

1. Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине/модулю, практике Офтальмология

(наименование дисциплины)

по специальности 31.08.59 Офтальмология

(шифр, наименование)

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1.	1.Анатомия и физиология органа зрения, методы исследования в офтальмологии 2. Патология придаточного аппарата глаза 3. Патология роговицы и сосудистой оболочки глаза 4. Патология хрусталика, глаукома 5. Патология сетчатки, стекловидного тела 6. Патология зрительного нерва 7. Патология орбиты 8. Травмы органа зрения 9. Геронтология и гериатрия	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Знать: - основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения; - общие вопросы организации офтальмологической помощи в стране, работу больнично-поликлинических учреждений, организацию работы скорой и неотложной помощи; - причины и механизмы развития болезней, сущность функциональных и морфологических процессов и их клинические проявления при заболеваниях органа зрения у пациентов различных возрастных групп; - основы фармакотерапии глазных болезней, фармакодинамику и фармакинетику основных групп лекарственных средств, осложнения лекарственной терапии и их коррекцию; - основы иммунологии и реактивности организма и клинической генетики; - основы немедикаментозной терапии: физиотерапии и санаторно-курортного лечения; - основы рационального питания здоровых и больных; - противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции; - МСЭ при глазных болезнях;	Тесты Сит. задачи	300 50

			<ul style="list-style-type: none"> - диспансерное наблюдение за здоровыми и больными; - формы и методы санитарно-просветительной работы; - особенности течения, диагностики и лечения заболеваний органа зрения в пожилом и старческом возрасте. - симптоматиологию заболеваний органа зрения; - дифференциально-диагностическую значимость основных симптомов и синдромов - современную классификацию болезней и причин смерти; - диагностическую значимость (в том числе специфичность, чувствительность) результатов дополнительных методов исследования; - правила оформления клинического диагноза; - этиологию, патогенез, патофизиологию, клиническую картину, ближайший и отдаленный прогноз заболеваний (воспалительных, аллергических, метаболических, дегенеративных, опухолевых, токсических) органа зрения а также основных инфекционных заболеваний; - фармакодинамику и фармакокинетику лекарств, показания и противопоказания, признаки терапевтического и побочного действия, взаимодействие лекарств в организме; - методы и принципы начального и поддерживающего лечения и комбинированной фармакотерапии, оценку пользы и риска при применении лекарств; - возможности неотложной клинической диагностики острых осложнений заболеваний органа зрения, включая пограничные ситуации хирургического, неврологического, инфекционного, интоксикационного профиля; 		
--	--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - физиологические, биохимические, морфологические основы неотложных состояний; - методы специфического (причинной) и неспецифического физического медикаментозного лечения неотложных состояний, возможности и направления первой врачебной помощи; - методы предупреждения осложнений и неотложных состояний при хронических заболеваниях. - формы и методы санитарно-просветительной работы. <p style="text-align: center;">Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - провести всестороннее клиническое обследование больного, и на этом основании определить: предварительный диагноз, тяжесть состояния, неотложные мероприятия, план дополнительного обследования, в том числе консультации других специалистов, лабораторные и инструментальные исследования, избегая необоснованных и опасных, показания и сроки госпитализации, трудоспособность; - верифицировать и/или уточнить направленный диагноз у больных, поступивших в стационар или на прием в поликлинику; - использовать деонтологические навыки в целях установления положительного психологического контакта с больными; - определить тактику ведения больного в зависимости от характера и тяжести заболевания: только наблюдение, начальная терапия на первые 24 часа, неотложная терапия острого состояния, приглашение других специалистов, госпитализация или перемещение больного в другое отделение. 		
--	--	---	--	--

			<p><i>квалифицированно осуществлять:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - эффективное и безопасное лечение больных, в том числе постоянное самостоятельное лечение и наблюдение хронических больных, а также первичную и вторичную профилактику болезней; - плановое комплексное лечение больных, используя режим, диету, физиотерапию, медикаменты, и осуществлять динамический контроль за состоянием больного, эффективностью и переносимостью назначенного лечения, и при необходимости проводить его коррекцию (изменение дозы и способа введения медикаментов, замена последних). <p><i>осуществлять диагностику и квалификационную врачебную помощь при неотложных состояниях в стационарных и амбулаторных условиях, в том числе:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - клинически идентифицировать вид и степень тяжести неотложного состояния; - определить тактику ведения больного: самостоятельное оказание врачебной помощи в полном объеме; начать лечение и вызвать на консультацию соответствующего врача-специалиста; - провести в случае необходимости непрямой массаж сердца и искусственное дыхание, инфузионную терапию; - провести экстренную медикаментозную терапию по показаниям (антибиотики, анальгетики, вазопрессоры, бронхолитики, гормональные препараты, антитоксические препараты при отравлениях, гемостатические и др.); 		
--	--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - профилактику аспирации, пролежней, травм, интеркуррентных инфекций; - динамическое наблюдение за состоянием жизненно важных функций организма; - оценить состояние и выделить ведущие синдромы у больных (пострадавших), находящихся в терминальном и тяжелом состоянии; - оказывать неотложную помощь при остром приступе глаукомы; - оказывать первую помощь при открытой травме глаза, при различных видах ожогов органа зрения (термических, химических); - извлечение поверхностных инородных тел (конъюнктивы, роговицы); - выполнять операции по удалению глазного яблока (энуклеация, эвисцерация); - проводить санитарно-просветительную работу среди населения; - оформить медицинскую документацию. <p style="text-align: center;">Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками проведения осмотра глаза и придатков, исследованием в боковом и проходящем свете, биомикроскопией, офтальмоскопией, экзофтальмометрией, гониоскопией, офтальмотонометрией, тонографией, проведением исследования центрального, периферического, цветового и бинокулярного зрения, определением рефракции субъективными и объективными методами, определением показаний и сроков госпитализации, трудоспособности; 		
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - верификацией и/или уточнением направленного диагноза у больных, поступивших в стационар или на прием в поликлинику; - навыками оформления необходимой медицинской документации; - использованием деонтологических навыков в целях установления положительного психологического контакта с больными; - навыками определения тактики ведения больного в зависимости от характера и тяжести заболевания: только наблюдение, начальная терапия на первые 24 часа, неотложная терапия острого состояния, приглашение других специалистов, госпитализация или перемещение больного в другое отделение; - эффективным и безопасным лечением больных, в том числе постоянным самостоятельным лечением и наблюдением хронических больных, а также первичной и вторичной профилактикой болезней; - плановым комплексным лечением больных, осуществлением динамического контроля за состоянием больного, эффективностью и переносимостью назначенного лечения, и при необходимости проводить его коррекцию (изменение дозы и способа введения медикаментов, замена последних); - клинической идентификацией вида и степени тяжести неотложного состояния в офтальмологии; - навыками оказания неотложной помощи при остром приступе глаукомы - навыками оказания первой помощи при открытой травме глаза, при различных видах ожогов (термических, химических) 		
--	--	--	---	--	--

			<p>- владеть техникой извлечения поверхностных инородных тел (конъюнктивы, роговицы)</p> <p>- выполнением операций по удалению глаза (энуклеация, эвисцерация)</p> <p>- оценкой состояния больного перед операцией, проведением премедикации</p>		
--	--	--	--	--	--

2. ФОРМАТ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Специальность 31.08.59 Офтальмология

2.1 ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ.

Тестовые задания		Код компетенции
001	САМОЙ ТОНКОЙ СТЕНКОЙ ОРБИТЫ ЯВЛЯЕТСЯ	УК-1 УК-2
А	внутренняя	УК-3 ПК-1
Б	наружная	ПК-2
В	верхняя	ПК-3
Г	нижняя	ПК-4
		ПК-5
002	ВЕРХНЯЯ ГЛАЗНИЧНАЯ ЩЕЛЬ СОЕДИНЯЕТ ГЛАЗНИЦУ С	ПК-6
А	средней черепной ямкой	ПК-7
Б	задней черепной ямкой	ПК-8
В	передней черепной ямкой	ПК-9 ПК-10
Г	с дном третьего желудочка	ПК-11 ПК-12
003	КАНАЛ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА СЛУЖИТ ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ	
А	глазной артерии	
Б	блокового нерва	
В	глазодвигательного нерва	
Г	верхней глазной вены	
004	СЛЕЗООТВОДЯЩИЙ АППАРАТ ГЛАЗА НЕ ВКЛЮЧАЕТ	
А	слезную железу	
Б	слезное озеро	
В	слезные точки	
Г	носослезный проток	
005	МЫШЦЕЙ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕЙ СМЫКАНИЕ ВЕК, ЯВЛЯЕТСЯ	
А	круговая мышца глаза	
Б	леватор верхнего века	
В	леватор нижнего века	
Г	ресничная мышца	
006	БОУМЕНОВА МЕМБРАНА РАСПОЛОЖЕНА МЕЖДУ	
А	эпителием роговицы и стромой	
Б	эписклерой и собственным веществом склеры	

В	стромой и эндотелием роговицы	
Г	стромой и десцеметовой мембраной	
007	ВНУТРЕННИМ СЛОЕМ СКЛЕРЫ ЯВЛЯЕТСЯ	
А	бурая пластинка	
Б	строма	
В	эпителий	
Г	эписклера	
008	БОЛЬШОЙ АРТЕРИАЛЬНЫЙ КРУГ РАДУЖКИ РАСПОЛОЖЕН	
А	у корня радужки	
Б	в строме	
В	у края зрачка	
Г	в мышцах радужки	
009	ОСНОВНОЙ ФУНКЦИЕЙ РЕСНИЧНОЙ МЫШЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ	
А	аккомодация	
Б	секреция камерой влаги	
В	конвергенция	
Г	питание радужки	
010	НАРУЖНОЙ ПОРЦИЕЙ ЦИЛИАРНОЙ МЫШЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ	
А	продольная	
Б	радиальная	
В	циркулярная	
Г	наружная пограничная	
011	ВНУТРИГЛАЗНАЯ ЖИДКОСТЬ ПРОДУЦИРУЕТСЯ	
А	цилиарным телом	
Б	радужкой	
В	структурами угла передней камеры	
Г	слезными железами	
012	ПУТЬ ОТТОКА ВНУТРИГЛАЗНОЙ ЖИДКОСТИ ЧЕРЕЗ НАРУЖНУЮ СТЕНКУ УГЛА ПЕРЕДНЕЙ КАМЕРЫ НАЗЫВАЕТСЯ	
А	передним	
Б	задним	
В	боковым	
Г	увеасклеральным	
013	ХОРИОИДЕЯ ОБРАЗОВАНА	
А	задними короткими цилиарными артериями	
Б	задними длинными цилиарными артериями	
В	передними ресничными артериями	
Г	центральной артерией сетчатки	
014	ХОРИОИДЕЯ ПИТАЕТ	
А	наружные слои сетчатки	
Б	все слои сетчатки	
В	склеру	
Г	внутренние слои сетчатки	

015 ВТОРОЙ НЕЙРОН ЗРИТЕЛЬНОГО ПУТИ РАСПОЛОЖЕН В
СЛОЕ

- А внутреннем ядерном
- Б внутреннем сетчатом
- В наружном ядерном
- Г наружном сетчатом

016 ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ЦЕНТРОМ СЕТЧАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А центральная ямка
- Б диск зрительного нерва
- В зубчатая линия
- Г юкстапапиллярная зона

017 ОСНОВНОЙ ФУНКЦИЕЙ СЕТЧАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А световоспринимающая
- Б светопреломляющая
- В защитная
- Г светопроводящая

018 ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБЧАТОЙ ЛИНИИ СООТВЕТСТВУЕТ

- А месту прикрепления прямых мышц
- Б зоне проекции трабекулы
- В переходу радужки в ресничное тело
- Г месту выхода зрительного нерва

019 СВЯЗЬ ХРУСТАЛИКА СО СТЕКЛОВИДНЫМ ТЕЛОМ
ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

- А связкой Вигера
- Б тарзоорбитальной фасцией
- В Цинновой связкой
- Г зубчатой линией

020 ХРУСТАЛИКОВОЕ ВОЛОКНО СИНТЕЗИРУЕТСЯ

- А клетками эпителия
- Б задней капсулой
- В ядром хрусталика
- Г корой хрусталика

021 ЗРИТЕЛЬНЫЙ НЕРВ ПОКРЫТ ОБОЛОЧКАМИ МОЗГА,
НАЧИНАЯ С _____ ОТДЕЛА

- А орбитального
- Б внутриглазного
- В интраканального
- Г внутричерепного

022 КОРКОВЫЙ ЦЕНТР ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА
НАХОДИТСЯ В _____ ДОЛЕ МОЗГА

- А затылочной
- Б височной
- В лобной
- Г теменной

023	ЗРИТЕЛЬНЫЕ ТРАКТЫ ОКОНЧИВАЮТСЯ В	
А	латеральных коленчатых телах	
Б	пучке Грациоле	
В	корковом зрительном центре	
Г	хиазме	
024	БЛОКОВОЙ НЕРВ ИННЕРВИРУЕТ _____ МЫШЦУ	
А	верхнюю косую	
Б	нижнюю косую	
В	верхнюю прямую	
Г	внутреннюю прямую	
025	АРТЕРИАЛЬНЫЙ КРУГ ГАЛЛЕРА-ЦИННА ОБРАЗОВАН _____ АРТЕРИЯМИ	
А	задними короткими ресничными	
Б	задними длинными ресничными	
В	передними ресничными	
Г	центральной артерией сетчатки	
026	ОСНОВНЫМ ПРЕЛОМЛЯЮЩИМ ЭЛЕМЕНТОМ ОПТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ГЛАЗА ЯВЛЯЕТСЯ	
А	роговица	
Б	радужка	
В	сетчатка	
Г	стекловидное тело	
027	1,0 ДИОПТРИЯ СООТВЕТСТВУЕТ ПРЕЛОМЛЯЮЩЕЙ СИЛЕ ЛИНЗЫ С ФОКУСНЫМ РАССТОЯНИЕМ	
А	1 метр	
Б	50 см	
В	2 метра	
Г	100 м	
028	ОПТИЧЕСКОЙ ОСЬЮ НАЗЫВАЮТ ЛИНИЮ, СОЕДИНЯЮЩУЮ	
А	узловую точку с центром роговицы и задним полюсом глаза	
Б	узловую точку с центром роговицы	
В	главные фокусы оптической системы глаза	
Г	узловую точку с центральной ямкой желтого пятна	
029	КЛИНИЧЕСКАЯ РЕФРАКЦИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ	
А	преломляющую способность глаза в соотношении с длиной оси	
Б	преломляющую способность глаза в покое аккомодации	
В	расстояние между главной и задней фокусными точками	
Г	преломляющую способность глаза при напряжении аккомодации	
030	ГЛАЗ ЭММЕТРОПА ПРИСПОСОБЛЕН К ВОСПРИЯТИЮ	
А	лучей, идущих из бесконечности	
Б	расходящихся лучей	
В	сходящихся лучей	
Г	лучей, собранных с помощью оптических стекол	
031	ГЛАВНЫЙ ЗАДНИЙ ФОКУС ПРИ МИОПИИ РАСПОЛОЖЕН	

- А перед сетчаткой
- Б на сетчатке
- В за сетчаткой
- Г перед роговицей

032 ГЛАВНЫЙ ЗАДНИЙ ФОКУС ПРИ ГИПЕРМЕТРОПИИ РАСПОЛОЖЕН

- А за сетчаткой
- Б на сетчатке
- В перед сетчаткой
- Г в бесконечности

033 СКРЫТОЙ ГИПЕРМЕТРОПИЕЙ НАЗЫВАЮТ ЧАСТЬ АМЕТРОПИИ,

- А полностью компенсированную аккомодацией
- Б частично компенсированную аккомодацией
- В определяемую с помощью оптических стекол
- Г определяемую в пресбиопическом возрасте

034 ПРОЯВЛЕНИЕМ НЕКОРРИГИРОВАННОЙ ДАЛЬНОЗОРКОСТИ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ

- А аккомодативная астигмения
- Б паралич аккомодации
- В горизонтальный нистагм
- Г расходящееся содружественное косоглазие

035 ДАЛЬНЕЙШЕЙ ТОЧКОЙ ЯСНОГО ЗРЕНИЯ НАЗЫВАЮТ ТОЧКУ, КОТОРУЮ ЧЕЛОВЕК ЯСНО ВИДИТ

- А в покое аккомодации
- Б при максимальном напряжении аккомодации
- В с очковой коррекцией
- Г с контактной коррекцией

036 СИЛА ОЧКОВ ДЛЯ ЧТЕНИЯ ПРИ МИОПИИ В 2 ДИОПТРИИ В ВОЗРАСТЕ 60 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____Д

- А +1,0
- Б +3,0
- В 0,0
- Г -2,0

037 ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРМЕТРОПИИ ВЫШЕ 6 ДИОПТРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- А интраокулярная коррекция
- Б лазерная коррекция
- В очковая коррекция
- Г контактная коррекция

038 ОДНИМ ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ БЛИЗОРУКОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А спазм аккомодации
- Б слабость аккомодации
- В врожденная глаукома

Г	врожденная катаракта	
039	ОДНИМ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ МИОПИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ	
А	отслойка сетчатки	
Б	закрытоугольная глаукома	
В	аккомодативная астигматизация	
Г	иридоциклит	
040	ДАЛЬНЕЙШАЯ ТОЧКА ЯСНОГО ЗРЕНИЯ ПРИ МИОПИИ СТЕПЕНЬЮ 2,0D РАСПОЛОЖЕНА НА РАССТОЯНИИ _____ ОТ ГЛАЗА	
А	50 см	
Б	2 м	
В	100 см	
Г	20 см	
041	В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЛОЖНОЙ И ИСТИННОЙ МИОПИИ ПОМОГАЮТ	
А	мидриатики	
Б	гипотензивные средства	
В	М-холиномиметики	
Г	В-адреноблокаторы	
042	СОГЛАСНО ТЕОРИИ ГЕЛЬМГОЛЬЦА, ПРИ АККОМОДАЦИИ РЕСНИЧНАЯ МЫШЦА _____, А ЦИННОВЫ СВЯЗКИ _____	
А	сокращается, расслабляются	
Б	сокращается, натягиваются	
В	расслабляется, расслабляются	
Г	расслабляется, натягиваются	
043	ДЛИНОЙ АККОМОДАЦИИ НАЗЫВАЮТ	
А	расстояние между дальнейшей и ближайшей точками ясного зрения	
Б	расстояние до рассматриваемого предмета	
В	передне-задний размер глаза	
Г	фокусное расстояние оптической системы глаза	
044	АБСОЛЮТНЫМ ОБЪЕМОМ АККОМОДАЦИИ НАЗЫВАЮТ	
А	разницу в рефракции глаза в покое аккомодации и при максимальном напряжении	
Б	преломляющую способность глаза при бинокулярной фиксации объекта на расстоянии 33 см	
В	зону ясного зрения для каждого конкретного пациента	
Г	аккомодацию эметропа при фиксации объекта на расстоянии 1 м	
045	ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ РЕФРАКЦИИ СУБЪЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ	

ПРОВЕРКУ НАЧИНАЮТ С СОБИРАЮЩЕГО СТЕКЛА, ПОТОМУ ЧТО

- А рассеивающее стекло может вызывать напряжение аккомодации
- Б с рассеивающим стеклом выше острота зрения пациента
- В так мы можем выявить скрытую дальнозоркость
- Г с собирающим стеклом удобнее работать

046 ПАРАЛИЧ АККОМОДАЦИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- А ухудшением работы вблизи
- Б ухудшением зрения вдаль
- В сужением зрачка
- Г приближением ближайшей точки ясного зрения

047 ПРЕПАРАТОМ, ПРИМЕНЯЮЩИМСЯ ДЛЯ РАССЛАБЛЕНИЯ РЕСНИЧНОЙ МЫШЦЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А тропикамид
- Б пилокарпин
- В травапрост
- Г тимолол

048 АСТИГМАТИЗМОМ НАЗЫВАЕТСЯ

- А оптический дефект зрения
- Б субатрофия глазного яблока
- В врожденная близорукость
- Г врожденное косоглазие

049 ТИП АСТИГМАТИЗМА, ПРИ КОТОРОМ НАИБОЛЕЕ СИЛЬНАЯ РЕФРАКЦИЯ НАХОДИТСЯ В ВЕРТИКАЛЬНОМ МЕРИДИАНЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А прямым
- Б простым
- В сложным
- Г обратным

050 АСТИГМАТИЗМ, ПРИ КОТОРОМ ЭММЕТРОПИЯ В ОДНОМ МЕРИДИАНЕ СОЧЕТАЕТСЯ С АМЕТРОПИЕЙ В ДРУГОМ, НАЗЫВАЕТСЯ

- А простым
- Б прямым
- В обратным
- Г сложным

051 ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВРОЖДЕННОГО АСТИГМАТИЗМА СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- А неправильную форму роговицы
- Б аномальную длину переднезадней оси глаза
- В внутриутробные инфекции
- Г повышенное внутриглазное давление

052 АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К КОРРЕКЦИИ ГИПЕРМЕТРОПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А наличие сходящегося косоглазия

- Б повышение внутриглазного давления
В возраст старше 25 лет
Г наличие расходящегося содружественного косоглазия
- 053 НЕКОРРИГИРОВАННАЯ ГИПЕРМЕТРОПИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ К РАЗВИТИЮ
- А хронического блефароконъюнктивита
Б первичной открытоугольной глаукомы
В ятрогенного астигматизма
Г приобретенной катаракты
- 054 ОРТОКЕРАТОЛОГИЯ ОСНОВАНА НА ИСПОЛЬЗОВАНИИ
- А жестких контактных линз в ночное время
Б мягких контактных линз из силикон-гидрогеля
В жестких контактных линз в постоянном режиме
Г торических очков и линз
- 055 ЛАЗЕРНАЯ ТЕРМОКЕРАТОПЛАСТИКА БЫЛА СОЗДАНА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ
- А дальнозоркости
Б астигматизма
В близорукости
Г пресбиопии
- 056 БИОПТИЧЕСКИЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ АМЕТРОПИЙ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КОМБИНАЦИЮ
- А эксимерлазерной и интраокулярной коррекции
Б хирургического удаления хрусталика с насечками на роговице
В контактной и лазерной коррекции
Г контактной и интраокулярной коррекции
- 057 ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ ПРИ МИОПИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
- А периферическая витреохориоретинальная дегенерация
Б увеличение длины глаза и повышение внутриглазного давления
В центральная хориоретинальная дегенерация
Г кровоизлияние в стекловидное тело
- 058 ФИЗИЧЕСКАЯ РЕФРАКЦИЯ ЭММЕТРОПИЧЕСКОГО ГЛАЗА СОСТАВЛЯЕТ В СРЕДНЕМ ___ ДИОПТРИЙ
- А 60
Б 40
В 19
Г 25
- 059 СКИАСКОПИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ
- А рефракции глаза
Б аккомодации глаза
В внутриглазного давления
Г степени протрузии глазного яблока из орбиты

<p>060 АВТОРЕФРАКТОМЕТРИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ</p> <p>А рефракции глаза Б внутриглазного давления В радиуса кривизны роговицы Г переднезаднего размера глаза</p> <p>061 ИСТИННОЕ ВНУТРИГЛАЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ С ПОМОЩЬЮ</p> <p>А пневмотонометрии Б тонометрии по Маклакову В тонометрии по Боумену Г офтальмодинамометрии</p> <p>062 ПЕРИМЕТРИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ</p> <p>А зрительного пути Б роговицы В конъюнктивы Г сосудистой оболочки глаза</p> <p>063 ГОНИОСКОПИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ</p> <p>А все структуры угла передней камеры, профиль и пигментацию Б состояние трабекулы и Шлеммова канала В состояние сетчатой оболочки глаза Г отток и продукцию внутриглазной жидкости</p> <p>064 МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ГЛАЗА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А офтальмоплетизмография Б электроокулография В электронная тонография Г кератотопография</p> <p>065 АНОМАЛЬНОЕ ВОСПРИЯТИЕ СИНЕГО ЦВЕТА НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>А тританомалией Б дейтераномалией В тританопией Г протаномалией</p> <p>066 ЭЛЕКТРОРЕТИНОГРАФИЯ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ</p> <p>А графическое отображение изменения биоэлектрической активности сетчатки в ответ на световое раздражение Б регистрацию постоянного потенциала при длительной стимуляции сетчатки и использовании различных условий адаптации В оценку функционального состояния и степени сохранности зрительных путей Г регистрацию изменения электрической активности коры в ответ на зрительное раздражение</p> <p>067 БЕССКЕЛЕТНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА ГЛАЗА (ПО ФОГТУ) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ</p>	
--	--

<p>А мелких или неметаллических инородных тел в переднем отрезке глаза</p> <p>Б крупных инородных тел в переднем отделе глазного яблока</p> <p>В мелких инородных тел в заднем отделе глазного яблока</p> <p>Г металлических инородных тел в роговой оболочке глаза</p>	
<p>068 КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОРБИТЫ В ТРЕХ ПРОЕКЦИЯХ СЛУЖИТ ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ</p> <p>А костной глазницы, кальцифицированных образований орбиты, зрительного канала</p> <p>Б кальцифицированных образований орбиты, канала зрительного нерва</p> <p>В мягкотканых образований орбиты, глазодвигательных мышц, ретробульбарной клетчатки</p> <p>Г костной глазницы, кальцифицированных образований орбиты</p>	
<p>069 МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНУЮ ТОМОГРАФИЮ ОРБИТЫ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ВИЗУАЛИЗАЦИИ</p> <p>А мягкотканых поражений орбиты, внутричерепных структур и зрительного нерва</p> <p>Б мягкотканых поражений орбиты, патологии зрительного нерва</p> <p>В любых поражений орбиты, патологии зрительного нерва, сочетанной патологии орбиты и внутричерепных структур</p> <p>Г мягкотканых поражений орбиты, сочетанной патологии орбиты и внутричерепных структур</p>	
<p>070 ФЛЮОРЕСЦЕНТНАЯ АНГИОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ИССЛЕДОВАТЬ СОСУДЫ</p> <p>А сетчатки, радужки, бульбарной конъюнктивы</p> <p>Б сетчатки, радужки, конъюнктивы век и глазного яблока</p> <p>В сетчатки, радужки, бульбарной конъюнктивы и хориоидеи</p> <p>Г кожи век, сетчатки, радужки и бульбарной конъюнктивы</p>	
<p>071 ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ОТОБРАЖАТЬ СТРУКТУРУ</p> <p>А биологических тканей организма в поперечном срезе с высоким уровнем разрешения</p> <p>Б биологических тканей организма на клеточном уровне с высоким уровнем разрешения</p> <p>В биологических тканей организма в поперечном срезе с низким уровнем разрешения</p> <p>Г костных тканей организма в поперечном срезе с высоким уровнем разрешения</p>	
<p>072 ВЕЛИЧИНА УГЛА ЗРЕНИЯ ПРИ ОСТРОТЕ ЗРЕНИЯ ВЫШЕ 1,0</p> <p>А меньше 1 минуты</p> <p>Б равна 1 минуте</p> <p>В больше 1 минуты</p> <p>Г равна 1 градусу</p>	
<p>073 В ТАБЛИЦЕ ГОЛОВИНА-СИВЦЕВА ОПТОТИП ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОД УГЛОМ ЗРЕНИЯ</p>	

- А 5 минут
- Б 1 минута
- В 1 градус
- Г 5 градусов

074 ОСТРОТА ЗРЕНИЯ ПАЦИЕНТА, РАЗЛИЧАЮЩЕГО ПЕРВУЮ СТРОКУ ТАБЛИЦЫ СИВЦЕВА С РАССТОЯНИЯ 1.5 МЕТРА, РАВНА

- А 0,03
- Б 1,5
- В 0,02
- Г 0,01

075 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КОЛБОЧЕК СЕТЧАТКИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ ПО

- А остроте зрения
- Б состоянию световой адаптации
- В границам периферического зрения
- Г светоощущению

076 ТЕМНОВАЯ АДАПТАЦИЯ НАРУШЕНА У БОЛЬНЫХ С

- А абиотрофией сетчатки
- Б миопией высокой степени
- В возрастной макулярной дегенерацией
- Г дисбинокулярной амблиопией

077 ГОМОНИМНАЯ ГЕМИАНОПСИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- А зрительного пути выше хиазмы
- Б интракраниальной части зрительного нерва
- В сетчатки и зрительного нерва
- Г глаукомной атрофии

078 ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ СКОТОМА НОСИТ НАЗВАНИЕ СКОТОМЫ

- А Мариотта
- Б Бьеррума
- В Фогта
- Г Дондерса

079 ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ СКОТОМА В НОРМЕ НАХОДИТСЯ ОТНОСИТЕЛЬНО ТОЧКИ ФИКСАЦИИ В _____ ГРАДУСАХ С _____ СТОРОНЫ

- А 15, височной
- Б 15, носовой
- В 25, височной
- Г 30, носовой

080 ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ НАИМЕНЬШИЕ ГРАНИЦЫ ПОЛЕ ЗРЕНИЯ ИМЕЕТ НА _____ ЦВЕТ

- А синий
- Б зеленый
- В белый

<p>Г красный</p> <p>081 У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ИСТИННОЕ ВНУТРИГЛАЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ В НОРМЕ ИМЕЕТ РЕФЕРЕНТНЫЙ ИНТЕРВАЛ _____ ММ РТУТНОГО СТОЛБА</p> <p>А 9-22</p> <p>Б 16-26</p> <p>В 10-13</p> <p>Г 15-29</p> <p>082 У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ТОНОМЕТРИЧЕСКОЕ ВНУТРИГЛАЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ В НОРМЕ ИМЕЕТ РЕФЕРЕНТНЫЙ ИНТЕРВАЛ _____ ММ РТ СТ</p> <p>А 16-26</p> <p>Б 10-12</p> <p>В 24-28</p> <p>Г 9-22</p> <p>083 ПЕРВАЯ ЧАСТЬ ПРОБЫ ВЕСТА СЧИТАЕТСЯ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ, ЕСЛИ КРАСЯЩЕЕ ВЕЩЕСТВО ПОЛНОСТЬЮ ЭВАКУИРУЕТСЯ ИЗ КОНЪЮНКТИВАЛЬНОГО МЕШКА ЗА _____ МИН</p> <p>А 2-3</p> <p>Б 5</p> <p>В 10</p> <p>Г 1</p> <p>084 ДЛЯ КОНТРАСТНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ СЛЕЗНЫХ ПУТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ</p> <p>А йодлипол</p> <p>Б колларгол</p> <p>В флюоресцеин</p> <p>Г вертепорфин</p> <p>085 НАИБОЛЕЕ НИЗКИМ ПОРОГОМ ТАКТИЛЬНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РОГОВИЦА ОБЛАДАЕТ В</p> <p>А центре</p> <p>Б верхнем сегменте</p> <p>В нижнем сегменте</p> <p>Г зоне лимба</p> <p>086 НОРМАЛЬНАЯ СТЕПЕНЬ ПРОТРУЗИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ИЗ ОРБИТЫ У ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ _____ ММ</p> <p>А 13-17</p> <p>Б 16-26</p> <p>В 10-13</p> <p>Г 9-22</p> <p>087 СООТНОШЕНИЕ КАЛИБРА АРТЕРИЙ И ВЕН СЕТЧАТКИ У ВЗРОСЛОГО ЗДОРОВОГО ЧЕЛОВЕКА СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>А 2:3</p>	
--	--

Б	1:1	
В	1:3	
Г	1:2	
088	ЭЛЕКТРОРЕТИНОГРАММА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ	
А	наружных слоев сетчатки	
Б	внутренних ретинальных слоев	
В	подкорковых зрительных центров	
Г	корковых зрительных центров	
089	ЗРЕНИЕ, ПРИ КОТОРОМ В КОРКОВЫХ ЗРИТЕЛЬНЫХ ЦЕНТРАХ НЕ ПРОИСХОДИТ СЛИЯНИЯ ИМПУЛЬСОВ ОТ ОБОИХ ГЛАЗ В ОДИН ЗРИТЕЛЬНЫЙ ОБРАЗ, НАЗЫВАЕТСЯ	
А	одновременным	
Б	бинокулярным	
В	монокулярным	
Г	патологическим	
090	ИДЕАЛЬНОЕ МЫШЕЧНОЕ РАВНОВЕСИЕ ОБОИХ ГЛАЗ НАЗЫВАЕТСЯ	
А	ортофорией	
Б	монофорией	
В	гетерофорией	
Г	гетеротропией	
091	К ПРИЗНАКАМ СОДРУЖЕСТВЕННОГО КОСОГЛАЗИЯ ОТНОСИТСЯ	
А	отсутствие двоения	
Б	неравенство первичного и вторичного углов отклонения	
В	ограничение подвижности косящего глаза	
Г	наличие диплопии	
092	ЭКЗОТРОПИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ _____ КОСОГЛАЗИЕ	
А	явное расходящееся	
Б	скрытое расходящееся	
В	явное сходящееся	
Г	скрытое сходящееся	
093	КОСОГЛАЗИЕ, ПРИ КОТОРОМ ГЛАЗНЫЕ ЯБЛОКИ ПООЧЕРЕДНО ОТКЛОНЯЮТСЯ ОТ ТОЧКИ ФИКСАЦИИ, НАЗЫВАЕТСЯ	
А	альтернирующим	
Б	мнимым	
В	монолатеральным	
Г	паралитическим	
094	АМБЛИОПИЕЙ НАЗЫВАЮТ	
А	функциональное снижение зрения вследствие бездействия глаза	
Б	спонтанные колебательные движения глазных яблок	
В	неправильную зрительную фиксацию	

Г	органические изменения в корковом отделе зрительного пути	
095	К ВИДАМ АМБЛИОПИИ НЕ ОТНОСИТСЯ	
А	мнимая	
Б	дисбинокулярная	
В	рефракционная	
Г	обскурационная	
096	ОТСУТСТВИЕ ДВОЕНИЯ ПРИ СОДРУЖЕСТВЕННОМ КОСОГЛАЗИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ РАЗВИТИЕМ	
А	аномальной корреспонденции сетчаток и скотомы торможения	
Б	нормальной корреспонденции сетчаток и амблиопии	
В	рефракционной амблиопии косящего глаза	
Г	обскурационной амблиопии косящего глаза	
097	К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ПЛЕОПТИКИ ОТНОСЯТ	
А	окклюзию, пенализацию	
Б	засветы сетчатки по Аветисову	
В	компьютерные тренировки и иглорефлексотерапию	
Г	искусственную анизометропию	
098	ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ КОСОГЛАЗИИ, ПРИВОДЯЩИЕ К УСИЛЕНИЮ ДЕЙСТВИЯ МЫШЦЫ, ВКЛЮЧАЮТ	
А	резекцию, тенораффию	
Б	рецессию, тенотомию	
В	частичную миотомию	
Г	рецессию, тенораффию	
099	ДИПЛОПТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕСЛЕДУЕТ СВОЕЙ ЦЕЛЬЮ	
А	устранение скотомы подавления и восстановление фузии	
Б	восстановление правильного положения глазных яблок без операции	
В	консервативное лечение дисбинокулярной амблиопии	
Г	коррекцию аномалий рефракции при косоглазии	
100	ЛОЖНЫЙ ЭКЗОФТАЛЬМ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ	
А	односторонней высокой миопии	
Б	эндокринной офтальмопатии	
В	ретробульбарной гематоме	
Г	переломе нижней стенки глазницы	
101	НАРУШЕНИЕ ЗРИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ЭКЗОФТАЛЬМЕ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ	
А	сдавления зрительного нерва	
Б	повышения внутриглазного давления	
В	сдавления глазничной артерии	
Г	помутнения оптических сред глаза	
102	ДВУСТОРОННИЙ ЭКЗОФТАЛЬМ ВСЕГДА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ	

А	тромбозе кавернозного синуса
Б	аневризме глазной артерии
В	острой воспалительной патологии орбиты
Г	эндокринной офтальмопатии
103	ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИЕЙ НАЗЫВАЮТ
А	аутоиммунное нарушение с изменением экстраокулярных мышц и ретробульбарной клетчатки
Б	воспалительное заболевание, приводящее к изменениям экстраокулярных мышц и ретробульбарной клетчатки
В	аутоиммунное нарушение, приводящее к изменениям только экстраокулярных мышц
Г	аутоиммунное нарушение, приводящее к изменениям только ретробульбарной клетчатки
104	К ПРИНЦИПАМ ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОНЫ ОРБИТЫ ОТНОСЯТ
А	вскрытие и дренирование орбиты
Б	назначение системной кортикостероидной терапии
В	использование только местной антибактериальной терапии
Г	введение антибиотика в ретробульбарное пространство
105	К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ФЛЕГМОНЫ ОРБИТЫ ОТНОСЯТ
А	офтальмоплегию, экзофтальм, хемоз
Б	крепитацию под кожей век
В	смешанную инъекцию глазного яблока
Г	роговичные преципитаты на эндотелии
106	ЭНДОКРИННАЯ МИОПАТИЯ ВОЗНИКАЕТ НА ФОНЕ
А	гипотиреоза
Б	гипертиреоза
В	сахарного диабета
Г	эндокринного ожирения
107	ГИДРОПС СЛЕЗНОГО МЕШКА ФОРМИРУЕТСЯ ПРИ ОБЛИТЕРАЦИИ
А	носослезного протока и слезных канальцев
Б	общего слезного канальца
В	носослезного протока и канала
Г	слезных точек и слезных канальцев
108	ПРИЧИНОЙ СЛЕЗОТЕЧЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ
А	эверсия слезной точки
Б	миопия высокой степени
В	приобретенная катаракта
Г	открытоугольная глаукома
109	СЛОЙ СЛЕЗНОЙ ПЛЕНКИ, КОНТАКТИРУЮЩИЙ С РОГОВИЧНЫМ ЭПИТЕЛИЕМ, НАЗЫВАЕТСЯ
А	муциновым
Б	липидным
В	водянистым

Г	гликозаминогликановым	
110	ВТОРИЧНЫЙ СИНДРОМ ШЕГРЕНА ВОЗНИКАЕТ НА ФОНЕ	
А	системной аутоиммунной патологии	
Б	черепно-мозговой травмы	
В	хронического дакриoadенита	
Г	острого дакриoadенита	
111	ПРИ ЛАГОФТАЛЬМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ	
А	сухой кератоконъюнктивит	
Б	васкуляризация роговицы	
В	экзофтальм со смещением	
Г	повышение внутриглазного давления	
112	К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЯЗВЕННОГО БЛЕФАРИТА ОТНОСЯТ	
А	трихиаз, мадароз	
Б	удвоение ресниц	
В	острый иридоциклит	
Г	хронический дакриоцистит	
113	ДЕМОДЕКОЗНЫЙ БЛЕФАРИТ ЯВЛЯЕТСЯ	
А	паразитарным заболеванием	
Б	вирусным заболеванием	
В	проявлением медикаментозной аллергии	
Г	заболеванием, связанным с работой в запыленных помещениях	
114	ПТЕРИГИУМОМ НАЗЫВАЮТ	
А	дегенеративное перерождение конъюнктивы	
Б	помутнение роговицы	
В	заболевание конъюнктивы инфекционной этиологии	
Г	рубцевание конъюнктивы с переходом на роговую оболочку	
015	ДЛЯ ОСТРОГО АДЕНОВИРУСНОГО КОНЪЮНКТИВИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ	
А	фолликулов в переходной складке, петехиальных кровоизлияний в конъюнктиве	
Б	нежных серых, легко снимаемых пленок на конъюнктиве век, трещин и мацерации в углах век	
В	плотных серых трудно снимаемых пленок на конъюнктиве век, трещин и мацерации в углах век	
Г	выраженного отека конъюнктивы нижней переходной складки	
116	ДИПЛОБАЦИЛЛЯРНЫЙ КОНЪЮНКТИВИТ ЯВЛЯЕТСЯ	
А	подострым	
Б	острым	
В	хроническим	
Г	односторонним	
017	НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ГОНОБЛЕННОРЕИ ЯВЛЯЕТСЯ	
А	язва роговицы	
Б	острый передний увеит	

В	абсцесс века	
Г	тромбоз кавернозного синуса	
118	НАРУШЕНИЕ БЛЕСКА И ПРОЗРАЧНОСТИ РОГОВИЦЫ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЮТ ПРИ	
А	поверхностных кератитах	
Б	рубцовом поражении	
В	дегенеративном поражении роговицы	
Г	ксерозе легкой и средней степени	
119	К ВОЗБУДИТЕЛЯМ КОЛЬЦЕВИДНОГО КЕРАТИТА ОТНОСЯТ	
А	акантамебу, аспергиллы	
Б	вирус Эпштейна-Бара	
В	палочку Моракса-Аксенфельда	
Г	вирус простого герпеса	
120	ВОЗБУДИТЕЛЯМИ КЕРАТИТОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХСЯ РАЗВИТИЕМ ИНФИЛЬТРАТОВ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ, ЯВЛЯЮТСЯ	
А	стафилококки	
Б	аденовирусы	
В	хламидии	
Г	цитомегаловирусы	
121	К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО КЕРАТИТА ОТНОСЯТ	
А	подострое начало, диффузную инфильтрацию всей роговицы	
Б	острое начало, поражение преимущественно центральных отделов	
В	изъязвление роговицы с формированием десцеметоцеле	
Г	повышенную тактильную чувствительность роговицы в зоне поражения	
122	К ХАРАКТЕРНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПОРАЖЕНИЯ РОГОВИЦЫ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКОЙ ОТНОСЯТ	
А	экссудат, плотно связанный с дном язвы	
Б	наличие четко отграниченных изъязвлений	
В	резкое снижение чувствительности роговой оболочки в зоне поражения	
Г	инфильтрат кольцевидной формы с неровными краями	
123	К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ ОТНОСЯТ РАЗВИТИЕ	
А	эндофтальмита	
Б	задних синехий	
В	отслойки сетчатой оболочки	
Г	вторичной неоваскулярной глаукомы	
124	К СТРОМАЛЬНЫМ ДИСТРОФИЯМ РОГОВИЦЫ ОТНОСЯТ	
А	решетчатую	
Б	Фукса	
В	Тиель-Бенке	
Г	Рейса-Бюклерса	

- | | |
|-----|--|
| 125 | ПРИ ДИСТРОФИИ РЕЙСА-БЮКЛЕРСА ПОРАЖАЕТСЯ |
| А | Боуменова мембрана |
| Б | Десцеметова оболочка |
| В | собственное вещество роговицы |
| Г | эндотелий роговицы |
| 126 | ГЕМАТООФТАЛЬМИЧЕСКИМ НАЗЫВАЮТ БАРЬЕР
МЕЖДУ |
| А | кровью и сетчаткой |
| Б | кровью и слезной жидкостью |
| В | камерной влагой и кровью |
| Г | камерной влагой и слезной жидкостью |
| 127 | К ГЛАЗНЫМ СТРУКТУРАМ, СОДЕРЖАЩИМ
УВЕИТОГЕННЫЕ АНТИГЕНЫ, ОТНОСЯТ |
| А | хрусталик, сетчатку |
| Б | роговицу, стекловидное тело |
| В | структуры сосудистой оболочки глаза |
| Г | стекловидное тело, сетчатку |
| 128 | РАЗВИТИЕ ДЫРЧАТЫХ ДЕФЕКТОВ РАДУЖКИ
ХАРАКТЕРНО ДЛЯ |
| А | эссенциальной мезодермальной дистрофии |
| Б | ирис-невус-синдрома |
| В | глаукомоциклитических кризов |
| Г | псевдоэкссфолиативного синдрома |
| 129 | ПРИСТУПООБРАЗНОЕ ПОВЫШЕНИЕ ВНУТРИГЛАЗНОГО
ДАВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ |
| А | синдрома Познера-Шлоссмана |
| Б | псевдоэкссфолиативного синдрома |
| В | синдрома пигментной дисперсии |
| Г | гетерохромии Фукса |
| 130 | ОТЛОЖЕНИЯ НА РОГОВИЦЕ, НАПОМИНАЮЩИЕ
КОМОЧКИ ПЕПЛА, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ |
| А | псевдоэкссфолиативного синдрома |
| Б | синдрома пигментной дисперсии |
| В | острого иридоциклита |
| Г | эссенциальной мезодермальной дистрофии радужки |
| 131 | ГЛАУКОМА ПРИ ИРИДОКОРНЕАЛЬНОМ
ЭНДОТЕЛИАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ |
| А | вторичной закрытоугольной |
| Б | первичной закрытоугольной |
| В | первичной открытоугольной |
| Г | вторичной открытоугольной |
| 132 | СИНДРОМ ЧАНДЛЕРА ЯВЛЯЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЬЮ |
| А | иридокорнеального эндотелиального синдрома |
| Б | псевдоэкссфолиативного синдрома |

В	дистрофического поражения роговой оболочки	
Г	дистрофической патологией сетчатой оболочки	
133	К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ УВЕОПАТИЙ ОТНОСЯТ	
А	снижение чувствительности роговицы	
Б	отсутствие изменения тонографических показателей	
В	наличие экссудата в камерах глаза	
Г	развитие перикорнеальной или смешанной инъеции	
134	ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОГО УВЕИТА СОСТАВЛЯЕТ ОТ _____	
ДО _____		
А	2, 6 недель	
Б	2 дней, 6 недель	
В	2 дней, 6 дней	
Г	2 недель, 6 месяцев	
135	ЭНДОФТАЛЬМИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ВОСПАЛЕНИЕ	
А	всех внутренних структур глаза кроме склеры	
Б	всех оболочек глазного яблока	
В	радужки, цилиарного тела и сетчатки	
Г	роговицы, склеры, сосудистого тракта глаза	
136	ЧАСТОТА УВЕИТОВ НЕВЫЯСНЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ	
СОСТАВЛЯЕТ _____%		
А	50	
Б	30	
В	20	
Г	10	
137	HLA-27 АССОЦИИРОВАННЫЙ УВЕИТ СОЧЕТАЕТСЯ С	
А	анкилозирующим спондилитом	
Б	неспецифическим язвенным колитом	
В	синдромом Рейтера	
Г	болезнью Бехчета	
138	УВЕИТ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ТОКСОПЛАЗМОЗЕ	
ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ _____ УВЕИТА		
А	заднего	
Б	переднего	
В	промежуточного	
Г	генерализованного	
139	ВИРУСНЫЕ УВЕИТЫ РЕЖЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЮТСЯ	
ВИРУСОМ		
А	гриппа	
Б	простого герпеса	
В	Эпштейн-Барра	
Г	опоясывающего лишая	
140	ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫЗЫВАЮЩЕЕ ОСТРЫЙ	
ДВУСТОРОННИЙ ПЕРЕДНИЙ УВЕИТ И СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ		

ПАПУЛЕЗНЫМИ ВЫСЫПАНИЯМИ НА КОЖЕ И СЛИЗИСТЫХ,
ЯВЛЯЕТСЯ

- А сифилисом
- Б туберкулезом
- В токсокарозом
- Г токсоплазмозом

141 СИМПТОМ ТИНДАЛЯ ПРИ УВЕИТЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

- А клеточную реакцию камерной влаги
- Б изменение цвета радужной оболочки
- В специфические воспалительные отложения на эндотелии роговицы
- Г наличие гранулем в радужке

142 ДЛЯ ОСТРОГО ИРИДОЦИКЛИТА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- А миоза
- Б мидриаза
- В лейкокории
- Г колобомы радужки

143 ИЗМЕНЕНИЕ ЦВЕТА РАДУЖКИ ПРИ ПЕРЕДНЕМ УВЕИТЕ
ПРОИСХОДИТ ВСЛЕДСТВИЕ ОТЛОЖЕНИЯ В НЕЙ

- А гемосидерина
- Б церулоплазмينا
- В лактоферрина
- Г меланина

144 ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ПЕРЕДНЕГО УВЕИТА
ЯВЛЯЕТСЯ

- А вторичная глаукома
- Б отслойка сетчатки
- В оптический неврит
- Г кровоизлияние в стекловидное тело

145 КЛИНИКА ОСТРОГО ЗАДНЕГО УВЕИТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- А снижение зрения, появление скотом, метаморфопсий
- Б слезотечение, светобоязнь, снижение зрения
- В боль в глазу, слезотечение, снижение зрения
- Г тошноту, рвоту, иррадиирующие боли в глазу

146 ОСЛОЖНЕНИЕМ ЗАДНЕГО УВЕИТА МОЖЕТ БЫТЬ

- А отслойка сетчатки
- Б лентовидная дегенерация роговицы
- В гипотония глаза
- Г заращение зрачка

147 СИСТЕМНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ
ЛЕЧЕНИИ УВЕИТОВ ПОКАЗАНО ПРИ

- А аутоиммунной этиологии
- Б при всех формах увеита
- В при заднем увеите периферической локализации
- Г при токсико-аллергическом переднем увеите

148 МИДРИАТИКИ В ЛЕЧЕНИИ УВЕИТОВ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ
А ликвидации и профилактики задних синехий
Б ликвидации передних синехий
В для снижения внутриглазного давления
Г для рассасывания преципитатов роговицы

149 УВЕИТЫ ПРИ СПИДЕ ВЫЗЫВАЮТСЯ ЧАЩЕ ВСЕГО
А цитомегаловирусом
Б вирусом герпеса
В кандидами
Г стрептококком

150 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ СИМПАТИЧЕСКОЙ
ОФТАЛЬМИИ
А аутоимунный
Б имунный
В ишемический
Г токсико-аллергический

151 ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ТОКСОПЛАЗМЕННОГО УВЕИТА
ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ НАЗНАЧЕНИЕ
А пириметамина
Б левомицетина
В метронидазола
Г левофлоксацина

152 К ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО
ИРИДОЦИКЛИТА ОТ ОСТРОГО ПРИСТУПА ГЛАУКОМЫ ОТНОСЯТ
А нормальную глубину передней камеры
Б нормальный уровень внутриглазного давления
В отсутствие изменений на роговой оболочке глаза
Г наличие ступеванного рисунка радужной оболочки глаза

153 ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ НАБУХАЮЩЕЙ КАТАРАКТЕ
ПРЕДУСМАТРИВАЕТ
А немедленное удаление хрусталика
Б медикаментозное снижение офтальмотонуса
В выполнение периферической лазерной иридэктомии
Г плановое удаление мутного хрусталика

154 ПРИ ПОДВЫВИХЕ ХРУСТАЛИКА III СТЕПЕНИ В УСЛОВИЯХ
МИДРИАЗА КРАЙ ХРУСТАЛИКА
А заходит за оптическую ось
Б не заходит за оптическую ось
В не виден
Г располагается в передней камере

155 К СИМПТОМАМ МИКРОФАКИИ ОТНОСЯТ
А углубление передней камеры
Б уменьшение передней камеры
В выпячивание передней поверхности хрусталика

Г	выпячивание задней поверхности хрусталика	
156	МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ВРОЖДЕННОЙ КАТАРАКТЫ ЯВЛЯЕТСЯ	
А	зонулярная	
Б	ядерная	
В	корковая	
Г	задняя субкапсулярная	
157	НЕПРАВИЛЬНАЯ ПРОЕКЦИЯ СВЕТА У БОЛЬНОГО КАТАРАКТОЙ УКАЗЫВАЕТ НА	
А	патологию зрительного нерва	
Б	незрелую стадию катаракты	
В	помутнение других оптических сред	
Г	перезрелую стадию катаракты	
158	КАТАРАКТА НАЗЫВАЕТСЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА	
А	возрастной макулярной дегенерации	
Б	хронического блефароконъюнктивита	
В	набухания мутного хрусталика	
Г	сложного гиперметропического астигматизма	
159	НАБУХАНИЕ ХРУСТАЛИКА ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ _____ СТАДИИ КАТАРАКТЫ	
А	незрелой	
Б	зрелой	
В	начальной	
Г	морганиевой	
160	КОМПЛЕКС СИМПТОМОВ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ГЛАУКОМЫ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ	
А	нарушение оттока водянистой влаги, изменение полей зрения, расширение экскавации диска зрительного нерва	
Б	неустойчивость внутриглазного давления, гетерохромию радужки, осложненную катаракту, анизокорию, мидриаз	
В	повышение внутриглазного давления, перикорнеальную инъекцию, отек роговицы, наличие роговичных преципитатов, болей в глазу	
Г	наличие гемианопсий в поле зрения, ангиоретиносклероз на фоне повышенного внутриглазного давления	
161	ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ	
А	гиперметропическая рефракция	
Б	эндокринные нарушения	
В	системные нарушения гемодинамики	
Г	наследственная предрасположенность	
162	К ИЗМЕНЕНИЯМ ПОЛЯ ЗРЕНИЯ ПРИ РАЗВИТОЙ СТАДИИ ГЛАУКОМЫ ОТНОСЯТ	
А	дугообразную скотому Бьеррума	

Б расширение слепого пятна и появление парацентральных скотом
В концентрическое сужение полей зрения
Г сужение полей зрения с носовой стороны менее, чем на 10 градусов

163 ГЛАУКОМАТОЗНАЯ ЭКСКАВАЦИЯ ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ _____ УГЛУБЛЕНИЯ

А краевым характером
Б цветом
В глубиной
Г величиной

164 ОТКРЫТОУГОЛЬНУЮ ФОРМУ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ СЧИТАЮТ ОПАСНОЙ ИЗ-ЗА

А бессимптомного течения
Б резкой потери зрительных функций
В внезапного начала заболевания
Г развития выраженного болевого синдрома

165 ПАТОГЕНЕЗ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ ПРЕДСТАВЛЕН

А функциональной блокадой шлеммова канала
Б органической блокадой венозного синуса склеры
В постепенным закрытием угла передней камеры гониосинехиями
Г витреохрусталиковым блоком

166 В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ ПОЛЕ ЗРЕНИЯ СУЖЕНО ДО ____ ГРАДУСОВ

А 10
Б 20
В 30
Г 15

167 ТЕРМИНАЛЬНАЯ СТАДИЯ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А полной утратой зрительных функций
Б высоким уровнем внутриглазного давления
В концентрическим сужением полей зрения
Г остротой зрения на уровне правильной светопроекции

168 К ФОРМАМ ВТОРИЧНОЙ ГЛАУКОМЫ ОТНОСЯТ

А неоваскулярную
Б простую
В со зрачковым блоком
Г с витреохрусталиковым блоком

169 К ОСНОВНОМУ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМУ МЕХАНИЗМУ ПЕРВИЧНОЙ ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ ОТНОСЯТ

А функциональный зрачковый блок
Б органический зрачковый блок
В функциональную блокаду шлеммова канала

Г	гиперпигментацию структур угла передней камеры глаза	
170	К ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО ПРИСТУПА ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ ОТНОСЯТ	
А	формирование гониосинехий	
Б	развитие помутнения хрусталика	
В	образование задних синехий	
Г	формирование буллезной кератопатии	
171	ГЛУБИНА ПЕРЕДНЕЙ КАМЕРЫ ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ	
А	уменьшается	
Б	увеличивается	
В	не изменяется	
Г	уменьшается в центре	
172	РАЗМЕР ЗРАЧКА ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ	
А	увеличивается	
Б	уменьшается	
В	не изменяется	
Г	увеличивается в редких случаях	
173	ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА В КУПИРОВАНИИ ОСТРОГО ПРИСТУПА ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ	
А	пилокарпин	
Б	атропина сульфат	
В	бринзоламида гидрохлорид	
Г	тимолола малеат	
174	РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПРИСТУПА ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ	
А	иридотомия	
Б	синустрабекулэктомия	
В	циклодеструкция	
Г	консервативная терапия	
175	РЕТИНАЛЬНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ ВОЗНИКАЮТ	
А	при поражении сосудов крупного и среднего калибра	
Б	при разрывах крупных ретинальных сосудов	
В	между слоем нервных волокон и внутренней пограничной пластинкой	
Г	между пигментным эпителием и нейроэпителием	
176	СИМПТОМ САЛЮСА-ГУННА НАБЛЮДАЮТ ПРИ	
А	гипертоническом ангиосклерозе	
Б	диабетической ангиопатии	
В	гипертонической ангиопатии	
Г	ретинопатии на фоне болезней крови	

177 АНГИОГРАФИЯ С ИНДОЦИАНИНОМ-ЗЕЛЕНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ

- А оценки хориоидального кровотока
- Б оценки ретинального кровотока
- В выявления отслойки сетчатки
- Г выявления дистрофий сетчатки

178 К ОСНОВНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ ОТНОСЯТ

- А атеросклероз, курение
- Б хроническую алкогольную интоксикацию
- В повышенное внутриглазное давление
- Г воспалительные заболевания увеального тракта

179 К ФОРМАМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ РЕТИНАЛЬНЫХ ДЕГЕНЕРАЦИЙ, ПРИ КОТОРЫХ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ОТСЛОЙКА СЕТЧАТКИ, ОТНОСЯТ

- А решетчатую
- Б кистозную
- В по типу «булыжной мостовой»
- Г патологическую гиперпигментацию

180 ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А неоваскуляризацией сетчатки
- Б отеком диска зрительного нерва
- В симптомом артериовенозного перекреста
- Г атрофией зрительного нерва

181 К ФОРМАМ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ ОТНОСИТСЯ

- А атрофическая (сухая)
- Б пролиферативная
- В непролиферативная
- Г препролиферативная

182 К ПРИЗНАКАМ НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ ОТНОСЯТ

- А микроаневризмы, микрогеморрагии
- Б интратретинальные микрососудистые аномалии
- В «твердые» и «мягкие» экссудаты
- Г неоваскуляризацию сетчатки

183 ПРИЧИНОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ СЕРОЗНОЙ ХОРИОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А фокальный дефект пигментного эпителия
- Б наличие очага воспаления в хориоидее
- В атрофические изменения хориоидеи
- Г дегенерация нейросенсорного слоя сетчатки

184 ПРИЧИНОЙ КИСТОЗНОГО МАКУЛЯРНОГО ОТЕКА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А	врожденный амавроз Лебера	
Б	внутриглазное воспаление	
В	сосудистые заболевания сетчатки	
Г	состояние после экстракции катаракты	
185	СИНДРОМ ИРВИНА-ГАССА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ	
А	макулярный отек после хирургии катаракты	
Б	сочетание простой атрофии зрительного нерва на одном глазу и застойного диска на другом	
В	отек макулы после тромбоза центральной вены сетчатки	
Г	врожденный периферический ретиношизис	
186	К ПРОЯВЛЕНИЯМ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОЙ РЕТИНОПАТИИ ОТНОСЯТ НАЛИЧИЕ	
А	ватообразных очагов с кровоизлияниями	
Б	кистозного макулярного отека	
В	острого некроза сетчатки	
Г	варикозно расширенных вен сетчатки	
187	ПРИ ВРОЖДЕННОМ РЕТИНОШИЗИСЕ РАСЩЕПЛЕНИЕ СЕТЧАТКИ ПРОИСХОДИТ НА УРОВНЕ СЛОЯ	
А	нервных волокон	
Б	наружного плексиформного	
В	внутреннего плексиформного	
Г	фоторецепторов	
188	К НАСЛЕДСТВЕННЫМ МАКУЛЯРНЫМ ДИСТРОФИЯМ ОТНОСЯТ ДИСТРОФИЮ	
А	Штаргардта	
Б	решетчатую	
В	инееподобную	
Г	кистовидную	
189	К ПРИЧИНАМ ХОРИОИДАЛЬНОЙ НЕОВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ОТНОСЯТ	
А	гистоплазмоз	
Б	вирус простого герпеса	
В	саркоидоз	
Г	туберкулез	
190	ТРОМБОЗ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СЕТЧАТКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ	
А	симптомом «раздавленного помидора» на сетчатке	
Б	симптомом «вишневой косточки» на сетчатке	
В	полной потерей центрального зрения	
Г	наличием абсолютной центральной скотомы в поле зрения	
191	К ОСЛОЖНЕНИЯМ ТРОМБОЗА ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СЕТЧАТКИ ОТНОСЯТ	
А	вторичную неоваскулярную глаукому	
Б	вторичную катаракту	
В	лентовидную дегенерацию роговицы	

<p>Г вторичную флебогипертензивную глаукому</p> <p>192 ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В СЕТЧАТКЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ СИМПТОМОМ</p> <p>А «вишневой косточки»</p> <p>Б «серебряной проволоки»</p> <p>В «артериовенозного перекреста»</p> <p>Г «раздавленного помидора»</p> <p>193 ПРИ ОСТРОЙ ЗАДНЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <p>А секторальное выпадение поля зрения</p> <p>Б абсолютная центральная скотома</p> <p>В концентрическое сужение полей зрения</p> <p>Г отсутствие изменений полей зрения в острый период</p> <p>194 ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЯХ КРОВООБРАЩЕНИЯ В СЕТЧАТКЕ ВКЛЮЧАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ</p> <p>А сосудорасширяющих препаратов</p> <p>Б фибринолитических средств</p> <p>В глюкокортикостероидов</p> <p>Г нейроретинопротекторов</p> <p>195 НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЙ ПРОГНОЗ ПРИ ОТСЛОЙКЕ СЕТЧАТКИ БЫВАЕТ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ В СРОКИ _____ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ</p> <p>А 2 недели</p> <p>Б 1 месяц</p> <p>В от 3 до 6 месяцев</p> <p>Г 3 недели</p> <p>196 ПАЦИЕНТЫ С ОТСЛОЙКОЙ СЕТЧАТКИ ПРЕДЪЯВЛЯЮТ ЖАЛОБЫ НА</p> <p>А появление «завесы» перед глазом</p> <p>Б появление «темного пятна» в центре</p> <p>В боль в глазу, слезотечение, светобоязнь</p> <p>Г радужные круги при взгляде на источник света</p> <p>197 ОТСЛОЙКА СЕТЧАТКИ, ВОЗНИКАЮЩАЯ НА ФОНЕ МЕЛАНОМЫ ХОРИОИДЕИ, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>А вторичной</p> <p>Б тракционной</p> <p>В регматогенной</p> <p>Г первичной</p> <p>198 К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ ЗАСТОЙНОГО ДИСКА ОТНОСЯТ</p> <p>А нефропатию беременных</p> <p>Б острое нарушение кровообращения в системе зрительного нерва</p> <p>В вторичную неоваскулярную глаукому</p> <p>Г периферическую хориоретинальную дистрофию</p>	
---	--

199 АТРОФИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА НАЧИНАЕТ РАЗВИВАТЬСЯ НА ____ СТАДИИ ЗАСТОЙНОГО ДИСКА

- А IV
- Б II
- В III
- Г I

200 СИНДРОМОМ ФОСТЕРА КЕННЕДИ НАЗЫВАЮТ СОЧЕТАНИЕ

- А простой атрофии на одном глазу и застойного диска на другом
- Б разных видов рефракции в одном глазу
- В гемианопсии на одном глазу с концентрическим сужением поля зрения на другом
- Г разных стадий застойного диска на обоих глазах

201 ПРИЧИНОЙ ДИСТРОФИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА МОЖЕТ БЫТЬ

- А алкогольно-табачная интоксикация
- Б гипертиреоз
- В алиментарное ожирение
- Г черепно-мозговая травма

202 ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ АЛКОГОЛЬНО-ТАБАЧНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПОРАЖЕНИЕ ЗАТРАГИВАЕТ

- А зрительный нерв, хиазму, зрительный тракт
- Б латеральные коленчатые тела
- В корковый центр зрительного анализатора
- Г весь зрительный путь

203 ЛЕКАРСТВЕННАЯ ОПТИКОНЕЙРОПАТИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА

- А сульфаниламидами
- Б глюкокортикостероидами
- В фторхинолонами
- Г тетрациклинами

204 ПРИ ГЛАУКОМАТОЗНОЙ АТРОФИИ В ОТЛИЧИЕ ОТ АТРОФИЙ ДРУГОГО ГЕНЕЗА НЕТ

- А разрастания глии и соединительной ткани
- Б изменения цвета диска зрительного нерва
- В изменения величины физиологической экскавации
- Г типичных дефектов поля зрения

205 ПРИ НЕПОЛНОЙ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА НАБЛЮДАЕТСЯ

- А сохранение зрительных функций при равномерном побледнении диска
- Б побледнение только квадранта диска зрительного нерва
- В деколорация височной половины диска зрительного нерва
- Г тотальное побледнение диска с амаврозом и отсутствием прямой реакции зрачка на свет

206 ПРИ ВОСХОДЯЩЕЙ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ПЕРВИЧНО ПОРАЖАЕТСЯ

- А ганглионарный слой сетчатки
- Б периферический нейрон зрительного пути
- В центральный нейрон зрительного пути
- Г слой фоторецепторов

207 ПРИ I СТАДИИ ЧАСТИЧНОЙ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ОСТРОТА ЗРЕНИЯ СНИЖЕНА ДО ____

- А 0,4
- Б 0,1
- В 0,01
- Г 0,001

208 ПРИ III СТАДИИ ЧАСТИЧНОЙ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ОСТРОТА ЗРЕНИЯ СНИЖЕНА ДО ____

- А 0,001
- Б 0,1
- В 0,2
- Г светоощущения

209 К НАСЛЕДСТВЕННЫМ НЕЙРОПАТИЯМ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ОТНОСЯТ

- А синдром Кjer
- Б атрофию Лебера
- В синдром Ашера
- Г пигментную абиотрофию

210 ОФТАЛЬМОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ ЛЕБЕРА ВКЛЮЧАЕТ

- А телеангиэктатическую микроангиопатию
- Б тотальное побледнение диска зрительного нерва
- В атрофию перипапиллярной зоны сетчатки и хориоидеи
- Г расширение физиологической экскавации диска зрительного нерва

211 ДЛЯ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНЫХ НЕРВОВ ЛЕБЕРА ХАРАКТЕРНО

- А отсутствие полной слепоты
- Б развитие полной слепоты
- В отсутствие снижения зрительных функций
- Г изменение полей зрения по типу гемианопсий

212 НИСХОДЯЩАЯ АТРОФИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОРАЖЕНИИ

- А периферического нейрона зрительного пути
- Б внутренних слоев сетчатки
- В наружных слоев сетчатки
- Г коркового центра зрительного анализатора

<p>213 ДЛ‡ ОСТРОГО РЕТРОБУЛЬБАРНОГО НЕВРИТА НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНО НАЛИЧИЕ</p> <p>А центральн‡ скотомы</p> <p>Б концентрического сужения поля зрения</p> <p>В секторального выпадения поля зрения</p> <p>Г множественных периферических скотом</p>	
<p>214 ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО РЕТРОБУЛЬБАРНОГО НЕВРИТА ЯВЛЯЕТС‡</p> <p>А демиелинизирующий процесс</p> <p>Б воспалительные заболевания центральной нервной системы</p> <p>В хронические очаги инфекции</p> <p>Г системная аутоиммунная патология</p>	
<p>215 ОСНОВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО РЕТРОБУЛЬБАРНОГО НЕВРИТА ЯВЛЯЮТС‡</p> <p>А кортикостероиды</p> <p>Б фибринолитики</p> <p>В антикоагулянты</p> <p>Г антибиотики</p>	
<p>216 ТРАВМАТИЧЕСКА‡ КАТАРАКТА РАЗВИВАЕТС‡ ВСЛЕДСТВИЕ</p> <p>А повреждения капсулы хрусталика</p> <p>Б повреждения волокон цинновой связки</p> <p>В дислокации хрусталика</p> <p>Г воспалительного процесса в хрусталике</p>	
<p>217 К ВОЗМОЖНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ РОГОВИЦЫ, ВЫЗВАННЫМ УШИБОМ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА, ОТНОС‡Т</p> <p>А отек роговицы</p> <p>Б разрыв роговицы</p> <p>В отслойка десцеметовой оболочки</p> <p>Г десцеметоцеле</p>	
<p>218 К ВОЗМОЖНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ ХРУСТАЛИКА, ВЫЗВАННЫМ УШИБОМ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА, ОТНОС‡Т</p> <p>А сублюксацию</p> <p>Б сферофакию</p> <p>В лентиконус</p> <p>Г заднюю субкапсулярную катаракту</p>	
<p>219 К ВОЗМОЖНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ СЕТЧАТКИ, ВЫЗВАННЫМ УШИБОМ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА, ОТНОС‡Т</p> <p>А «берлиновское» помутнение</p> <p>Б регматогенную отслойку сетчатки</p> <p>В интратетинальное кровоизлияние</p> <p>Г травматический ретинит</p>	
<p>220 САМОЙ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНЬЮ ПРОБОДНОГО РАНЕНИЯ ГЛАЗА ЯВЛЯЕТС‡</p> <p>А разрушение глаза</p>	

Б	отрыв зрительного нерва	
В	вывих глазного яблока	
Г	сквозное ранение	
221	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРОБОДНОГО РОГОВИЧНОГО РАНЕНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОБА	
А	Зейделя	
Б	Норна	
В	Геликмана	
Г	Ширмера	
222	К ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ ПРОБОДНОГО РАНЕНИЯ ОТНОСЯТ	
А	гифему	
Б	наличие раневого канала	
В	наличие внутриглазного инородного тела	
Г	ущемление оболочек глаза в ране	
223	ОКИСЛЕНИЕ МЕДНОГО ОСКОЛКА, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ГЛАЗУ, ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ	
А	халькоза	
Б	симпатической офтальмии	
В	сидероза	
Г	оптиконеуропатии	
224	ВНУТРИГЛАЗНОЙ ЖЕЛЕЗОСОДЕРЖАЩИЙ ОСКОЛОК ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ	
А	сидероза	
Б	увеита	
В	халькоза	
Г	симпатической офтальмии	
225	ДЛЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВНУТРИГЛАЗНЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕТОД	
А	компьютерной томографии	
Б	магнито-резонансной томографии	
В	флюоресцентной ангиографии	
Г	компьютерной статической периметрии	
226	ДЛЯ РЕНТГЕНЛОКАЛИЗАЦИИ ВНУТРИГЛАЗНЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРОТЕЗ-ИНДИКАТОР	
А	Комберга-Балтина	
Б	Гельмгольца	
В	Фогта	
Г	Моракса-Аксенфельда	
227	ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА ВЕК ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА	
А	внутренней стенки орбиты	
Б	малого крыла клиновидной кости	
В	большого крыла клиновидной кости	
Г	нижней стенки орбиты	

228 СИМПАТИЧЕСКАЯ ОФТАЛЬМИЯ ПОСЛЕ ПРОБОДНОГО
РАНЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ:

- А 2 недели
- Б 1 неделю
- В 1 месяц
- Г 2 месяца

229 ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЭНУКЛЕАЦИИ
РАЗРУШЕННОГО ТРАВМИРОВАННОГО ГЛАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А профилактика симпатического увеита
- Б удаление очага воспаления из орбиты
- В предупреждение внутричерепных гнойно-септических осложнений
- Г удаление амавротического глаза

230 ПРИЗНАКОМ МЕТАЛЛОЗА МОЖЕТ БЫТЬ

- А катаракта по типу «подсолнечника»
- Б некомпенсированная вторичная глаукома
- В отек диска зрительного нерва
- Г лентовидная дегенерация роговицы

231 ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВНУТРИГЛАЗНОГО МАГНИТНОГО
ИНОРОДНОГО ТЕЛА В 14 ММ ОТ ЛИМБА, ПРИЛЕЖАЩЕГО К
ОБОЛОЧКАМ ГЛАЗА, ЦЕЛЕСООБРАЗНО

- А удалить его диасклерально
- Б выполнить заднюю витрэктомию
- В оставить его в глазу
- Г удалить его передним методом

232 КОНТУЗИЯ ЦИЛИАРНОГО ТЕЛА МОЖЕТ
СОПРОВОЖДАТЬСЯ

- А гипотонией
- Б гетерохромией
- В гемианопсией
- Г гемихроматопсией

233 ЧАСТИЧНЫЙ ОТРЫВ РАДУЖКИ ОТ КОРНЯ НАЗЫВАЕТСЯ

- А иридодиализом
- Б иридодонезом
- В циклодиализом
- Г аниридией

234 ПРОНИКАЮЩЕЕ РОГОВИЧНОЕ РАНЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ
ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ

- А тонометрии по Маклакову
- Б проверки остроты зрения
- В проведения магнитной пробы
- Г компьютерной томографии орбиты

235 ДИАГНОЗ «РАЗРУШЕНИЕ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА»
УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ПРИ

<p>А выполнении первичной хирургической обработки офтальмохирургом</p> <p>Б массивном выпадении стекловидного тела в рану</p> <p>В выпадении в рану сосудистой и сетчатой оболочек</p> <p>Г отрыве зрительного нерва</p>	
<p>236 КОМБИНИРОВАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ КОЛИЧЕСТВОМ</p> <p>А поражающих факторов</p> <p>Б пораженных органов</p> <p>В раневых отверстий</p> <p>Г пораженных областей тела</p>	
<p>237 СОЧЕТАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ КОЛИЧЕСТВОМ</p> <p>А пораженных органов</p> <p>Б раневых отверстий</p> <p>В поражающих факторов</p> <p>Г внутриглазных инородных тел</p>	
<p>238 ИСХОДЫ ОЖОГОВ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ПРЕДПОЛАГАЮТ</p> <p>А полное выздоровление</p> <p>Б инвалидность, но с перспективой на частичное восстановление функции</p> <p>В снижение функции, существенно не влияющее на трудоспособность</p> <p>Г потерю зрения или глазного яблока</p>	
<p>239 ПРИ ОЖОГЕ РОГОВИЦЫ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ НАБЛЮДАЕТСЯ</p> <p>А островковое прокрашивание эпителия</p> <p>Б помутнение стромы с изменениями в радужке</p> <p>В отслоение Десцеметовой оболочки от стромы</p> <p>Г глубокое повреждение роговицы</p>	
<p>240 ПРИ ОЖОГЕ РОГОВИЦЫ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ ДИАГНОСТИРУЮТ</p> <p>А отек и помутнение поверхностных слоев стромы</p> <p>Б глубокое помутнение стромы</p> <p>В складки Десцеметовой оболочки</p> <p>Г тотально бельмо</p>	
<p>241 К СИМПТОМАМ ОЖОГА ВЕК ВТОРОЙ СТЕПЕНИ ОТНОСЯТ</p> <p>А пузыри отслоенного эпидермиса</p> <p>Б формирование струпа</p> <p>В гиперемию</p> <p>Г отек</p>	
<p>242 НЕКРОЗ ТКАНЕЙ, ВЫЗЫВАЕМЫЙ КИСЛОТАМИ, НАЗЫВАЕТСЯ</p> <p>А коагуляционным</p> <p>Б глубоким</p>	

В	поверхностным	
Г	колликвационным	
243 НЕКРОЗ ТКАНЕЙ, ВЫЗЫВАЕМЫЙ ЩЕЛОЧАМИ, НАЗЫВАЕТСЯ		
А	колликвационным	
Б	прогрессирующим	
В	коагуляционным	
Г	глубоким	
244 ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА С ВЫПАДЕНИЕМ ОБОЛОЧЕК ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ		
А	наложение асептической бинокулярной повязки после инстилляций антисептика	
Б	удаление внутриглазного инородного тела	
В	вправление выпавших оболочек или иссечение	
Г	системное введение антибиотиков	
245 ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ГЛАЗ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ		
А	обильное промывание водой	
Б	использование для промывания нейтрализаторов	
В	наложение бинокулярной повязки	
Г	инстилляции кортикостероидов в пораженный глаз	
246 К ПОВРЕЖДЕНИЯМ ГЛАЗА, ВЫЗВАННЫХ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ, ОТНОСЯТ		
А	катаракту	
Б	глаукому	
В	разрыв сетчатки	
Г	разрыв хориоидеи	
247 К ПОВРЕЖДЕНИЯМ ГЛАЗА, ВЫЗВАННЫМ СВЧ-ПОЛЕМ, ОТНОСЯТ		
А	помутнение стекловидного тела, катаракту	
Б	ожог роговой оболочки и катаракту	
В	катаракту и ожог сетчатки	
Г	помутнение роговой белочки	
248 К ПОВРЕЖДЕНИЯМ ГЛАЗА, ВЫЗВАННЫМ ИНФРАКРАСНЫМ ИЗЛУЧЕНИЕМ, ОТНОСЯТ		
А	хориоретинальный ожог	
Б	помутнение роговицы	
В	ожог век	
Г	кератит	
249 НАИМЕНЕЕ ТРАВМАТИЧНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ДАКРИОЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ		
А	эндоскопическая эндоназальная лазерная дакриоцисториностомия	
Б	наружная транскутанная дакриоцисториностомия	

В	экстирпация слезного мешка	
Г	эндоназальная эндоскопическая дакриоцисториностомия	
250	ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАНАЛИКУЛИТА ВКЛЮЧАЕТ	
А	вскрытие канальца и применение антибиотиков	
Б	зондирование пораженного канальца	
В	дренирование пораженного канальца	
Г	местную кортикостероидную терапию	
251	К ЗАМЕСТИТЕЛЯМ СЛЕЗЫ ОТНОСЯТ	
А	натрия гиалуронат	
Б	бромфенак	
В	биматопрост	
Г	левокабастин	
252	ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ОТТОКА СЛЕЗНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИМЕНЯЮТ	
А	окклюзию слезных точек	
Б	пилокарпина гидрохлорид	
В	алкоголизацию слезной железы	
Г	муколитические препараты	
253	ПРИ ХАЛЯЗИОНЕ НЕОБХОДИМО	
А	провести хирургическое лечение	
Б	назначить массаж век	
В	провести местную антибактериальную терапию	
Г	назначить кортикостероидные препараты	
254	ПРИ ТРИХИАЗЕ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ	
А	диатермокоагуляцию ресниц	
Б	криопексию края века	
В	лазеркоагуляцию ресниц	
Г	местную антибактериальную терапию	
255	К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ОПТИЧЕСКОЙ КЕРАТОПЛАСТИКИ ОТНОСЯТ БЕЛЬМО РОГОВИЦЫ В СОЧЕТАНИИ С	
А	правильной светопроекцией	
Б	отсутствием зрительных функций	
В	нормальным внутриглазным давлением	
Г	повышенным внутриглазным давлением	
256	ПРЕПАРАТ ПОЛУДАН ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ	
А	интерфероногенов	
Б	интерферонов	
В	антибиотиков	
Г	мидриатиков	
257	ПРИ АФАКИИ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ _____ МЕТОД КОРРЕКЦИИ	
А	интраокулярный	
Б	эксимерлазерный	
В	очковый	

<p>Г контактный</p> <p>258 ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАНИЙ К ИНТРАКАПСУЛЯРНОМУ МЕТОДУ ЭКСТРАКЦИИ КАТАРАКТЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <p>А иридофакодонез</p> <p>Б зрелая стадия катаракты</p> <p>В наличие плотности заднего эпителия роговицы ниже 1800 клеток на кв. мм</p> <p>Г помутнение стекловидного тела</p> <p>259 YAG- ЛАЗЕРЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ ДЛЯ</p> <p>А дисцизии вторичных катаракт</p> <p>Б коррекции аномалий рефракции</p> <p>В коагуляции сетчатки при диабете и дистрофиях</p> <p>Г инкапсуляции инородных тел</p> <p>260 ДЛЯ ЭМУЛЬСИФИКАЦИИ ЯДРА МУТНОГО ХРУСТАЛИКА ИНТРАОПЕРАЦИОННО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЭНЕРГИЯ</p> <p>А ультразвука</p> <p>Б лазера</p> <p>В инфракрасного излучения</p> <p>Г СВЧ поля</p> <p>261 КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАЧАЛЬНОЙ КАТАРАКТЫ ПРЕСЛЕДУЕТ СВОЕЙ ЦЕЛЬЮ</p> <p>А замедлить прогрессирование процесса</p> <p>Б ликвидировать имеющиеся помутнения хрусталика</p> <p>В подготовить пациента к последующей хирургии катаракты</p> <p>Г обеспечить отсутствие в будущем показаний для хирургического метода лечения</p> <p>262 НАЗНАЧЕНИЕ ТИМОЛОЛА БОЛЬНЫМ ГЛАУКОМОЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ</p> <p>А бронхиальной астме</p> <p>Б аденоме предстательной железы</p> <p>В гипертонической болезни</p> <p>Г болезнях соединительной ткани</p> <p>263 ГИПОТЕНЗИВНЫЙ ЭФФЕКТ ПРОСТАГЛАНДИНОВ ОБУСЛОВЛЕН ИХ ВЛИЯНИЕМ НА</p> <p>А увеасклеральный путь оттока</p> <p>Б продукцию внутриглазной жидкости</p> <p>В передний путь оттока внутриглазной жидкости</p> <p>Г состояние угла передней камеры глаза</p> <p>264 К ПРЕПАРАТАМ, СНИЖАЮЩИМ ПРОДУКЦИЮ КАМЕРНОЙ ВЛАГИ, ОТНОСЯТ</p> <p>А β-адреноблокаторы</p> <p>Б α2-симпатомиметики</p> <p>В м-холиномиметики</p> <p>Г аналоги простагландинов F2α</p>	
---	--

265 К ЛАЗЕРНЫМ ОПЕРАЦИЯМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ, ОТНОСЯТ

- А трабекулопластику
- Б гониотомию
- В гониодесцеметопунктуру
- Г иридотомию

266 К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ АНАЛОГОВ ПРОСТАГЛАНДИНОВ ОТНОСЯТ

- А усиление роста ресниц
- Б бронхоспазм
- В синдром сухого глаза
- Г аритмии

267 К ПРЕПАРАТАМ, ВЛИЯЮЩИМ НА ПРОДУКЦИЮ И НА ОТТОК КАМЕРНОЙ ВЛАГИ, ОТНОСЯТ

- А бримонидина тартрат
- Б пилокарпина гидрохлорид
- В дорзоламида гидрохлорид
- Г проксодолол

268 СПАЗМ АККОМОДАЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ

- А пилокарпина гидрохлорида
- Б биматопроста
- В ацетозоламида
- Г тимолола малеата

269 К ЦИКЛОДЕСТРУКТИВНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ОТНОСЯТ

- А диодную транссклеральную циклокоагуляцию
- Б циклодиализ, циклоретракцию
- В глубокую проникающую склерэктомию
- Г периферическую лазерную иридотомию

270 ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ГЛАУКОМЫ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ ВСЕМ ЛИЦАМ ПОСЛЕ ___ ЛЕТ

- А 35
- Б 40
- В 50
- Г 60

271 К МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ФОРМЫ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ ОТНОСЯТ

- А фотодинамическую терапию, ингибиторы ангиогенеза
- Б консервативную терапию вазодилататорами, ангиопротекторами
- В применение пептидных биорегуляторов
- Г физиотерапевтическое лечение

272 К ПОКАЗАНИЯМ К ВИТРЕОРЕТИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ОТНОСЯТ

- А тракционную отслойку сетчатки
- Б свежий гемофтальм

В	острый задний увеит	
Г	отслойку сосудистой оболочки глаза	
273	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СУБФОВЕОЛЯРНОЙ ХОРИОИДАЛЬНОЙ НЕОВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПРИМЕНЯЮТ	
А	фотодинамическую терапию	
Б	прямую лазеркоагуляцию	
В	интравитреальное введение глюкокортикостероидов	
Г	заднюю закрытую витрэктомию	
274	К БАКТЕРИОСТАТИЧЕСКИМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ОТНОСЯТ	
А	линкозамин	
Б	аминогликозиды	
В	гликопептиды	
Г	цефалоспорины	
275	К АНТИБИОТИКАМ, ХОРОШО ПРОНИКАЮЩИМ ЧЕРЕЗ ГЕМАТООФТАЛЬМИЧЕСКИЙ БАРЬЕР, ОТНОСЯТ	
А	фторхинолоны	
Б	тетрациклины	
В	макролиды	
Г	полимиксины	
276	ПРЕПАРАТЫ ФУЗИДИЕВОЙ КИСЛОТЫ ЭФФЕКТИВНЫ ПРОТИВ	
А	стафилококков	
Б	хламидий	
В	энтеробактерий	
Г	диплококков	
277	К ПРОТИВОГРИБКОВЫМ АНТИБИОТИКАМ ОТНОСЯТ	
А	натамицин	
Б	тетрацилин	
В	ванкомицин	
Г	хлорамфеникол	
278	К ФТОРХИНОЛОНАМ IV ПОКОЛЕНИЯ ОТНОСЯТ	
А	моксифлоксацин	
Б	левофлоксацин	
В	норфлоксацин	
Г	темафлоксацин	
279	К АНТИСЕПТИЧЕСКИМ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ ШИРОКОГО СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ ОТНОСЯТ	
А	окомистин	
Б	бензалкония хлорид	
В	сульфацил натрия	
Г	ципромед	
280	К ВИРУСОЦИДНЫМ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТ	

А	флореналь	
Б	интерферон	
В	дезоксирибонуклеазу	
Г	полудан	
281	К БЛОКАТОРАМ ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ, ПРИМЕНЯЕМЫМ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ, ОТНОСЯТ	
А	Гистимет	
Б	Аломид	
В	Кромогексал	
Г	Тетризолин	
282	К АЛЬФА- И БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ В ЛЕЧЕНИИ ГЛАУКОМЫ, ОТНОСЯТ	
А	проксодолол	
Б	тимолола малеат	
В	бетаксолол	
Г	дипивефрин	
283	ПРЕПАРАТ АЗАРГА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ КОМБИНАЦИЮ	
А	бринзоламида с тимололом	
Б	дорзоламида с тимололом	
В	бримонидина с тимололом	
Г	бринзоламида с бетоксалолом	
284	К ПРЕПАРАТАМ, УЛУЧШАЮЩИМ МЕТАБОЛИЗМ ХРУСТАЛИКА, ОТНОСЯТ	
А	пиреноксин	
Б	дипивефрин	
В	периндоприл	
Г	циклопентолат	
285	К МИДРИАТИКАМ, НЕ ВЫЗЫВАЮЩИМ ПАРЕЗ РЕСНИЧНОЙ МЫШЦЫ, ОТНОСЯТ	
А	Ирифрин	
Б	Атропина сульфат	
В	Цикломед	
Г	Тропикамид	
286	ДЕКСПАНТЕНОЛ ЯВЛЯЕТСЯ КОМПОНЕНТОМ ПРЕПАРАТА	
А	Хилозар-КОМОД	
Б	Хиломакс-КОМОД	
В	Визмед	
Г	Катионорм	
287	ПРИ ВНУТРИГЛАЗНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО МЕСТНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА	
А	Гистохром	
Б	Каталин	
В	Гепарин	
Г	Дексаметазон	

288 ПРИ ДЕМОДЕКОЗНОМ ПОРАЖЕНИИ ГЛАЗ
ЭФФЕКТИВНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ

- А метронидазола
- Б хлорамфеникола
- В серебра
- Г пиклоксидина

289 В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ
ГОНОБЛЕННОРЕИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А Сульфацила-натрия 20%
- Б Нитрат серебра 1%
- В Тетрациклиновая мазь 1%
- Г Ципрофлоксацин 0,3%

290 К АНТИГЛАУКОМАТОЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ С
НЕЙРОПРОТЕКТИВНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОТНОСЯТ

- А бетаксолол
- Б травапрост
- В тимолола малеат
- Г пилокарпин

291 ПРИ АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ЦЕЛЕСООБРАЗНО
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- А ангиопротекторов
- Б кортикостероидов
- В фибринолитиков
- Г ингибиторов карбоангидразы

292 ПРЯМАЯ ЭЛЕКТРОФАРМАКОСТИМУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ
АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ПОДРАЗУМЕВАЕТ

- А катетеризацию субтенонова пространства
- Б частые инстилляции глазных капель
- В чрезкожную стимуляцию зрительных нервов
- Г применение физиотерапевтических методов

293 РЕТИНАЛАМИН ОБЛАДАЕТ _____ДЕЙСТВИЕМ

- А нейропротективным
- Б спазмолитическим
- В противовоспалительным
- Г антиаллергическим

294 ОРГАННОСОХРАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕЛАНОМ ХОРИОИДЕИ
ВКЛЮЧАЕТ

- А брахитерапию
- Б химеотерапию
- В экзентерацию
- Г физиотерапию

295 ПРИ ЛЕЧЕНИИ СВЕЖЕГО ГЕМОФТАЛЬМА ИСПОЛЬЗУЮТ

- А Этамзилат-натрия
- Б Гемазу

В	Коллализин	
Г	Дексаметазон	
296	ПРЕПАРАТ ВОБЭНЗИМ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ	
А	растительных ферментов	
Б	пептидных биорегуляторов	
В	нейроретинопротекторов	
Г	витаминов	
297	К ЗАМЕНИТЕЛЯМ ИСКУССТВЕННОЙ СЛЕЗЫ, НЕ СОДЕРЖАЩИМ КОНСЕРВАНТ, ОТНОСЯТ	
А	Визмед-гель	
Б	Слезу натуральную	
В	Офтагель	
Г	Лакрисифи	
298	К ИММУНОМОДУЛЯТОРАМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ В ОФТАЛЬМОЛОГИИ, ОТНОСЯТ	
А	Полудан	
Б	Флогэнзим	
В	Колистиметат	
Г	Дипивефрин	
299	НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ЯВЛЯЮТСЯ ДЕЙСТВУЮЩИМ ВЕЩЕСТВОМ	
А	Акьюлара	
Б	Окомистина	
В	Опатанола	
Г	Фуцитальмика	
300	ПРЕПАРАТ ТРАЙКОР НОРМАЛИЗУЕТ	
А	липидный обмен	
Б	свертываемость крови	
В	уровень гликемии	
Г	внутриглазное давление	

Ответы: во всех тестовых заданиях правильным является ответ А.

2.2 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	А/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Во время вашего ночного дежурства у медсестры приемного отделения, 55 лет, внезапно развилась резкая боль в левом глазу,

		иррадиирующая в левую половину головы, зубы, ухо. Имела место рвота, пульс замедлен, АД 180/100 мм ртутного столба. Со слов больной, в последнее время отмечались периодические приступы затуманивания зрения, радужные круги при взгляде на источник света, чувство тяжести и явления слезотечения обоих глаз. При внешнем осмотре выявилось умеренное сужение левой глазной щели, покраснение левого глазного яблока, мутная роговица и расширенный зрачок слева, который почти не реагирует на свет. Больная различает этим глазом лишь предметы у лица. Пальпаторно левый глаз более плотный по сравнению с правым глазом.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый приступ узко-закрытоугольной глаукомы
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неправильно определена патогенетическая форма глаукомы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз острого приступа узко-закрытоугольной глаукомы установлен на основании: - жалоб больного на резкую боль в левом глазу, иррадиирующую в левую половину головы, зубы, ухо, слезотечение, тяжесть в глазу, радужные круги при взгляде на источник света, тошноту, рвоту; - данных объективного исследования (умеренное сужение левой глазной щели, покраснение левого глазного яблока, мутная роговица, расширенный зрачок с отсутствием реакции на свет, острота зрения равна счету пальцев у лица, повышенный тонус левого глаза при пальпаторном исследовании).
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	Какие экстренные мероприятия необходимы в данном случае?
Э	-	При остром приступе глаукомы требуется неотложная медицинская помощь, основной целью является снизить внутриглазное давление и нормализовать метаболизм в тканях глаза и зрительном нерве. Начинают с инстилляций пилокарпина 2% в течение 1-го часа каждые 15 мин, 2-го часа – 3 раза, 3-го часа – 2 раза, затем 6 раз в день; 2 раза в день инстиллируют раствор бета-блокаторов (тимолол 0.5% или бетаксолол 0.5%), одновременно применяют ингибиторы карбоангидразы местно (бринзоламид 1% или дорзоламид 2%) и системно ацетозоламид 500 или 1000 мг однократно. При отсутствии компенсации внутриглазного давления через 3 ч добавляют осмотические диуретики – глицерин 50% 50 мл внутрь или манитол 25% 200 мл в/в капельно. После проведения неотложных мероприятий больного направляют на стационарное лечение.

P2	-	Ответ верный. Все экстренные мероприятия указаны верно, правильно указаны дозировки лекарственных средств
P1	-	Ответ не полный. Не все группы препаратов перечислены или неверно указана их дозировка.
P0	-	Ответ неверный. Лекарственные средства выбраны неверно.
B	4	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э	-	Дифференциальную диагностику необходимо проводить с острым иридоциклитом, который тоже сопровождается болями в глазу и голове. Необходимо учесть, что роговица при остром приступе мутная, а при ирите – прозрачная. Передняя камера при глаукоме мелкая, а при ирите не изменяется. Зрачок при глаукоме широкий, а при ирите сужен. При глаукоме не изменяется цвет радужки. Внутриглазное давление при глаукоме повышено, а при ирите нормальное или снижено. Для глаукомы характерны типичные изменения головки зрительного нерва, при иридоциклите диск зрительного нерва не изменяется.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
B	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациентки.
Э	-	С целью предупреждения повторных атак закрытоугольной глаукомы больной должен быть направлен на лазерную или хирургическую иридэктомию на обоих глазах. Профилактическая базальная лазерная иридотомия на парном глазу выполняется при анатомическом сходстве состояния УПК с глаукомным глазом. За больным устанавливается диспансерное наблюдение. Осмотр офтальмолога каждые 3 месяца: измерение внутриглазного давления, осмотр глазного дна, определение полей зрения каждые 6 месяцев.
P2	-	Ответ верный. План ведения пациента описан полностью
P1	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.
P0	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
H	-	002
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К Вам, врачу поликлинического отделения ЦРБ, обратится пациент 32 лет с жалобами на снижение зрения правого глаза, слезотечение, светобоязнь, боли в правом глазу, усиливающиеся ночью, снижение

		зрения. Свое состояние связывает с сильным переохлаждением накануне. При осмотре выявлена гиперемия правого глазного яблока, более выраженная вокруг лимба и убывающая к конъюнктивальным сводам, на задней поверхности нижних отделов роговицы – мелкие точечные объекты белого цвета, зрачок сужен. Пальпация глазного яблока резко болезненна.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	У больного имеет место острый передний увеит (иридоциклит).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неправильно дана классификация увеита по анатомическому признаку или по течению.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э	-	Дифференциальную диагностику следует проводить с острым конъюнктивитом. Отличительным признаком в данном случае является наличие перикорнеальной инъекции, отсутствие отделяемого, характерные изменения радужки – изменения цвета и ступенчатость рисунка, а также характерные изменения зрачка - его фестончатая форма. Дифференциальную диагностику также необходимо проводить с острым приступом закрытоугольной глаукомы. Необходимо учесть, что роговица при остром приступе мутная, а при ирите – прозрачная. Передняя камера при глаукоме мелкая, а при ирите не изменяется. Зрачок при глаукоме широкий, а при ирите сужен. При глаукоме не изменяется цвет радужки. Внутриглазное давление при глаукоме повышено, а при ирите нормальное или снижено.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен неполностью, часть нозологий упущена или не определена часть диагностических признаков, по которым проводится дифференциальный диагноз.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно.
В	3	Какой объем первой врачебной помощи необходимо выполнить в данном случае?
О	-	Первая помощь при иридоциклитах заключается в расширении зрачка для предупреждения спаек и снятия болевого синдрома. Местно применяют растворы атропина сульфата 1%, тропикамида 1%, цикломеда 1%, мезатона 1%. Кортикостероиды для купирования воспалительной реакции местно (р-р дексаметазона 0,1%), инъекции под конъюнктиву или парабульбарно, системно (по показаниям). Нестероидные противовоспалительные препараты (местно - р-р диклофенака натрия 0,1%) или индометацина (индоколлир 0.1%), а также системное применение в виде таблетированных форм или инъекций.
P2	-	Ответ полный. Определен полный объем первой врачебной помощи
P1	-	Ответ неполный, не все группы препаратов перечислены или есть ошибка в дозировке.

P0	-	Ответ неверный. Лекарственные средства не названы или названы неверно.
B	4	Определите тактику дальнейшего ведения пациента
Э	-	<p>Лечение иридоциклитов должно быть комплексным с включением лекарственных средств, воздействующих ин на этиологические факторы, и на воспалительный процесс.</p> <p>Антибактериальные или противовирусные ЛС назначают при инфекционных (бактериальных/вирусных) или инфекционно-аллергических увеитах, антибиотики вводят в виде глазных капель, мазей, подконъюнктивальных или парабульбарных инъекций, методом электрофореза, а также системно.</p> <p>Противовоспалительная терапия включает кортикостероиды и нестероидные препараты.</p> <p>Симптоматическая терапия включает циклоплегики-мидриатики и анальгетики.</p> <p>Назначают общую неспецифическую десенсибилизирующую терапию (антигистаминные средства, препараты кальция), физиотерапевтические процедуры</p>
P2	-	Ответ верный, названы все группы препаратов, используемые при лечении увеитов.
P1	-	Ответ неполный. Часть лекарственных препаратов названа неверно или упущена.
P0	-	Ответ неверный. Лекарственные средства не названы или названы неверно.
B	5	Какие осложнения возможны при данном заболевании?
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вторичная глаукома за счет образования задних синехий. 2. Деструкция стекловидного тела, образование шварт в стекловидном теле. При вовлечении сетчатки – разрывы с развитием отслойки. 3. Осложненная катаракта. 4. Сращение, зарращение зрачка. 5. При хроническом увеите возможно развитие глубокого кератита.. 6. Гипотония глаза и субатрофия глазного яблока (после тяжелых фибринозно-пластических увеитов)
P2	-	Ответ полный, перечислены все возможные осложнения.
P1	-	Ответ неполный, часть возможных осложнений упущена или названа неверно.
P0	-	Ответ неверный, возможные осложнения не названы или названы неверно.
H	-	003
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренных формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.
У	-	В районную поликлинику обратилась сельская жительница, 64 лет, с жалобами на боль в левом глазу, снижение зрения. Со слов

		пациентки, накануне работала в огороде и травмировала веткой левый глаз. При осмотре отмечают: светобоязнь, слезотечение, блефароспазм обоих глаз. Гиперемия выражена на левом глазу, окружая лимб, по направлению к сводам ослабевает. Роговица диффузно мутная, в ее оптическом центре выявляется круглый оптически плотный инфильтрат желтоватого цвета с четкими границами. Чувствительность роговицы сохранена.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	У пациентки экзогенный травматический бактериальный кератит. Фактором риска развития бактериальных кератитов часто является травма эпителия роговицы. Комплекс перечисленных симптомов обозначают как роговичный синдром. Вид и цвет инфильтрата характерен для бактериальных поражений роговицы.
P2	-	Ответ верный. Диагноз поставлен верно, с учетом данных анамнеза и объективной картины.
P1	-	Ответ неполный. Не указан предполагаемый этиологический фактор.
P0	-	Ответ неверный. Нозология не определена или определена неверно.
В	2	Какой препарат используется для оценки целостности эпителиального слоя роговицы?
Э	-	Для обнаружения дефекта эпителия роговицы используют витальный краситель – флюоресцеин 1% или 2%. После инстилляций в конъюнктивальный мешок места, лишенные эпителия, приобретают зеленую окраску.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ неполный. Неправильно указана концентрация препарата или цвет дефекта роговицы после окрашивания.
P0	-	Ответ неверный. Вещество не названо или названо неверно.
В	3	Определите тактику лечения пациента.
О	-	Лечение кератитов должно проводиться в стационаре. Этиологическая терапия включает применение антибактериальных средств, местное и системное. Антибактериальные глазные капли из группы фторхинолонов и/или аминогликозидов имеют широкий спектр и бактерицидный эффект, применяются наиболее широко. К бактериостатическим относятся мази тетрациклиновая 1% и эритромициновая 1%, а также глазные капли хлорамфеникол (левомецетин 0.25%). К резервным препаратам узкого спектра действия относятся полимиксин В для лечения синегнойной инфекции. Патогенетическая терапия включает нестероидные противовоспалительные средства. Симптоматическая терапия включает применение мидриатиков и анальгетиков. Для стимуляции эпителизации применяют лекарственные средства, стимулирующие репаративные процессы. Обязательна санация слезных путей.
P2	-	Ответ верный, названы все группы препаратов, используемые при лечении кератитов.

P1	-	Ответ неполный. Часть препаратов названа неверно или упущена.
P0	-	Ответ неверный. Лекарственные средства не названы или названы неверно.
B	4	Каковы возможные осложнения заболевания?
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Распространение дефекта как в глубину, так и в ширину 2. Увеит при вовлечении в воспалительный процесс сосудистого тракта 3. Формирование десцеметоцеле. 4. Прободение роговицы. 5. Сращенный рубец. 6. Эндофтальмит, панофтальмит при проникновении инфекции внутрь глаза. 7. Субатрофия глаза.
P2	-	Ответ полный. Перечислены все возможные осложнения.
P1	-	Ответ неполный, часть возможных осложнений упущена.
P0	-	Ответ неверный, возможные осложнения не названы или названы неверно
B	5	Перечислите возможные исходы заболевания.
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Регресс процесса: отторжение некротизированных тканей, очищение язвы, уменьшение инфильтрации, регенерация стромы с формированием помутнения в виде облачка, пятна или бельма. 2. Купирование воспалительного процесса с восстановлением функции глаза. 3. Купирование воспалительного процесса с частичной потерей функции глаза. 4. Купирование воспалительного процесса с полной потерей зрительных функций. 5. Изъязвление роговицы. 6. Вовлечение в воспалительный процесс сосудистого тракта.
P2	-	Ответ верный, перечислены все возможные исходы заболевания
P1	-	Ответ неполный, часть возможных исходов не названа.
P0	-	Ответ неверный, исходы названы неверно, или не названы вовсе.
H	-	004
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренных формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная К., 47 лет, обратилась к Вам, дежурному терапевту районной поликлиники с жалобами на интенсивные ломящие боли в обоих глазах, иррадиирующие в лобную область, затылок, однократно была рвота, не принеся облегчения. Со слов больной имеет низкое зрение с детских лет, пользуется «плюсовыми» очками для дали и для чтения. В дни, предшествующие ухудшению состояния, отмечала снижение остроты зрения даже при использовании очков, а также появление радужных кругов при

		взгляде на источник света. При осмотре: умеренная застойная инъекция обоих глазных яблок, роговицы непрозрачные, передняя камера обоих глаз мелкая, зрачки расширены, на свет не реагируют. При пальпации глазные яблоки «каменной» плотности.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый приступ узко-закрытоугольной глаукомы. Описанные симптомы являются следствием резкого повышения внутриглазного давления, что характерно для острого приступа закрытоугольной глаукомы. Гиперметропия является фактором риска развития закрытоугольной глаукомы.
P2	-	Ответ верный. Диагноз поставлен верно, с учетом данных анамнеза, факторов риска и объективной картины.
P1	-	Ответ неполный. Диагноз неточен, не уточнена форма глаукомы.
P0	-	Ответ неверный. Нозология не определена.
В	2	Какой объем первой врачебной помощи необходимо выполнить в данном случае?
Э	-	При остром приступе глаукомы требуется неотложная медицинская помощь, основной целью является снизить внутриглазное давление и нормализовать метаболизм в тканях глаза и зрительном нерве. Начинают с инстилляций пилокарпина 2% в течение 1-го часа каждые 15 мин, 2-го часа – 3 раза, 3-го часа – 2 раза, затем 6 раз в день; 2 раза в день инстиллируют раствор бета-блокаторов (тимолол 0.5% или бетаксолол 0.5%), одновременно применяют ингибиторы карбоангидразы местно (бринзоламид 1% или дорзоламид 2%) и системно ацетозоламид 500 или 1000 мг однократно. При отсутствии компенсации внутриглазного давления через 3 ч добавляют осмотические диуретики – глицерин 50% 50 мл внутрь или манитол 25% 200 мл в/в капельно. После проведения неотложных мероприятий больного направляют на стационарное лечение.
P2	-	Ответ верный. Объем первой врачебной помощи указан верно
P1	-	Ответ не полный. Не все группы препаратов перечислены или неверно указана их дозировка.
P0	-	Ответ неверный. Лекарственные средства выбраны неверно.
В	3	Какая группа препаратов имеет наибольшее значение в медикаментозном лечении данной патологии и почему?
О	-	При медикаментозном лечении закрытоугольной глаукомы наибольшее значение имеют м-холиномиметические препараты. Действие основано на сужении зрачка, что способствует оттягиванию корня радужки от фильтрационной зоны и улучшению оттока через трабекулярный аппарат.
P2	-	Ответ верен. Правильно названа группа препаратов и описан основной механизм действия
P1	-	Ответ неполный. Правильно названа группа, не описан механизм действия.
P0	-	Ответ неверный. Неправильно указана группа препаратов.
В	4	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.

Э	-	Закрытоугольная глаукома протекает приступообразно с периодически возникающими частичными или полными блоками угла передней камеры. С целью предупреждения повторных атак используют лазерную или хирургическую иридэктомию. Лазерная иридэктомия на втором глазу проводится при анатомическом сходстве состояния УПК с глаукомным глазом. Диспансерное наблюдение, частота визитов зависит от стадии заболевания, тяжести течения, выраженности оптиконеуропатии.
P2	-	Ответ полный. Тактика ведения определена верно.
P1	-	Ответ неполный. Не все мероприятия включены в план ведения.
P0	-	Ответ неверный. Тактика ведения не определена.
В	5	Какие еще заболевания глаза могут сопровождаться развитием вторичной закрытоугольной глаукомы?
Э	-	Передний увеит (иридоциклит) вследствие сращения или заращения зрачка, либо при формировании передний синехий. Факоморфическая глаукома, сопровождающаяся бомбажем радужки Факотопическая глаукома при смещении хрусталика в область зрачка или переднюю камеру. Неопластическая глаукома при внутриглазных опухолях. Тотальный гемофтальм.
P2	-	Ответ полный, перечислены все заболевания глаза, сопровождающиеся развитием вторичной закрытоугольной глаукомы.
P1	-	Ответ неполный. Часть нозологий упущена
P0	-	Ответ неверный. Нозологии не определены, или названы неверно.
Н	-	005
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К Вам на прием привели 18-летнюю девушку, которая жалуется на внезапное снижение остроты зрения правого глаза. Со слов пациентки, 2 недели назад перенесла правосторонний гнойный гайморит. При осмотре выявлено снижение зрения правого глаза до 0.05 н/к, сужение периферических границ поля зрения, зрение левого глаза в норме. Офтальмоскопическая картина правого глаза: диск зрительного нерва гиперемирован, границы сливаются с окружающей сетчаткой, вены несколько расширены, экссудативные очаги и мелкие кровоизлияния в перипапиллярной зоне сетчатки. Глазное дно левого глаза без патологических изменений.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Острый интрабульбарный неврит правого глаза.
P2	-	Ответ верный, нозология определена верно.
P1	-	Ответ неполный, есть ошибки при формулировании диагноза.
P0	-	Ответ неверный, нозология не определена, или определена неверно.

В	2	С какой патологией необходимо проводить дифференциальную диагностику?
Э	-	Дифференциальный диагноз проводят с застойным диском зрительного нерва. Для неврита характерно одностороннее поражение, а также раннее и резкое ухудшение зрительных функций: снижение остроты зрения и изменения полей зрения в виде концентрического сужения или секторообразного выпадения.
P2	-	Ответ верный. Дифференциальный диагноз проведен полностью, учтены все диагностические критерии
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	3	Перечислите основные причины развития данной патологии.
О	-	Причинами могут быть общие острые и хронические инфекции (грипп, ангина, рожа и др.), очаговые инфекции (синуситы, отит, тонзиллит и др.), воспалительные заболевания глазницы и внутренних оболочек глазного яблока.
P2	-	Ответ верный, перечислены основные причины развития интрабульбарного оптического неврита зрительного нерва.
P1	-	Ответ неполный, указаны не все этиологические факторы
P0	-	Ответ неверный, этиологические факторы названы неверно или не названы вовсе.
В	4	Какие основные и дополнительные методы диагностики применяются при данном заболевании?
Э	-	Функциональные методы исследования включают: исследование остроты зрения и полей зрения, цветоощущения, контрастной чувствительности. Электрофизиологические методы включают исследование электрической чувствительности зрительного нерва и запись зрительных вызванных потенциалов. Также применяется ультразвуковое исследование глаза и орбиты, доплерография сосудов бассейна внутренней сонной артерии, а также флюоресцентная ангиография глазного дна. Рентгенологические методы включают: обзорную рентгенографию черепа и глазницы, исследование костного канала зрительного нерва по Резе, компьютерную томографию и исследование методом магнитно-резонансной томографии.
P2	-	Ответ полный, перечислены основные и дополнительные методы исследования
P1	-	Ответ неполный, не все методы исследования перечислены.
P0	-	Ответ неверный, методы диагностики не указаны.
В	5	Определите тактику лечения.
Э	-	Лечение больных невритом зрительного нерва должно быть экстренным и в условиях стационара. Основные направления включают: лечение основного заболевания, вызвавшего неврит, противовоспалительную терапию (глюкокортикостероиды парентерально и внутрь), десенсибилизирующие средства

		(супрастин, димедрол, тавегил и др), дегидратационную (внутри диакарб, фуросемид, в/м магния сульфат 25%), дезинтоксикационную (в/в 5% растворы глюкозы, реамберина, желатиноля) терапию, спазолитики, витамины группы В. Применяют антибиотики, исключая антибиотики, обладающие ототоксическим действием.
P2	-	Ответ полный, группы препаратов названы верно.
P1	-	Ответ неполный, не все группы препаратов перечислены.
P0	-	Ответ неверный, лекарственные препараты выбраны неверно.
Н	-	006
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К Вам обратился молодой человек, 18 лет, по поводу светобоязни, слезотечения и блефароспазма, более выраженного слева. Эти симптомы появились вскоре после перенесенного им острого респираторного заболевания. При осмотре глазное яблоко гиперемировано, в роговице определяется инфильтрат серого цвета, дисковидной формы, располагающийся в ее оптической зоне. На поверхности инфильтрата эпителий истыкан, строма отечна, утолщена. При окрашивании 1% раствором флюоресцеина роговица не прокрашивается.
В	1	Какой вид чувствительности роговицы необходимо проверить для подтверждения диагноза? С помощью чего это лучше сделать?
Э	-	Определяется тактильная чувствительность роговицы, для чего используют ватный фитилек.
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ неполный, не назван вид чувствительности роговицы
P0	-	Ответ неверный. Неверно указан или не указан вид исследуемой чувствительности и/или метод исследования
В	2	Чувствительность роговой оболочки оказалось сниженной, какой диагноз можно предположить?
Э	-	Предполагаемый диагноз: дисковидный кератит, вызванный вирусом простого герпеса.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: определена нозологическая форма, но без указания предполагаемого патогена.
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	3	Обоснуйте Ваш диагноз.
О	-	Герпетические кератиты развиваются в глубоких слоях стромы роговицы, как правило, поражается один глаз. Дисковидный кератит занимает в большинстве случаев оптические отделы, может

		приводить к значительному снижению зрения. Характеризуется замедленной регенерацией, снижением тактильной чувствительности роговицы, склонен к рецидивированию. Провоцируют вспышку заболевания острые инфекции, лихорадочные состояния, стрессы, переохлаждения и т.д.
P2	-	Ответ верный, учтены провоцирующие факторы, основные диагностические признаки и особенности течения заболевания.
P1	-	Ответ неполный, часть диагностических критериев упущена или неверно интерпретирована
P0	-	Ответ неверный, диагностические критерии обозначены неверно.
B	4	Назовите основные группы лекарственных средств, используемых в медикаментозной терапии данного заболевания.
Э	-	Лечение герпетических кератитов комплексное. Используют лекарственные препараты, подавляющие репликацию вируса: ацикловир («Ацикловир», «Зовиракс») в виде глазных мазей и системно, ганцикловир в виде глазного геля «Зирган». Неспецифическая противовирусная терапия (интерферон и его индукторы). Патогенетическая терапия включает нестероидные противовоспалительные средства, кортикостероиды. Симптоматическая терапия: мидриатики (Атропин1%, Цикломед1%), десенсибилизирующие средства (супрастин, тавегил.и др) Антиоксиданты (аскорбиновая кислота) Кератопротекторы (корнерегель 5%, солкосерил-гель 20%, актовегин-гель 20%).
P2	-	Ответ верный, перечислены основные средства медикаментозной терапии герпетического кератита
P1	-	Ответ неполный, не все основные средства медикаментозной терапии перечислены
P0	-	Ответ неверный, лекарственные средства не названы или названы неверно.
B	5	Опишите местные побочные эффекты кортикостероидной терапии.
Э	-	1. Повышение внутриглазного давления (вторичная глаукома) 2. Активация бактериальной и/или грибковой инфекции 3. Осложненная катаракта 4. Фиброз экстраокулярных мышц 5. Ишемический некроз роговой оболочки
P2	-	Ответ верный, перечислены все возможные местные побочные эффекты кортикостероидной терапии.
P1	-	Ответ частичный, перечислены не все местные побочные эффекты кортикостероидной терапии
P0	-	Ответ неверный, не названы местные побочные эффекты или названы неверно.
H	-	007
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза

Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К вам, врачу медицинского пункта на предприятии, обратился рабочий, которому при работе со шлифовальной насадкой угловой шлифовальной машины в левый глаз что-то попало. При осмотре – зрение снижено незначительно, гиперемия глазного яблока, форма его сохранена, блефароспазм, слезотечение, на периферии роговицы левого глаза видна ранка с выпавшими темными массами.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Открытая травма роговицы левого глаза с внутриглазным инородным телом (травма на производстве).
P2	-	Ответ верный, диагноз установлен правильно.
P1	-	Ответ неполный, не уточнен характер травмы
P0	-	Ответ неверный. Диагноз не установлен или неверен.
В	2	Обоснуйте диагноз.
Э	-	Открытые травмы глазного яблока характеризуются нарушением целостности наружной оболочки глаза во всю её толщину. Абсолютными признаками таких ранений являются: наличие сквозной раны в фиброзной капсуле глаза, выпадение радужки, цилиарного тела и/или стекловидного тела в рану, наличие инородного тела внутри глаза.
P2	-	Ответ верный, учтены все диагностические критерии
P1	-	Ответ неполный, часть диагностических признаков упущена или названа неверно
P0	-	Ответ неверный, диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	Какие мероприятия первой помощи должны быть оказаны?
О	-	Мероприятия первой помощи включают 1. инстилляцию растворов антибиотиков в пораженный глаз 2. наложение стерильной биннокулярной повязки 3. введение противостолбнячной сыворотки по Безредке 4. больной должен быть транспортирован в специализированное отделение стационара в лежачем положении
P2	-	Ответ полный, все мероприятия первой помощи перечислены
P1	-	Ответ неполный, не весь объём первой помощи перечислен
P0	-	Ответ неверный. Мероприятия первой помощи не указаны или указаны неверно.
В	4	С какой целью накладывают биннокулярную повязку при прободном ранении одного глаза?
Э	-	Следует закрыть повязкой оба глаза для исключения движения глаз во время транспортировки и предупреждения смещения инородного тела внутри глаза.
P2	-	Ответ верный. Цель наложения биннокулярной повязки раскрыта в полном объеме
P1	-	Ответ неполный. Цель наложения биннокулярной раскрыта не в полном объеме.

P0	-	Ответ неверный. Неверно указана цель наложения бинокулярной повязки или не указана вообще
B	5	Какое исследование необходимо назначить пациенту при обследовании в стационаре для уточнения локализации инородного тела?
Э	-	Рентгенография орбиты по Комбергу-Балтину
P2	-	Ответ верный. Правильно указан вид и методика исследования
P1	-	Ответ неполный, назван вид исследования без указания методики.
P0	-	Ответ неверный. Необходимое исследование не названо или названо неверно
H	-	008
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В поликлинику обратилась пациентка с жалобами на слезотечение, сильные боли в области правого глазного яблока, правой орбиты и правой височной области, снижение зрения правого глаза. Со слов больной, неделю назад отмечалось лихорадочное состояние с ознобом и выраженной слабостью. Одновременно на коже лица с правой стороны появились мелкие сгруппированные пузырьки с прозрачным содержимым. На момент осмотра: гиперемия, желтовато-коричневые корочки на коже волосистой части головы, лба, век справа. Гиперемия глазного яблока, более выраженная вокруг зоны лимба, на роговице визуализируется инфильтрат сероватого цвета в виде «веточки дерева». При окраске флюоресцеином 1% – участков дезэпителизации роговицы не выявлено.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Герпетический кератит, вызванный вирусом Varisella Zoster.
P2	-	Ответ верный. Определена нозология и возможный патоген.
P1	-	Ответ неполный. Не уточнен патоген.
P0	-	Ответ неверный, нозология не определена.
B	2	Обоснуйте Ваш диагноз.
Э	-	Для герпетического кератита, вызванного вирусом Varisella Zoster, характерно вовлечение роговицы на 2-3 неделе после появления сыпи на коже лица. Кератит сопровождается выраженными болями в области глазного яблока и походу ветвей тройничного нерва на стороне поражения. Процесс односторонний. Морфологический элемент может иметь форму веточки дерева, но изъязвление не характерно.
P2	-	Ответ верный. Диагноз обоснован верно.

P1	-	Ответ неполный, не все диагностические критерии учтены.
P0	-	Ответ неверный. Основные диагностические критерии не выявлены.
B	3	Какие местные лекарственные средства применяют в лечении заболевания?
O	-	Лечение герпетических кератитов комплексное. Используют препараты, подавляющие репликацию вируса: ацикловир («Ацикловир», «Зовиракс») в виде глазных мазей и системно, ганцикловир в виде глазного геля «Зирган». Неспецифическая противовирусная терапия (интерферон и индукторы интерферона) Патогенетическая терапия включает нестероидные противовоспалительные средства, кортикостероиды. Симптоматическая терапия (мидриатики: Атропин 1%, Цикломед 1%) Метаболические средства (Витасик, Тауфон 4%, Рибофлавин 2%)
P2	-	Ответ полный, группы препаратов названы верно.
P1	-	Ответ неполный. Часть препаратов названа неверно или упущена.
P0	-	Ответ неверный. Не названы лекарственные средства этиотропной терапии.
B	4	Назовите факторы риска, способные спровоцировать рецидив заболевания.
Э	-	Факторами риска, провоцирующими заболевание могут быть: охлаждение / перегревание, бактериальная инфекция, лихорадочное состояние, эмоциональные стрессы, нейроэндокринные сдвиги, вакцинация, злоупотребление алкоголем, ультрафиолетовое облучение, лазерные воздействия, применение системных или местных простагландинов и/или иммунодепрессантов
P2	-	Ответ верный, факторы риска названы верно.
P1	-	Ответ неполный, не все провоцирующие факторы перечислены.
P0	-	Ответ неверный, факторы риска не указаны или названы неверно.
B	5	Определите меры профилактики рецидивов заболевания.
Э	-	Для профилактики рецидивов необходимо своевременное обращение к специалисту, отказ от бесконтрольного применения лекарственных средств, избегать факторов риска, способных спровоцировать рецидив.
P2	-	Ответ верный. Меры профилактики определены верно
P1	-	Ответ неполный, не все профилактические мероприятия указаны.
P0	-	Ответ неверный. Меры профилактики не названы.
H	-	009
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	К Вам, дежурному терапевту ЦРБ, обратилась пациентка В., 78 лет, с жалобами на резко развившуюся слепоту левого глаза, ощущение тумана и плавающих теней и мушек перед правым глазом. Больная страдает сахарным диабетом II типа на протяжении 25 лет, находится на заместительной инсулинотерапии последние 15 лет. Из сопутствующей патологии – гипертоническая болезнь 3ст, риск 4. При осмотре: глазные яблоки спокойны, роговица - гладкая, блестящая, рефлекс с глазного дна правого глаза ослаблен, рефлекс с глазного дна левого глаза отсутствует. Пациентка 2 недели назад проходила осмотр офтальмодиабетолога, которым был выставлен диагноз: Диабетическая пролиферативная ретинопатия обоих глаз. Осложненная незрелая катаракта обоих глаз. В плане лечения была рекомендована лазеркоагуляция сетчатки.
В	1	Что, по Вашему мнению, послужило причиной внезапной слепоты в данном случае?
Э	-	Причиной внезапной слепоты в данном случае послужило кровоизлияние в стекловидное тело, которое часто осложняет течение диабетической ретинопатии в пролиферативной стадии.
P2	-	Ответ верный. Причина внезапной слепоты указана верно
P1	-	Ответ неполный. Не указана анатомическая область поражения
P0	-	Ответ неверный, причина снижения зрения не указана или определена неверно.
В	2	Перечислите стадии диабетической ретинопатии (ДР) по классификации ВОЗ.
Э	-	Классификация ВОЗ делит диабетическую ретинопатию на 3 стадии: непролиферативная, препролиферативная и пролиферативная.
P2	-	Ответ верный, перечислены все стадии ДР
P1	-	Ответ неполный, не все стадии ДР перечислены
P0	-	Ответ неверный, стадии не указаны.
В	3	Назовите средства медикаментозной терапии, используемые при данной патологии.
Э	-	Задачами лечения нетравматического гемофтальма являются ускорение процессов гемолиза и фибринолиза. В первые 1-2 дня применяют гемостатические средства: этамзилат 12.5% в/м и парабульбарно, кальция хлорид 10%. Для ускорения гемолиза вводят осмотические препараты: маннитол, гипертонические растворы натрия хлорида или глюкозы. Для ускорения лизиса фибринового сгустка, через 2-3 дня, применяют фибринолитики: гемаза 5000 ЕД п/б. Системная ферментная терапия может включать : вобэнзим или флогэнзим в течение нескольких месяцев.
P2	-	Ответ полный. Все основные средства медикаментозной терапии перечислены
P1	-	Ответ неполный, не все основные средства медикаментозной терапии перечислены
P0	-	Ответ неверный, лекарственные средства не названы или названы неверно.

В	4	Определите алгоритм офтальмологического ведения пациентов с сахарным диабетом.
Э	-	Пациенты с сахарным диабетом должны осматриваться офтальмологом не реже 1 раза в год. При развитии ретинопатии – чаще. С I стадией ДР - один раз в 6-8 мес, со II стадией ДР - один раз в 3-4 мес, с III стадией - раз в 2-3 мес. Раннее лечение тяжелой пролиферативной или ранней пролиферативной ретинопатии аргоновой лазеркоагуляцией может предотвратить тяжелые осложнения. При развитии тяжелой пролиферативной ДР, осложненной гемофтальмом или тракционной отслойкой сетчатки показана витрэктомия. Эндокринолог осуществляет коррекцию сахарного диабета, нарушений липидного обмена и нормализацию артериального давления.
P2	-	Ответ полный, алгоритм раскрыт полностью
P1	-	Ответ неполный. Тактика ведения больного полностью не определена
P0	-	Ответ неверный. Алгоритм ведения больных не описан или описан неверно.
В	5	Какие ещё заболевания глаза сопровождаются внезапным и значительным снижением зрительных функций?
Э	-	Внезапным и значительным снижением зрительных функций сопровождаются нарушения кровообращения сосудов сетчатки (тромбоз ЦВС, эмболия ЦАС), нарушения кровообращения в системе зрительного нерва, отслойка сетчатки, кровоизлияния в центральные отделы сетчатки или стекловидное тело, контузии тяжелой степени, ожоги глаз тяжелой степени, открытые травмы глаз, ранение глазницы при сдавлении зрительного нерва костными отломками, неврит зрительного нерва, токсические поражения зрительного нерва, острый приступ глаукомы, центральные хориоретиниты, дислокация хрусталика.
P2	-	Ответ полный, перечислены все возможные заболевания, сопровождающиеся внезапной и значительной утратой зрительных функций.
P1	-	Ответ неполный, не все заболевания перечислены.
P0	-	Ответ неверный. Заболевания не указаны или указаны неверно.
Н	-	010
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Ю., 28 лет, находится в отделении патологии беременных, полторы недели назад были естественные срочные роды. В анамнезе миопия обоих глаз, носила очки с десяти лет. При плановом

		обследовании на поздних сроках беременности офтальмологом был выставлен диагноз: Миопия средней степени обоих глаз, периферическая хориоретинальная дистрофия по типу «бульжной мостовой». К вам, дежурному врачу обратилась с жалобами на внезапное снижение зрения и ощущение колышущейся пелены с назальной стороны правого глаза.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	У пациентки первичная регматогенная отслойка сетчатки правого глаза.
P2	-	Ответ верный. Диагноз поставлен верно.
P1	-	Ответ неполный, неправильно определен патогенетический вид отслойки.
P0	-	Ответ неверный. Диагноз не установлен или неверный.
В	2	Обоснуйте Ваш диагноз.
Э	-	Предполагаемый диагноз установлен 1. На основании жалоб на появление темной завесы перед глазом и снижение зрения. 2. На основании данных анамнеза: миопия средней степени с наличием периферической хориоретинальной дегенерации. 3. Основным провоцирующим фактором в данном случае послужили естественные срочные роды.
P2	-	Ответ верный. Диагноз обоснован верно. Учтены все диагностические критерии и факторы риска.
P1	-	Ответ неполный. Не все диагностические критерии и факторы риска учтены.
P0	-	Ответ неверный. Диагностические критерии установлены неверно.
В	3	Какие неотложные мероприятия должны быть выполнены до осмотра узким специалистом?
О	-	Мероприятий неотложной помощи включают строгий постельный режим и бинокулярную повязку.
P2	-	Ответ полный. Объем экстренных мероприятий определен верно
P1	-	Ответ неполный, не все мероприятия неотложной помощи указаны.
P0	-	Ответ неверный, мероприятия первой помощи не указаны или указаны неверно.
В	4	Определите тактику дальнейшего ведения больной.
Э	-	Пациентка должна быть направлена на хирургическое лечение. Целью хирургического лечения является выявление и закрытие ретинальных разрывов, достижение анатомического прилегания сетчатки. Методы хирургии делятся на экстрасклеральные (вмешательство производится на поверхности склеры) и эндовитреальные (вмешательство проводится изнутри глазного яблока). В дальнейшем больной должна быть проведена профилактическая лазеркоагуляция сетчатки.
P2	-	Ответ полный. Тактика ведения больной определена верно.
P1	-	Ответ неполный.

P0	-	Ответ неверный. Тактика ведения больной не определена или определена неверно.
B	5	Назовите основные факторы риска, приводящие к развитию данного заболевания.
Э	-	Отслойка развивается при истончении и разрывах в зоне дистрофий сетчатки. Чаще всего таких как: решетчатая, кистевидная, ретиношизис, «след улитки». К факторам риска также относятся высокая осложненная близорукость, травмы глаза (проникающие или контузии), наличие отслойки на одном глазу или у ближайших родственников. При происхождении отслойка сетчатки обусловлена выраженным натяжением со стороны стекловидного тела в области витреоретинальных сращений даже без образования разрыва.
P2	-	Ответ верный. Все факторы риска перечислены.
P1	-	Ответ частичный, не все факторы риска указаны.
P0	-	Ответ неверный. Факторы риска не указаны или указаны неверно.
H	-	011
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	На прием к офтальмологу привели 6 летнего мальчика с жалобами на слезотечение, чувство инородного тела за веками, покраснение правого глаза. Симптомы появились на фоне острого респираторного заболевания. При осмотре веки правого глаза отечны, выраженная гиперемия пальпебральной конъюнктивы, конъюнктивальная инъекция, в нижней переходной складке множество мелких фолликулов и точечных кровоизлияний. Небольшое количество отделяемого слизистого характера.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	У ребенка острый аденовирусный конъюнктивит, фарингоконъюнктивальная лихорадка.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана форма заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Фарингоконъюнктивальной лихорадкой заболевают в основном дети дошкольного или младшего школьного возраста. Поражению глаз предшествует катар верхних дыхательных путей. На фоне общих клинических проявлений возникает одно- или двусторонний конъюнктивит с серозно-слизистым отделяемым, сопровождающийся появлением фолликулов и точечных кровоизлияний в нижней переходной складке.
P2	-	Диагноз обоснован верно. Учтены все диагностические критерии

P1	-	Диагноз обоснован не полностью: не все диагностические критерии указаны.
P0	-	Диагноз не обоснован или обоснован неверно.
B	3	С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
O	-	Дифференциальную диагностику проводят с другими формами конъюнктивита: бактериальным, аллергическим. Отличительным признаком бактериального конъюнктивита является наличие слизисто-гнойного или гнойного отделяемого, процесс чаще односторонний. При аллергическом конъюнктивите основной жалобой является зуд в области век и/или глаз, указание на сезонность проявлений или связь с применением местных лекарственных средств.
P2	-	Ответ верный. Все заболевания и их диагностические признаки перечислены.
P1	-	Ответ неполный, не все заболевания и диагностические признаки перечислены.
P0	-	Ответ неверный, нозологии и диагностические критерии не названы или указаны неверно.
B	4	Назовите средства медикаментозной терапии данной патологии.
Э	-	При вирусных конъюнктивитах применяют неспецифическую иммунотерапию: препараты интерферона и индукторы интерферонаобразования. За нижнее веко закладывают вирусцидные препараты (оксолиновая 0.25%, флореналева мази 0.5%). Местно также используют офтальмологические растворы антибиотиков или антисептиков для профилактики вторичной инфекции. Нестероидные противовоспалительные средства, глазные капли: Диклофенак 0.1% или Индоколлир 0.1%. После стихания острого воспаления закапывают растворы глюкокортикостероидов.
P2	-	Ответ верный, средства терапии названы верно.
P1	-	Ответ неполный, не все лекарственные средства указаны.
P0	-	Ответ неверный, лекарственные средства не названы или названы неверно.
B	5	С какими еще заболеваниями глаз, сопровождающимися гиперемией, следует проводить дифференциальный диагноз?
Э	-	Дифференциальную диагностику конъюнктивитов следует проводить с кератитами, эписклеритами, иритами, острым приступом глаукомы. Заболевание следует трактовать как конъюнктивит только при отсутствии симптомов, характерных для перечисленных выше состояний: снижение зрения, сильная боль, болезненность при пальпации глаза, появление радужных кругов при взгляде на источник света, сужение или расширение зрачка, помутнение роговицы.
P2	-	Ответ верный, все заболевания и диагностические признаки перечислены.

P1	-	Ответ неполный, не все заболевания и диагностические признаки перечислены.
P0	-	Ответ неверный, нозологии и диагностические критерии не названы или указаны неверно.
Н	-	012
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К дежурному хирургу ЦРБ обратился пациент Г., сантехник. Во время замены труб произошла неисправность и работнику что-то попало в левый глаз. За медицинской помощью больной не обратился, т.к. зрение не снижалось, беспокоило только чувство инородного тела за веками. Однако спустя несколько дней пострадавшего стали беспокоить боли в области левого глаза, слезотечение, светобоязнь, снизилось зрение. При осмотре левого глаза пациента обнаружено: выраженная смешанная инъеция глазного яблока. Роговица мутная, на 4-7 часах – инфильтрат серо-желтого цвета с изъязвлением в центре, на дне передней камеры гнойный экссудат. Зрачок сужен, на свет не реагирует. Пальпаторно тонус глазного яблока не изменен, но пальпация резко болезненна.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	У больного гнойная язва роговицы левого глаза, осложненная передним увеитом.
P2	-	Диагноз и его осложнения определены верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указано осложнение основного заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Гнойная язва роговицы обычно возникает после травматической эрозии, инфильтрат, а в дальнейшем язва развиваются на месте повреждения эпителия роговицы. Развитие воспалительного процесса сопровождается корнеальным синдромом, цвет бактериального инфильтрата обычно серовато-желтый. Увеиты часто осложняют бактериальные язвы, в этом случае появляется болезненность при пальпации глаза, суживается зрачок за счет отека радужки, в передней камере появляется выпот гнойного экссудата.
P2	-	Диагноз обоснован верно, указаны все диагностические критерии.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: не все диагностические критерии указаны.
P0	-	Диагноз не обоснован или обоснован полностью неверно.
В	3	Укажите мероприятия первой врачебной помощи.

О	-	<p>До начала лечения целесообразно взять посев с конъюнктивы для определения флоры и чувствительности к антибиотикам.</p> <p>Назначают закапывание антибиотиков широкого спектра, бактериоцидного действия (ципрофлоксацин, левофлоксацин (офтаквикс), моксифлоксацин (вигамокс), тобрамицин) до 4-8 раз в сутки.</p> <p>Нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак, индоколлир) местно.</p> <p>Мидриатики (атропин, цикломед, мидримакс)</p> <p>Общая антибиотикотерапия.</p> <p>Срочная госпитализация.</p>
P2	-	Ответ верный, все лекарственные средства перечислены.
P1	-	Ответ неполный, указаны не все лекарственные средства
P0	-	Ответ неверный. Лекарственные средства не названы или указаны неверно.
В	4	С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
Э	-	<p>В данном случае дифференциальную диагностику целесообразно провести с грибковой язвой роговицы. Возбудителями кератитов с формированием округлых инфильтратов могут быть и бактерии, и грибы. Манифестация бактериального кератита сопровождается ярко выраженными субъективными признаками. В роговице появляются желтоватые, округлые, плотные очаги с некрозом ткани. Грибковые кератиты протекают с умеренным болевым синдромом. Инфильтраты серовато-белого цвета, могут иметь вид глыбок, возвышающихся над эпителием или приобретать вид плотных бляшек, иногда с изъязвлением.</p> <p>Течение бактериальных язв более агрессивное, они имеют склонность быстро распространяться в глубокие слои, могут привести к прободению роговицы, осложняются передним увеитом. Язвы грибковой этиологии имеют склонность к медленному развитию, торпидному течению, плохо поддаются терапии.</p>
P2	-	Дифференциальная диагностика проведена правильно
P1	-	Ответ неполный, дифференциальная диагностика проведена не со всеми заболеваниями или не все диагностические критерии учтены.
P0	-	Дифференциальная диагностика проведена неверно
В	5	Какие лабораторные исследования могут быть использованы для верификации возбудителя?
Э	-	<p>Существуют 3 группы методов лабораторной диагностики</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Методы непосредственного выявления возбудителя: цитологический, полимеразная цепная реакция, иммуноферментный 2. Бактериологическое исследование с посевом на питательные среды 3. Серологические тесты
P2	-	Ответ верный, методы исследования указаны в полном объеме
P1	-	Ответ неполный, не все методы исследования перечислены
P0	-	Ответ неверный, методы исследования указаны неправильно

Н	-	013
Ф	А/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Молодой мужчина 35 лет обратился к Вам, участковому терапевту, с жалобами на головную боль, шаткость походки, повторную рвоту. Подобные состояния отмечал и ранее, связывал их с употреблением крепкого алкоголя. Со слов больного последний раз выпивал в компании друзей 2 дня назад. В настоящее время симптомы сопровождаются снижением зрения. При осмотре больной считает пальцы только с расстояния 2 метра.
В	1	Какова острота зрения этого пациента? Как её можно рассчитать?
Э	-	Острота зрения больного равна 0,04. Острота зрения рассчитывается по формуле Снеллена, где $vis = d/D$, где D – расстояние с которого нормально видящий глаз различает 1 строку таблицы Головина-Сивцева и составляет 50 м, а d- расстояние, с которого наш пациент увидел эту строку.
P2	-	Ответ верный. Острота зрения определена верно и верным методом
P1	-	Ответ неполный, формула расчета остроты зрения не описана.
P0	-	Ответ не верный. Острота зрения не определена или определена неверно
В	2	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	У больного дистрофическое поражение зрительных нервов, вызванное метиловым спиртом.
P2	-	Диагноз определен правильно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью, диагноз сформулирован неточно – не указан вид поражения или этиологический фактор
P0	-	Диагноз сформулирован неправильно
В	3	Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
О	-	Диагностические мероприятия должны включать определения полей зрения, офтальмоскопию.
P2	-	Ответ верный, дополнительные методы диагностики указаны верно.
P1	-	Ответ неполный, не все диагностические методы указаны.
P0	-	Ответ неверный. Методы указаны неверно или не указаны.
В	4	Какие изменения органа зрения могут быть выявлены при дальнейшем обследовании пациента
Э	-	При отравлении метиловым спиртом чаще всего отмечаются абсолютные центральные скотомы, так как поражается в основном папилломакулярный пучок нервных волокон. При офтальмоскопии в острый период отсутствуют какие-либо изменения диска, сужение артериол, расширение венул, затем обнаруживается побледнение

		дисков, сужение артериол и венул. Макулярная область и периферия остаются без изменений.
P2	-	Ответ верный. Описаны все возможные изменения полей зрения и картины глазного дна.
P1	-	Ответ неполный. Описаны не все изменения полей зрения и офтальмоскопической картины.
P0	-	Ответ неверный. Даны описания изменений полей зрения и офтальмоскопической картины, не характерные для отравления метиловым спиртом.
B	5	Какие возможные исходы и прогноз данного заболевания?
Э	-	Исходом является нисходящая атрофия зрительных нервов. Прогноз при поражении зрительных нервов при отравлении метиловым спиртом остается серьезным, даже несмотря на положительную динамику в ходе лечения. Ухудшение зрительных функций может наступить и в отдаленном периоде.
P2	-	Ответ верный. Названы основные исходы и прогнозы данного заболевания.
P1	-	Ответ неполный. Исходы или прогноз не указаны.
P0	-	Ответ неверный, вероятные исходы указаны не правильно.
H	-	014
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К Вам, дежурному врачу офтальмологического стационара, обратилась пациентка 35 лет с жалобами на нарастающие боли в правой орбите, резкое снижение зрения правого глаза, головную боль, слабость, повышение температуры тела до 38.3 °С. Вышеуказанные жалобы появились на фоне обострения хронического правостороннего синусита, развившегося после сильного переохлаждения 2 дня назад. При осмотре - выраженный плотный отек и гиперемия век справа, экзофтальм 3 мм, отсутствие подвижности глазного яблока, хемоз конъюнктивы с ущемлением ее между краями век, раскрыть глазную щель справа не представляется возможным.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Флегмона правой орбиты. Данный диагноз не вызывает затруднений с учетом описанной клинической картины.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью, часть диагностических критериев упущена или неверно интерпретирована.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Э	-	<p>Дифференциальную диагностику следует проводить с тромбозом глазницы. Отличительным признаком в данном случае является наличие застойной, а не воспалительной гиперемии кожи век и лица, отсутствие плотного отека век, ограничение подвижности глазного яблока, а не полная офтальмоплегия, что имеет место при флегмоне орбиты.</p> <p>Дифференциальную диагностику также необходимо проводить с абсцессом глазницы, при котором, в отличие от флегмоны, наблюдается локальная инфильтрация, болезненность при пальпации орбитального края, экзофтальм может быть как осевой, так и со смещением, наблюдается ограничение подвижности глазного яблока, а не полное ее отсутствие.</p>
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью, часть нозологий упущена, или не определена часть диагностических признаков, по которым проводится дифференциальный диагноз.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен верно. Нозологии не определены или определены неверно.
В	3	Какие лечебные мероприятия необходимы в данном случае?
О	-	<p>Лечение пациента проводят в стационаре совместно с отоларингологом (экстренная госпитализация).</p> <p>Системно (парентерально) назначаются антибактериальные препараты широкого спектра действия в течение 7-10 дней (препаратами выбора являются цефалоспорины 3-го поколения (цефтриаксон) по 1 г 2 раза в сутки в/в или в/м, карбанемы (имепенем) в/в 1,5-4 г/сут 3-4 раза в день, гликопептиды (ванкомицин) в/в капельно 2,0 г 2-4 раза в день.</p> <p>Проводится дезинтоксикационная терапия: в/в капельно гемодез 200-400 мл или 5% глюкоза 200-400 мл с аскорбиновой кислотой 2,0 г 1-3 инфузии.</p> <p>Осмотротерапия: глицерин внутрь по 1-2 г/кг, маннитол в/в капельно медленно по 1.5-2.0 г в сутки.</p> <p>Витаминотерапия: витамины С, В1.</p> <p>В стадии инфильтрации назначают сухое тепло, УВЧ-терапию, УФ-облучение лобно-височной области и век (3 биодозы через день 2-3 облучения).</p> <p>Широкое вскрытие глазницы на глубину до 4-5 см не только при наличии участков флюктуации, но и в стадии воспалительного отека. Разрез проводится параллельно орбитальному краю в наружном отделе глазницы. После вскрытия – промывание раны 0,02% раствором фурациллина, 3% раствором перекиси водорода с последующим дренированием с «Левомеколем» или 10% раствором натрия хлорида.</p>
P2	-	Ответ верный. Определен полный объем лечебных мероприятий
P1	-	Ответ неполный, перечислены не все лечебные мероприятия или/и не все группы лекарственных препаратов.
P0	-	Ответ неверный. Лекарственные препараты и/или необходимые лечебные мероприятия указаны неверно.

В	4	Какие осложнения со стороны органа зрения возможны при данном заболевании?
Э	-	1. Неврит зрительного нерва является основной причиной снижения зрения вследствие развивающейся атрофии зрительного нерва. 2. Тромботическая окклюзия вен сетчатки. 3. Нейропаралитический кератит с развитием гнойной язвы роговицы. 4. Панофтальмит.
P2	-	Ответ верный, названы все возможные осложнения со стороны органа зрения при флегмоне орбиты.
P1	-	Ответ неполный. Часть осложнений названа неверно или упущена.
P0	-	Ответ неверный. Осложнения не названы или названы неверно.
В	5	Какие критические осложнения возможны при данном заболевании?
Э	-	1. Абсцесс мозга. 2. Менингит. 3. Тромбоз венозных синусов. 4. Сепсис.
P2	-	Ответ верный, перечислены все возможные осложнения.
P1	-	Ответ неполный, часть возможных осложнений упущена или названа неверно.
P0	-	Ответ неверный, возможные осложнения не названы или названы неверно
Н	-	015
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В приемный покой больницы обратился молодой человек с жалобами на резкую светобоязнь, слезотечение, снижение зрения обоих глаз. Со слов пациента несколько минут назад проходившие мимо двое подростков что-то брызнули ему в лицо. При осмотре обнаружена гиперемия слизистой оболочки глаз, поверхностное нежное помутнение роговицы правого глаза, в оптической части роговицы левого глаза небольшая эрозия.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Химический ожог конъюнктивы и роговицы обоих глаз.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью, не указан вид ожога.
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Оцените тяжесть поражения
Э	-	В данном случае поражение легкой степени, которое характеризуется только гиперемией обожженной конъюнктивы и появлением нежных поверхностных помутнений роговицы или/и эрозий.

P2	-	Ответ верный, тяжесть поражения оценена верно
P1	-	Ответ неполный. Не учтена глубина ожога либо его протяженность
P0	-	Ответ неверный. Тяжесть не определена или определена неверно
В	3	От каких факторов будет зависеть тяжесть поражения глаз?
О	-	Тяжесть поражения при химических ожогах глаз зависит 1. от химических свойств агента 2. длительности его воздействия на глаз 3. своевременности и качества оказания первой врачебной помощи
P2	-	Ответ верный, все факторы перечислены
P1	-	Ответ частичный, не все факторы перечислены
P0	-	Ответ неверный, факторы не указаны или указаны неверно
В	4	Какие меры неотложной помощи должны быть оказаны в данном случае?
Э	-	Первая помощь заключается: 1. в немедленном и обильном промывании глаз водой 2. инстилляций растворов антибиотиков 3. монокулярная асептическая повязка.
P2	-	Ответ верный, меры первой помощи указаны верно
P1	-	Ответ неполный, меры первой помощи указаны не все
P0	-	Ответ неверный, меры первой помощи не указаны или указаны неверно
В	5	Какой прогноз восстановления функций зрения у Вашего пациента?
Э	-	В данном случае прогноз благоприятный, ожоги легкой степени заканчиваются полным восстановлением зрительных функций
P2	-	Ответ верный, прогноз оценен верно
P1	-	Ответ неполный, не указана степень восстановления зрительных функций.
P0	-	Ответ неверный. Прогноз оценен неверно.
Н	-	016
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К вам, участковому терапевту обратился молодой человек с жалобами на резкую болезненность, гиперемию и припухлость участка верхнего века правого глаза. Зрение не снизилось. При осмотре с латеральной стороны верхнего века определяется локальный отек и гиперемия кожи, дотрагивание вызывает резкую болезненность. У ресничного края инфильтрат из нескольких гнойных головок.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э	-	Множественные наружные ячмени верхнего века правого глаза.
P2	-	Диагноз сформулирован правильно
P1	-	Диагноз сформулирован неполностью: не указан вид ячменя и/или распространенность поражения
P0	-	Диагноз сформулирован неверно
В	2	Какая первая врачебная помощь должна быть оказана?
Э	-	Первая помощь включает в себя: 1. Теплые сухие компрессы 2. Точечная аппликация 1%спиртовым раствором бриллиантового зеленого 3. Инстилляциии антибактериальных растворов
P2	-	Ответ верный, меры первой помощи перечислены верно
P1	-	Ответ неполный, не все мероприятия первой помощи указаны
P0	-	Ответ неверный, меры первой помощи не указаны или указаны неверно
В	3	К каким осложнениям может привести это заболевание?
О	-	Наружный ячмень может быть причиной развития тромбоза вен орбиты, гнойного воспаления глазницы (флегмоны), тромбоза кавернозного синуса и воспаления мозговых оболочек.
P2	-	Ответ верный, все возможные осложнения перечислены
P1	-	Ответ неполный, не все осложнения названы
P0	-	Ответ неверный, возможные осложнения не названы или названы неверно
В	4	Опишите стандартное течение процесса
Э	-	На 3-4-й день ячмень самостоятельно вскрывается с выделением гноя и некротизированных масс. К концу недели отечность и гиперемия исчезают. Обычно на месте вскрытия пустулы формируется нежный рубчик.
P2	-	Ответ верный. Течение процесса описано правильно
P1	-	Ответ неполный: допущена ошибка в сроках вскрытия ячменя
P0	-	Ответ неверный, течение заболевания не описано или описано полностью неправильно
В	5	Назовите основные причины развития ячменя.
Э	-	Причиной возникновения ячменя является бактериальная инфекция, чаще ячмень вызывает золотистый стафилококк.
P2	-	Ответ верный, причина указана верно
P1	-	Ответ неполный, бактериальный агент не указан
P0	-	Ответ неверный, причина названа неверно или не названа.
Н	-	017
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Тридцатидвухлетний мужчина обратился с жалобами на двоение, слезотечение, резкий отек и гиперемию верхнего века левого глаза. Отмечает также повышение температуры тела, слабость. Со слов больного, неделю назад переболел гриппом. При осмотре верхнее веко левого глаза резко отечно, гиперемировано, болезненно при пальпации, край века S-образно искривлен. Глазное яблоко ограничено в подвижности. Зрение не снижено.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый дакриoadенит левого глаза (воспаление слезной железы).
P2	-	Диагноз сформулирован правильно
P1	-	Диагноз сформулирован не полностью: отсутствуют данные о течении процесса.
P0	-	Диагноз сформулирован неправильно
В	2	Перечислите причины развития данного заболевания.
Э	-	Чаще всего острый дакриoadенит является осложнением инфекционных заболеваний, таких как эпидемический паротит, скарлатина, корь, грипп. Самостоятельно он практически никогда не возникает
P2	-	Ответ верный, причины указаны верно
P1	-	Ответ неполный. Не все причины указаны.
P0	-	Ответ неверный. Причины не указаны или указаны неверно
В	3	Какие меры включает первая врачебная помощь?
О	-	Первая врачебная помощь включает тепловые процедуры, местное и системное применение антибактериальных средств, показано применение нестероидных противовоспалительных средств
P2	-	Ответ верный, меры первой помощи указаны верно
P1	-	Ответ неполный, не все мероприятия первой помощи перечислены
P0	-	Ответ неверный, меры первой помощи не указаны или указаны неверно
В	4	С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
Э	-	Дифференциальную диагностику необходимо проводить с абсцессом верхнего века, при котором, в отличие от дакриoadенита, край верхнего века не изменяет свою форму, не наблюдается двоения, слезотечения и ограничения подвижности глазного яблока.
P2	-	Ответ верный, диагностические критерии перечислены верно
P1	-	Ответ частичны, не все диагностические критерии перечислены
P0	-	Ответ неверный, диагностические критерии не перечислены или указаны неверно
В	5	Какие осложнения возможны при данном заболевании?
Э	-	1. абсцесс века 2. флегмона века и/или орбиты

		3. тромбоз флегмоны 4. внутричерепные гнойно-септические осложнения 5. сепсис
P2	-	Ответ верный, все возможные осложнения перечислены
P1	-	Ответ неполный, не все возможные осложнения перечислены.
P0	-	Ответ неверный, осложнения не названы или все названы неправильно
H	-	018
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В приемный покой районной больницы доставили ребенка десяти лет со свежими ожогами кожи лица и глаз пламенем вспыхнувшего бензина. Ресницы и брови обгорели, кожа лица гиперемирована, с отдельными пузырями и некротическими участками на щеках и веках. При осмотре глазных яблок выявлены : отек конъюнктивы , поверхностные пленки на конъюнктиве, помутнение роговицы с нарушением целостности эпителия.
В	1	Определите тяжесть поражения.
Э	-	У ребенка термический ожог средней степени тяжести, при котором наблюдается пузыри эпидермиса на гиперемированной коже, отек, поверхностные пленки конъюнктивы, повреждение поверхностных слоев роговицы с образованием помутнения.
P2	-	Ответ верный. Тяжесть поражения оценена верно
P1	-	Ответ неполный. Не сопоставлены данные о глубине и протяженности ожога
P0	-	Ответ неверный. Тяжесть поражения оценена неверно.
В	2	Какие мероприятия первой врачебной помощи должны быть оказаны?
Э	-	1. инстилляцией растворов антибиотиков 2. асептическая монокулярная повязка 3. Противостолбнячная сыворотка по Безредке
P2	-	Ответ верный, мероприятия первой помощи названы верно
P1	-	Ответ неполный не все мероприятия названы
P0	-	Ответ неверный. Мероприятия первой помощи не названы или указаны неверно
В	3	С помощью какого медикамента можно диагностировать наличие повреждений эпителия роговицы?
О	-	Для оценки целостности эпителия используют раствор флюоресцеина 1% или 2%.
P2	-	Ответ верный, диагностическое средство названо верно
P1	-	Ответ неполный, не указана концентрация препарата

P0	-	Ответ неверный. Медикамент не указан вообще или неправильно
B	4	Назовите стадии ожоговой болезни глаз
Э	-	I стадия — острая послеожоговая — характеризуется мукоидным набуханием соединительной ткани роговицы, диссоциацией белково-полисахаридных комплексов, перераспределением кислых полисахаридов; II стадия — выраженных трофических расстройств отличается глубокой дезорганизацией коллагена; III стадия — компенсаторной васкуляризации — наиболее длительная, для нее характерны трофические нарушения, новообразование сосудов роговицы; IV стадия — рубцовая, при которой происходит прирост коллагеновых белков в результате его повышенного синтеза
P2	-	Ответ верный, стадии указаны верно
P1	-	Ответ частичный, не все стадии перечислены
P0	-	Ответ неверный. Стадии ожоговой болезни названы неверно или не названы.
B	5	От чего зависят исходы ожогов глаз?
Э	-	Исход ожога зависит от 1. локализации поражения, 2. обширности и глубины распространения, 3. длительности воздействия высокой температуры, 4. скорости оказания скорой помощи, 5. рационального лечения.
P2	-	Ответ верный, факторы, влияющие на исходы ожогов, перечислены верно
P1	-	Ответ частичный, факторы, влияющие на исходы ожогов, перечислены не полностью
P0	-	Ответ неверный, факторы, влияющие на исходы ожогов, перечислены неверно
H	-	019
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Рабочий машиностроительного завода 2 недели назад перенес проникающее ранение левого глаза. Период стационарного лечения протекал неблагоприятно: в травмированном глазу наблюдалась стойкая гипотония. На данный момент больной предъявляет жалобы на выраженное снижение зрения правого глаза, слезотечение, светобоязнь последнего. Объективно: умеренная смешанная инъекция правого глазного яблока, влага передней камеры опалесцирует, на роговичном эндотелии — преципитаты в нижних отделах, зрачок сужен. Глазное дно правого глаза: ДЗН гиперемирован, границы его

		нечеткие, имеется перипапиллярный отек. Пальпаторно определяется гипотония глазного яблока.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Симпатическая офтальмия правого глаза
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неточно определен генез заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Какие лечебные мероприятия могут быть рекомендованы?
Э	-	При развитии симпатического воспаления парного глаза показана противовоспалительная и иммуносупрессивная терапия: парентеральное и местное введение антибиотиков, массивных доз кортикостероидов, мидриатиков. При отсутствии положительного эффекта назначают иммуносупрессоры (хлорамбуцил, циклофосфанид, метотрексат, 6-меркаптопурин, имуран). Проводится также дезинтоксикация, плазмаферез, лимфосорбция.
P2	-	Ответ полный, указан полный объем лечебных мероприятий
P1	-	Ответ неполный, не все лечебные мероприятия отражены в ответе
P0	-	Ответ неверный, лечебные мероприятия не определены или определены неверно
В	3	Какие профилактические мероприятия могли бы предупредить развитие данного осложнения?
О	-	Профилактика симпатической офтальмии включает в себя раннюю хирургическую обработку раненого глаза, использование антибиотиков, кортикостероидов, нестероидных противовоспалительных ЛС, мидриатиков. Если функции раненого глаза отсутствуют и прогноз восстановления неблагоприятный, как профилактическая мера показана энуклеация в срок до 14 дней после проникающего ранения.
P2	-	Ответ верный, все мероприятия названы верно.
P1	-	Ответ частичный, не все профилактические мероприятия перечислены.
P0	-	Ответ неверный, мероприятия не указаны, или названы неверно.
В	4	Назовите заболевания глаз, при которых возможно развитие данного осложнения
Э	-	Симпатическая офтальмия может быть связана с серозно-пластическим травматическим иридоциклитом, который развивается на фоне прободного ранения или после оперативного вмешательства на глазном яблоке, реже – после прободения язвы роговицы
P2	-	Ответ верный, все возможные заболевания перечислены.
P1	-	Ответ частичный, не все заболевания перечислены.
P0	-	Ответ неверный, заболевания не названы или указаны неверно.
В	5	Назовите другие возможные осложнения прободных ранений глазного яблока.

Э	-	1. травматический иридоциклит, эндофтальмит, панофтальмит. 2.травматическая катаракта. 3. кровоизлияние в стекловидное тело. 4. травматическая отслойка сетчатки. 5. вторичная глаукома 6. металлозы при наличии инородного тела в глазу.
P2	-	Ответ верный, названы все возможные осложнения.
P1	-	Ответ неполный, не все возможные осложнения перечислены.
P0	-	Ответ неверный. Осложнения не названы или названы неверно.
Н	-	020
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В пункт амбулаторной помощи обратился пациент Н., 34 лет, который, занимаясь ремонтом на собственной даче, ударился о край металлической лестницы областью правой орбиты. При осмотре выявлено отсутствие зрения правого глаза, гематома век, разрыв зрачкового края радужки, гифема 2 мм, гемофтальм.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Закрытая травма правого глаза с повреждением содержимого при сохранении стенки глазного яблока.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз сформулирован не полностью: допущены ошибки в классифицировании данного повреждения
P0	-	Диагноз сформулирован неверно
В	2	Какие меры первой помощи должны быть оказаны?
Э	-	Бинокулярная повязка. Срочная госпитализация в полусидячем положении.
P2	-	Ответ верный, все мероприятия перечислены.
P1	-	Ответ частичный, не все мероприятия первой помощи указаны.
P0	-	Ответ неверный. Меры первой помощи не указаны.
В	3	Оцените степень повреждения глаза. Обоснуйте.
О	-	У больного контузия тяжелой степени, при которой наблюдается снижение зрения более 50%, повреждение радужки, контузионная гифема и гемофтальм.
P2	-	Ответ верный, степень повреждения оценена верно
P1	-	Ответ неполный, степень повреждения не обоснована.
P0	-	Ответ неверный, степень повреждения указана неверно.
В	4	Какие диагностические мероприятия должны быть проведены в офтальмологическом стационаре?

Э	-	Обязательны методы исследования – биомикроскопия, офтальмоскопия, рентгенография лицевого скелета черепа в прямой и (при необходимости) в боковых проекциях. Для уточнения характера повреждения, состояния внутренних сред и оболочек глаза желательна ультразвуковая эхография.
P2	-	Ответ верный, методы исследования перечислены.
P1	-	Ответ частичный, не все методы указаны.
P0	-	Ответ неверный. Методы диагностики не указаны или указаны неверно.
В	5	Какие факторы влияют на прогноз заболевания?
Э	-	Прогноз зависит от степени тяжести повреждения, сроков обращения за медицинской помощью, сроков оказания специализированной помощи и медикаментозной терапии.
P2	-	Ответ верный. Все показатели учтены.
P1	-	Ответ неполный. Не все показатели учтены.
P0	-	Ответ неверный. Показатели, влияющие на прогноз заболевания, не указаны или указаны неверно
Н	-	021
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка 58 лет обратилась к офтальмологу районной поликлиники с жалобами на снижение зрения обоих глаз в течение последнего года. Стала замечать, что трудно читать в пресбиопических очках. Болевых ощущений в глазных яблоках не отмечает. Страдает артериальной гипертензией II стадии.</p> <p>При осмотре обнаружено: острота зрения правого глаза 0,3 не корригирует, левого глаза – 0,2 не корригирует. Биомикроскопически: глазные яблоки спокойные, небольшое расширение эписклеральных вен у входа в эмиссарий (симптом «кобры», роговица прозрачная, зрачок средней ширины с деструкцией пигментной каймы, реакция на свет сохранена, факосклероз, на глазном дне – ДЗН деколорирован (больше слева), физиологическая экскавация расширена и с нижнем секторе доходит до края диска, а:в=1:2. При кинетической периметрии обнаружено сужение полей зрения обоих глаз с носовой стороны до 15 градусов. При измерении внутриглазного давления по Маклакову обнаружено: ВГД OD=26 мм рт.ст., ВГД OS=28 мм рт.ст.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Первичная открытоугольная глаукома обоих глаз.
P2	-	Диагноз поставлен правильно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: не указан вид глаукомы по этиологии или по патогенезу.
P0	-	Диагноз поставлен неверно

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	На основании: - жалоб пациентки на снижение зрения обоих глаз - данных анамнеза (зрение обоих глаз снижалось постепенно, пациентка страдает артериальной гипертензией) - данных объективного исследования (симптом «кобры», локальная краевая экскавация и деколорация ДЗН; сужение полей зрения с носовой стороны; повышение ВГД выше толерантного уровня)
P2	-	Диагноз обоснован верно, указаны все диагностические критерии.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: не все диагностические критерии указаны.
P0	-	Диагноз не обоснован или обоснован полностью неверно.
В	3	Укажите стадию данного глаукоматозного процесса и степень повышения внутриглазного давления.
О	-	У данного пациента имеет место II стадия глаукомы на обоих глазах, так как на глазном дне имеется локальная краевая экскавация ДЗН с деколорацией, сужение полей зрения более 10 градусов с носовой стороны, но больше 15 градусов от точки фиксации. Имеет место II «А» глаукома правого глаза (ВГД не превышает 27 мм рт.ст.) и II «В» глаукома левого глаза (ВГД=28 мм рт.ст.)
P2	-	Ответ верный, стадия глаукоматозного процесса и степень повышения ВГД определены верно.
P1	-	Ответ неполный, дана неточность в указании стадии или степени повышения ВГД на одном из глаз
P0	-	Ответ неверный. Стадия глаукомы и/или степень повышения ВГД на обоих глазах не определены или определены неверно.
В	4	Какие дополнительные диагностические методы необходимы для подтверждения диагноза глаукомы?
Э	-	1. Гониоскопия (для определения профиля и состояния угла передней камеры). 2. Тонография для оценки показателя оттока внутриглазной жидкости, который снижен при глаукоме. 3. Компьютерная статическая периметрия для выявления центральных дефектов поля зрения по глаукоматозному типу. 4. Оптическая когерентная томография зрительных нервов для определения объема экскавации ДЗН и толщины нервных волокон перипапиллярно.
P2	-	Ответ верный. Все методы обследования указаны верно с обоснованием.
P1	-	Ответ неполный, указаны не все методы, применяемые для подтверждения глаукомы.
P0	-	Ответ неверный. Дополнительные методы диагностики глаукомы не указаны или указаны неверно.
В	5	Какую тактику ведения данной пациентки Вы выберете?
Э	-	Необходимо начать с консервативной терапии (препаратами выбора являются β -адреноблокаторы (тимолола малеат) и простагландины (травапрост, тафлупрост). При отсутствии эффекта от монотерапии

		целесообразно использование фиксированных комбинаций (косопт, азарга, дуотрав, ганфорт и т.д.). При отсутствии достижения давления цели (необходимо снизить ВГД обоих глаз на 30% от исходных величин из-за наличия II стадии глаукоматозного процесса) решать вопрос об фистулизирующей хирургии глаукомы (глубокой проникающей склерэтомии).
P2	-	Ответ верный, тактика ведения пациентки определена верно.
P1	-	Ответ неполный, допущена ошибка в выборе группы антиглаукоматозных препаратов или методе хирургического лечения.
P0	-	Ответ неверный, тактика ведения больной определена полностью ошибочно.
Н	-	022
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациент 70 лет обратился в офтальмологическую клинику с жалобами на слепоту правого глаза, боли в правом глазу. По данным амбулаторной карты, 10 лет назад был установлен диагноз первичной открытоугольной II «В» глаукомы правого глаза, I «А» глаукомы левого глаза. Пациенту были назначены гипотензивные препараты (тимолол, ксалатан), которые он капал нерегулярно. 2 года назад правый глаз ослеп. При осмотре правого глаза обнаружена застойная инъекция глазного яблока, роговица отечная, буллезно изменена в центре, хрусталик мутный частично С2, рефлекс с глазного дна ослаблен, детали глазного дна не видны, ВГД правого глаза=36 мм рт.ст., острота зрения ОД=0. При осмотре левого глаза: острота зрения=0,3 н/к, глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, помутнение хрусталика С1, розовый рефлекс с глазного дна, на глазном дне – ДЗН сероватый, локальная краевая экскавация, ВГД=20 мм рт.ст., при периметрии – скотома Бьеррума, сужение периферических границ на 12 градусов с носовой стороны.
В	1	Сформулируйте полный клинический диагноз на момент исследования.
Э	-	Первичная открытоугольная болящая IV «С» глаукома правого глаза, первичная открытоугольная II «А» глаукома левого глаза. Осложненная начальная катаракта обоих глаз.
P2	-	Диагноз сформулирован правильно.
P1	-	Диагноз сформулирован не полностью: допущены ошибки в определении стадии глаукомы или уровня ВГД на одном из глаз.
P0	-	Диагноз сформулирован неверно. Неправильно определена стадия глаукомы на обоих глазах и уровень ВГД.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	На основании:

		<p>- жалоб пациента на слепоту правого глаза и снижение зрения левого глаза, боли в правом глазу</p> <p>- данных анамнеза (глаукомой страдает около 10 лет, гипотензивные средства закапывал нерегулярно, 2 года назад правый глаз ослеп)</p> <p>- данных объективного исследования (OD: застойная инъекция глазного яблока, отек роговицы с буллезными изменениями, помутнение хрусталика С2, ВГД=36 мм рт.ст.</p> <p>OS: острота зрения=0,3 н/к, глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, помутнение хрусталика С1, розовый рефлекс с глазного дна, на глазном дне – ДЗН сероватый, локальная краевая экскавация, ВГД=20 мм рт.ст., при периметрии – скотома Бьеррума, сужение периферических границ на 12 градусов с носовой стороны.)</p>
P2	-	Диагноз обоснован верно, указаны все диагностические критерии.
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: не все диагностические критерии указаны.
P0	-	Диагноз не обоснован или обоснован полностью неверно.
B	3	Определите тактику ведения данного пациента.
O	-	<p>Прежде всего, в связи с декомпенсацией ВГД правого глаза, необходимо назначить максимальный гипотензивный режим пациенту (азарга+ксалатан, или азарга+траватан, косопт+тафлотан, ганфорт+азопт).</p> <p>При отсутствии снижения ВГД левого глаза до 26 мм рт. ст. решить вопрос о возможности выполнения диодной транссклеральной циклокоагуляции правого глаза.</p>
P2	-	Ответ верный, тактика ведения пациента определена верно.
P1	-	Ответ неполный, есть ошибки в выборе гипотензивных средств или методе хирургического лечения.
P0	-	Ответ неверный. Допущены грубые ошибки в определении тактики ведения пациента.
B	4	В чем заключается смысл проведения диодной транссклеральной циклокоагуляции правого глаза у данного пациента?
Э	-	<p>Задача лечения терминальной стадии глаукомы – это сохранить слепой глаз (предотвращение энуклеации глаза как калечащей операции) и ликвидировать болевой синдром за счет снижения ВГД.</p> <p>Диодная транссклеральная циклокоагуляция заключается в нанесении ожогов на склеру в проекции реснитчатой части цилиарного тела с помощью диодного лазера, за счет чего разрушаются ресничные отростки цилиарного тела и уменьшается выработка внутриглазной жидкости, следовательно снижается внутриглазное давление. Данная процедура выполняется только на слепых глазах.</p>
P2	-	Ответ верный. Дано обоснование применения диодной транссклеральной циклокоагуляции при терминальной стадии глаукомы.
P1	-	Ответ неполный, допущены неточности в раскрытии сущности данного метода.
P0	-	Ответ неверный. Обоснование применения метода циклокоагуляции не указано или полностью неверно.

В	5	Какие побочные эффекты применения аналогов простагландинов F2-α Вы знаете?
Э	-	1. Постоянное потемнение радужной оболочки глаза. 2. Постоянное потемнение ресниц. 3. Временное изменение пигментации кожи вокруг ресниц. 4. Утолщение и удлинение ресниц. 5. Краснота и дискомфорт в глазу (чувство жжения, зуд во время использования). 6. Расплывчатость зрения.
P2	-	Ответ верный, указаны все побочные эффекты.
P1	-	Ответ неполный, указаны не все возможные побочные эффекты.
P0	-	Ответ неверный, побочные эффекты не указаны вообще или указаны неверно.
Н	-	023
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В офтальмологическую клинику обратилась мама с ребенком 5 лет, который плохо видит вдаль, неусидчив, быстро утомляется на занятиях, капризничает, не может долго читать и рисовать. Проведено исследование рефракции в условиях циклоплегии, при котором обнаружены следующие данные: Правый глаз: +1,25 Д +3,5 Д 87° Левый глаз: +1,75 Д +2,25 Д 177° При исследовании бинокулярного зрения, биомикроскопического исследования и офтальмоскопии патологии не обнаружено.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Сложный гиперметропический астигматизм прямого типа правого глаза (степень 3,5 Д), обратного типа левого глаза (степень 2,25 Д).
P2	-	Диагноз поставлен правильно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указано вид/тип или степень астигматизма.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Назовите критерии деления астигматизма на виды.
Э	-	Правильный астигматизм бывает 3-х основных видов: 1. Простой (это сочетание эмметропии в одном главном меридиане и аметропии (гиперметропии или миопии) в другом. 2. Сложный (наличие в обоих главных меридианах одного вида аметропии, но разной степени). 3. Смешанный (сочетание миопии и гиперметропии в одном глазу).
P2	-	Ответ правильный, правильно указаны виды астигматизма и их характеристика.
P1	-	Ответ неполный, допущена ошибка в делении астигматизма на виды или дана неправильная характеристика одного из видов).

P0	-	Ответ неверный, не указаны виды астигматизма или указаны неправильно, дана неправильная характеристика двух и более видов.
B	3	Определите тактику ведения пациента.
O	-	Необходимо ношение сферо-цилиндрических очков в постоянном режиме для предупреждения осложнений некорригированной гиперметропии
P2	-	Ответ верный, тактика ведения пациента выбрана верно
P1	-	Ответ неполный, допущена ошибка в выборе режима ношения очков
P0	-	Ответ неверный. Тактика ведения пациента выбрана неверно.
B	4	Назовите возможные осложнения некорригированной гиперметропии.
Э	-	1. Аккомодативная астигматизация. 2. Сходящееся содружественное косоглазие. 3. Хронический блефароконъюнктивит. 4. Ложный неврит. 5. Предрасположенность к первичной узко-закрытоугольной глаукоме.
P2	-	Ответ верный, осложнения указаны верно
P1	-	Ответ неполный, часть осложнений упущена или названа неверно
P0	-	Ответ неверный, большая часть осложнений не названа или названа неверно
B	5	Какие методы коррекции правильного астигматизма за исключением очковой коррекции существуют сегодня?
Э	-	1. Контактная коррекция с помощью мягких торических линз или жестких газопроницаемых для ночного ношения. 2. Эксимерлазерная коррекция гиперметропии. 3. При гиперметропии выше 6,0 Д – имплантация дополнительной факичной положительной интраокулярной линзы. 4. Биоптический метод (комбинация эксимерлазерной коррекции и имплантации факичной интраокулярной линзы). 5. Рефракционная замена хрусталика с имплантацией торических интраокулярных линз.
P2	-	Ответ верный, методы коррекции указаны верно
P1	-	Ответ неполный, часть методов упущена или названа неверно
P0	-	Ответ неверный, большая часть методов коррекции не названа или названа неверно
H	-	024
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К детскому офтальмологу поликлиники привели ребенка 7 лет с жалобами на появление у него на коже век обоих глаз гнойничков,

		<p>которые появляются, затем через 7 дней исчезают без следа. Процесс начался с верхнего века правого глаза, затем распространился на нижнее веко правого глаза, а затем и на веки левого глаза.</p> <p>При осмотре обнаружено: На коже век обоих глаз визуализируются множественные гнойнички величиной с просыное зерно с гиперемизированным основанием и волоском в центре каждого гнойничка, кожа между гнойничками не изменена, безболезненна, зуд отсутствует.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Импетиго кожи век обоих глаз (стафилококковое).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неправильно указан этиологический фактор.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э	-	<p>Дифференциальную диагностику проводят со стрептококковым импетиго кожи век, при котором высыпания на коже имеют вид пузырьков, не связанных с волосным мешочком, величиной от булавочной головки до чечевицы. Содержимое пузырьков прозрачное, после вскрытия пузырьков образуются корочки, которые исчезают через 8-14 дней, оставляя синевато-красное пятно. Процесс может распространиться на конъюнктиву.</p> <p>Дифференциальную диагностику проводят также с поражением кожи век, вызванным вирусом простого герпеса. При этой патологии диагностируются мелкие пузырьки с прозрачным содержимым, которое быстро мутнеет, оставляя корочки. Последние исчезают бесследно через 1-2 недели. Кожа век гиперемизирована, в области высыпаний наблюдается зуд и жжение. В отличие от импетиго возможно повышение температуры тела и признаки микробной интоксикации.</p>
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью, часть нозологий упущена или не определена часть диагностических признаков, по которым проводится дифференциальный диагноз.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно.
В	3	Какую местную терапию следует проводить при данном заболевании?
О	-	<p>Пораженные участки кожи обрабатывают 2% салициловым или камфорным спиртом.</p> <p>Кожу смазывают антибактериальными мазями (1% эритромициновая, «Колбиоцин» с последующим наложением стерильной повязки).</p> <p>После вскрытия пузырьков эрозированную поверхность обрабатывают 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого или метиленового синего, 2% раствором йода, 1% раствором перманганата калия или 0,02% раствором фурацилина.</p>

		В конъюнктивальный мешок закапывают растворы антисептиков 4 раза в сутки («Витабакт 0,05%», «Мирамистин 0,01%»).
P2	-	Ответ полный. Указаны все средства местной терапии.
P1	-	Ответ неполный, не все группы препаратов перечислены или есть ошибка в дозировке.
P0	-	Ответ неверный. Лекарственные средства не названы или названы неверно.
В	4	Какая системная терапия назначается при лечении импетиго кожи век?
Э	-	Системные антибактериальные средства из группы макролидов, пенициллинов, цефалоспоринов назначаются внутрь при распространении импетиго или переходе его на ткани конъюнктивы. Проводят системную витаминотерапию (витамины группы А, В1, В2, С) Применяют аутогемотерапию внутримышечно по схеме: от 2 мл до 10 в нарастающей дозе каждый день на 2 мл, а затем в убывающей дозе. Соблюдение гипоаллергенной диеты.
P2	-	Ответ верный, названы все группы препаратов, используемые системно при лечении импетиго
P1	-	Ответ неполный. Часть лекарственных препаратов названа неверно или упущена.
P0	-	Ответ неверный. Лекарственные средства не названы или названы неверно.
В	5	Назовите основные этиологические факторы импетиго.
Э	-	Импетиго – гнойничковое заболевание, вызываемое стафилококками или стрептококками.
P2	-	Ответ полный, перечислены все этиологические факторы
P1	-	Ответ неполный, один из этиологических факторов не указан или указан неверно
P0	-	Ответ неверный, этиологические факторы не указаны или указаны полностью неверно.
Н	-	025
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У ребенка 10 лет после детского праздника внезапно появился зуд и отек век правого глаза, быстро распространившийся на область щеки и угол рта, слабость, повышение температуры до 37,2 °С. При осмотре: кожа век отечная, бледная с синеватым оттенком, мягкая на ощупь, болезненность при пальпации и спонтанные боли отсутствуют, глазное яблоко спокойное, оптические среды прозрачные, внутриглазное давление в норме.

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Ангioneвротический отек век правого глаза (отек Квинке).
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью: неправильно указан этиологический фактор.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э	-	Дифференциальную диагностику следует проводить с - воспалительными отеками, для которых характерна гиперемия кожи, уплотнение тканей в области века, повышение местной температуры, болезненность при пальпации, спонтанные боли) - болезнью Мейжа (длительно существующий отек подкожной жировой клетчатки основания нижних век, на который не действуют ни антигистаминные препараты, ни глюкокортикостероиды)
Р2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
Р1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью, часть нозологий упущена или не определена часть диагностических признаков, по которым проводится дифференциальный диагноз.
Р0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно.
В	3	Какую экстренную помощь следует оказать в данном случае?
О	-	1. Устранение аллергена. 2. С противозудной целью – холодные примочки или примочки со спиртовыми растворами анестезина 1% и новокаина 1%. 3. Инстилляциии растворов глюкокортикостероидов (дексаметазон 0,1%) каждый час, затем 3 раза в день. 4. Инстилляциии антигистаминных препаратов (ацеластин 0,05%) 4-6 раз в день. 5. Инстилляциии сосудосуживающих препаратов (тетризолин 0.05%) 3 раза в сутки. 6. Системная десенсибилизирующая терапия: лоратидин 5 мг 1 раз в сутки 7дней.
Р2	-	Ответ полный. Указаны все средства экстренной помощи.
Р1	-	Ответ неполный, не все группы препаратов перечислены или есть ошибки в дозировке.
Р0	-	Ответ неверный. Лекарственные средства экстренной помощи не названы или названы неверно.
В	4	В каких возрастных группах чаще наблюдается ангионевротический отек?
Э	-	Заболевание чаще развивается у детей дошкольного и младшего школьного возраста.
Р2	-	Ответ верный, возрастные группы определены верно.
Р1	-	Ответ неполный. Одна из возрастных групп названа неправильно или упущена.
Р0	-	Ответ неверный. Возрастные группы названы неверно.

В	5	Какие осложнения со стороны органа зрения могут развиваться при распространении отека?
Э	-	Редко в процесс могут вовлекаться ткани орбиты в виде остро развивающегося экзофтальма со смещением глазного яблока вперед, репозиция глазного яблока при этом не затруднена. При массивном отеке может возникнуть хемоз конъюнктивы, поверхностные инфильтраты роговицы, повышение внутриглазного давления).
P2	-	Ответ полный, перечислены все возможные осложнения.
P1	-	Ответ неполный, не все осложнения названы верно или не названы.
P0	-	Ответ неверный, большая часть осложнений упущена или названа неверно.
Н	-	026
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К детскому офтальмологу частной офтальмологической клиники обратился мальчик 12 лет, у которого после посещения спортивной школы появились узелки на верхнем веке левого глаза. Через несколько дней покраснел левый глаз, стало беспокоить слезотечение. При осмотре обнаружено: На коже верхнего века левого глаза визуализируются 3 узелка размером с горошину, при пальпации плотные, безболезненные, кожа в области узелков не изменена, имеет характерный блеск, напоминающий блеск жемчужины, в центре узелка имеется углубление с микроскопическими отверстиями. При сдавливании узелков через отверстия выделяются массы белого цвета. Конъюнктивa век гиперемирована, в нижнем своде – единичные мелкие фолликулы, отделяемое скудное серозное, роговица прозрачная, зрачок нормальной формы, реакция на свет сохранена, розовый рефлекс с глазного дна, глазное дно без патологии, внутриглазное давление в норме.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Контагиозный моллюск кожи верхнего века левого глаза, фолликулярный конъюнктивит левого глаза.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: пропущена одна из нозологических форм.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поражения кожи век и конъюнктивы контагиозным моллюском установлен на основании: - жалоб больного на появление узелков на коже верхнего века левого глаза, слезотечение, покраснение левого глаза)

		- данных объективного исследования (наличие на коже верхнего века левого глаза узелков размером с горошину, плотных и безболезненных при пальпации, кожа в области узелков имеет блеск, напоминающий блеск жемчужины, в центре узелка имеется углубление с микроскопическими отверстиями. При сдавливании узелков через отверстия выделяются массы белого цвета. Конъюнктивит век гиперемирован, в нижнем своде – единичные мелкие фолликулы, отделяемое скудное серозное).
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование фолликулярного конъюнктивита
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно
В	3	Какую местную терапию следует проводить при данном заболевании?
О	-	Проводят выскабливание или диатермокоагуляцию кожных элементов с последующим тушированием 1-2% раствором бриллиантового зеленого. В конъюнктивальную полость закапываются растворы антисептиков (пиклоксидин 0,05%, мирамистин 0,01%) 4 раза в сутки, препаратов интерферона 4-6 раз в день 7-10 дней.
P2	-	Ответ полный. Указаны все средства местной терапии.
P1	-	Ответ неполный, не все группы препаратов перечислены или есть ошибка в дозировке.
P0	-	Ответ неверный. Лекарственные средства не названы или названы неверно.
В	4	К какой группе микроорганизмов относится контагиозный моллюск и какой путь его передачи?
Э	-	Контагиозный моллюск относится к дерматотропным поксвирусам. Передается контактно-бытовым путем.
P2	-	Ответ верный, возбудитель заболевания и путь передачи названы верно
P1	-	Ответ неполный. Допущена ошибка в пути передачи возбудителя
P0	-	Ответ неверный. Возбудитель заболевания и путь передачи названы неверно или не названы
В	5	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э	-	Дифференциальную диагностику проводят со стрептококковым импетиго кожи век, при котором высыпания на коже имеют вид пузырьков, не связанных с волосным мешочком, величиной от булавочной головки до чечевицы. Содержимое пузырьков прозрачное, после вскрытия пузырьков образуются корочки, которые исчезают через 8-14 дней, оставляя синевато-красное пятно. Процесс может распространиться на конъюнктиву. Дифференциальную диагностику проводят со стафилококковым импетиго кожи век, при котором наблюдаются множественные гнойнички величиной с просыное зерно с гиперемированным основанием и волоском в центре каждого гнойничка, кожа между гнойничками не изменена, безболезненна, зуд отсутствует.

		Дифференциальную диагностику проводят также с поражением кожи век, вызванным вирусом простого герпеса. При этой патологии диагностируются мелкие пузырьки с прозрачным содержимым, которое быстро мутнеет, оставляя корочки. Последние исчезают бесследно через 1-2 недели. Кожа век гиперемирована, в области высыпаний наблюдается зуд и жжение. В отличие от импетиго возможно повышение температуры тела и признаки микробной интоксикации.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью, часть нозологий упущена или не определена часть диагностических признаков, по которым проводится дифференциальный диагноз.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно.
Н	-	027
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К Вам обратилась женщина 47 лет, у которой после перенесенного ячменя на нижнем веке правого глаза появилось образование, создающее косметическое неудобство и ощущение тяжести в веке. При осмотре обнаружено: В толще нижнего века в средней трети пальпируется безболезненный узелок размером с горошину плотно-эластичной консистенции, не спаян с кожей. Конъюнктура в зоне узелка гиперемирована и гиперплазирована.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Халязион нижнего века правого глаза.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: не указана локализация процесса
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз поражения кожи век и конъюнктивы контагиозным моллюском установлен на основании: - жалоб больной на появление безболезненного узелка в толще нижнего века правого глаза - данных объективного исследования (наличие в толще нижнего века в средней трети безболезненного узелка размером с горошину плотно-эластичной консистенции, не спаянного с кожей. Конъюнктура в зоне узелка гиперемирована и гиперплазирована).
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: часть диагностических признаков отсутствует
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно

В	3	Какой метод лечения Вы порекомендуете данной пациентке?
О	-	Радикальным методом является хирургическое удаление халязиона, которое проводится под местной анестезией и заключается во вскрытии и дренировании очага хронического пролиферативного воспаления через конъюнктивальный разрез перпендикулярно краю века. Обязательным компонентом операции является иссечение капсулы халязиона для профилактики рецидивов. В редких случаях при прорыве содержимого халязиона в наружные слои века разрез выполняют со стороны кожи века параллельно краю века с последующим наложением швов.
P2	-	Ответ полный. Правильно указан метод и техника хирургического лечения
P1	-	Ответ неполный, допущены ошибки в описании техники удаления халязиона
P0	-	Ответ неверный. Неправильно указан метод лечения и/или полностью неправильно дано описание хирургической техники
В	4	Какие методы лечения халязиона применяются в детской практике?
Э	-	Консервативное лечение эффективно лишь в начальной стадии при наличии хрящевого воспаления и отсутствия уплотнения секрета. Оно заключается в использовании растворов антибиотиков и кортикостероидов в виде инстилляций. Инъекционный метод применяется при неэффективности консервативного и заключается во введении в полость халязиона раствора кеналога.
P2	-	Ответ верный, все методы лечения указаны верно.
P1	-	Ответ неполный. Допущена ошибка в описании одного из методов.
P0	-	Ответ неверный. Методы лечения не названы или названы неверно
В	5	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э	-	Дифференциальную диагностику проводят с внутренним ячменем, представляющим собой острое гнойное воспаление хряща вокруг мейбомиевой железы и имеющего вид гиперемированного болезненного узелка в толще хряща века с отеком мягких тканей вокруг. Дифференциальную диагностику проводят с аденокарциномой мейбомиевой железы, которая располагается под кожей века в виде узла с желтоватым оттенком, спаянного с кожей.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью, часть нозологий упущена или не определена часть диагностических признаков, по которым проводится дифференциальный диагноз.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно.
Н	-	028
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
...		

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В приемный покой районной больницы обратилась девушка 24 лет с жалобами на слезотечение, светобоязнь, покраснение, чувство «песка» в правом глазу. При биомикроскопии выявлена конъюнктивальная инъеция, обильное слизисто-гнойное отделяемое из полости конъюнктивы, отек переходной складки, роговица и другие оптические среды прозрачные.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый неспецифический катаральный бактериальный конъюнктивит правого глаза.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неправильно указан этиологический фактор.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании: - жалоб больного на слезотечение, светобоязнь, покраснение, чувство «песка» в правом глазу. - данных объективного исследования (наличие конъюнктивальной инъеции глазного яблока, отека переходной складки конъюнктивы, слизисто-гнойного отделяемого)
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: часть диагностических признаков упущена
P0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован
В	3	Какую экстренную помощь следует оказать в данном случае?
О	-	1. Наложение повязки запрещено из-за возможности развития кератита. 2. Механическое удаление отделяемого из полости конъюнктивы путем промывания растворами антисептиков (0,02% раствор фурациллина или калия перманганата) 3-4 раза в сутки. 3. Инстилляци антимиикробных препаратов широкого спектра действия 6-8 раз в сутки, использовании антибактериальных мазей (тетрациклиновая 1%, тетрациклиновая 1%) 3-4 раза в день. 4. С противовоспалительной целью – нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак 0,1% 4 раза в сутки).
P2	-	Ответ полный. Указаны все средства экстренной помощи.
P1	-	Ответ неполный, не все группы препаратов перечислены или есть ошибки в дозировке.
P0	-	Ответ неверный. Лекарственные средства экстренной помощи не названы или названы неверно.
В	4	Какие антибактериальные средства необходимо использовать при подтвержденной стафилококковой флоре?

Э	-	1. Антисептики широкого спектра (Пиклоксидин 0,05%) 2. Аминогликозиды (тобрамицин 0,3% капли или мазь). 3. 1% раствор фузидиевой кислоты («Фуцитальмик»).
P2	-	Ответ верный, перечислены все группы антибактериальных средств
P1	-	Ответ неполный. Одна из групп лекарственных средств упущена или названа неверно
P0	-	Ответ неверный. Большая часть антибактериальных средств названа неверно или упущена
В	5	Какие антибактериальные средства необходимо использовать при подтвержденной стрептококковой флоре?
Э	-	1. Хлорамфеникол (Левомецетин 0,25%). 2. Макролиды (эритромициновая мазь 1%, азидроп 1,5%).
P2	-	Ответ верный, перечислены все группы антибактериальных средств
P1	-	Ответ неполный. Одна из групп лекарственных средств упущена или названа неверно
P0	-	Ответ неверный. Большая часть антибактериальных средств названа неверно или упущена
Н	-	029
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	На прием к офтальмологу обратился подросток 15 лет, у которого 2 дня назад заболел правый глаз, что сопровождалось покраснением, слезотечением, чувством «инородного тела» в правом глазу. Аналогичные жалобы появились сегодня утром на левом глазу. При осмотре обоих глаз выявлен небольшой отек век, блефароспазм, выраженная конъюнктивальная инъеция с отеком переходной складки, слизистая век покрыта тонкими белесоватыми пленками, которые легко удаляются ватным тампоном, оставляя под собой рыхлую, кровоточащую конъюнктиву. На роговице у лимба – точечные эпителиальные инфильтраты, преципитатов нет, зрачок средней ширины, розовый рефлекс с глазного дна, ВГД в норме.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый двусторонний пневмококковый конъюнктивит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неправильно указан этиологический фактор.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании: - жалоб больного на слезотечение, светобоязнь, покраснение, чувство «инородного тела» в правом глазу.

		- данных объективного исследования (наличие конъюнктивальной инъекции глазного яблока, отека переходной складки конъюнктивы, образование нежных белесоватых пленок, не прочно спаянных с конъюнктивой век, обнажая рыхлую кровотокающую поверхность слизистой, на роговице – точечные эпителиальные инфильтраты)
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: часть диагностических признаков упущена
P0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован
B	3	Какую экстренную помощь следует оказать в данном случае?
O	-	1. Наложение повязки запрещено. 2. Механическое удаление отделяемого из полости конъюнктивы путем промывания растворами антисептиков (0,02% раствор фурациллина или калия перманганата) 3-4 раза в сутки. 3. Инстилляци антимикробных препаратов широкого спектра действия 6-8 раз в сутки (хлорамфеникол 0,25%, мирамистин 0,1%, офлоксацин 0,35), использовании антибактериальных мазей (тетрациклиновая 1%, тетрациклиновая 1%) 3-4 раза в день. 4. С противовоспалительной целью – нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак 0,1% 4 раза в сутки).
P2	-	Ответ полный. Указаны все средства экстренной помощи.
P1	-	Ответ неполный, не все группы препаратов перечислены или есть ошибки в дозировке.
P0	-	Ответ неверный. Лекарственные средства экстренной помощи не названы или названы неверно.
B	4	Какие диагностические исследования применяют с целью идентификации возбудителя бактериальных конъюнктивитов и рационального выбора антимикробной терапии?
Э	-	1. Бактериологическое исследование мазков с конъюнктивы (окрашивание по Граму или по Романовскому-Гимзе). 2. Посев отделяемого с конъюнктивы на питательные среды и определение чувствительности к антибиотикам. 3. Цитологическое исследование соскоба с конъюнктивы (для бактериальных конъюнктивитов характерно обнаружение большого количества нейтрофилов, отсутствие изменения эпителиальных клеток). 4. Иммунологическое и серологическое исследование для выявления антител к бактериальным антигенам.
P2	-	Ответ верный, перечислены все диагностические исследования.
P1	-	Ответ неполный. Часть диагностических тестов упущена или названа неверно
P0	-	Ответ неверный. Большая часть диагностических исследований упущена или названа неверно
B	5	Какие еще формы конъюнктивитов могут сопровождаться появлением пленок на слизистой век?
Э	-	1. Дифтерийный конъюнктивит характеризуется появлением пленок грязно-серого цвета, которые покрывают все отделы конъюнктивы, будучи плотно спаянными с ними. При попытке их удаления

		<p>конъюнктивита кровотоцит. Отек век, в отличие от других пленчатых форм, очень плотный, вывернуть веки невозможно, из полости конъюнктивы выделяется мутная с хлопьями жидкость.</p> <p>2. Аденовирусный конъюнктивит (пленчатая форма) характеризуется появлением нежных серовато-белых пленок на конъюнктиве, которые также, как и при пневмококковой этиологии, легко снимаются. Характерно поражение регионарных лимфатических узлов, которые увеличены и болезненны при пальпации.</p>
P2	-	Ответ верный, перечислены все группы антибактериальных средств
P1	-	Ответ неполный. Одна из групп лекарственных средств упущена или названа неверно
P0	-	Ответ неверный. Большая часть антибактериальных средств названа неверно или упущена
Н	-	030
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>К Вам, дежурному врачу приемного покоя, обратился мальчик 10 лет с жалобами на слезотечение, светобоязнь, зуд в глазах, покраснение. Находился на отдыхе в деревне с 1-го по 7-го мая, после чего резко появились указанные жалобы, а также частое чихание, отек носа. Обратился сначала к ЛОР врачу, который поставил диагноз острого аллергического ринита и назначил противоаллергические капли. Со слов мамы мальчика, похожие симптомы наблюдались прошлой весной во время цветения деревьев и трав.</p> <p>При объективном осмотре конъюнктив верхнего века утолщена, матовая, молочного цвета с сосочковыми разрастаниями по типу «булыжной мостовой», покрыта нитеобразным вязким отделяемым. Вокруг роговицы определяется желатинозного вида валик розоватого цвета, роговица прозрачная.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Двусторонний весенний катар, смешанная форма.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неправильно указана форма заболевания.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - жалоб больного на слезотечение, светобоязнь, зуд, покраснение глаза. - данных анамнеза (жалобы возникли в период цветения деревьев и трав)

		- данных объективного исследования (наличие утолщения конъюнктивы верхнего века, матовость, молочный цвет, сосочковые разрастания по типу «булыжной мостовой», нитеобразное вязкое отделяемое из полости конъюнктивы, вокруг роговицы определяется желатинозного вида валик розоватого цвета)
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: часть диагностических признаков упущена
P0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован
B	3	Какую экстренную помощь следует оказать в данном случае?
O	-	1. Глюкокортикостероиды (дексаметазон 0,1% 4 раза в сутки в инстилляциях, мазь «Максидекс» 0,1% 2 раза в сутки). 2. Стабилизаторы мембран тучных клеток (натрия кромогликат 2% или лодоксамид 0,1% 4-6 раз в сутки). 3. Антигистаминные препараты (ацеластин 0,05% 4-6 раз в сутки). 4. системная десенсибилизирующая терапия (лоратидин 5 мг 1 раз в сутки). 5. Консультация аллерголога.
P2	-	Ответ полный. Указаны все средства экстренной помощи.
P1	-	Ответ неполный, не все группы препаратов перечислены или есть ошибки в дозировке.
P0	-	Ответ неверный. Лекарственные средства экстренной помощи не названы или названы неверно.
B	4	Что в себя включает лабораторная диагностика аллергических конъюнктивитов?
Э	-	1. Цитологическое исследование соскоба с конъюнктивы (в экссудате преобладают эозинофилы и базофилы). 2. Постановку кожных и провокационных аллергических проб, проведение различных иммунохимических исследований.
P2	-	Ответ верный, перечислены все методы лабораторной диагностики
P1	-	Ответ неполный. Один из диагностических методов упущен или назван неверно
P0	-	Ответ неверный. Оба диагностических метода названы неверно или не названы вообще
B	5	Какие комбинированные противоаллергические глазные препараты Вам известны?
Э	-	1. Комбинации блокаторов мембран тучных клеток и гистаминовых рецепторов (олопатадина гидрохлорид 0,1% 2 раза в сутки до 4-х месяцев (Опатанол) или 0,2% Визаллергол 1 раз в сутки до 4-х месяцев). 2. Комбинации сосудосуживающего и антигистаминного компонента (Сперсаллерг, Аллергодил, Опкон-А)
P2	-	Ответ верный, перечислены все группы комбинированных противоаллергических средств
P1	-	Ответ неполный. Одна из групп лекарственных средств упущена или названа неверно
P0	-	Ответ неверный. Все группы комбинированных противоаллергических средств названы верно.

Н	-	031
Ф	А/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	А/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>К Вам, дежурному врачу глазного отделения, обратилась пациентка, готовящаяся к оперативному вмешательству по поводу катаракты и получающая предоперационную противовоспалительную терапию (антибиотики, НПВС местно). Заметила, что после измерения внутриглазного давления по методу Маклакова, появилось слезотечение, зуд, светобоязнь, покраснение обоих глаз (больше правого). Связывает с неправильной методикой тонометрии, примененной медицинской сестрой.</p> <p>При объективном осмотре выявлен стекловидный хемоз конъюнктивы с единичными эрозиями, обильное слизистое отделяемое из полости конъюнктивы, роговица прозрачная, эпителий интактен, хрусталик мутный, глазное дно не просматривается, ВГД в норме.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый аллергический лекарственный конъюнктивит.
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен не полностью: неправильно указана форма заболевания.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - жалоб больного на слезотечение, светобоязнь, зуд, покраснение глаза. - данных анамнеза (жалобы появились после использования местного анестетика (дикаина 1%) и колларгола (красителя)) - данных объективного исследования (стекловидный хемоз конъюнктивы с единичными эрозиями, обильное слизистое отделяемое из полости конъюнктивы)
Р2	-	Диагноз обоснован верно
Р1	-	Диагноз обоснован не полностью: часть диагностических признаков упущена
Р0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован
В	3	Какую экстренную помощь следует оказать в данном случае?
О	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Срочная отмена лекарственного препарата, вызвавшего аллергическую реакцию. 2. Глюкокортикостероиды (дексаметазон 0,1% 4 раза в сутки в инстилляциях, мазь «Максидекс» 0,1% 2 раза в сутки). 3. Антигистаминные препараты (ацеластин 0,05% 4-6 раз в сутки).

		4. Сосудосуживающие препараты (тетризолин 0,05% 2-3 раза в день не более 5 дней) 5 Системная десенсибилизирующая терапия (лоратадин 5 мг 1 раз в сутки).
P2	-	Ответ полный. Указаны все средства экстренной помощи.
P1	-	Ответ неполный, не все группы препаратов перечислены или есть ошибки в дозировке.
P0	-	Ответ неверный. Лекарственные средства экстренной помощи не названы или названы неверно.
B	4	Какие еще существуют клинические варианты острого лекарственного конъюнктивита?
Э	-	1. Сосочковая гипертрофия конъюнктивы (конъюнктив бледная, сосочковая гипертрофия конъюнктивы верхнего века, нитчатое густое слизистое или слизисто-гнойное отделяемое, выраженный зуд и жжение). 2. Фолликулярный конъюнктивит (медленное развитие с зудом и жжением, фолликулы появляются в области конъюнктивы нижней переходной складки и нижнего века). 3. Гиперемия конъюнктивы век (небольшая поверхностная инъекция глазного яблока, выраженный зуд, жжение, субконъюнктивальные кровоизлияния).
P2	-	Ответ верный, перечислены все клинические варианты острого лекарственного конъюнктивита
P1	-	Ответ неполный. Часть клинических вариантов острого лекарственного конъюнктивита упущена или названа неверно
P0	-	Ответ неверный. Все клинические варианты острого лекарственного конъюнктивита не названы или названы неверно
B	5	Почему нельзя длительно использовать сосудосуживающие глазные капли при лечении синдрома «красного глаза»?
Э	-	При длительном использовании препаратов тетризолина, нафазолина, оксиметазолина и фенилэфрина могут наблюдаться следующие побочные эффекты: 1. Снижение зрения. 2. Раздражение конъюнктивы. 3. Повышение внутриглазного давления. 4. Расширение зрачка. 5. Парез сосудистой стенки со стойкой вазодилатацией и развитию синдрома «сухого глаза». 6. Системно – сердцебиение, головные болт, повышенная утомляемость, потоотделение, повышение артериального давления, гипергликемия.
P2	-	Ответ верный, перечислены все возможные местные и системные побочные эффекты
P1	-	Ответ неполный. Часть побочных эффектов упущена или названа неверно
P0	-	Ответ неверный. Большая часть побочных эффектов не названа или упущена
H	-	032

Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В родильном доме у двухдневного новорожденного мальчика резко возник двусторонний отек век, с выраженной их гиперемией и уплотнением. Открыть глазную щель полностью не представлялось возможным, из полости конъюнктивы вытекала кровянистая жидкости цвета мясных помоев. Гнойное отделяемое отсутствовало. Роды были срочные, через естественные родовые пути.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый двусторонний гонококковый конъюнктивит новорожденных.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неправильно указана этиология заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании: - данных анамнеза (жалобы появились через два дня после срочных родов через естественные родовые пути) - данных объективного исследования (двусторонний характер поражения, выраженный плотный отек век, кровянистое отделяемое из полости конъюнктивы цвета мясных помоев)
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: часть диагностических признаков упущена
P0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован
В	3	Какую экстренную помощь следует оказать в данном случае?
О	-	1. Отказ от наложения повязки. 2. Местно – антибактериальные препараты (бензилпенициллин 10000-20000 Ед/мл ex tempore, ципрофлоксацин 0,3%, мирамистин 0,1%, сульфацил-натрия 10%, левомецетин 0,25% 8- раз в сутки), антибактериальные мази (эритромициновая 1%, «Флоксал» 0,3% 3-4 раза в сутки), НПВС – диклофенак 0,15 2-3 раза в сутки. 3. Системно – цефтриаксон в/м 25-50 мг/кг 1 раз в сутки 2-3 дня.
P2	-	Ответ полный. Указаны все средства экстренной помощи.
P1	-	Ответ неполный, не все группы препаратов перечислены или есть ошибки в дозировке.
P0	-	Ответ неверный. Лекарственные средства экстренной помощи не названы или названы неверно.
В	4	Какое самое грозное осложнение гонококкового конъюнктивита?

Э	-	Гнойная язва роговицы является частым осложнением гонобленнореи, приводящим к десцеметоцеле, перфорации роговицы, вторичной глаукоме и слепоте.
P2	-	Ответ верный, правильно указано осложнение и его последствия
P1	-	Ответ неполный. Неправильно указаны исходы осложнения
P0	-	Ответ неверный. Осложнение и его последствия указаны неверно
В	5	Какие клинические стадии характерны для гонобленнореи детей и взрослых?
Э	-	1. Стадия инфильтрации (2-4 дня): выраженный плотный отек век, из конъюнктивальной полости выделяется кровянистая жидкость цвета мясных помоев, выраженная конъюнктивальная инъекция, конъюнктивита отечная, рыхлая, кровоточит. 2. Период пиореи: отек век уменьшается, веки мягкие, тестоватой консистенции, выделение большого количества пенистого сливкообразного гноя. 3. Период гиперпапиллярной инфильтрации (гиперемия и сосочковая гипертрофия конъюнктивы длительно).
P2	-	Ответ верный, перечислены все стадии гонобленнореи и дана их характеристика
P1	-	Ответ неполный. Допущена неточность в стадиях гонобленнореи или в их описании
P0	-	Ответ неверный. Неправильно указаны стадии гонобленнореи и не дана их характеристика
Н	-	033
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К офтальмологу районной поликлиники обратилась мама двух детей 6 и 10 лет, у которых по очереди (с интервалом в 2 дня) возникли симптомы гнойного конъюнктивита обоих глаз, сопровождавшегося слабостью, недомоганием, температура тела в течение 1 дня оставалась субфебрильной. Женщина отмечает, что в доме, где они жили, было очень много мух. Объективно у ребенка, заболевшего последним, выявлено: выраженный отек и гиперемия конъюнктивы глазного яблока и нижней переходной складки с петехиальными кровоизлияниями, бульбарная конъюнктивита имеет вид двух треугольников, обращенных основанием к лимбу, отделяемое обильное гнойное, роговица прозрачная.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый двусторонний эпидемический конъюнктивит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неправильно указана патогенетическая форма заболевания

P0	-	Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании: - данных анамнеза (высокая заразность конъюнктивита, контакт с мухами) - данных объективного исследования (выраженный отек и гиперемия конъюнктивы глазного яблока и нижней переходной складки с петехиальными кровоизлияниями, бульбарная конъюнктивита имеет вид двух треугольников, обращенных основанием к лимбу, отделяемое обильное гнойное)
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: часть диагностических признаков упущена
P0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован
B	3	Что вы знаете об эпидемиологии данного заболевания?
O	-	Возбудитель - <i>Neisseria conjunctivitis</i> (бактерия Коха-Уикса). Путь передачи – контактный. Переносчиком являются мухи. Инкубационный период – 1-2 дня.
P2	-	Ответ полный. Эпидемиология заболевания указана полностью верно
P1	-	Ответ неполный, допущены ошибки в указании возбудителя заболевания или пути передачи.
P0	-	Ответ неверный. Эпидемиология заболевания указана полностью неверно
B	4	С какими другими бактериальными конъюнктивитами приходится дифференцировать данное заболевание?
Э	-	1. С гонококковым конъюнктивитом: в отличие от последнего отсутствуют в течение 3 последовательные стадии, нет деревянного отека век вначале с кровянистым отделяемым из полости конъюнктивы). 2. С дифтеритическим (иногда при данной форме появляются нежные легко снимающиеся пленки, при дифтерии – они грязно-серые, плотно спаянные с конъюнктивой, которая кровоточит при их удалении).
P2	-	Ответ верный, правильно указано осложнение и его последствия
P1	-	Ответ неполный. Неправильно указаны исходы осложнения
P0	-	Ответ неверный. Осложнение и его последствия указаны неверно
B	5	Что включает в себя экстренная помощь при данном заболевании?
Э	-	1. Наложение повязки запрещено. 2. Промывание полости конъюнктивы растворами антисептиков (0,02% фурацилин или калия перманганат) 3-4 раза в сутки. 3. Местные антибактериальные средства: сульфацил-натрия 10%, тобрамицин 0,3%, ципрофлоксацин 0,3% 6-8 раз в сутки в инстилляциях, мази – тобрамицин 0,3%, циплокс 0,3%, эритромициновая мазь 1% 3-4 раза в сутки).
P2	-	Ответ верный, перечислены все препараты экстренной помощи

P1	-	Ответ неполный. Допущены ошибки либо в выборе группы препарата или в его дозировке
P0	-	Ответ неверный. Неправильно указаны средства экстренной помощи
H	-	034
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У женщины 34 лет через 10 дней после посещения бассейна появились жалобы на слезотечение, светобоязнь, покраснение правого глаза, гнойное отделяемое. 2 недели лечилась самостоятельно альбуцидом без улучшения. При осмотре офтальмологом правого глаза выявлено: выраженный отек и гиперемия конъюнктивы переходных складок, на нижней переходной складке – сливные крупные фолликулы, гипертрофия сосочков конъюнктивы, обильное слизисто-гнойное отделяемое, региональные лимфузлы увеличены, безболезненны при пальпации, на роговице в зоне верхнего лимба – субэпителиальные точечные инфильтраты, микропаннус, чувствительность роговицы сохранена).
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый эпидемический (банный) хламидийный конъюнктивит правого глаза.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неправильно указана клиническая форма заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании: - данных анамнеза (развитие симптомов гнойного конъюнктивита после посещения бассейна (через 10 дней) - данных объективного исследования (выраженный отек и гиперемия конъюнктивы переходных складок, на нижней переходной складке – сливные крупные фолликулы, гипертрофия сосочков конъюнктивы, обильное слизисто-гнойное отделяемое, региональные лимфузлы увеличены, безболезненны при пальпации, на роговице в зоне верхнего лимба – субэпителиальные точечные инфильтраты, микропаннус, чувствительность роговицы сохранена).
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: часть диагностических признаков упущена
P0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован

В	3	Проведите дифференциальную диагностику между острым аденовирусным эпидемическим кератоконъюнктивитом и острым эпидемическим хламидийным конъюнктивитом?
О	-	При аденовирусной инфекции гнойного отделяемого может и не быть; увеличение лимфатических регионарных узлов сопровождается их болезненностью при пальпации, при хламидиозе – лимфузлы безболезненны; фолликулярная реакция конъюнктивы появляется на 4-й день от начала заболевания, при хламидийной инфекции – через 2-3 недели; на роговице при аденовирусном поражении – субэпителиальные монетовидные инфильтраты, появляющиеся на 7 день от начала заболевания, чувствительность роговицы при этом снижена; при хламидийной инфекции – в верхнем сегменте роговицы микропаннус, чувствительность роговицы сохранена).
P2	-	Ответ полный. Дифференциальная диагностика проведена правильно.
P1	-	Ответ неполный, часть диагностических критериев упущена
P0	-	Ответ неверный. Дифференциальная диагностика проведена неверно
В	4	Какие лабораторные методы информативны в диагностике хламидийной инфекции органа зрения?
Э	-	1. Бактериологическое исследование мазков с конъюнктивы с окрашиванием по Романовскому-Гимзе для обнаружения цитоплазматических включений хламидий – телец Гальберштедтера-Провачека. 2. Исследование с помощью культуры клеток McCoу. 3. Иммунофлюоресцентный анализ.
P2	-	Ответ верный, правильно указаны все лабораторные методы
P1	-	Ответ неполный. Не все лабораторные методы указаны или указаны правильно
P0	-	Ответ неверный. Лабораторные методы указаны неправильно
В	5	Каковы принципы терапии острого эпидемического хламидийного конъюнктивита?
Э	-	1. Наложение повязки запрещено. 2. Промывание полости конъюнктивы растворами антисептиков (0,02% фурацилин или калия перманганат) 3-4 раза в сутки. 3. Местные антибактериальные средства: сульфацил-натрия 10% 4-5 раз в день, эритромициновая мазь 1%, тетрациклиновая мазь 1% 3-4 раза в сутки, ципрофлоксацин 0,3% 6-8 раз в сутки в инстилляциях, мирамистин 0,1%, пиклоксидин 0,05% 4-5 раз в сутки. 4. Нестероидные противовоспалительные средства через 3-5 дней: диклофенка, непафенак 0,1%, индометацион 0,1%) 4-6 раз в сутки. 5. Системная антибиотикотерапия 3-4 недели: - кларитромицин по 500 мг/сут 2 в 2 приема - азитромицин по 0,25-0,5 мг/сут - доксициклин 200 мг/сут в 2 приема - офлоксацин по 200-400 мг 1 раз в сутки - ципрофлоксацин по 0,5-1 г/сут в 2 приема 6. Интерфероны и интерферогены:

		- «Реаферон» в/м по 1000000 ЕД через день 7-10 инъекций - «Виферон-2» ректально по 2 свечи в сутки 10 дней, далее по 2 свечи 3 раза в неделю в течение 3-12 месяцев. - «Циклоферон» в/м 12,5% по 2 мл 10 дней. Проводят 2-3 курса с интервалом в 1 неделю.
P2	-	Ответ верный, перечислены все препараты местной и системной терапии
P1	-	Ответ неполный. Допущены ошибки в выборе препарата местной или системной терапии
P0	-	Ответ неверный. Неправильно указаны средства местной и системной терапии
Н	-	035
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Женщина в возрасте 28 лет обратилась к офтальмологу поликлиники с жалобами на слезотечение, светобоязнь, боли в правом глазу, снижение зрения. Страдает миопией средней степени обоих глаз, в связи с чем пользуется для коррекции мягкими контактными линзами плановой замены уже около 10 лет. На проверку к офтальмологу ходит редко. Иногда нарушает рекомендованный врачом режим ношения контактных линз. При осмотре выявлено: острота зрения правого глаза 0,06 не корректирует, смешанная инъекция глазного яблока, хемоз конъюнктивы, в центре роговицы – изъязвление до глубоких слоев стромы, вокруг язвы – инфильтрат в виде кольца без изъязвления, в передней камере – гной 1 мм, мелкие преципитаты на нижней половине роговицы, зрачок узкий, внутренние среды не просматриваются, ВГД в норме.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Акантамебный кератит правого глаза, осложненный язвой роговицы, передним увеитом.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неправильно указана нозологическая форма заболевания или этиология или осложнения.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании: - данных анамнеза (длительное ношение контактных линз плановой замены и нарушение режим их ношения) - жалоб больной на слезотечение, светобоязнь, боли в глазу, снижении зрения

		- данных объективного исследования (смешанная инъекция глазного яблока, хемоз конъюнктивы, в центре роговицы – изъязвление до глубоких слоев стромы, вокруг язвы – инфильтрат в виде кольца без изъязвления, в передней камере – гной 1 мм, мелкие преципитаты на нижней половине роговицы, зрачок узкий, внутренние среды не просматриваются, ВГД в норме.)
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: часть диагностических признаков упущена
P0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован
B	3	Что вы знаете о возбудителе заболевания и его течении?
O	-	Возбудитель <i>Acanthamoeba</i> размножается как в пресной, так и в морской воде. Проникновение в роговицу происходит в результате ее микротравм. В 70-85% случаев заболевание возникает у пациентов, носящих контактные линзы. Для заболевания характерно длительное хроническое течение, не свойственно спонтанное заживление. Часто осложняется бактериальной и герпетической инфекцией. Кератит плохо поддается лечению и часто приводит к язве роговицы с прободением.
P2	-	Ответ полный. Дана характеристика возбудителя заболевания и особенностей его течения
P1	-	Ответ неполный, особенности течения заболевания указаны не полностью
P0	-	Ответ неверный. Характеристика возбудителя заболевания и особенности его течения указаны неверно или не указаны
B	4	В каком биологическом материале могут быть обнаружены акантамебы?
Э	-	Акантамебы могут быть выявлены с соскобе с роговицы и конъюнктивы, в биоптате роговицы, при посеве на агар.
P2	-	Ответ верный, правильно указаны все виды биологического материала.
P1	-	Ответ неполный. Не все виды биологического материала указаны или указаны правильно
P0	-	Ответ неверный. Основные виды биологического материала указаны неверно
B	5	Каковы принципы терапии акантамебного кератита, осложненного язвой роговицы и передним увеитом?
Э	-	1. Этиологическая терапия (несколько месяцев): - катионные антисептики (хлоргексидин 0,02% , полигексаметилен бигуанид 0,02% 8-6 раз в день - аминогликозиды (неомицин, тобрамицин местно в виде капель и под конъюнктиву) 6 раз в день - противогрибковые средства (флуконазол 0,2% 6-4 раза в день) 2. Нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак 0,1% 4 раза). 3. Мидриатики (тропикамид 1% 2 раза в сутки). 4. Кератопротекторы (корнерегель 5%, солкосерил-гель 20%) 4 раза в сутки.

P2	-	Ответ верный, перечислены все препараты местной терапии
P1	-	Ответ неполный. Допущены ошибки в выборе препарата местной терапии
P0	-	Ответ неверный. Неправильно указаны средства местной терапии
H	-	036
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка 32 лет обратилась к офтальмологу с жалобами на локальное покраснение левого глазного яблока, сопровождающееся небольшим слезотечением, светобоязнью, болевыми ощущениями. 2 недели назад переболела ОРЗ.</p> <p>При объективном исследовании обнаружено: острота зрения правого глаза 1,0, левого глаза – 1,0</p> <p>Биомикроскопия OS: вблизи лимба на 3 часах визуализируется ограниченная припухлость наружных слоев склеры 6 мм с синюшным оттенком. Конъюнктив над этим узелком гиперемирована, подвижна. Пальпация пораженного участка резко болезненна, оптические среды прозрачные, глазное дно и внутриглазное давление в норме.</p> <p>Биомикроскопия OD не выявила видимой патологии.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый узелковый эписклерит левого глаза.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неправильно указана клиническая форма заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - данных анамнеза (переболела ОРЗ) - жалоб больной на небольшое слезотечение, светобоязнь, боли в глазу, появление очага воспаления на склере - данных объективного исследования (вблизи лимба на 3 часах визуализируется ограниченная припухлость наружных слоев склеры 6 мм с синюшным оттенком. Конъюнктив над этим узелком гиперемирована, подвижна. Пальпация пораженного участка резко болезненна).
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: часть диагностических признаков упущена
P0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован

В	3	Какие этиологические факторы могут привести к развитию эписклерита?
О	-	Этиология эписклеритов многообразна и включает в себя: 1. Инфекции 2. Аллергии 3. Травмы 4. Системная аутоиммунная патология.
P2	-	Ответ полный. Правильно названы все этиологические факторы
P1	-	Ответ неполный, часть этиологических факторов упущена или названа неправильно
P0	-	Ответ неверный. Большая часть этиологических факторов названа неправильно или упущена
В	4	Какие клинические формы эписклерита Вы знаете и чем они характеризуются?
Э	-	1. Узелковый эписклерит имеет место у пациентки из-за появления узелка инфильтрации в эписклере синюшного оттенка, резко болезненного, не спаянного с гиперемированной конъюнктивой. Чаще носит двусторонний характер, принимает хроническое течение, прогноз для зрения благоприятный. 2. Мигрирующий эписклерит поражает молодых женщин на фоне аллергии, появляясь в виде очажков воспаления эписклеры с отеком, гиперемией, болезненностью то на одном, то на другом глазу. Наблюдается ангионевротический отек век, рецидив сопровождается мигренью, длительность рецидива – несколько часов или дней. 3. Розацеа-эписклерит напоминает по клинике мигрирующий эписклерит, но сочетается с аспе rosacea лица. Наблюдаются выраженные изменения роговицы, которые имеют вид краевого или субэпителиального инфильтрата, реже прогрессирующей язвы.
P2	-	Ответ верный, правильно указаны и охарактеризованы клинические формы эписклерита
P1	-	Ответ неполный. Не все формы эписклерита правильно указаны или есть ошибка в их описании
P0	-	Ответ неверный. Основные формы эписклерита и их характеристика даны неверно
В	5	Каковы принципы терапии эписклерита?
Э	-	1. Этиологическая терапия зависит от этиологии процесса (антибиотики, кортикостероиды, противовирусные местно и системно) 2. Кортикостероидная терапия: - дексаметазон 0,1% 4-6 раз в сутки, на ночь – мазь «Максидекс» 3. Антигистаминные препараты: ацеластин 0,05% 4-6 раз в сутки. 4. Сосудосуживающие препараты: тетризолин 0,05% 2-3 раза в день не более 5 дней. 5. Нестероидные противовоспалительные препараты: диклофенак натрия 0.1% 4 раза. 6. Системная десенсибилизация: лоратидин 10 мг 1 раз в сутки 7-10 дней. 7. Консультация терапевта, отоларинголога, стоматолога, гинеколога для уточнения генеза заболевания планово.

P2	-	Ответ верный, перечислены все группы препаратов
P1	-	Ответ неполный. Допущены ошибки в выборе препарата местной терапии
P0	-	Ответ неверный. Неправильно указаны средства терапии
H	-	037
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка 34 лет обратилась к офтальмологу приемного покоя с жалобами на снижение зрения левого глаза, которое возникло 5 дней назад. По данным амбулаторной карты, 5 лет назад перенесла прободное ранение правого глаза, первичная хирургическая обработка без особенностей. 3 месяца спустя правый глаз ослеп, начал болеть, был диагностирован панофтальмит правого глаза с явлениями субатрофии, в связи с чем правый глаз был удален. При осмотре: острота левого глаза – 0,1 не корр., на роговице – крупные преципитаты, во влаге передней камеры клетки (1+), зрачок запаян задними синехиями, в стекловидном теле – клеточная реакция (до 3+), на глазном дне за флером от крайней до средней периферии – сливающиеся экссудативные фокусы, диск зрительного нерва с нечеткими границами.</p> <p>3 месяца назад было проведено иммунологическое исследование крови, была обнаружена высокая сенсibilизация лимфоцитов к вирусу простого герпеса, выявлены антитела к герпесу в слезной жидкости.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый некроз сетчатки левого глаза герпесвирусной этиологии (увеит Kirisawa).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неправильно указана этиология заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - данных анамнеза (двустороннее поражение) - жалоб больной на снижение зрения левого глаза - данных объективного исследования (снижение зрения до 0,1, на роговице - крупные преципитаты, во влаге передней камеры клетки (1+), зрачок запаян задними синехиями, в стекловидном теле – клеточная реакция (до 3+), на глазном дне за флером от крайней до средней периферии – сливающиеся экссудативные фокусы, диск зрительного нерва с нечеткими границами).

		- данных лабораторного исследования (обнаружение антитела у вирусу простого герпеса в крови и в слезной жидкости в высокой концентрации класса G и M).
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: часть диагностических признаков упущена
P0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован
B	3	Перечислите основные симптомы острого некроза сетчатки.
O	-	1. Острый периферический некротизирующий ретинит. 2. Артериит сетчатки. 3. Витреит.
P2	-	Ответ полный. Основные симптомы острого некроза сетчатки названы правильно.
P1	-	Ответ неполный, один симптом упущен или назван неверно.
P0	-	Ответ неверный. Основные симптомы острого некроза сетчатки названы неверно.
B	4	Какая стадия воспалительного процесса из 4-х имеет место у данной пациентки с острым некрозом сетчатки?
Э	-	У пациентки имеются сливные ретинальные экссудативные фокусы, распространяющиеся от крайней до средней периферии, имеет место вовлечение в процесс диска зрительного нерва по типу папиллита, в стекловидном теле – выраженная клеточная реакция (3+), что соответствует II стадии острого некроза сетчатки.
P2	-	Ответ верный, стадия процесса определена верно с обоснованием.
P1	-	Ответ неполный. Допущены неточности в обосновании стадии
P0	-	Ответ неверный. Стадия острого некроза сетчатки определена неверно
B	5	Какое лечение Вы порекомендуете данной пациентке?
Э	-	1. Этиотропная терапия: - ацикловир внутривенно капельно в дозе 5-10 мг/кг каждые 8 часов в течение 7-11 дней: интравитреальное введение ацикловира 10-40 мкг/мл во время витрэктомии. - полудан ретробульбарно по 0.5 мл (100 МЕ) 10-20 инъекций 2. Кортикостероидная терапия: - дексаметазон 0,1% 4-6 раз в сутки, на ночь – мазь «Максидекс» - парабульбарно дексаметазон 0,4% 1 мл №10. - системно преднизолон 40 мг в сутки, снижать дозу медленно по ½ таблетке каждые 3-5 дней или пульс-терапия в/в капельно 40 мг в сутки через день №3. 3. Нестероидные противовоспалительные препараты: диклофенак местно и системно. 4. Мидриатики: тропикамид 1% местно в инстилляциях или инъекции мезатона 1% с атропином 0,1% по 0,3 мл под конъюнктиву. 5. Фибринолитики (гемаза 5000 МЕ под конъюнктиву 1 раз в сутки 5-10 дней). 6. При отсутствии эффекта от лечения и начала фиброзирования стекловидного тела показана задняя субтотальная закрытая витрэктомия.

P2	-	Ответ верный, все методы лечения указаны верно.
P1	-	Ответ неполный. Допущены ошибки в выборе метода лечения или дозировке препарата.
P0	-	Ответ неверный. Неправильно указаны методы лечения.
H	-	038
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной 48 лет поступил в офтальмологическую клинику с жалобами на снижение остроты зрения левого глаза, небольшое слезотечение, периодические боли в глазу. Болеет около 2-х недель. Из сопутствующей патологии отмечает урогенитальный хламидиоз (диагностирован 1 месяц назад), также периодически отмечает боли в мелких суставах нижней конечностей.</p> <p>Острота зрения правого глаза: 1,0, левого – 0,3 не корригирует.</p> <p>OS: смешанная инъекция глазного яблока средней степени, роговичные преципитаты, клеточная реакция влаги передней камеры 1+, в стекловидном теле – выпот до 2+, глазное дно за флером, на средней периферии на 6-8 часах определяется проминирующий фокус с нечеткими границами белесоватого цвета, ВГД в норме.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый генерализованный увеит левого глаза (синдром Рейтера)
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неправильно указана этиология заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - молодого возраста пациента мужского пола - данных анамнеза (подтвержденный урогенитальный хламидиоз, поражение мелких суставов конечностей) - жалоб больной на снижение зрения левого глаза, боли, слезотечение, светобоязнь - данных объективного исследования (снижение зрения до 0,3, смешанная инъекция глазного яблока средней степени, роговичные преципитаты, клеточная реакция влаги передней камеры 1+, в стекловидном теле – выпот до 2+, глазное дно за флером, на средней периферии на 6-8 часах определяется проминирующий фокус с нечеткими границами белесоватого цвета)
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: часть диагностических признаков упущена

P0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован
B	3	Какие дополнительные методы исследования и консультации Вам потребуются для подтверждения синдрома Рейтера?
O	-	1. Консультация ревматолога для уточнения активности и распространенности поражения суставов. 2. Консультация стоматолога для исключения язвенного стоматита. 3. Консультация дерматолога для исключения кератодермии. 4. Подтверждение носительства HLA B27. 5. Консультация уролога.
P2	-	Ответ полный. Указаны все методы дополнительного исследования
P1	-	Ответ неполный, 1 или два метода названы неверно или упущены
P0	-	Ответ неверный. Большая часть методов упущена или названа неверно
B	4	Какие принципы терапии увеита в данном случае?
Э	-	1. Этиотропная терапия: - офлоксацин внутривенно капельно 100-400 мг 2 раза в сутки - рокситромицин внутрь по 150 мг 2 раза в сутки - азитромицин 500 мг 1 раз в сутки - ципрофлоксацин внутрь по 125-500 мг 2 раза в сутки или внутривенно 100-400 мг 2 раза в сутки 2. Кортикостероидная терапия: - дексаметазон 0,1% 4-6 раз в сутки, на ночь – мазь «Максидекс» - парабульбарно дексаметазон 0,4% 1 мл №10. - системно преднизолон 40 мг в сутки, снижать дозу медленно по ½ таблетке каждые 3-5 дней или пульс-терапия в/в капельно 40 мг в сутки через день №3. 3. Нестероидные противовоспалительные препараты: диклофенак местно и системно. 4. Мидриатики: тропикамид 1% местно в инстилляциях или инъекции мезатона 1% с атропином 0,1% по 0,3 мл под конъюнктиву. 5. Фибринолитики (гемаза 5000 МЕ под конъюнктиву 1 раз в сутки 5-10 дней). 6. При отсутствии эффекта от лечения и начала фиброзировании стекловидного тела показана задняя субтотальная закрытая витрэктомия.
P2	-	Ответ верный, принципы терапии изложены верно
P1	-	Ответ неполный. Некоторые группы лекарственных средств указаны неверно
P0	-	Ответ неверный. Принципы терапии изложены неверно
B	5	Какие побочные эффекты местного применения кортикостероидов Вы знаете?
Э	-	1. Вторичная глаукома. 2. Токсическая катаракта. 3. Вторичные грибковые или бактериальные конъюнктивиты, кератиты, рецидив герпетического кератита.
P2	-	Ответ верный, все побочные эффекты указаны верно
P1	-	Ответ неполный. Один из побочных эффектов упущен или назван неверно

P0	-	Ответ неверный. Все побочные эффекты указаны неверно
H	-	039
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной 45 лет, азербайджанец, поступил в приемное отделение многопрофильной больницы с жалобами на резкое снижение зрения обоих глаз, наличие болей в глазах. Из анамнеза: заболевание началось 2 недели назад с резких головных болей, рвоты, снижения слуха. В течение 10 дней находился в инфекционной больнице с диагнозом менингоэнцефалит.</p> <p>При осмотре: VIS OD=0,05 не корр, VIS OS=0,1 не корр. OUT: роговичные преципитаты, во влаге передней камеры клетки 2+, в стекловидном теле клеточная реакция 3+ справа, 2+ слева. Глазное дно: справа не офтальмоскопируется, слева – в нижней половине определяется экссудативная отслойка сетчатки. При осмотре у пациента выявлено поседение волос и ресниц, снижение слуха.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Синдром Фогта-Коянаги-Харады.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: допущена ошибка в названии синдрома
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<ul style="list-style-type: none"> - Диагноз установлен на основании сочетания - происхождения пациента из Средней Азии - двустороннего экссудативного увеита с отслойкой сетчатки - частичного выпадения волос (алопеции) - локализованного поседения волос (полиоза) - снижения слуха - менингоэнцефалита в анамнезе
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: часть диагностических признаков упущена
P0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован
В	3	Какие осложнения увеита при данном синдроме могут иметь место?
О	-	1. При переднем увеите – вторичная глаукома с секклюдией зрачка, окклюзия зрачка, осложненная катаракта, атрофия глазного яблока.

		2. При заднем увеите – фиброз стекловидного тела, неоваскуляризация диска зрительного нерва, рецидивирующие интравитреальные геморрагии, тракционная отслойка сетчатки.
P2	-	Ответ полный. Указаны все осложнения переднего и заднего увеита.
P1	-	Ответ неполный, неправильно указано несколько осложнений переднего или заднего увеита
P0	-	Ответ неверный. Большая часть осложнений не указана или указана неверно
В	4	Какие принципы терапии увеита в данном случае?
Э	-	<p>1. Кортикостероидная терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дексаметазон 0,1% 4-6 раз в сутки, на ночь – мазь «Максидекс» - парабульбарно дексаметазон 0,4% 1 мл №10. - системно преднизолон 40 мг в сутки, снижать дозу медленно по ½ таблетке каждые 3-5 дней или пульс-терапия в/в капельно 40 мг в сутки через день №3. <p>3. Нестероидные противовоспалительные препараты: диклофенак местно и системно.</p> <p>4. Мидриатики: тропикамид 1% местно в инстилляциях или инъекции мезатона 1% с атропином 0,1% по 0,3 мл под конъюнктиву.</p> <p>5. Фибринолитики (гемаза 5000 МЕ под конъюнктиву 1 раз в сутки 5-10 дней).</p> <p>6. При отсутствии эффекта от лечения и начала фиброзирования стекловидного тела показана задняя субтотальная закрытая витрэктомия.</p> <p>7. Иммуотропная терапия</p> <ul style="list-style-type: none"> - иммунодепрессанты (циклофосфамид внутрь по 100 мг в сутки (3000 мг на курс); лейкеран – внутрь по мг в день 20-30 дней; метотрексат – по 5 мг в сутки в 2 приема 5 дней с перерывами в 3 дня (всего 5-6 циклов). - иммуностимуляторы (левамизол по 150 мг в день в 2 приема 3 дня (курс лечения повторяют через 7-12 дней).
P2	-	Ответ верный, принципы терапии изложены верно
P1	-	Ответ неполный. Некоторые группы лекарственных средств указаны неверно
P0	-	Ответ неверный. Принципы терапии изложены неверно
В	5	Какие выделяют клинические стадии данного заболевания?
Э	-	<p>1. Увеальная в виде двустороннего переднего гранулематозного увеита или заднего увеита с отеком диска и экссудативной отслойкой сетчатки развивается после 1-2 дневного продромального периода с головными болями и недомоганием. Преходящие нарушения слуха и плеоцитоз спинномозговой жидкости.</p> <p>2. Конвалесцентная начинается через 4 недели после манифестации увеита и характеризуется образованием множества очагов атрофии на глазном дне (симптом «заходящего солнца»).</p> <p>3. Стадия осложнений: формируется катаракта, вторичная глаукома, депигментация хориоидеи, очаги Далена-Фукса в зоне экватора, неоваскуляризация хориоидеи и субретинальный фиброз. Через несколько месяцев после стихания глазных симптомов</p>

		обнаруживается алопеция, витилиго, полиноз, гемипарез, афазия, психические расстройства.
P2	-	Ответ верный, все клинические стадии указаны верно
P1	-	Ответ неполный. Одна из стадий упущена или названа неверно
P0	-	Ответ неверный. Две или три стадии указаны неверно или упущены.
Н	-	040
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Девочка 14 лет обратилась на прием к детскому офтальмологу с жалобами на покраснение глаз, постепенное снижение зрения обоих глаз. В анамнезе- 2 года назад увеит обоих глаз невыясненной этиологии. Осмотрена отоларингологом: хронический тонзиллит. Консультирована ревматологом, клинических данных за активное ревматоидное поражение суставов не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости выявлена гепатоспленомегалия и лимфаденопатия. В общем анализе крови – повышение СОЭ, лейкоцитоз.</p> <p>При осмотре: острота правого глаза 0,3 не корр., левого – счет пальцев у лица.</p> <p>ОУТ: краевые помутнения роговицы на 3 и 9 часах, старые и свежие роговичные преципитаты, задние синехии (круговая на левом глазу), в стекловидном теле экссудат, детали глазного дна не видны, ВГД в норме.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Обострение двустороннего хронического генерализованного увеита при болезни Стилла.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неправильно указана анатомическая локализация увеита или форма увеита по течению
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз установлен на основании сочетания</p> <ul style="list-style-type: none"> - детского возраста - женского пола - хронического двустороннего генерализованного увеита - хронического полиартрита - лимфаденопатии - гепато – и спленомегалии
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: часть диагностических признаков упущена

P0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован
B	3	Какие осложнения со стороны органа зрения имеют место при болезни Стилла?
O	-	1. Задние синехии (в 61%). 2. Осложненная катаракта (в 58%). 3. Кератопатия или лентовидная дистрофия роговицы (в 49%). 4. Вторичная глаукома (в 22%).
P2	-	Ответ полный. Указаны все осложнения болезни Стилла
P1	-	Ответ неполный, 1-2 осложнения указаны неверно или не указаны
P0	-	Ответ неверный. Большая часть осложнений не указана или указана неверно
B	4	Какие принципы терапии увеита в данном случае?
Э	-	1. Кортикостероидная терапия: - дексаметазон 0,1% 4-6 раз в сутки, на ночь – мазь «Максидекс» - парабульбарно дексаметазон 0,4% 1 мл №10. - системно преднизолон 40 мг в сутки, снижать дозу медленно по ½ таблетке каждые 3-5 дней или пульс-терапия в/в капельно 40 мг в сутки через день №3. 3. Нестероидные противовоспалительные препараты: диклофенак, индометацин местно и системно. 4. Мидриатики: тропикамид 1% местно в инстилляциях или инъекции мезатона 1% с атропином 0,1% по 0,3 мл под конъюнктиву. 5. Фибринолитики (гемаза 5000 МЕ под конъюнктиву 1 раз в сутки 5-10 дней).
P2	-	Ответ верный, принципы терапии изложены верно
P1	-	Ответ неполный. Некоторые группы лекарственных средств указаны неверно
P0	-	Ответ неверный. Принципы терапии изложены неверно
B	5	При каких синдромах еще наблюдается лентовидная дегенерация роговой оболочки?
Э	-	Кроме классического ювенильного ревматоидного артрита и болезни Стилла лентовидная дистрофия роговицы встречается при синдроме Фелти, представляющего собой вариант суставно-висцеральной формы ревматоидного артрита. При этом синдроме ревматоидный артрит сочетается с увеличением селезенки, периферических лимфатических узлов, лейкопенией, передним или генерализованным увеитом с лентовидной дегенерацией роговицы и катарактой. Болеют преимущественно мужчины молодого и среднего возраста.
P2	-	Ответ верный, все синдромы указаны верно и правильно охарактеризованы
P1	-	Ответ неполный. Есть неточности в описании признаков синдрома
P0	-	Ответ неверный. Синдромы указаны неверно
H	-	041
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности

...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>В поликлинику по месту жительства обратилась пациентка 35 лет с жалобами на обесцвечивание радужной оболочки на правом глазу, снижение остроты зрения правого глаза. Вышеуказанные жалобы появились около 7 месяцев назад, пациентка к врачу не обращалась. Хронические системные заболевания отрицает. Считает себя полностью здоровым человеком.</p> <p>При осмотре: острота правого глаза 0,4 не корр., левого глаза- 1,0. ОД: зрачковая зона радужки бледная, строма разволокнена, просвечивают сосуды радужки, деструкция пигментной каймы зрачка, зрачок 4 мм, на эндотелии роговицы – мелкие преципитаты с пушистыми краями, чувствительность роговицы снижена, гониоскопически – угол передней камеры открыт, широкий, гипопигментация трабекулы и полоски цилиарного тела по сравнению с парным глазом, хрусталик – заднеполярная катаракта, в стекловидном теле – выраженная нитчатая и зернистая деструкция, ВГД по Маклакову 20 мм рт.ст.</p> <p>ОС: радужка серо-голубая, нормальной толщины и рисунка, роговица прозрачная, зрачок 3 мм, хрусталик прозрачный, легкая деструкция стекловидного тела, ВГД по Маклакову 19 мм. рт.ст.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Гетерохромия Фукса (синдром Фукса) правого глаза.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неправильно указана фамилия ученого, описавшего этот синдром
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>На основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - жалоб больной на изменение рисунка радужки, снижение зрения правого глаза - данных анамнеза (постепенное развитие симптомов) - объективных данных (зрачковая зона радужки бледная, строма разволокнена, просвечивают сосуды радужки, деструкция пигментной каймы зрачка, анизокория, на эндотелии роговицы – мелкие преципитаты с пушистыми краями, чувствительность роговицы снижена, гониоскопически – угол передней камеры открыт, широкий, гипопигментация трабекулы и полоски цилиарного тела по сравнению с парным глазом, хрусталик – заднеполярная катаракта, в стекловидном теле – выраженная нитчатая и зернистая деструкция
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: часть диагностических признаков упущена
P0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован

В	3	Какие осложнения чаще всего развиваются при синдроме Фукса со стороны органа зрения?
О	-	1. Вторичная открытоугольная глаукома за счет склероза и васкуляризации трабекулы. 2. Осложненная катаракта 3. Грубая деструкция стекловидного тела
P2	-	Ответ полный. Указаны все осложнения гетерохромии Фукса
P1	-	Ответ неполный, 1 осложнение указано неверно или не указано
P0	-	Ответ неверный. Большая часть осложнений не указана или указана неверно
В	4	Является ли синдром Фукса увеитом?
Э	-	Синдром Фукса относится к увеопатиям, а не к воспалительной патологии сосудистой оболочки глаза (увеитам). При этом синдроме не признаков острого воспаления (инъекция, экссудат, задние синехии), нет болевого синдрома и признаков раздражения глаза как при увеите. Имеющиеся отложения на эндотелии роговицы не являются истинными преципитатами (лейкоциты +фибрин), а представляют собой отложения белка за счет повышенной проницаемости сосудов радужки и цилиарного тела. Кортикостероидная терапия при данном синдроме не эффективна.
P2	-	Ответ верный, дано правильное обоснование отсутствия принадлежности синдрома Фукса к увеитам
P1	-	Ответ неполный. Отсутствуют некоторые диагностические критерии увеопатий
P0	-	Ответ неверный. Синдром Фукса не является увеитом, а относится к увеопатиям.
В	5	Какие общие признаки всех увеопатий?
Э	-	1. Хроническое течение с периодическим ухудшением процесса. 2. Снижение чувствительности роговицы и появление на ней преципитатоподобных отложений. 3. Гетерохромия и атрофия радужки. 4. Дистрофия цилиарного тела. 5. Деструкция стекловидного тела. 6. Отсутствие признаков острого воспаления. 7. Развитие катаракты и вторичной глаукомы.
P2	-	Ответ верный, все признаки увеопатий указаны верно
P1	-	Ответ неполный. Часть признаков не указана или указана неверно
P0	-	Ответ неверный. Общие признаки увеопатий указаны неверно и/или не указаны вовсе
Н	-	042
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Из районной поликлиники к Вам, дежурному врачу офтальмологического стационара, направили мужчину 26 лет с жалобами на резко возникшую утром тяжесть в глазу, туман, радужные круги при взгляде на источник света, снижение зрения левого глаза. Диагноз направившего учреждения – острый приступ закрытоугольной глаукомы левого глаза. При осмотре: острота зрения правого глаза 1,0, левого – 0,3 не корр. OS: сосуды конъюнктивы глазного яблока расширены, поверхностный отек роговицы, буллез отсутствует, на эндотелии – беловатые круглые преципитаты в центре, зрачок круглый 3 мм, реакция на свет сохранена, передняя камера средней глубины, глазное дно за флером – без патологии, ВГД по Маклакову 35 мм рт.ст.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Глаукомоциклитический криз на левом глазу (синдром Краупа-Познера-Шлоссмана).
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неправильно указана фамилия ученого, описавшего этот синдром
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	На основании: - жалоб больного на тяжесть в глазу, туман, радужные круги при взгляде на источник света, снижение зрения левого глаза - данных анамнеза (внезапное начало заболевания) - объективных данных (снижение зрения левого глаза до 0,3, расширение сосудов конъюнктивы, поверхностный отек роговицы без буллеза, на эндотелии – беловатые круглые преципитаты в центре, зрачок круглый 3 мм, реакция на свет сохранена, передняя камера средней глубины, глазное дно за флером – без патологии, ВГД по Маклакову 35 мм рт.ст.)
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: часть диагностических признаков упущена
P0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован
В	3	Проведите дифференциальную диагностику между острым приступом закрытоугольной глаукомы и глаукомоциклитическим кризом.
О	-	1. При глаукоме – есть выраженный болевой синдром с иррадиацией, тошнота, рвота, при кризе – тяжесть в глазу, небольшое снижение зрения. 2. При глаукоме – выраженная застойная инъекция, при кризе – небольшое расширение сосудов конъюнктивы глазного яблока. 3. При глаукоме – диффузный отек роговицы, при кризе – поверхностный без буллеза. 4. При глаукоме – передняя камера мелкая на периферии, бомбаж радужки, при кризе – передняя камера нормальной глубины, угол передней камеры открыт.

		5. При глаукоме – зрачок широкий, на свет не реагирует, чего нет при кризе. 6. Криз может пройти без лечения, не оставляя в межприступном периоде признаков глаукомной оптиконеуропатии. 7. При глаукоме используется пилокарпин.
P2	-	Ответ полный. Дифференциальная диагностика проведена верно
P1	-	Ответ неполный, часть диагностических критериев не названа
P0	-	Ответ неверный. Дифференциальная диагностика проведена неверно
B	4	Каков патогенез и этиология повышения внутриглазного давления при синдроме Краупа-Познера-Шлоссмана?
Э	-	Синдром Краупа-Познера-Шлоссмана относится к увеопатиям, патогенез которых до конца не изучен. Установлено, что в момент приступа наблюдается острый отек трабекулы (трабекулит) либо аллергической природы (старое название приступа – «glaucoma allergicum»), либо вследствие ангионевроза цилиарного тела.
P2	-	Ответ верный, указаны современные версии этиопатогенеза заболевания
P1	-	Ответ неполный. Есть некоторые ошибки в толковании этиопатогенеза заболевания
P0	-	Ответ неверный. Этиопатогенез заболевания не указан или указан неверно
B	5	В чем заключается терапия глаукомоциклитического криза?
Э	-	1. Гипотензивные препараты (тимолол 0,55 2 раза в сутки, дорзоламид 2% 3 раза в сутки, внутрь – ацетозоламид 250 или 500 мг однократно). 2. Кортикостероидная терапия: дексаметазон 0,1% 406 раз в день в инстилляциях и в виде парабульбарных инъекция 0,4% 0,5 мл. 3. Нестероидные противовоспалительные средства: диклофенак, индометацин, непафенак, бромфенак 0,1% 4 раза в сутки.
P2	-	Ответ верный, указаны все группы препаратов
P1	-	Ответ неполный. Часть препаратов не указана или есть ошибка в дозировке
P0	-	Ответ неверный. Группы лекарственных средств указаны неверно или не указаны вовсе
H	-	043
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В поликлинику по месту жительства обратилась женщина 76 лет с жалобами на внезапную безболезненную потерю остроты зрения

		<p>правого глаза. Страдает атеросклерозом и гипертонической болезнью II стадии около 20 лет, принимает гипотензивные препараты.</p> <p>Острота зрения правого глаза равна 0,001 н/к.</p> <p>OD: глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, начальное помутнение коры хрусталика С1-С2, на глазном дне при исследовании с широким зрачком определяется ишемический отек сетчатки, фовеальная зона ярко-красная, легкая ступенчатость границ ДЗН, артерии резко сужены, кровоток сегментарный, ВГД в норме.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острая непроходимость центральной артерии сетчатки правого глаза.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неправильно указана анатомическая локализация процесса
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - жалоб больной на резкое безболезненное снижение зрения - данных анамнеза (пациентка пожилого возраста страдает гипертонической болезнью и атеросклерозом) - данных объективного исследования (снижение зрения правого глаза до 0,001 н/к, на глазном дне при исследовании с широким зрачком определяется ишемический отек сетчатки, фовеальная зона ярко-красная (симптом «вишневой косточки»), легкая ступенчатость границ ДЗН, артерии резко сужены, кровоток сегментарный).
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: часть диагностических признаков упущена
P0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован
В	3	Какие осложнения со стороны органа зрения имеют место при данном заболевании?
О	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Первичная атрофия зрительного нерва. 2. Вторичная неоваскулярная глаукома (в 18% случаев).
P2	-	Ответ полный. Указаны все осложнения заболевания
P1	-	Ответ неполный, 1 из осложнений не указано или указано неверно
P0	-	Ответ неверный. Осложнения указаны неверно или не указаны
В	4	Какие принципы экстренной терапии заболевания?
Э	-	<p>Основу терапии составляют сосудорасширяющие препараты и препараты, расширяющие артерии сетчатки.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Массаж глазного яблока. 2. Сосудорасширяющие средства: <ul style="list-style-type: none"> - нитроглицерин под язык по 0,0005 или 1% раствор 2 капли под язык - в/м папаверин 2% 2 мл - в/м дротаверин 2% 2 мл - в/м дибазол 1 5 1 мл

		<p>- в/м никотиновая кислота 1% по 1-5 мл</p> <p>- в/в струйно эуфиллин 2,4% по 10 мл, растворив в 20 мл 20 % раствора глюкозы</p> <p>3. Карбогенотерапия (вдыхание смеси кислорода (95-98%) и углекислого газа (5-8%) по 10 минут каждые 2 часа на протяжении 2 суток.</p> <p>4. Атропина сульфат 0,1% 0,5 мл парабульбарно</p> <p>5. для улучшения микроциркуляции</p> <p>- в/в капельно реополиглюкин по 200-400 мл и пентоксифиллин по 5 мл на 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия</p> <p>- в/в кап мексидол по 200-300 мг 2-3 дня, затем по 100 мг 3 раза в сутки 10-14 дней.</p> <p>6. Для снижения внутриглазного и улучшения перфузионного давления</p> <p>- ацетозоламид 250 мг внутрь</p> <p>7. С противоотечной целью</p> <p>- п/б дексаметазон 0,4% с гепарином 500 ЕД</p> <p>8. Как нейрпротектор и антигипоксанта</p> <p>- п/б эмоксипин 1% 1 мл №10</p> <p>9. Фибринолитики: под конъюнктиву гемаза 5000 МЕ 1 раз в сутки 5-10 инъекций.</p> <p>10 Физиолечение: магнитотерапия 5-10 дней.</p> <p>11. Антиагреганты пожизненно: ацетилсалициловая кислота по 0,1-0,05 г ежедневно вечером.</p>
P2	-	Ответ верный, принципы терапии изложены верно
P1	-	Ответ неполный. Некоторые группы лекарственных средств указаны неверно
P0	-	Ответ неверный. Принципы терапии изложены неверно
В	5	Каковы возможные механизмы окклюзии центральной артерии сетчатки?
Э	-	<p>1. Спазм центральной артерии сетчатки и ее ветвей.</p> <p>2. Тромбоз центральной артерии сетчатки и ее ветвей.</p> <p>3. Эмболия центральной артерии сетчатки и ее ветвей.</p>
P2	-	Ответ верный, все механизмы окклюзии указаны верно
P1	-	Ответ неполный. Один из механизмов упущен или указан неверно
P0	-	Ответ неверный. Все механизмы окклюзии указаны неверно или не указаны вовсе
Н	-	044
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В дежурный офтальмологу приемного покоя обратилась женщина 73 лет, у которой на фоне резкого повышения артериального давления до 200/110 мм рт. слеп правый глаз. Артериальное

		<p>давление было снижено медикаментозно до 150/90 мм рт.ст., однако зрение не восстановилось. Гипертонической болезнью страдает около 30 лет, лекарства принимает, рабочее артериальное давление 150/80 мм рт.ст. Сахарным диабетом не страдает.</p> <p>Объективно при осмотре обнаружено: острота зрения правого глаза счет пальцев у лица, левого глаза 0,8 н/к.</p> <p>ОД: глазное яблоко спокойное, начальное помутнение ядра хрусталика, на глазном дне – ДЗН отечен, гиперемирован, сливается с окружающей сетчаткой, вены темные, расширены, извиты, артерии сужены, а:в=1:3, масса интратетинальных кровоизлияний, покрывающих все глазное дно, очаги экссудации, макулярный отек, ВГД в норме.</p> <p>ОS: глазное яблоко спокойное, начальные помутнения ядра хрусталика, на глазном дне – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, а:в=1:3, Salus I-II, ВГД в норме.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Тромбоз центральной вены сетчатки правого глаза.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неправильно указана анатомическая локализация процесса
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - жалоб больной на резкое безболезненное снижение зрения - данных анамнеза (пациентка пожилого возраста страдает гипертонической болезнью) - данных объективного исследования (снижение зрения правого глаза до счета пальцев у лица, на глазном дне при исследовании с широким зрачком - ДЗН отечен, гиперемирован, сливается с окружающей сетчаткой, вены темные, расширены, извиты, артерии сужены, а:в=1:3, масса интратетинальных кровоизлияний, покрывающих все глазное дно, очаги экссудации, макулярный отек)
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: часть диагностических признаков упущена
P0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован
В	3	Какие типы нарушения венозного кровообращения выделяют при тромбозе центральной вены сетчатки? Какой из них вероятнее всего имеет место в данной ситуации?
О	-	<p>Выделяют 2 типа нарушения венозного кровообращения при тромбозе центральной вены сетчатки: неишемический и ишемический.</p> <p><u>Неишемический тип</u> встречается в 75-80% случаев. Он возникает вследствие неполной окклюзии венозного сосуда тромбом. Характерно умеренное снижение остроты, небольшое количество интратетинальных геморрагий, очагов твердого экссудата, небольшое количество очагов мягкого экссудата, отек и кровоизлияния в макулярной зоне умеренные.</p>

		<u>Ишемический тип</u> поражения вызван полной окклюзией центральной вены сетчатки и встречается в 20-25% случаев. Характерно значительное снижение зрения до сотых и светопроекции. При офтальмоскопии определяются массивные штрихообразные кровоизлияния, покрывающие все глазное дно, ДЗН гиперемирован, отечен, границы размыты, вены полнокровны, извиты, расширены, артерии сужены, масса очагов мягкого экссудата и твердого в макулярной зоне (картина «раздавленного помидора»), что и имеет место у данной пациентки.
P2	-	Ответ полный. Указаны все осложнения заболевания
P1	-	Ответ неполный, 1 из осложнений не указано или указано неверно
P0	-	Ответ неверный. Осложнения указаны неверно или не указаны
B	4	Какие принципы экстренной терапии заболевания?
Э	-	<p>1. В первые 3-5 дней применяют г 0,5 мл парабульбарно гемостатические и противоотечные средства</p> <ul style="list-style-type: none"> - этамзилат-натрия 12,5% 0,5 мл №5, в/м по 2 мл 2 раза в сутки №10. - фуросемид 40 мг в/м №3 или ацетозоламид 250 мг 1 раз в сутки №3. <p>2. С противоотечной целью</p> <ul style="list-style-type: none"> - п/б дексаметазон 0,4% с гепарином 500 ЕД <p>3. Как нейропротектор и антигипоксикант</p> <ul style="list-style-type: none"> - п/б эмоксипин 1% 1 мл №10 <p>4. Через 5 дней назначают фибринолитики: под конъюнктиву гемаза 5000 МЕ 1 раз в сутки 5-10 инъекций.</p> <p>5. Для улучшения микроциркуляции и реологических свойств крови</p> <ul style="list-style-type: none"> - в/в капельно реополиглюкин по 200-400 мл №3 - пентоксифиллин 2% 5 мл на 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия - мексидол по 200-300 мг на 200 мл 0,9% натрия хлорида 2-4 дня, затем 100 мг 3 раза в день 10-14 дней внутрь. <p>6. В качестве антиагреганта: ацетилсалициловая кислота по 0,1-0,05 г пожизненно.</p> <p>7. Через 1,5 месяца показана флюоресцентная ангиография сетчатки для выявления зон ишемии, при их наличии показана лазеркоагуляция сетчатки для профилактики неоваскуляризации, при неэффективности или при наличии кистозного макулярного отека – интравитреальное введение ингибитора ангиогенеза.</p>
P2	-	Ответ верный, принципы терапии изложены верно
P1	-	Ответ неполный. Некоторые методы терапии указаны неверно
P0	-	Ответ неверный. Принципы терапии изложены неверно
B	5	Какие осложнения со стороны органа зрения имеют место при данном заболевании?
Э	-	<p>1. Неоваскуляризация переднего сегмента глаза с рецидивирующими интравитреальными кровоизлияниями, фиброзом стекловидного тела, тракционной отслойкой сетчатки.</p> <p>2. Неоваскуляризация переднего сегмента глаза с развитием вторичной неоваскулярной глаукомой.</p> <p>3. Хронический кистозный макулярный отек.</p> <p>4. Атрофия зрительного нерва.</p>
P2	-	Ответ полный. Указаны все осложнения заболевания
P1	-	Ответ неполный, часть осложнений не указана или указана неверно

P0	-	Ответ неверный. Осложнения указаны неверно или не указаны
H	-	045
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка 60 лет, страдающая гипертонической болезнью II стадии около 34 лет, обратилась к офтальмологу по месту жительства с жалобами на появление черных плавающих помутнений перед правым глазом, которые появились остро после гипертонического криза. Сахарный диабет, травмы органа зрения отрицает. Объективно: острота зрения правого глаза 0,1 не корр; глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, зрачок средней ширины, реакция на свет сохранена, в хрусталике – вакуолизация коры, в стекловидном теле – плавающие сгустки крови, глазное дно под флером, детали просмотреть не удается, ВГД в норме.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Частичный гемофтальм правого глаза.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неправильно указан объем кровоизлияния.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании: - жалоб больной на появление черных плавающих помутнений - данных анамнеза (вышеуказанные жалобы появились остро после гипертонического криза) - данных объективного исследования (снижение зрения правого глаза до 0,1, наличия плавающих сгустков крови в витреальной полости, детали глазного дна не видны)
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: часть диагностических признаков упущена
P0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован
В	3	Какие возможные причины кровоизлияния в стекловидное тело?
О	-	1. Гипертоническая болезнь. 2. Неоваскуляризация сетчатки и диска зрительного нерва при сахарном диабете, после тромбоза центральной вены сетчатки, болезнях крови. 3. Травмы органа зрения
P2	-	Ответ полный. Указаны все возможные причины

P1	-	Ответ неполный, 1 из причин не указана или указана неверно
P0	-	Ответ неверный. Причины гемофтальма указаны неверно или не указаны
B	4	Какие принципы экстренной терапии заболевания?
Э	-	<p>1. При свежем гемофтальме накладывают бинокулярную повязку, назначают постельный режим и применяют холод на область глаза на 2-3 ч.</p> <p>2. В первые 1-3 дня применяют гемостатические средства: - этамзилат-натрия 12,5% 0,5 мл №5, в/м по 2 мл 2 раза в сутки №10. - внутрь викасол по 0,015 г, 10% раствор кальция хлорида</p> <p>3. Противовотечная терапия: - фуросемид 40 мг в/м №3 или ацетозоламид 250 мг 1 раз в сутки №3.</p> <p>4. Через 2-3 дня применяют фибринолитические препараты: - под конъюнктиву гемаза 5000 МЕ 1 раз в сутки 5-10 инъекций.</p> <p>5. В качестве антиагреганта: - ацетилсалициловую кислоту по 0,1-0,05 внутрь.</p> <p>6. При отсутствии рассасывания гемофтальма в течение 1 месяца показана задняя закрытая витрэктомия.</p>
P2	-	Ответ верный, принципы терапии изложены верно
P1	-	Ответ неполный. Некоторые методы терапии указаны неверно
P0	-	Ответ неверный. Принципы терапии изложены неверно
B	5	Какие осложнения со стороны органа зрения имеют место при данном заболевании?
Э	-	<p>1. Помутнение и фиброз стекловидного тела.</p> <p>2. Тракционная отслойка сетчатки.</p> <p>3. Вторичная гемолитическая глаукома.</p>
P2	-	Ответ полный. Указаны все осложнения заболевания
P1	-	Ответ неполный, часть осложнений не указана или указана неверно
P0	-	Ответ неверный. Осложнения указаны неверно или не указаны
H	-	046
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациентка 64 лет, страдающая гипертонической болезнью около 10 лет, сахарным диабетом 2 типа в течение 3 лет, стала жаловаться на снижение зрения правого глаза, появление мушек перед правым глазом.</p> <p>Объективно: острота зрения правого глаза 0,5 не корр; глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, зрачок средней ширины, реакция на свет сохранена, в хрусталике – вакуолизация и частичные помутнения в экваториальных отделах коры хрусталика, рефлекс с глазного дна розовый, на глазном дне – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, артерии несколько сужены, вены расширены, извиты, а:в=1:2, ВГД в норме.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Первичная приобретенная осложненная начальная корковая катаракта правого глаза, ангиопатия смешанного генеза.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: допущена ошибка в классификации катаракты
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании: - жалоб больной на появление мушек перед правым глазом, снижение зрения - данных анамнеза (симптомы развивались постепенно) - данных объективного исследования (снижение зрения правого глаза до 0,5, вакуолизация и помутнения экваториальных отделов коры хрусталика, сужение артерий и расширение вен на сетчатке)
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: часть диагностических признаков упущена
P0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован
В	3	Какие виды катаракты называются осложненными?
О	-	Осложненными называются катаракты, развивающиеся либо на фоне глазной патологии, или на фоне системных эндокринных или дерматологических нарушений. Причинами могут быть: - увеит - глаукома - миопия высокой степени - витреоретинальная патология - внутриглазные опухоли - увеопатии - тромбоз центральной вены сетчатки - сахарный диабет - болезни щитовидной железы
P2	-	Ответ полный. Указаны все возможные причины
P1	-	Ответ неполный, часть причин не указана или указана неверно
P0	-	Ответ неверный. Причины осложненной катаракты указаны неверно или не указаны
В	4	Какие принципы терапии катаракты на данной стадии?
Э	-	В начальной стадии катаракты показано консервативное лечение, преследующее своей целью нормализовать водно-электролитный баланс и обменные процессы в хрусталике, тем самым замедлить прогрессирование процесса. Данные препараты содержат неорганические соли, витамины, аминокислоты. Примеры лекарственных средств: Тауфон, Офтан Катахром, Вита Йодурол, Витафакол, Каталин.
P2	-	Ответ верный, принципы терапии изложены верно, приведены примеры лекарственных средств

P1	-	Ответ неполный. Некоторые лекарственные средства и их компоненты указаны неверно
P0	-	Ответ неверный. Принципы терапии изложены неверно
B	5	Какая форма катаракты называется вторичной и какие методы ее лечения?
Э	-	Вторичная катаракта – это позднее осложнение экстракапсулярного метода лечения катаракты и представляющего собой фиброз задней капсулы хрусталика. Вызывает клинически повторное ухудшение зрения у пациента. Методы лечения – лазерная дисцизия или хирургическое рассечение
P2	-	Ответ полный. Дано правильное определение вторичной катаракты, ее клинические проявления и методы лечения
P1	-	Ответ неполный, допущены ошибки в определении, клинической характеристики или методах лечения
P0	-	Ответ неверный. Вторичная катаракта охарактеризована неправильно, методы лечения указаны неверно
H	-	047
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>В офтальмологическую клинику обратилась пациентка 38 лет с жалобами на изменение формы зрачка, которое заметила 5 лет назад после кесарева сечения. По поводу данного явления неоднократно обращалась к окулисту по месту жительства, но безрезультатно. Из сопутствующих заболеваний – миопия высокой степени, диффузный токсический зоб II степени.</p> <p>При объективном исследовании установлено: Острота зрения правого глаза 0,03 с -11,0 Д=0,4, левого глаза – 0,04 с -11,0 Д=0,5. Поля зрения в норме. Внутриглазное давление по Гольдману: ОД=15 мм рт.ст., ОС=19 мм рт.ст. Гониоскопия: ОД: угол передней камеры II-III открытия, на 12 часах (куда подтянут зрачок) обнаружен локальный белесоватого цвета фиброз. Оба глаза спокойные, роговица прозрачная, передняя камера ОД- чуть меньше средней глубины, слева – средней глубины, радужка темно-коричневого цвета. ОД: зрачок подтянут к 12 ч и вытянут в горизонтальном направлении, в нижней части зрачка отмечается выворот пигментного листка кпереди. Реакция на свет неполная. На 14 ч – единичная передняя синехия. Хрусталик прозрачный, в стекловидном теле – нежная деструкция. ОС: зрачок центрирован, реакция на свет живая, хрусталик и стекловидное тело прозрачные. На глазном дне – ДЗН бледно-розовый, миопический конус, умеренное сужение артерий, макула – без особенностей, на периферии – инееподобная дистрофия.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Эссенциальная прогрессирующая мезодермальная дистрофия радужной оболочки I стадии правого глаза. Миопия высокой степени обоих глаз, периферическая хориоретинальная дистрофия.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неправильно указана стадия заболевания или сопутствующая патология.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании: - жалоб больной на деформацию зрачка, снижение зрения - данных анамнеза (появилось впервые 5 лет назад) - данных объективного исследования (ОД: зрачок подтянут к 12 ч и вытянут в горизонтальном направлении, в нижней части зрачка отмечается выворот пигментного листка кпереди. Реакция на свет неполная. На 14 ч – единичная передняя синехия. Хрусталик прозрачный, в стекловидном теле – нежная деструкция. Гониоскопия: ОД: угол передней камеры II-III открытия, на 12 часах (куда подтянут зрачок) обнаружен локальный белесоватого цвета фиброз.)
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: часть диагностических признаков упущена
P0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован
В	3	К какому синдрому относится данное заболевание?
О	-	Прогрессирующая эссенциальная мезодермальная атрофия радужки входит в состав иридокорнеального эндотелиального синдрома, к которому также относятся синдром Чандлера и синдром Когана-Риза.
P2	-	Ответ полный. Указан синдром и его разновидности
P1	-	Ответ неполный, часть составляющих синдрома названа неверно
P0	-	Ответ неверный. Синдром и его составляющие названы неверно
В	4	Какие осложнения обычно развиваются при данном заболевании?
Э	-	1. Аниридия. 2. Осложненная катаракта. 3. Вторичная закрытоугольная глаукома.
P2	-	Ответ верный, все осложнения указаны верно
P1	-	Ответ неполный. Не все осложнения указаны верно
P0	-	Ответ неверный. Все осложнения или 2 из них указаны неверно
В	5	Какая тактика ведения данной пациентки?
Э	-	Учитывая отсутствие признаков вторичной глаукомы, больной было рекомендовано динамическое наблюдение с посещением офтальмолога 1 раз в 3 месяца и контроль ВГД. Планово – профилактическая периферическая лазеркоагуляция сетчатки обоих глаз для профилактики возможной ее отслойки.
P2	-	Ответ полный. Тактика ведения больной указана верно

P1	-	Ответ неполный, часть мероприятий по ведению больной упущена или названа неверно
P0	-	Ответ неверный. Тактика ведения больной определена неверно
H	-	048
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К дежурному офтальмологу многопрофильной больницы обратилась санитарка оперблока, которая проводила генеральную уборку помещений и около 30 минут находилась в помещении с включенной кварцевой бактерицидной лампой без защитных очков. На момент осмотра предъявляет жалобы на слезотечение, светобоязнь, чувство «инородного тела» в обоих глазах. Объективно: острота зрения правого глаза 0,6 не корр, левого глаза 05, не корр. OУT: отек век, гиперемия, блефароспазм, слезотечение, гиперемия и отек конъюнктивы, на роговице – поверхностные вакуоли, единичные эрозии в центре, зрачки средней ширины, ВГД в норме.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Фототравма на производстве: электроофтальмия обоих глаз средней степени тяжести.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неправильно указана тяжесть заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании: - жалоб больной на слезотечение, светобоязнь, чувство «инородного тела» в обоих глазах. - данных анамнеза (около 30 минут находилась в помещении с включенной кварцевой лампой) - данных объективного исследования (снижение остроты зрения до 0,5-0,6 не корр, гиперемия и отек век, блефароспазм, отек и гиперемия бульбарной конъюнктивы, на роговице – поверхностные вакуоли, единичные эрозии)
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: часть диагностических признаков упущена
P0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован
В	3	Каков механизм повреждения тканей глаза ультрафиолетовым излучением?

О	-	Короткие ультрафиолетовые лучи от электрической дуги, пламени горелки при газовой сварке, кварцевой лампы поглощаются поверхностными слоями кожи, конъюнктивы, роговицы и не проникают вглубь глаза. Наиболее чувствительными к повреждающему действию ультрафиолетовых лучей являются нуклеопротейды клеток. Абиотическое воздействие ультрафиолетового излучения приводит к подавлению митозов, разрушению ядер, к отслоению эпителия.
P2	-	Ответ полный. Механизм повреждения тканей глаза ультрафиолетовым излучением указан верно.
P1	-	Ответ неполный, допущены ошибки в трактовании повреждения структур глаза ультрафиолетовым излучением.
P0	-	Ответ неверный. Механизм повреждения тканей глаза ультрафиолетовым излучением указан полностью неверно.
В	4	Дайте определение снеговой офтальмии.
Э	-	Снеговая офтальмия - это аналогичное электроофтальмии поражение глаз ультрафиолетовым излучением. Она чаще наблюдается ранней весной при ярком солнце и обширном снеговом покрове, отражающем огромное количество ультрафиолетовых лучей. На широких просторах севера и на снежных вершинах гор снеговая офтальмия может наблюдаться у отдельных лиц или одновременно у групп людей.
P2	-	Ответ верный, дано правильное определение снеговой офтальмии
P1	-	Ответ неполный. В характеристике снеговой офтальмии допущены некоторые неточности
P0	-	Ответ неверный. Определение снеговой офтальмии дано неверно.
В	5	Какая первая помощь при данном состоянии?
Э	-	1. Местная анестезия 0,25% раствором дикаина 1-2 раза. 2. Холодные примочки на веки с водой или 2% раствором борной кислоты. 3. Антисептики для профилактики вторичной инфекции: - витабакт 0,05% 4-5 раз в сутки - мирамистин 0,1% 4-5 раз в сутки 4. Кератопротекторы: корнерегель 5% 4 раза в сутки, солкосерил-гель 20% 3-4 раза в сутки, актовегин-гель 20 % 3-4 раза в сутки. 5. Повязка-занавеска на глаз или солнцезащитные очки.
P2	-	Ответ полный. Тактика ведения больной указана верно
P1	-	Ответ неполный, часть мероприятий по ведению больной упущена или названа неверно
P0	-	Ответ неверный. Тактика ведения больной определена неверно
Н	-	049
Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
...		

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Пациент 65 лет утром после сна почувствовал резкую потерю зрения левого глаза. Накануне вечером посещал сауну. Пациент страдает гипертонической болезнью около 20 лет, принимает гипотензивные препараты.</p> <p>Объективно: острота зрения левого глаза 0,05 н/к, глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, зрачок средней ширины, факосклероз, на глазном дне – ДЗН отечен, бледный, границы его размыты, на поверхности диска – полосчатые кровоизлияния, единичные ватные очаги ишемии нервных волокон, в макулярной области – отложения твердого экссудата в виде «фигуры звезды». В поле зрения – секторальные половине зрения.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острая передняя ишемическая оптиконеуропатия левого глаза.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неправильно указана анатомическая классификация заболевания
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	<p>Диагноз установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> - жалоб больного на резкую потерю зрения левого глаза - данных анамнеза (жалобы появились на фоне системной гипотензии – утром после сна, накануне принимал горячую ванну) - данных объективного исследования (снижение остроты зрения до 0,05 не корр, на глазном дне – ДЗН отечен, бледный, границы его размыты, на поверхности диска – полосчатые кровоизлияния, единичные ватные очаги ишемии нервных волокон, в макулярной области – отложения твердого экссудата в виде «фигуры звезды». В поле зрения – секторальные половине зрения.)
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: часть диагностических признаков упущена
P0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован
В	3	Какие причины наиболее часто вызывают данное заболевание?
О	-	<p>Заболевание полиэтиологическое.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Гипертоническая болезнь. 2. Атеросклероз. 3. Сахарный диабет. 4. Ревматизм. 5. Височный артериит. 6. Системная гипотензия. 7. Заболевания крови (полицитемия, хронические лейкозы). 8. Массивная кровопотеря.
P2	-	Ответ полный. Наиболее частые причины заболевания указаны верно
P1	-	Ответ неполный, часть причин упущена или названа неверно
P0	-	Ответ неверный. Большая причин заболевания указана неверно

В	4	Каков прогноз острой передней ишемической оптиконеуропатии?
Э	-	Прогноз неблагоприятен и во многом зависит от глубины поражения сосудистой системы организма. Во всех случаях дефекты поля зрения остаются постоянными, хотя нередко уменьшается и даже исчезает относительная скотома. Острота зрения у трети больных повышается на 1-2 строчки, у трети не изменяется, а у остальных больных понижается. В сроки от 3-4 недель до 2-3 месяцев развивается частичная или полная вторичная атрофия зрительного нерва.
P2	-	Ответ верный, прогноз при данного заболевании указан верно, дано обоснование
P1	-	Ответ неполный. Допущены ошибки при обосновании прогноза заболевания
P0	-	Ответ неверный. Прогноз данного заболевания указан неверно
В	5	Какая первая помощь при данном состоянии?
Э	-	<ol style="list-style-type: none"> 1. Массаж глазного яблока. 2. Сосудорасширяющие средства: <ul style="list-style-type: none"> - в/м папаверин 2% 2 мл - в/м дротаверин 2% 2 мл - в/м дибазол 1% 1 мл - в/м никотиновая кислота 1% по 1-5 мл - в/в струйно эуфиллин 2,4% по 10 мл, растворив в 20 мл 20 % раствора глюкозы 3. Карбогенотерапия (вдыхание смеси кислорода (95-98%) и углекислого газа (5-8%) по 10 минут каждые 2 часа на протяжении 2 суток. 4. Атропина сульфат 0,1% 0,5 мл парабульбарно с сосудорасширяющей целью 5. Для улучшения микроциркуляции <ul style="list-style-type: none"> - в/в капельно реополиглюкин по 200-400 мл и пентоксифиллин по 5 мл на 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия - в/в кап мексидол по 200-300 мг 2-3 дня, затем по 100 мг 3 раза в сутки 10-14 дней. 6. Для снижения внутриглазного и улучшения перфузионного давления <ul style="list-style-type: none"> - ацетозоламид 250 мг внутрь 7. С противоотечной целью <ul style="list-style-type: none"> - п/б дексаметазон 0,4% с гепарином 500 ЕД 8. Как нейропротектор и антигипоксикант <ul style="list-style-type: none"> - п/б эмоксипин 1% 1 мл №10 9. Фибринолитики: под конъюнктиву гемаза 5000 МЕ 1 раз в сутки 5-10 инъекций. 10. Антиагреганты пожизненно: ацетилсалициловая кислота по 0,1-0,05 г ежедневно вечером.
P2	-	Ответ полный. Тактика ведения больного указана верно
P1	-	Ответ неполный, часть мероприятий по ведению больного упущена или названа неверно
P0	-	Ответ неверный. Тактика ведения больного определена неверно
Н	-	050

Ф	A/01.7	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф	A/02.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/03.7	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У пациента 65 лет утром после сна кратковременно на несколько секунд исчезало предметное зрение на правом глазу, после чего исчезло совсем. В момент приступа – артериальное давление 100/65 мм рт.ст. (рабочее давление – 145/80 мм рт.ст.). Страдает гипертонической болезнью более 15 лет, препараты принимает нерегулярно. При осмотре: VIS OD=0,01 н/к, VIS OS=0,8 не корр. ОД: глазное яблоко спокойное, роговица прозрачная, начальные помутнения хрусталика, на глазном дне – ДЗН бледно-розовый, границы четкие, артерии сужены, а:в=1,3, Salus II, MZ- без патологии. Периметрия ОД: секторальное выпадение в нижне-носовом отделе.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острая задняя ишемическая оптиконеуропатия правого глаза.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: неправильно указана анатомическая локализация поражения
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании: - жалоб больного на резкое безболезненное снижение зрения правого глаза - данных анамнеза (утром после сна предметное зрение исчезало кратковременно на несколько секунд) - данных объективного исследования (снижение остроты зрения до 0,01 не корр., наличие на глазном дне признаков гипертонического ангиосклероза, секторальное выпадение поля зрения в нижне-носовом отделе)
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован неполностью: часть диагностических признаков упущена
P0	-	Диагноз обоснован неправильно или не обоснован
В	3	Каков патогенез задней ишемической оптиконеуропатии?
О	-	В патогенезе имеет значение не только местное нарушение кровообращения заднего участка зрительного нерва, так как часто данное заболевание возникает при гомолатеральных стенозах внутренней и общих сонных артерий, а также при сужении и неравномерном заполнении глазничной артерии.
P2	-	Ответ полный. Механизмы возникновения заболевания указаны верно.

P1	-	Ответ неполный, допущены ошибки в описании механизма заболевания
P0	-	Ответ неверный. Патогенез задней ишемической оптиконеуропатии указан полностью неверно или не указан вовсе
V	4	Какой зрительный прогноз при данном заболевании?
Э	-	Прогноз для зрительных функция неблагоприятный, так как через 6-8 недель на глазное дно спускается простая нисходящая атрофия зрительного нерва разной степени выраженности. Несмотря на лечение, в поле зрения остаются стойкие дефекты, у половины больных острота зрения повышается на 0,1-0,2, у остальных больных – не восстанавливается.
P2	-	Ответ верный, прогноз для зрения определен верно, дано объяснение
P1	-	Ответ неполный. Допущены ошибки в обосновании прогноза для зрения
P0	-	Ответ неверный. Зрительный прогноз определен неверно
V	5	Какая первая помощь при данном состоянии?
Э	-	1. Сосудорасширяющие средства: - в/м папаверин 2% 2 мл - в/м дротаверин 2% 2 мл - в/м дибазол 1% 1 мл - в/м никотиновая кислота 1% по 1-5 мл - в/в струйно эуфиллин 2,4% по 10 мл, растворив в 20 мл 20 % раствора глюкозы 2. Карбогенотерапия (вдыхание смеси кислорода (95-98%) и углекислого газа (5-8%) по 10 минут каждые 2 часа на протяжении 2 суток. 3. Атропина сульфат 0,1% 0,5 мл парабульбарно с сосудорасширяющей целью 4. Для улучшения микроциркуляции - в/в капельно реополиглюкин по 200-400 мл и пентоксифиллин по 5 мл на 200 мл 0,9% раствора хлорида натрия - в/в кап мексидол по 200-300 мг 2-3 дня, затем по 100 мг 3 раза в сутки 10-14 дней. 5. Для снижения внутриглазного и улучшения перфузионного давления - ацетозоламид 250 мг внутрь 6. С противоотечной целью - п/б дексаметазон 0,4% с гепарином 500 ЕД 7. Как нейропротектор и антигипоксанта - п/б эмоксипин 1% 1 мл №10 8. Фибринолитики: под конъюнктиву гемаза 5000 МЕ 1 раз в сутки 5-10 инъекций. 9. Антиагреганты пожизненно: ацетилсалициловая кислота по 0,1-0,05 г ежедневно вечером.
P2	-	Ответ полный. Принципы первой помощи указаны верно
P1	-	Ответ неполный, часть мероприятий первой помощи упущены или названы неверно
P0	-	Ответ неверный. Принципы первой помощи изложены неверно

3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	Твердые знания программного материала, допустимы несущественные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по

дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.