружена. Диагноз - герпетический кератит. На фоне проводимой терапии (Ацикловир, Офальмоферон, Индоколлир) отмечалось ремитирующее течение.

При поступлении острота зрения правого глаза - 0,05 не корр., левого - 1,0 с коррекцией. В строме роговицы правого глаза глубокий

инfiltrат кольцевидной формы диаметром 7-8 мм.

Выберите правильные ответы:

1. К врачебным ошибкам при первичном обращении в данном случае относятся
 - а. назначение терапии без учета имеющегося фактора риска*
 - б. не определена чувствительность роговицы*
 - в. не проведены лабораторные методы исследования*
 - г. в программу терапии не включены антисептические средства*

2. Для дифференциальной диагностики акантамебного и герпетического кератитов выполняются методы исследования
 - а. конфокальная микроскопия (НРТ с роговичным модулем)*
 - б. молекурно - биологический (лигазная цепная реакция ЛЦР)*
 - в. молекурно - биологический (полимеразная цепная реакция ПЦР), ИФА, МФА*
 - г. культуральный (среда Сабуро)

3. Тактика лечения в данном случае заключается в проведении
 - а. фототерапевтической кератэктомии
 - б. роговичного кросслинкинга*
 - в. тотальной послойной / сквозной кератопластики*
 - г. микродиатермокоагуляции

4. К использованию в данном случае должны быть рекомендованы средства
 - а. антисептические и НПВС*
 - б. противовирусные
 - в. репаранты*
 - г. противомикотические per os*

5. При проведении интенсивной антисептической терапии при данной этиологии кератита репаранты должны назначаться не ранее, чем
 - а. с 1 дня лечения
 - б. с 3-4 дня лечения*
 - в. с 5 дня лечения
 - г. через неделю

Задача 38

Пациентка, М., 18 лет поступила в офтальмологическое отделение Университетской клиники с жалобами на покраснение левого глаза, боль и снижение зрения.

Из анамнеза: в течение последних двух лет использовала для коррекции миопии ортокератологические жесткие контактные линзы RGP на ночь, обрабатывала раствором Complete Multi Purpose Solution,

содержащим полигексанид. В течение недели промывала контактные линзы под проточной водой. При появлении неприятных ощущений перестала пользоваться контактными линзами и обратилась к офтальмологу. Проводимая терапия до обращения в клинику - Флоксал, дексаметазон, мидриацил облегчения не принесла, был назначен Ацикловир и отменен дексаметазон.

При поступлении острота зрения правого глаза - 1,0 с коррекцией, левого - 0,01 не корр. В строме роговицы левого глаза кольцевидный инфильтрат размером 6,3 мм по вертикали и 7,2 мм по горизонтали, с эпителиальным дефектом над ним - 3,7 мм по вертикали и 6,5 мм по горизонтали. Реакция влаги передней камеры 2+, гипопион 0,3 мм. ВГД (при измерении на бесконтактном тонометре) OD - 13 мм рт.ст., OS - 14 мм рт.ст. OS OS

Выберите правильные ответы:

1. Врачебной ошибкой при первичном обращении в данном случае является

- а. не проведены лабораторные методы исследования*
- б. не приняты во внимание анамнестические данные*
- в. не определена чувствительность роговицы*
- г. терапия была неадекватная, проводилась длительное время*

2. Для подтверждения диагноза в данном случае необходимо выполнить методы исследования

- а. конфокальная микроскопия (НРТ с роговичным модулем)*
- б. молекурно - биологический (лигазная цепная реакция ЛЦР)*
- в. молекурно - биологический (полимеразная цепная реакция ПЦР)
- г. культуральный (среда Сабуро)

3. В комплексную терапию в данном случае должны быть включены

- а. антисептики и НПВС*
- б. противопротозойные (пентамидин)*
- в. противогрибковые per os*
- г. противовирусные

4. При проведении интенсивной антисептической терапии при данной патологии репаранты должны назначаться не ранее чем

- а. с 1 дня лечения
- б. с 3-4 дня лечения*
- в. с 5 дня лечения
- г. через неделю

5. При неэффективности проводимой терапии тактика лечения будет заключаться в проведении

- а. трансэпителиальной фототерапевтической кератэктомии в

сочетании с коррекцией аметропии (возможно одновременное проведение ЛАЗИК на парном глазу)

- б. роговичного кросслинкинга
- в. тотальной сквозной кератопластики*
- г. микродиатермокоагуляции

Задача 39

Пациент П, 58 лет, поступил в санаторий с диагнозом диссеминированный хориоретинит обоих глаз туберкулёзной этиологии.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки патологических изменений не обнаружено, других системных проявлений туберкулёза не обнаружено.

Острота зрения OU = 0,3 не корригируется. Периферические границы поля зрения в норме; слепое пятно по вертикали - 30 дуговых градусов, OS - 18.

В переднем отделе обоих глаз без патологии. Выраженность воспалительной реакции в стекловидном теле 1+ (слабый флер). ДЗН розовый, границы размыты, вдоль края формирующиеся гранулемы. На периферии глазного дна в нижних отделах обоих глаз множественные округлые белые проминирующие фокусы с нечеткими контурами диаметром 1/4 - 1/5 ДЗН, местами сливающихся между собой, макулопатия.

Проведена неспецифическая противовоспалительная терапия, отмечалась положительная динамика, было рекомендовано проведение этиотропного лечения по месту жительства.

Выберите правильные ответы:

1. Предположительный диагноз
 - а. туберкулезный диссеминированный хориоретинит
 - б. саркоидозный нейрохориоретинит*
 - в. токсоплазмозный диффузный хориоидит
 - г. кандидозный хориоретинит

2. Слепое пятно по вертикали в норме
 - а. 5-8 угловых градусов
 - б. 8-9 угловых градусов*
 - в. 9-11 угловых градусов
 - г. 11-15 угловых градусов

3. Туберкулезную этиологию увеита можно исключить при отсутствии
 - а. обострения процесса на введение туберкулина*
 - б. терапевтического эффекта при тест-терапии туберкулостатиками*
 - в. кожной чувствительности к туберкулину*

г. положительных иммунологических тестов (чувствительности лимфоцитов к туберкулину)*

4. Позитивные ОСТ - критерии при проведении пробы с туберкулином

а. увеличение высоты воспалительного очага на 15% от исходного уровня*

б. регистрация отслойки нейро и/или пигментного эпителия*

в. увеличение высоты отслойки нейро и /или пигментного эпителия*

г. увеличение толщины слоя Саттлера

5. Предположить о саркоидозной этиологии увеита и подтвердить диагноз можно на основании

а. клинической картины - инфильтративные фокусы в области ДЗН*

б. данных ОСТ - расширенный слой Саттлера*

в. данных общего анализа крови - анемия, эозинофилия, лейкопения*

г. АПФ выше 100 МЕ/л*

6. В данном случае целесообразно проведение терапии -

а. местная ГКС*

б. системная ГКС и цитостатическая*

в. анти-ФНО-а (Инфликсимаб)*

г. с применением препаратов Фансидар, Клиндамицин и Сульфадиазин

Задача 40

Больная М., 26 лет, поступила в НИИ глазных болезней с жалобами на покраснение и снижение остроты зрения правого глаза. В течение двух недель пациентка без эффекта лечилась амбулаторно по поводу иридоциклита неясной этиологии. Заболевание связывала с перенесенной ОРВИ.

Из анамнеза - в течение 10 лет страдает двусторонним хроническим калькулезным паротитом (установлено на основании данных ультразвукового исследования и рентгенографии).

При поступлении: острота зрения правого глаза 0,1 с коррекцией - 2,0 D = 0,5, левого - 0,2 с коррекцией -2,0 D =1,0.

Объективно: правый глаз - незначительная смешанная инъекция конъюнктивы глазного яблока, при пальпации отмечается умеренная цилиарная болезненность. Роговица прозрачная, на эндотелии - множественные крупные преципитаты. Зрачок круглый, диаметр 4 мм, реакция на свет сохранена, замедлена. На передней капсуле хрусталика распыление пигмента, воспалительная реакция в стекловидном теле 1+. Левый глаз интактный.

Больной был выставлен диагноз: острый иридоциклит неясной

этиологии правого глаза, миопия слабой степени обоих глаз.

Лечение - инстилляций - интерферон, моксифлоксацин п/к - 0,3% раствор ципрофлоксацина, в/в капельно - ацикловир 250 мг, в/м - 2,5% раствор диклофенака натрия. Положительная динамика на фоне терапии.

Через 3 недели больная вновь была госпитализирована с рецидивом иридоциклита.

Общий анализ крови - лейкопения, эозинофилия; АПФ - 150 МЕ/л.

Выберите правильные ответы:

1. Этиология иридоциклита
 - а. герпетическая
 - б. цитомегаловирусная
 - в. саркоидозная*
 - г. туберкулезная

2. Туберкулезную этиологию иридоциклита можно исключить при отсутствии
 - а. обострения процесса на введение туберкулина*
 - б. терапевтического эффекта при тест-терапии туберкулоstaticами*
 - в. кожной чувствительности к туберкулину*
 - г. положительных иммунологических тестов (чувствительности лимфоцитов к туберкулину)*

3. С учетом всех имеющихся данных диагноз можно предположить, что это синдром
 - а. Лефгрена
 - б. Хеерфордта*
 - в. Бехчета
 - г. Рейтера

4. В данном случае целесообразно проведение терапии
 - а. местной ГКС*
 - б. системной ГКС и цитостатической*
 - в. анти-ФНО-а (Инфликсимаб)*
 - г. с применением препаратов Фансидар, Клиндамицин и Сульфадиазин

5. Пациенту следует рекомендовать
 - а. сделать рентгенограмму легких*
 - б. проконсультироваться у отоларинголога на предмет проведения фонофореза с гидрокортизоном на область околоушных слюнных желез *
 - в. амбулаторно продолжить инстилляций ГКС по убывающей схеме*
 - г. диспансерное наблюдение*

Задача 41

Пациент Ш., 33 года, обратился с жалобами на рецидив увеита.

Из анамнеза известно, что в течение 6 лет у пациента отмечались attacks увеита, во время которых поражался то левый, то правый глаз. Эпизоды увеита сначала рецидивировали в среднем один раз в год, продолжались не более месяца, сопровождались болями и покраснением глаза, иногда субфебрильной температурой. Увеит купировался при проведении терапии - инстилляцией НПВС, мидриатиков, субконъюнктивальных инъекций ГКС. В последнее время увеит имеет хроническое течение.

Объективно выявлены признаки активного иридоциклита левого глаза - инъекция глазного яблока, мелкие преципитаты на эндотелии роговицы, отек радужки и осложнения повторных атак увеита - задние синехии, помутнение хрусталика, деструкция стекловидного тела. Изменений со стороны глазного дна обоих глаз не выявлено. СОЭ - 30 мм/ч, СРБ - 28 мг/л (референсные значения: 0-5 мг/л), HLA-B27-позитивный.

Выберите правильные ответы:

1. Поставить предположительный диагноз в данном случае возможно на основании комплекса
 - а. анамнестических данных *
 - б. характерных клинических признаков*
 - в. данных лабораторных методов исследования*
 - г. полученного положительного эффекта от проводимой терапии

2. Хронический увеит – это увеит
 - а. ограниченный с периодами ремиссии без лечения менее 3 месяцев
 - б. ограниченный с периодами ремиссии без лечения менее 6 месяцев
 - в. персистирующий, периоды ремиссии без лечения менее 3 месяцев*
 - г. персистирующий, периоды ремиссии без лечения менее 6 месяцев

3. В данном случае для подтверждения диагноза пациента целесообразно
 - а. по согласованию с ревматологом сделать рентген позвоночника и тазовых костей*
 - б. провести соответствующие серологические исследования*
 - в. исключить воспалительные заболевания кишечника и мочеполовой системы*
 - г. исключить туберкулез и токсоплазмоз*

4. В данном случае целесообразно проведение терапии
 - а. местной - мидриатики, ГКС, НПВС*

- б. системной - НПВС, сульфаниламиды (Сульфасалазин), ГКС*
- в. цитостатической при отсутствии эффекта от применения ГКС в течение 4 месяцев*
- г. анти-ФНО-а (Инфликсимаб) при отсутствии эффекта*

5. При экстракции катаракты у пациента системную терапию следует отменить до операции за

- а. 21 день и проводить после операции 2 недели
- б. 14 дней и проводить после операции 3 недели
- в. 7 дней и проводить после операции 4 недели
- г. 3 дня и проводить после операции 6 недель*

Задача 42

Больная К., 55 лет офтальмологом районной поликлиники была направлена на госпитализацию в противотуберкулезный диспансер с диагнозом: ОД - задний увеит туберкулезной (?) этиологии.

При поступлении острота зрения: ОД 0,1 sph - 3,0 D=1,0, OS 0,2 sph - 2,75 D=1,0. Периферические границы поля зрения на правом глазу сужены в верхнем секторе до 30 град. ОД - на эндотелии в нижней половине роговицы пигментированные преципитаты, зрачок круглый, задних синехий нет, воспалительная реакция в СТ 1+, на периферии глазного дна многочисленные ретинальные фокусы размером 1/4 DD от 3 до 9 час.

Клинико-лабораторное обследование - НВ -155 г/л, СОЭ - 12 мм/ч, лейкоциты - $4,2 \times 10^9$ /л (реф.знач. 4,50 - $11,0 \times 10^9$ /л), эозинофилы $0,5 \times 10^9$ /л (реф.знач.0- $0,4 \times 10^9$ /л); реакция Манту (RM 2 TE) размер - 5 мм, очаговая и общая реакции отрицательные, результат ИФА с туберкулиновым антигеном отрицательный. При проведении пробы с туберкулином были выявлены негативные ОСТ – критерии.

Рентгенограмма легких - просвет средних бронхов не изменен, корни легких с увеличенными лимфоузлами, в большей степени бронхопульмональной группы с обеих сторон.

Проведен курс консервативной терапии. При выписке из ПТД поставлен клинический диагноз: ОД - острый задний увеит нетуберкулезной этиологии.

Выберите правильные ответы:

1. ОСТ - критерии при проведении пробы с туберкулином считаются негативными в случае, если не увеличивается

- а. высота воспалительного очага*
- б. высота отслойки нейро и /или пигментного эпителия*
- в. толщина слоя Саттлера
- г. толщина слоя Галлера

2. Предположить об этиологии увеита в данном случае можно на

основании

- а. клинических признаков*
- б. данных ОСТ при проведении пробы с туберкулином*
- в. данных лабораторных методов исследования*
- г. рентгенограммы легких*

3. Для подтверждения диагноза пациента в первую очередь целесообразно направить

- а. на консультацию к пульмонологу*
- б. на консультацию в токсоплазмозный центр
- в. сделать исследование уровня АПФ*
- г. сделать исследование аутоиммунных маркеров и маркеров воспаления

4. При данной патологии гранулемы могут быть

- а. на коже век*
- б. в области слезной железы*
- в. конъюнктивальные*
- г. в области вершины орбиты*

5. В данном случае целесообразно проведение терапии

- а. местной ГКС*
- б. системной ГКС и цитостатической*
- в. анти-ФНО-а (Инфликсимаб)*
- г. с применением препаратов Фансидар, Клиндамицин и Сульфадиазин

Задача 43

Пациентка В., 59 лет, жалобы на снижение зрения на левом глазу в течение двух месяцев, появление метаморфопсий и фотопсий в центре поля зрения. Острота зрения правого глаза 0,4 с sph + 1,5D = 1,0; острота зрения левого глаза 0,3 с sph + 1,5D = 0,4.

Объективно оба глаза спокойны, факосклероз. На глазном дне правого глаза офтальмоскопически множественные мелкие друзы и незначительная диспигментация макулы. На глазном дне левого глаза - в макулярной зоне экссудативная отслойка пигментного эпителия, множественные мелкие друзы.

При проведении оптической когерентной томографии выявлено: на правом глазу - множественные друзы, дефекты пигментного эпителия сетчатки; на левом глазу - множественные друзы, на скане через центр макулы - отслойка пигментного эпителия, множественные друзы, толщина сетчатки в центре - 247 мкм.

По данным ФАГ на левом глазу: в раннюю фазу субфовеально определяется очаг негомогенной, гранулярной по типу «pinpoints» гиперфлюоресценции, в позднюю фазу - накопление контраста по всему

объему отслойки.

Выберите правильные ответы:

1. На основании имеющихся данных можно поставить диагноз -
 - а. влажная форма ВМД, скрытая ХНМ 1 типа с фиброваскулярной отслойкой пигментного эпителия; ранняя стадия сухой формы ВМД правого глаза*
 - б. влажная форма ВМД, классическая ХНМ левого глаза; промежуточная стадия сухой формы ВМД правого глаза
 - в. ретинальная ангиоматозная пролиферация левого глаза; ранняя стадия сухой формы ВМД правого глаза
 - г. ретинальная ангиоматозная пролиферация левого глаза; промежуточная стадия сухой формы ВМД правого глаза

2. Лечение левого глаза следует начинать с проведения
 - а. консервативной терапии (нутроф тотал)
 - б. анти-VEGF терапии*
 - в. глюкокортикостероидной терапии
 - г. лазеркоагуляции

3. В соответствии с AREDS 2 для профилактики развития патологии правого глаза должно быть рекомендовано применение
 - а. антиоксидантов, витамина Е 400 IU
 - б. бета-каротина 15 мг, витамина С 500 мг
 - в. лютеина 10 мг, омега-3 жирных кислот 1г, зеаксантина 2 мг*
 - г. лазеркоагуляции друз

4. На фоне проведения лечения отмечалась положительная динамика и стабилизация процесса, в дальнейшем в связи с прогрессированием катаракты была произведена факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ, после чего были выявлены признаки возобновления активности хориоидальной неоваскуляризации. Острота зрения - 0,3. В данном случае возможно
 - а. продолжить курс анти -VEGF терапии*
 - б. проведение глюкокортикостероидной терапии*
 - в. проведение лазеркоагуляции
 - г. проведение фотодинамической терапии*

5. Показаниями для проведения анти-VEGF и фотодинамической терапии при возрастной макулярной дегенерации являются
 - а. суб - и юстафеолярная СНМ*
 - б. все формы ХНВ*
 - в. острота зрения меньше 0,4 проведение лазеркоагуляции*
 - г. малоразмерный очаг скрытой СНМ, менее 4 DD*

Задача 44

Пациентка З., 63 года, наблюдается с диагнозом ВМД правого глаза, влажная форма. Vis OD = 0,6. Обратилась к офтальмологу с жалобами на появление размытого пятна перед правым глазом 2 месяца назад.

На глазном дне правого глаза примерно в 150 мкм от фовеа желтоватый очаг размером около 2 DD с единичными геморрагиями. На ФАГ - гиперфлюоресцентный очаг с четкими границами на ранней стадии и просачиванием красителя на поздней. Спектральная ОКТ - наличие объемного веретенообразного гиперрефлективного участка над уровнем пигментного эпителия.

Выберите правильные ответы:

1. Полученные данные свидетельствуют о наличии
 - а. классической хориоретинальной неоваскулярной мембраны*
 - б. скрытой хориоретинальной неоваскулярной мембраны 1 типа с фиброваскулярной отслойкой пигментного эпителия
 - в. скрытой хориоретинальной неоваскулярной мембраны 2 типа с просачиванием из неопределенного источника
 - г. идиопатической полипоидной хориоидальной васкулопатии
2. По отношению к фовеа ХНВ мембрана в данном случае является
 - а. субфовеальной
 - б. юкстафовеальной*
 - в. экстрафовеальной
 - г. юкстапапиллярной
3. Возможный способ лечения в данном случае
 - а. анти-VEGF терапия*
 - б. глюкокортикостероидная терапия*
 - в. лазеркоагуляция*
 - г. фотодинамическая терапия*
4. Прогнозировать результаты лечения в данном случае позволяет
 - а. тип СНМ*
 - б. размеры СНМ*
 - в. локализация СНМ*
 - г. острота зрения*
5. При проведении лазеркоагуляции в данном случае возможны осложнения
 - а. разрывы мембраны Бруха с субретинальными геморрагиями и гемофтальмом*
 - б. разрывы пигментного эпителия сетчатки*
 - в. воздействие на область фовеа*
 - г. появление скотомы со снижением зрения

- б. Проведение лазеркоагуляции в щадящем режиме
- а. не рекомендуется
 - б. может позволить получить более высокий функциональный результат*
 - в. может способствовать усилению неоваскуляризации*
 - г. требует постоянного последующего наблюдения за состоянием мембраны*

Задача 45

Пациентка О., 57 лет обратилась с жалобами на снижение зрения и способности выполнять работу на близком расстоянии.

Острота зрения на правом глазу с максимальной коррекцией 0,5, на левом - 0,01. На глазном дне правого глаза - мягкие друзы в большом количестве, левого глаза - обширная географическая атрофия. При проведении ФАГ справа выявлена смешанная минимально классическая СНМ с высокой активностью.

Проведен сеанс фотодинамической терапии, назначен дицинон внутрь. Через 2 недели острота зрения с максимальной коррекцией вдаль составила 0,9. Через месяц состояние оставалось без отрицательной динамики.

Через три месяца пациентка вновь отметила снижение зрения, появление пятна перед правым глазом. Острота зрения вдаль с максимальной коррекцией составила 0,3.

Выберите правильные ответы:

1. Полученные результаты могут быть обусловлены
 - а. уменьшением транссудации*
 - б. облитерацией СНМ*
 - в. формированием новых очагов СНМ*
 - г. увеличением размеров СНМ

2. Для определения дальнейшей лечебной тактики целесообразно проведение
 - а. ФАГ*
 - б. спектральной ОСТ*
 - в. ОСТ-ангиографии*
 - г. В-скана

2. Возможная дальнейшая лечебная тактика
 - а. повторный сеанс фотодинамической терапии*
 - б. анти-VEGF терапия*
 - в. глюкокортикостероидная терапия*
 - г. лазеркоагуляция*

3. Показанием для проведения лазеркоагуляции будет являться наличие

- а. классической ХНВ, размером не более 4 площадей ДЗН*
- б. фиброза над неоваскулярной мембраной
- в. юкстафовеальной ХНВ при остроте зрения 0,04-0,2*
- г. экстрафовеальной ХНВ при остроте зрения 0,04-1,0*

4. Показанием для проведения повторного курса фотодинамической терапии будет являться наличие

- а. субфовеальной ХНВ*
- б. юкстафовеальной ХНВ*
- в. всех форм ХНВ*
- г. остроты зрения менее 0,4

Задача 46

Пациент К., 32 лет обратился к офтальмологу с жалобами на снижение зрения правого глаза в течение 2-3-х дней.

Из анамнеза врач выявил, что 10 дней назад пациент перенес вирусную инфекцию, сопровождающуюся высокой температурой, головными болями, иррадиирующими в орбиты обоих глаз. При этом пациент отметил, что справа боль усиливалась при движениях глазом.

При обследовании: visus OD=0,1 н/к, OS=1,0; в поле зрения правого глаза – относительная центральная скотома, депрессия поля зрения на монохроматические цвета, слева – нормальные периметрические показатели.

Объективно: OD – спокойный, движения глазного яблока в полном объеме, конвергенция в норме, зрачок расширен, вяло реагирует на свет; оптические среды прозрачные; на глазном дне – диск зрительного нерва бледно-розовый, с четкими контурами, артерии в норме, вены умеренно расширены, макулярная зона в норме.

OS – status oculorum в пределах физиологической нормы.

Вопросы:

1. Какой предполагаемый диагноз выставите?
2. На основании каких симптомов можно предположить данное заболевание?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Почему в течение первого месяца заболевания глазное дно остается без видимых изменений?
5. На основании какого офтальмоскопического симптома и в какие сроки от начала заболевания можно выставить окончательный диагноз?

Задача 47

Пациент К., 39 лет, 6 месяцев назад получил удар в левую височную

область. К врачам не обращался, жалоб не предъявлял. Спустя 3 месяца, случайно прикрыв правый глаз заметил, что левый видит гораздо хуже. Обратился к врачу по месту жительства. При обследовании острота зрения OD составила 1,0; OS – 0,05, не корригирует. В центральном поле зрения OS множественные абсолютные скотомы, с периферии – сужение поля зрения на 15 градусов концентрично. При объективном осмотре – оптические среды прозрачные, анизокория: зрачок OS шире OD, прямая реакция на свет слева ослаблена. На глазном дне слева: диск зрительного нерва белый, плоский, физиологическая экскавация отсутствует, границы его четкие. Артерии значительно сужены, количество мелких артерий на диске зрительного нерва уменьшено. В макулярной зоне сглаженность фовеолярного рефлекса, очаговой патологии нет. Периферия глазного дна без особенностей.

1. На основании клинической картины можно выставить диагноз:

а) Частичная атрофия зрительного нерва, исход не прямой тупой травмы органа зрения

б) Нисходящая частичная атрофия зрительного нерва

в) Врожденная частичная атрофия зрительного нерва

г) Полная атрофия зрительного нерва

2. Для уточнения предполагаемого диагноза необходимо дополнительно провести следующие исследования:

а) ОКТ зрительного нерва

б) в проходящем свете

в) ультразвуковые исследования (В-сканирование)

г) обзорную рентгенографию

3. Наличие дефектов в центральном поле зрения свидетельствует о том, что имеет место:

а) концентрическое сужение поля зрения

б) секторальный дефект поля зрения

в) центральная скотома

г) периферическая скотома

4. Уплотнение диска зрительного нерва связано:

а) с гибелью нервных волокон и замещением их астроглией

б) с разрастанием астроглии без гибели нервных волокон

в) с уменьшением количества функционирующих артериол

г) с уменьшением количества астроглии

5. Формирование атрофии зрительного нерва завершается в сроки:

а) к 1 месяцу

б) к 3 месяцам

в) к 6 месяцам

г) к году

Задача 48

Пациент Р., 52 лет направлен на консультацию к офтальмологу невропатологом, к которому он обратился с жалобами на постоянные умеренно выраженные головные боли, периодически возникающее головокружение, «летающие мушки» перед глазами, затуманивание зрения, общую слабость.

При офтальмологическом обследовании: Visus OU=0,8-0,9 н/к, границы поля зрения сужены концентрически с периферии на 10 градусов, по данным компьютерной периметрии – множественные относительные скотомы в пределах 30 градусов от центра. Внутриглазное давление OU=22-23 мм. рт.ст.

Объективно: OU – оптические среды прозрачные, на глазном дне – диск зрительного нерва бледный, увеличен в диаметре, OD=OS, контуры его нечеткие, сливаются с окружающей сетчаткой, физиологическая экскавация отсутствует, артерии не визуализируются, вены расширены, перегибаются по краю диска; макулярная зона в пределах нормы.

Вопросы:

1. Какой диагноз выставите?
2. Что является причиной появления данного симптомокомплекса, при каких заболеваниях он встречается?
3. Какое исследование необходимо провести для подтверждения диагноза и выбора тактики лечения?
4. Кому принадлежит основная роль в лечении данного заболевания?
5. Каков прогноз для пациента?

Задача 49

Пациентка 72 лет, проснувшись утром, заметила, что левый глаз не различает предметы, в связи с чем обратилась в районную поликлинику, к офтальмологу. Накануне она перенесла гипертонический криз с подъемом артериального давления до 180/100 мм.рт.ст.

При обследовании: Visus OD=0,5sph+1.5=0.8, OS=движение руки у лица н/к. На левом глазу поле зрения не определяется, справа – в пределах возрастной нормы. Критическая частота слияния мельканий на OD=35-40 Гц, OS- не определяется.

Объективно: OS – роговица прозрачная, передняя камера – 3,0 мм., равномерная, зрачок мидриаз, на свет реагирует очень слабо, в хрусталике начальные помутнения; на глазном дне – диск зрительного нерва бледный, контуры его нечеткие, на нем единичные геморрагии; артерии нитевидные, местами прерывистые, вены извиты; в макулярной зоне единичные дистрофические очаги.

OD – на глазном дне признаки гипертонического ангиосклероза.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Каковы основные причины данного заболевания?
3. Прогноз для зрения при этой патологии?
4. Тактика лечения?

Основные меры профилактики заболевания?

Задача 50

Молодой человек обратился к офтальмологу с жалобами на быстрое и значительное снижение зрения на оба глаза после физической нагрузки. У врачей не наблюдался, жалоб не предъявлял.

Данные обследования выявили: $\text{visus OD}=0,2\text{н/к}$, $\text{OS}=0,3\text{н/к}$, в поле зрения OU - относительная центральная скотома; порог электрической чувствительности на $\text{OD}=80\text{мкА}$, $\text{OS}=75\text{мкА}$, электрическая лабильность – 28 и 30 Гц соответственно.

Объективно: OU – наблюдался нистагм крайних отведений, конвергенция незначительно ослаблена; оптические среды прозрачные, на глазном дне – диск зрительного нерва слегка гиперемирован, его границы ступеваны; артерии в пределах нормы, вены умеренно расширены; макулярная зона без патологии.

Пациент был направлен на консультацию к невропатологу, который выявил угнетение брюшных рефлексов и расстройства координации.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. На основании каких симптомов Вы его выставили?
3. Какое исследование необходимо провести пациенту для подтверждения диагноза?
4. Тактика лечения?
5. Прогноз заболевания?

Задача 51

Пациент 43 лет обратился к врачу с жалобами на тяжесть, периодически возникающую боль в правой половине головы и периодическое покраснение правого глаза. Последние 2 дня боли носят постоянный характер, появился «туман перед глазами». Из анамнеза выяснилось, что пациент с 35 лет пользуется постоянной коррекцией для дали $\text{sph}+1.5\text{D}$, перенес стресс. При наружном осмотре правого глаза веки отечны, глазная щель незначительно сужена, глаз инъецирован, роговица умеренно отечна, зрачок неправильной формы, шире, чем на левом глазу, на свет реагирует слабо. Передняя камера правого глаза уже, чем левого. Пальпаторно ВГД +++.

Выберите правильные ответы:

1. На основании жалоб и анамнеза можно выставить

предварительный диагноз:

- а. острый иридоциклит
- б. острый приступ закрытоугольной глаукомы*
- в. открытоугольная глаукома с болевым компонентом
- г. невралгия nervus supraorbitalis

2. В постановке диагноза заболевания важными являются следующие симптомы:

- а. характер боли
- б. уровень повышения ВГД*
- в. деформация зрачка
- г. размеры передней камеры глаза, степень повышения ВГД, паралитический мидриаз*

3. Для подтверждения предполагаемого диагноза необходимо провести дополнительные исследования:

- а. биомикроскопию глаза*
- б. офтальмоскопию
- в. тонометрию*
- г. УЗИ – исследование (А-метод)

4. Для данного заболевания характерна

- а. застойная инъекция глаза*
- б. перикорнеальная инъекция
- в. конъюнктивальная инъекция
- г. смешанная инъекция

5. Пусковыми механизмами для развития заболевания являются

- а. ОРВИ
- б. стресс*
- в. физическое перенапряжение*
- г. общая аллергия

6. Лечебная тактика при данном заболевании требует оказания

- 1. неотложных мероприятий в специализированном учреждении
- 2. оказания первой медицинской помощи
- 3. плановой специализированной помощи
- 4. первой медицинской помощи и неотложной специализированной*

7. Дифференциальная диагностика заболевания проводится:

- 1. различными формами глаукомы*
- 2. острым иридоциклитом*
- 3. гнойной язвой роговицы
- 4. невралгией n. ophthalmicus*

Задача 52

На прием к педиатру обратилась мама с ребенком 1,5 лет с жалобами на постоянное попеременное отклонение глаз к носу у ребенка, которое она заметила около 6 месяцев назад.

Объективно: оба глаза спокойные, оптические среды прозрачные, на глазном дне изменений нет. Движения глазных яблок в полном объеме. При попеременном перекрывании ладонью глаз, имеются уста-новочные движения кнаружи. Авторефрактометрия ручным педиатрическим авторефрактометром без медикаментозного паралича аккомодации - гиперметропия (+3,0дптр.), угол косоглазия по Гиршбергу +15-20°. На фоне медикаментозного паралича аккомодации оба глаза – гиперметропия (+5,0дптр.), угол косоглазия по Гиршбергу + 0°.

Остроту зрения по таблице определить не удалось из-за возраста ребенка.

Выберите правильные ответы:

1. На основании имеющихся данных можно поставить диагноз – косоглазие:

а. содружественное сходящееся альтернирующее аккомодационное*

б. содружественное сходящееся монолатеральное неаккомодационное

в. содружественное сходящееся частично-аккомодационное косоглазие

г. эзофория

2. Наличие косоглазия подтверждается:

а. положением светового рефлекса на роговице обоих глаз*

б. пробой с попеременным перекрыванием глаз*

в. определением объема движений глазных яблок

г. наличием аметропии

3. Содружественное косоглазие характеризуется:

а. отсутствием нарушения объема движений глазных яблок*

б. наличием аметропии

в. наличием ограничения подвижности глазных яблок

г. равенством первичного и вторичного угла косоглазия*

4. Медикаментозный паралич аккомодации проводится с целью:

а. определения истинной рефракции*

б. определения аккомодационного компонента косоглазия*

в. подбора оптимальной коррекции*

г. для уточнения угла косоглазия

5. Аккомодационный характер косоглазия подтверждают
- а. полное отсутствие девиации на фоне медикаментозного паралича аккомодации*
 - б. исчезновение девиации на фоне полной оптической коррекции*
 - в. частичное уменьшение девиации на фоне полной оптической коррекции
 - г. сохранение начального положения глаз при оптической коррекции
6. Способы определения угла косоглазия у ребенка 1,5 лет
- а. определение угла косоглазия по Гиршбергу*
 - б. на синаптофоре
 - в. с помощью тангенциальной шкалы и палочки Меддокса
 - г. с помощью призм*
7. Тактика ведения данного пациента
- а. назначение постоянной очковой коррекции*
 - б. очки для дали
 - в. упражнения для глаз
 - г. тренировки на синаптофоре

Задача 53

У пациента 30 лет на фоне тяжело протекающего гриппа три дня назад, появились двоение и отклонение левого глаза кнутри.

Объективно: оба глаза спокойные, оптические среды прозрачные, на глазном дне изменений нет.

Движения глазных яблок: OD - в полном объеме;

OS - глаз отклонен кнутри, угол косоглазия по Гиршбергу равен +10-15°, отмечается ограничение подвижности кнаружи. Вид зрения – монокулярное.

Острота зрения обоих глаз = 1,0

Выберите правильные ответы:

1. На основании имеющихся данных можно поставить диагноз – косоглазие:
 - а. содружественное сходящееся частично-аккомодационное
 - б. содружественное сходящееся монологатеральное косоглазие
 - в. несодружественное сходящееся паретическое косоглазие*
 - г. эзофория некомпенсированная (скрытое сходящееся косоглазие)
2. Для паретического вида косоглазия характерно:
 - а. отсутствие нарушения объема движения глазных яблок
 - б. наличие ограничения подвижности глаза*
 - в. наличие диплопии*
 - г. равенство первичного и вторичного угла косоглазия

3. Для содружественного косоглазия характерно:
- а. отсутствие нарушения объема движения глазных яблок*
 - б. наличие ограничения подвижности глаза
 - в. наличие диплопии
 - г. равенство первичного и вторичного угла косоглазия*
4. На основании имеющихся клинических данных можно предположить поражение черепно-мозгового нерва:
- а. отводящего*
 - б. глазодвигательного
 - в. блокового
 - г. тройничного
5. Для уточнения причины паретического косоглазия необходима консультация:
- а. невролога*
 - б. инфекциониста*
 - в. нейрохирурга
 - г. стоматолога, лор
6. Рекомендуемые офтальмологом лечебные мероприятия в остром периоде вирусного заболевания:
- а. временная окклюзия для устранения диплопии при наличии астенопических жалоб*
 - б. хирургическое лечение косоглазия
 - в. назначение призматической коррекции
 - г. тренировки на синаптофоре
7. Возможные лечебные мероприятия в отдаленном периоде лечения косоглазия:
- а. амплипульс, конвергенцтренажер*
 - б. хирургическое лечение косоглазия*
 - в. назначение призматической коррекции*
 - г. тренировки на синаптофоре*

Задача 54

На прием к офтальмологу обратилась девушка 17 лет с жалобами на расходящееся косоглазие.

При осмотре: ОУ спокойные, оптические среды прозрачные, на глазном дне патологических изменений нет. Движения глазных яблок в полном объеме. При попеременном перекрывании глаз ладонью (ковер - тест), установочных движений нет. Световые рефлексy на роговицах обоих глаз симметрично смещены кнутри (положительный угол гамма).

Острота зрения обоих глаз = 1.0

Вид зрения - бинокулярный

Выберите правильные ответы:

1. На основании имеющихся данных можно поставить диагноз - косоглазие
 - а. мнимое расходящееся *
 - б. содружественное расходящееся альтернирующее косоглазие
 - в. экзофория (скрытое расходящееся косоглазие)
 - г. непостоянное расходящееся косоглазие (эксцесс дивергенции)

2. Более или менее симметричное положение светового рефлекса на роговице обоих глаз возможно при:
 - а. ортофории*
 - б. гетерофории*
 - в. периодическом косоглазии*
 - г. косоглазии с небольшим углом отклонения*

3. Основным клиническим признаком мнимого косоглазия является:
 - а. отсутствие установочных движений при ковер-тесте
 - б. отсутствие нарушения объема движения глазных яблок
 - в. отсутствие диплопии
 - г. наличие бинокулярного зрения*

4. Мнимое косоглазие встречается при:
 - а. гипертеллоризме*
 - б. асимметрии лица*
 - в. наличии эпикантусов*
 - г. наличии большего угла гамма*

5. Способы определения угла гамма:
 - а. с помощью дуги периметра и двух источников света*
 - б. по Гиршбергу*
 - в. с помощью страбометра или миллиметровой линейки*
 - г. на синаптофоре

6. Тактика ведения пациента с мнимым косоглазием:
 - а. тренировки на синаптофоре
 - б. упражнения на тренажерах (домашний аккомодотренер, конвергенцтренер)
 - в. назначение призматической коррекции
 - г. лечение не требуется*

Задача 55

К врачу обратился пациент 60 лет по поводу новообразования н/века

OD. Несколько лет назад вблизи реберного края появилось небольшое уплотнение, которое постепенно, но очень медленно увеличивалось в размере. В последние 1,0-1,5 года оно приобрело вид узла овальной формы, а несколько месяцев назад в центре его появилось западение с периодическим изъязвлением этой зоны, которое покрывалось корочкой (сухой или геморрагической).

Объективно: Vis OU = 1,0 Tn – N

OD. Во внутренней трети н/века имеется проминирующее овальной формы розового цвета образование с широким основанием размерами 4 х3х2 мм. Реберный край века не изменен. Образование имеет достаточно четкие границы, смещается вместе с кожей, в центре – западение с каллезными краями, покрытое геморрагической корочкой. При биомикроскопии видны расширенные сосуды, которые и придают образованию розовый цвет. После снятия корочки обнажилась мокнущая безболезненная поверхность. Регионарные лимфотические узлы не пальпируются. Других изменений со стороны OD нет.

OS – без патологии.

Выберите правильный ответ:

1. Предполагаемый диагноз:

- а. сквамозно-клеточный рак
- б. базально-клеточный рак*
- в. экзематозый дерматит
- г. меланома
- д. кератоакантома

2. Для данной патологии характерны:

- а. длительность анамнеза*
- б. быстрое течение
- в. каллезные края*
- г. смещение вместе с окружающей кожей*
- д. нечеткость границ

3. Диагноз может быть подтвержден:

- а. биомикроскопической картиной*
- б. R-исследованием
- в. радиоиндикацией с фосфором*
- г. ультразвуковым исследованием
- д. гистологическим исследованием*

4. Учитывая размеры и локализацию опухоли предпочтительны:

- а. брахиотерапия*
- б. хирургическое иссечение
- в. криодеструкция*
- г. фотодинамическая терапия

Задача 56

Мать обратилась к врачу по поводу новообразования в/века правого глаза девочки 2-х лет. С рождения у девочки было замечено красное пятно на веке, которое стало быстро увеличиваться, особенно в первые 6 месяцев. Одновременно мать отметила уплотнение и утолщение в/века, сужение глазной щели справа. Так как косметический дефект продолжал увеличиваться, мать обратилась к окулисту. Травм и воспалений в анамнезе нет.

Объективно: Ориентировочная острота зрения OD=0,1 OS=0,2-0,3

OD. На в/веке имеется подкожное образование синеватого цвета в виде нескольких узлов с нечеткими границами эластичной консистенции при пальпации. Веко утолщено, реберный край доходит до середины роговицы. Пальпация века безболезненная. Пальпебральная конъюнктура отечная, шероховатая. Положение глаза правильное, движения в полном объеме, репозиция свободная. На КТ данных за наличие + ткани в орбите, изменений костных стенок нет. Других изменений не выявлено.

OS. Без патологии.

Выберите правильный ответ:

1. Сосудистую природу опухоли подтверждают:

- а. клиническая картина
- б. врожденный характер (красное пятно с рождения)
- в. отсутствие травм и воспалений в анамнезе
- г. все перечисленное*

2. Клиническая картина и анамнез характерны для гемангиомы:

- а. капиллярной*
- б. кавернозной
- в. смешанной
- г. рацемозной

3. Для данной гемангиомы характерны:

- а. врожденный характер (красное пятно с рождения)*
- б. скорость развития процесса в первые месяцы жизни*
- в. возможность распространения на костные и мягкие ткани орбиты
- г. высокая частота полной регрессии опухоли к 7 годам*

4. Локализацию процесса только в пределах века подтверждают:

- а. изменение века
- б. подвижность глаза и его положительная репозиция
- в. данные КТ
- г. все перечисленное*

5. О распространении процесса в орбиту свидетельствуют:

- а. экзофтальм*
- б. вовлечение в процесс глаза
- в. данные КТ*
- г. отрицательная репозиция*

6. Выберите тактику врача:

- а. криодеструкция
- б. погружная или поэтапная погружная диатермокоагуляция*
- в. локальное введение кортикостероидов
- г. R-терапия + кортикостероиды

Задача 57

Пациентка 16 лет обратилась по поводу светло-коричневого пятна на левом глазу. Со слов матери, пятно появилось в раннем возрасте. В 12-13 лет оно несколько изменилось в цвете – из светло-желтого стало светло-коричневым. Размеры его увеличивались соответственно росту глаза.

Объективно: Vis OU = 1.0 Tn OD = 17 OS = 18мм.рт.ст.

OS. На конъюнктиве глаза вблизи лимба имеется светло-коричневое плоское образование размерами 2-3мм. При биомикроскопии – границы образования четкие, поверхность слегка шероховатая за счет маленьких светлых кист, хорошо, просматривается сосудистая сеть. Других изменений не выявлено.

OD. Без патологии.

Выберите правильный ответ:

1. Предполагаемый диагноз:

- а. стационарный невус*
- б. прогрессирующий невус
- в. беспигментная меланома
- г. первичный приобретенный меланоз

2. Симптомы и данные анамнеза, подтверждающие Ваш диагноз:

- а. локализация и динамика процесса*
- б. время появления*
- в. цвет образования
- г. четкие границы*
- д. все перечисленное

3. Для выбранного диагноза наиболее характерно время возникновения:

- а. любой возраст
- б. маленькие дети*
- в. средний возраст
- г. врожденное образование

4. Признаки прогрессирования процесса:

- а. изменение окраски
- б. усиление васкуляризации
- в. нечеткость границ
- г. распыление пигмента
- д. все перечисленное*

5. Тактика врача в данном случае:

- а. хирургическое иссечение
- б. динамическое наблюдение*
- в. брахитерапия
- г. локальная химиотерапия митомицином С

Задача 58

Пострадавший Л., 33 года, поступил в клинику по поводу закрытой черепно-мозговой травмы, сотрясения головного мозга, перелома нижней и медиальной стенки левой орбиты.

Офтальмологический статус: отек век 1 степени, хемоз 2 степени, энофтальм слева - 4 мм, гипофтальм (вертикальная дистопия) слева - 6 мм, ограничение подвижности левого глазного яблока при взгляде влево и вверх, постоянная диплопия при взгляде прямо, гемофтальм слева, данных за повреждение глазного яблока не выявлено, острота зрения OD = OS = 1,0.

На КТ определяется перелом нижней и медиальной стенок левой орбиты со смещением костных фрагментов. Пациент консультирован неврологом, назначена симптоматическая терапия по поводу закрытой черепно-мозговой травмы, сотрясения головного мозга.

Выберите правильные ответы:

1. Реконструкцию медиальной и нижней стенок орбиты в данном случае необходимо выполнить в течение

- а. 3 суток
- б. 14 суток*
- в. 3 недель
- г. 1 месяца

2. Показаниями для проведения реконструкции являются

- а. энофтальм 4 мм*
- б. постоянная диплопия при взгляде прямо*
- в. ограничение подвижности глазного яблока*
- г. инферомедиальный перелом*

3. Для реконструкции наиболее целесообразно использование доступов

- а. чрезкожных - субцилиарных
 - б. трансконъюнктивальных - нижнего и медиального
 - в. эндоскопического эндоназального с трансантральной ревизией*
 - г. эндоскопического трансантрального
4. Сроки балонной иммобилизации при реконструкции стенок орбиты
- а. 5 суток
 - б. 7 суток
 - в. 14 суток*
 - г. 21 день
5. К возможным осложнениям, требующим проведения экстренных мероприятий, относятся
- а. эмфизема орбиты 3-4 степени*
 - б. парестезия в области иннервации n.infraorbitalis
 - в. исчезновение предметного зрения после реконструкции*
 - г. орбитальный абсцесс*

Примеры экзаменационных билетов для собеседования

Билет

1. Виды хирургических вмешательств при глаукоме.
2. Перечислите клинические признаки воспаления роговицы.
3. Больная Р., 65 лет. В анамнезе контузионная травма правого глаза. Операция: удаление подвывихнутого мутного хрусталика с имплантацией ИОЛ. Послеоперационные осложнения: гемофтальм, отслойка сетчатки, по поводу которых проведены множественные оперативные вмешательства (цирклиж, криопексия, витрэктомия, введение перфторорганических соединений (ПФОС) и эндолазеркоагуляция, удаление ПФОС и введение силикона). Больная получала инстилляции дексаметазона и периодически парабульбарнодипроспан. Через 2 года после последней операции обратилась с жалобами на ухудшение зрения на левом глазу. Объективно: OD (травмированный глаз) – картина хронического вялотекущего увеита, острота зрения – неправильная светопроекция. OS – небольшая перикорнеальная инъекция глазного яблока, на эндотелии множество преципитатов нижнем сегменте роговицы, радужка отечна с единичными новообразованными сосудами; фибрин на капсуле хрусталика; в стекловидном теле плавающие помутнения. Глазное дно (OS) – ДЗН гиперемирован, границы смазаны, вены расширены, в макулярной области отек, по периферии мелкие хориоретинальные очажки Далена-Фукса. Острота зрения – 0,2 н/к.

Инструкция: «Выберите один правильный ответ»

Наиболее вероятный диагноз (OS) в данном случае:

- А. Грануломатозный увеит;
- Б. Симпатическая офтальмия;
- В. Подострый приступ закрытоугольной глаукомы;
- Г. Эндокринная офтальмопатия;
- Д. Меланома хориоидеи.

Ответ: Б

Наиболее эффективный метод лечения в данном случае:

- А. Системное назначение кортикостероидов;
- Б. Энуклеация левого глаза;
- В. Энуклеация правого глаза;
- Г. Применение цитостатиков;
- Д. Внутривенное введение антибиотиков широкого спектра действия.

Ответ: В

Очаги Далена-Фукса представляют собой:

- А. Дистрофические очаги;
- Б. Очаги пигментации;
- В. Отек сетчатки;
- Г. Гранулемы, расположенные между мембраной Бруха и пигментным эпителием;
- Д. Друзы.

Ответ: Г.

IV. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ВЫПУСКНИКА

4.1. Критерии оценки при междисциплинарном тестировании:

Отлично – правильных ответов 90-100%.

Хорошо – правильных ответов 80-89%.

Удовлетворительно – правильных ответов 70-79%.

Неудовлетворительно – правильных ответов 69% и менее.

4.2. Критерии оценки ответов обучающихся при собеседовании:

Характеристика ответа	Оценка
-----------------------	--------

<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно- следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося.</p>	<p>Отлично</p>
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя.</p>	<p>Хорошо</p>
<p>Характеристика ответа</p>	<p>Оценка</p>
<p>к максимальному</p>	
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p>	<p>Удовлетворительно</p>

<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.</p>	<p>Неудовлетворительно</p>
---	----------------------------

V. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Астахов Ю.С., Даль Н.Ю. Офтальмоскопия, 2011.
2. Кански Дж. Клиническая офтальмология. Систематизированный подход. 2010.
3. Национальное руководство по глаукоме. / Под ред. Егоров Е.А., Астахова Ю.С., Щуко А.Г. ГЭОТАР, 2008.
4. Никифоров А.С., Гусева М.Р. Нейроофтальмология: руководство. Гэотар-медиа, 2008.
5. Офтальмология: Национальное руководство. Под ред. С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетовой, В.В. Нероева, Х.П. Тахчиди. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 944 с.
6. Офтальмология: Национальное руководство. Краткое издание. Под ред. С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетовой, В.В. Нероева, Х.П. Тахчиди. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 736 с.
7. Сергиенко В.И. и др. Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи. Гэотар-медиа. 2010.
8. Чарльз С., Кальсада Х., Самойлов А.Н. Микрохирургия стекловидного тела и сетчатки. 2012.

Дополнительная:

1. Офтальмология. Учебник для ВУЗов/ ред. проф. Е.И.Сидоренко – ГЭОТАР-МЕД, 2003.
2. Клинический атлас Травмы глаза. Гундорова Р.А. Кашников В.В. Нероев; Новосибирск С.О. РАМН, 2005.
3. Аветисов С.Э., Мамиконян В.В..Кераторефракционная хирургия. – М.,

Полигран, 1993.

4. Аветисов Э.С. Близорукость, изд. второе. – М., «Медицина», 2002.
5. Аветисов Э.С., Розенблюм Ю.З. Оптическая коррекция зрения. – М., 1981.
6. Астахов Ю.С. и др. Глазные болезни. СПб., 2004.
7. Атлас глазных болезней / под редакцией Н.А.Пучковской/, – М., 1981.
8. Балашевич Л.И. Глазные проявления диабета. – СПб., 2004.
9. Балашевич Л.И. Рефракционная хирургия. – СПб, МАПО, 2000.
10. Близорукость, нарушения рефракции, материалы международного симпозиума. М., 2001.
11. Бровкина А.Ф. Руководство по офтальмоонкологии. – М., 2001.
12. Бровкина А.Ф., Пачес А.И. Болезни орбиты. – М., 1995.
13. Ванштейн Е.С. Основы рентгенодиагностики в офтальмологии. – М., 1967.
14. Волков В.В. Глаукома при псевдонормальном давлении. – М., 2001.
15. Воробьев А.А. и др. Клиническая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи. Элби, 2008.
16. Глазные болезни / под редакцией В. Г. Копаевой/, – М., 2003.
17. Гундорова Р.А. Кашников В.В. Повреждения глаз в чрезвычайных ситуациях. – М., 2002.
18. Гундорова Р.А., Малаев А.А., Южаков А.М.. Травмы глаза. – М., Медицина, 1986.
19. Гундорова Р.А., Нероев В.В., Антонюк С.В..Факоэмульсификация травматических катаракт. – М., 2003.
20. Густов А.В. и др. Практическая нейроофтальмология. Н.Новгород, 2000.
21. Дедов И.И. и др. Сахарный диабет: ретинопатия, нефропатия. – М., 2001.
22. Джалиашвили О.А. и др. Первая помощь при заболеваниях и повреждениях глаз. – СПб., 1999.
23. Захаров В.Д.. Витреоретинальная хирургия. – М., 2003.
24. Зиангирова Г.Г. и др. Опухоли сосудистого тракта глаза. М., 2003.
25. Катаргина Л.А. Архипова Л.Т. Увеиты. – М., 2004.
26. Кацнельсон Л.А, Танковский В.Э. Увеиты. – М., 1994.
27. Кацнельсон Л.А. Форофонова Т.И. Бунин А.Я. Сосудистые заболевания глаза. – М., 1990.
28. Киваев А.А. Шапиро Е.И. Контактная коррекция зрения. – М., 2000.
29. Клиника, диагностика и лечение офтальмохламидиоза для врачей. – М., 2004.
30. Клиническая физиология зрения. / под редакцией А. М. Шамшиновой, А.А.Яковлева, Е.В.Романовой, – М., 2002.
31. Клинический атлас патологии глазного дна / под редакцией Лысенко В.С. Канцельсон Л.А. / – М.: ГЭОТАР, 2004 г.
32. Коровенков Р.И. Глазные симптомы, синдромы, болезни (справочник). СПб., 1999.
33. Куренков В.В. Руководство по эксимерлазерной хирургии роговицы. – М,

изд-во РАМН, 2002. – 400 с.

34. Лойт А.А., Каюков А.В. Хирургическая анатомия головы и шеи, Медпресс, 2006.
35. Майчук Ю.Ф. «Паразитарные заболевания глаз», – М., 1988.
36. Майчук Ю.Ф. Вирусные заболевания глаз. – М., 1981.
37. Махачева З.А. и др. СПИД и глаз. Махачкала, 2001.
38. Морозов В.И. Яковлев А.А. «Фармакотерапия глазных болезней» справочник. – М, 2001.
39. Наследственные и врожденные заболевания сетчатки и зрительного нерва / под редакцией Шамшиновой А.М., – М., Медицина, 2001.
40. Нестеров А.П. Глаукома. – М., 1995.
41. Петров С.Ю. Анатомия глаза и его придаточного аппарата, – М., 2003.
42. Пучковская Н.А. и др. Ожоги глаз. – М., 2001.
43. Рабкин Е.Б.. Полихроматические таблицы. Минск, 1998.
44. Работа офтальмолога в условиях чрезвычайных ситуаций. Пособие для врачей. Сост.: Гундорова с соавт., – М., 2000. – 8 с.
45. Рациональная фармакотерапия в офтальмологии, руководство для врачей /под редакцией Е.А. Егорова/ – М., из. Литтерра 2004.
46. Розенблюм Ю.З. с соавт. Компьютер и орган зрения. – М., 1999.
47. Розенблюм Ю.З..Оптометрия. 1996.
48. Сёмина Е.А.. Синдром ретробульбарного неврита. – М.: Издат., 1994.
49. Слонимский Ю.Б., Герасимов А.С.. Рефракционная сквозная пересадка роговицы. Хирургия кератоконуса. Расчётные таблицы. – М., Новелла, 1992.
50. Сомов Е.Е. Клиническая анатомия органа зрения. – М., 2005.
51. Степанов А.В. и др. Контузия глаза. – СПб., 2005.
52. Танковский В.Э. «Тромбозы вен сетчатки», – М., 2000.
53. Тарасова Л.Н. и др. «Глазной ишемический синдром», – М., 2003.
54. Трон Е.Ж. Заболевания зрительного пути. – М., 1965.
55. Федоров С.Н. и др. Глазные болезни, учебник, – М., 2000.
56. Флюоресцентная ангиография в диагностике, патологии глазного дна /под редакцией Нероева В.В., Рябиной М.В., – М., 2005.
57. Фридман Ф.Е. с соавт. Ультразвук в офтальмологии. – М., 1989.
58. Хирургическое лечение кератоконуса. Методические рекомендации. Сост.: Батманов Ю.Е. Слонимский А.Ю., – М., 2004. – 13 с.
59. Ченцова О.Б. Туберкулёз глаз. – М., Медицина, 1990. – 256 с.
60. Шамшинова А.М., Волков В.В. Функциональные методы исследования в офтальмологии. – М., Медицина, 1998.
61. Шульпина Н.Б. Биомикроскопия глаза. –М., 1974.

Информационные ресурсы, программное обеспечение и профессиональные базы данных:

Windows ОС (Windows 10 Pro)
LibreOffice

MS Office 2013

1С: Университет ПРОФ. Ред.2.2

Консультант врача. Электронная медицинская библиотека

КИС ЕМИАС

МИС Медиалог

Парус Бюджет 8 (СКУУ ЕМИАС)

ПО "Интеллект"

Kaspersky Anti-Virus Suite

- <http://www.medline.ru/>

- <http://www.medlinks.ru/>

- <http://www.rosminzdrav.ru/>

- <http://minzdrav.donland.ru/>

- <http://www.who.int/ru/>

- <http://www.edu.ru/>

- <http://school-collection.edu.ru/>

<http://freemedicaljournals.com>

- <http://www.freebooks4doctors.com>

- <http://health.ebsco.com/dynamed-content/ebola>