

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ПРИВОЛЖСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

## **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

По дисциплине «Воспалительно-деструктивный процесс в офтальмологии»

направление подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина»

направленности «Глазные болезни»

Квалификация выпускника:

Исследователь. Преподаватель-исследователь

Форма обучения:

очная / заочная

Н.Новгород  
2018

Фонд оценочных средств по дисциплине «Воспалительно-деструктивный процесс в офтальмологии» предназначен для контроля знаний по программе подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина» направленности «Глазные болезни».

Текущий контроль по дисциплине «Воспалительно-деструктивный процесс в офтальмологии» осуществляется в течение всего срока освоения данной дисциплины после окончания раздела.

Промежуточный контроль обучающихся по дисциплине «Воспалительно-деструктивный процесс в офтальмологии» проводится по итогам обучения и является обязательным.

**1. Паспорт фонда оценочных средств  
по дисциплине «Воспалительно-деструктивный процесс в офтальмологии»**

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1	Этиопатогенез воспалительного-деструктивного процесса в тканях глаза	УК-1	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• физиологию зрительного анализатора, взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции;</li> <li>• физиологические механизмы поддержания гомеостаза в организме, возможные типы их нарушений и принципы компенсации у взрослых и детей;</li> <li>• этиопатогенез воспалительно-деструктивного процесса в тканях глаза;</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• получать информацию о заболевании, применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки воспалительной патологии органа зрения;</li> <li>• организовать консультацию больного смежными специалистами;</li> </ul>	Собеседование	4
				Тестовые задания	5

			<p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• новейшими методами профилактики, диагностики, лечения, реабилитации больных с воспалительной патологией органа зрения и перспективы развития лечения;</li> <li>• навыками планирования и анализа работы медицинских служб, принципами сотрудничества с другими специалистами и службами, страховыми компаниями, ассоциациями врачей;</li> </ul>		
		ОПК-4	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Конституцию Российской Федерации, законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения;</li> <li>• функциональные методы исследования в офтальмологии;</li> <li>• этиопатогенез воспалительно-деструктивного процесса в тканях глаза;</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• получать информацию о заболевании, применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки воспалительной патологии органа зрения;</li> <li>• формулировать диагноз;</li> <li>• организовать консультацию больного смежными специалистами;</li> <li>• оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению.</li> </ul>	Собеседование Тестовые задания	3 5

			<p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• новейшими методами профилактики, диагностики, лечения, реабилитации больных с воспалительной патологией органа зрения и перспективы развития лечения;</li> <li>• навыками свободного ориентирования в вопросах организации офтальмологической помощи и здравоохранения в целом, знать законы по охране здоровья населения, права и обязанности и ответственность врача.</li> </ul>		
		ПК-5	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• причины возникновения воспалительно-деструктивного процесса в органе зрения, механизмы его развития и клинические проявления;</li> <li>• функциональные методы исследования в офтальмологии;</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• получать информацию о заболевании, применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания;</li> <li>• составить отчет о своей работе;</li> <li>• проводить расспрос больного (жалобы, анамнез), применять методы объективного исследования (по всем органам и системам) и трактовать его результаты;</li> <li>• формулировать диагноз;</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p>	<p>Собеседование Тестовые задания Реферат</p>	<p>6 16 3</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• новейшими методами профилактики, диагностики, лечения, реабилитации больных с патологией органа зрения и перспективы развития лечения;</li> <li>• навыками планирования и анализа работы медицинских служб, принципами сотрудничества с другими специалистами и службами, страховыми компаниями, ассоциациями врачей.</li> </ul>		
2	Клиническая картина и диагностика различных видов воспалительного о-деструктивного процесса в офтальмологии	УК-1	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• физиологию зрительного анализатора, взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции;</li> <li>• физиологические механизмы поддержания гомеостаза в организме, возможные типы их нарушений и принципы компенсации у взрослых и детей;</li> <li>• этиопатогенез воспалительно-деструктивного процесса в тканях глаза;</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• получать информацию о заболевании, применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки воспалительной патологии органа зрения;</li> <li>• формулировать диагноз;</li> <li>• определить необходимость применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных,</li> </ul>	Собеседование  Тестовые задания	2  4

			<p>ультразвуковых, радиоизотопных и др.);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• трактовать результаты клинических, лабораторных, биохимических, эндоскопических, рентгенологических, ультразвуковых и других методов исследования;</li> <li>• организовать консультацию больного смежными специалистами;</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• новейшими методами профилактики, диагностики, лечения, реабилитации больных с воспалительной патологией органа зрения и перспективы развития лечения;</li> <li>• навыками планирования и анализа работы медицинских служб, принципами сотрудничества с другими специалистами и службами, страховыми компаниями, ассоциациями врачей;</li> </ul>		
		УК-5	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• функциональные методы исследования в офтальмологии;</li> <li>• этиопатогенез воспалительно-деструктивного процесса в тканях глаза;</li> <li>• клиническую картину и диагностику различных видов воспалительно-деструктивного процесса в офтальмологии;</li> <li>• методы консервативного и хирургического лечения воспалительно-деструктивного процесса в клинике глазных</li> </ul>	<p>Собеседование 16</p> <p>Тестовые задания 4</p> <p>Кейс-задача 3</p>	

			<p>болезней;</p> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• получать информацию о заболевании, применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки воспалительной патологии органа зрения;</li> <li>• формулировать диагноз;</li> <li>• оценить тяжесть состояния больного с воспалительной патологией органа зрения, принять необходимые меры для выведения пациента из этого состояния, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказать необходимую экстренную помощь;</li> <li>• определить показания к госпитализации и организовать ее;</li> <li>• оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению.</li> <li>• определить нетрудоспособность больного (временную или стойкую), направить на экспертизу нетрудоспособности;</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• методами экстренной и неотложной офтальмологической помощи, выполнением диагностических и лечебных процедур при острой воспалительной патологии органа зрения;</li> <li>• новейшими методами профилактики, диагностики, лечения,</li> </ul>	
--	--	--	---	--

			<p>реабилитации больных с воспалительной патологией органа зрения и перспективы развития лечения;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• навыками свободного ориентирования в вопросах организации офтальмологической помощи и здравоохранения в целом, знать законы по охране здоровья населения, права и обязанности и ответственность врача.</li> </ul>		
		ОПК-4	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Конституцию Российской Федерации, законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения;</li> <li>• функциональные методы исследования в офтальмологии;</li> <li>• этиопатогенез воспалительно-деструктивного процесса в тканях глаза;</li> <li>• клиническую картину и диагностику различных видов воспалительно-деструктивного процесса в офтальмологии;</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• получать информацию о заболевании, применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки воспалительной патологии органа зрения;</li> <li>• формулировать диагноз;</li> <li>• определить необходимость применения специальных методов исследования (лабораторных,</li> </ul>	<p>Собеседование Тестовые задания</p>	<p>17 5</p>



			<p>рентгенологических, функциональных, ультразвуковых, радиоизотопных и др.);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• провести дифференциальную диагностику воспалительно-деструктивного процесса в клинике глазных болезней, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного, назначить необходимое консервативное или хирургическое лечение;</li> <li>• организовать консультацию больного смежными специалистами;</li> <li>• оценить тяжесть состояния больного с воспалительной патологией органа зрения, принять необходимые меры для выведения пациента из этого состояния, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказать необходимую экстренную помощь;</li> <li>• определить показания к госпитализации и организовать ее;</li> <li>• оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению.</li> <li>• определить нетрудоспособность больного (временную или стойкую), направить на экспертизу нетрудоспособности;</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• методами экстренной и неотложной</li> </ul>		
--	--	--	--	--	--

			<p>офтальмологической помощи, выполнением диагностических и лечебных процедур при острой воспалительной патологии органа зрения;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• новейшими методами профилактики, диагностики, лечения, реабилитации больных с воспалительной патологией органа зрения и перспективы развития лечения;</li> <li>• навыками свободного ориентирования в вопросах организации офтальмологической помощи и здравоохранения в целом, знать законы по охране здоровья населения, права и обязанности и ответственность врача.</li> </ul>		
		ОПК-5	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• функциональные методы исследования в офтальмологии;</li> <li>• физиологию зрительного анализатора, взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции;</li> <li>• физиологические механизмы поддержания гомеостаза в организме, возможные типы их нарушений и принципы компенсации у взрослых и детей;</li> <li>• клиническую картину и диагностику различных видов воспалительно-деструктивного процесса в офтальмологии;</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• получать информацию о заболевании, применять объективные методы</li> </ul>	Собеседование Тестовые задания	7 5

			<p>обследования больного, выявить общие и специфические признаки воспалительной патологии органа зрения;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• определить необходимость применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных, ультразвуковых, радиоизотопных и др.);</li> <li>• трактовать результаты клинических, лабораторных, биохимических, эндоскопических, рентгенологических, ультразвуковых и других методов исследования;</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• методами экстренной и неотложной офтальмологической помощи, выполнением диагностических и лечебных процедур при острой воспалительной патологии органа зрения;</li> <li>• новейшими методами профилактики, диагностики, лечения, реабилитации больных с воспалительной патологией органа зрения и перспективы развития лечения;</li> </ul>		
		ПК-5	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• причины возникновения воспалительно-деструктивного процесса в органе зрения, механизмы его развития и клинические проявления;</li> <li>• функциональные методы исследования в офтальмологии;</li> </ul>	<p>Собеседование 19</p> <p>Тестовые задания 20</p> <p>Кейс-задача 15</p> <p>Реферат 5</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• клиническую симптоматику воспалительных заболеваний органа зрения у взрослых и детей, их диагностику, лечение и профилактику</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• получать информацию о заболевании, применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания;</li> <li>• оценить тяжесть состояния больного, принять необходимые меры для выведения пациента из этого состояния, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказать необходимую экстренную помощь;</li> <li>• определить необходимость применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных, ультразвуковых, радиоизотопных и др.);</li> <li>• провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного, назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;</li> <li>• составить отчет о своей работе;</li> <li>• проводить расспрос больного (жалобы, анамнез), применять методы объективного</li> </ul>		
--	--	--	--	--	--

			<p>исследования (по всем органам и системам) и трактовать его результаты;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• формулировать диагноз;</li> <li>• трактовать результаты клинических, лабораторных, биохимических, эндоскопических, рентгенологических, ультразвуковых и других методов исследования.</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• новейшими методами профилактики, диагностики, лечения, реабилитации больных с патологией органа зрения и перспективы развития лечения;</li> <li>• навыками планирования и анализа работы медицинских служб, принципами сотрудничества с другими специалистами и службами, страховыми компаниями, ассоциациями врачей.</li> </ul>		
3	Методы лечения воспалительного-деструктивного процесса в клинике глазных болезней	УК-1	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• физиологию зрительного анализатора, взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции;</li> <li>• физиологические механизмы поддержания гомеостаза в организме, возможные типы их нарушений и принципы компенсации у взрослых и детей;</li> <li>• этиопатогенез воспалительно-деструктивного процесса в тканях глаза;</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• получать информацию о заболевании, применять</li> </ul>	Собеседование	3
				Тестовые задания	5

			<p>объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки воспалительной патологии органа зрения;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• формулировать диагноз;</li> <li>• организовать консультацию больного смежными специалистами;</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• новейшими методами профилактики, диагностики, лечения, реабилитации больных с воспалительной патологией органа зрения и перспективы развития лечения;</li> <li>• навыками планирования и анализа работы медицинских служб, принципами сотрудничества с другими специалистами и службами, страховыми компаниями, ассоциациями врачей;</li> </ul>		
		УК-5	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• методы консервативного и хирургического лечения воспалительно-деструктивного процесса в клинике глазных болезней;</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• формулировать диагноз;</li> <li>• оценить тяжесть состояния больного с воспалительной патологией органа зрения, принять необходимые меры для выведения пациента из этого состояния, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказать необходимую</li> </ul>	Собеседование Тестовые задания	14 6

			<p>экстренную помощь;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>определить показания к госпитализации и организовать ее;</li> <li>оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению.</li> <li>определить нетрудоспособность больного (временную или стойкую), направить на экспертизу нетрудоспособности;</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>навыками эффективного и адекватного лечения больных с воспалительными заболеваниями органа зрения и их осложнениями;</li> <li>методами экстренной и неотложной офтальмологической помощи, выполнением диагностических и лечебных процедур при острой воспалительной патологии органа зрения;</li> <li>новейшими методами профилактики, диагностики, лечения, реабилитации больных с воспалительной патологией органа зрения и перспективы развития лечения;</li> </ul>		
		ОПК-4	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>методы консервативного и хирургического лечения воспалительно-деструктивного процесса в клинике глазных болезней</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>провести дифференциальную диагностику</li> </ul>	<p>Собеседование 14</p> <p>Тестовые задания 5</p> <p>Кейс-задача 5</p>	

			<p>воспалительно-деструктивного процесса в клинике глазных болезней, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного, назначить необходимое консервативное или хирургическое лечение;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• организовать консультацию больного смежными специалистами;</li> <li>• оценить тяжесть состояния больного с воспалительной патологией органа зрения, принять необходимые меры для выведения пациента из этого состояния, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказать необходимую экстренную помощь;</li> <li>• определить показания к госпитализации и организовать ее;</li> <li>• оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению.</li> <li>• определить нетрудоспособность больного (временную или стойкую), направить на экспертизу нетрудоспособности;</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• навыками эффективного и адекватного лечения больных с воспалительными заболеваниями органа зрения и их осложнениями;</li> <li>• методами экстренной и неотложной</li> </ul>		
--	--	--	--	--	--



			<p>офтальмологической помощи, выполнением диагностических и лечебных процедур при острой воспалительной патологии органа зрения;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• новейшими методами профилактики, диагностики, лечения, реабилитации больных с воспалительной патологией органа зрения и перспективы развития лечения;</li> </ul>		
		ПК-5	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• клиническую симптоматику воспалительных заболеваний органа зрения у взрослых и детей, их диагностику, лечение и профилактику</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного, назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;</li> <li>• составить отчет о своей работе</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• новейшими методами профилактики, диагностики, лечения, реабилитации больных с патологией органа зрения и перспективы развития лечения;</li> <li>• навыками планирования и анализа работы медицинских служб, принципами сотрудничества с другими специалистами и службами, страховыми компаниями,</li> </ul>	<p>Собеседование</p> <p>Тестовые задания</p> <p>Кейс-задача</p> <p>Реферат</p>	<p>18</p> <p>20</p> <p>20</p> <p>5</p>

## 2. Критерии и шкала оценивания

код компетенции	оценка 5 «отлично»	оценка 4 «хорошо»	оценка 3 «удовлетворительно»	оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1, УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ПК-5	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. Оценочные средства

(полный перечень оценочных средств)

### 3.1. Текущий контроль

**3.1.1. Контролируемый раздел дисциплины «Этиопатогенез воспалительно-деструктивного процесса в тканях глаза», формируемые компетенции УК-1, ОПК-4, ПК-5**

#### 3.1.1.1. Перечень вопросов для контроля компетенции УК-1:

1. Общее понятие о воспалении как о типовом патологическом процессе: основные теории воспаления.

2. Этиология, характеристика основных звеньев патогенеза воспалительного процесса (альтерация, экссудация, пролиферация). Понятие о медиаторах воспаления, их характеристика.
3. Основные виды воспаления: их характеристика. Воспаление и реактивность организма. Течение воспаления и его исходы.
4. Влияние нервной и эндокринной систем на течение воспалительного процесса. Биологическое значение воспаления для организма.

#### 3.1.1.1.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции УК-1:

1. УВЕИТЫ НЕВЫЯСНЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ ВСТРЕЧАЮТСЯ В \_\_\_\_\_% СЛУЧАЕВ
  - 1) 40
  - 2) 10
  - 3) 90
  - 4) **50**
  - 5) 89
2. ПАТОГЕНЕЗ СИМПАТИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМИИ
  - 1) **аутоиммунный**
  - 2) ретенционный
  - 3) дисциркуляторный
  - 4) ишемический
  - 5) транспортный
3. ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ УВЕИТ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
  - 1) воздушно-капельного заражения
  - 2) **вторичной инфекции по системе кровообращения**
  - 3) лимфогенного заражения
  - 4) вертикального пути передачи
4. К ОСНОВНЫМ ТЕОРИЯМ ВОСПЕЛЕНИЯ ОТНОСЯТ
  - 1) дисциркуляторную
  - 2) **защитную**
  - 3) ишемическую
  - 4) ретенционную
  - 5) аутоиммунную
5. К ЭКЗОГЕННЫМ ПАТОГЕНАМ ОТНОСЯТ
  - 1) тромб
  - 2) комплекс антиген-антитело
  - 3) **химические агенты**
  - 4) опухоль
  - 5) эмбол

#### 3.1.1.2.1. Перечень вопросов для контроля компетенции ОПК-4:

1. Этиология, характеристика основных звеньев патогенеза воспалительного процесса (альтерация, экссудация, пролиферация). Понятие о медиаторах воспаления, их характеристика.
2. Основные виды воспаления: их характеристика. Воспаление и реактивность организма. Течение воспаления и его исходы.
3. Влияние нервной и эндокринной систем на течение воспалительного процесса. Биологическое значение воспаления для организма.

### 3.1.1.2.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции ОПК-4:

1. КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЛЮСК ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
  - 1) бактерий
  - 2) гельминтов
  - 3) **вирусов**
  - 4) грибов
  - 5) простейших
2. ТОКСОПЛАЗМНЫЕ УВЕИТЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ
  - 1) после лечения цитостатиками
  - 2) после применения антибиотиков
  - 3) после лечения стероидами
  - 4) **при внутриутробной передаче инфекции**
  - 5) при подавлении клеточного иммунитета
3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ И ДВУСТОРОННИЕ ПОРАЖЕНИЯ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА ОТМЕЧАЮТСЯ ПРИ
  - 1) гельминтозах
  - 2) стрептококковых инфекциях
  - 3) стафилококковых инфекциях
  - 4) **системных и синдромных заболеваниях**
  - 5) аденовирусной инфекции
4. УВЕИТЫ НЕВЫЯСНЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ ВСТРЕЧАЮТСЯ В \_\_\_\_\_% СЛУЧАЕВ
  - 1) 40
  - 2) 10
  - 3) 90
  - 4) **50**
  - 5) 89
5. ПАТОГЕНЕЗ СИМПАТИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМИИ
  - 1) **аутоиммунный**
  - 2) ретенционный
  - 3) дисциркуляторный
  - 4) ишемический
  - 5) транспортный

### 3.1.1.3.1. Перечень вопросов для контроля компетенции ПК-5:

1. Общее понятие о воспалении как о типовом патологическом процессе: основные теории воспаления.
2. Этиология, характеристика основных звеньев патогенеза воспалительного процесса (альтерация, экссудация, пролиферация). Понятие о медиаторах воспаления, их характеристика.
3. Основные виды воспаления: их характеристика. Воспаление и реактивность организма. Течение воспаления и его исходы.
4. Влияние нервной и эндокринной систем на течение воспалительного процесса. Биологическое значение воспаления для организма.
5. Анатомия и физиология органа зрения: орбита, вспомогательный аппарат глаза, фиброзная капсула, сосудистая оболочка глаза, сетчатка, кровоснабжение и иннервация.
6. Особенности иммунного ответа тканей органа зрения на действие патогенного фактора.

### 3.1.1.3.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции ПК-5:

1. КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЛЮСК ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
  - 1) бактерий
  - 2) гельминтов
  - 3) **вирусов**
  - 4) грибов
  - 5) простейших
2. ТОКСОПЛАЗМОННЫЕ УВЕИТЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ
  - 1) после лечения цитостатиками
  - 2) после применения антибиотиков
  - 3) после лечения стероидами
  - 4) **при внутриутробной передаче инфекции**
  - 5) при подавлении клеточного иммунитета
3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ И ДВУСТОРОННИЕ ПОРАЖЕНИЯ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА ОТМЕЧАЮТСЯ ПРИ
  - 1) гельминтозах
  - 2) стрептококковых инфекциях
  - 3) стафилококковых инфекциях
  - 4) **системных и синдромных заболеваниях**
  - 5) аденовирусной инфекции
4. УВЕИТЫ НЕВЫЯСНЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ ВСТРЕЧАЮТСЯ В \_\_\_\_\_% СЛУЧАЕВ
  - 1) 40
  - 2) 10
  - 3) 90
  - 4) **50**
  - 5) 89
5. ПАТОГЕНЕЗ СИМПАТИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМИИ
  - 1) **аутоиммунный**
  - 2) ретенционный
  - 3) дисциркуляторный
  - 4) ишемический
  - 5) транспортный
6. ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ УВЕИТ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
  - 1) воздушно-капельного заражения
  - 2) **вторичной инфекции по системе кровообращения**
  - 3) лимфогенного заражения
  - 4) вертикального пути передачи
7. К ОСНОВНЫМ ТЕОРИЯМ ВОСПАЛЕНИЯ ОТНОСЯТ
  - 1) дисциркуляторную
  - 2) **защитную**
  - 3) ишемическую
  - 4) ретенционную
  - 5) аутоиммунную
8. К ЭКЗОГЕННЫМ ПАТОГЕНАМ ОТНОСЯТ
  - 1) тромб
  - 2) комплекс антиген-антитело
  - 3) **химические агенты**
  - 4) опухоль
  - 5) эмбол
9. К ЭНДОГЕННЫМ ПАТОГЕНАМ ОТНОСЯТ
  - 1) физические агенты

- 2) микробы
  - 3) кислоты
  - 4) **тромб**
  - 5) щелочи
10. К ФАКТОРАМ ВТОРИЧНОЙ АЛЬТЕРАЦИИ НЕ ОТНОСЯТ
- 1) кислородные радикалы
  - 2) оксид азота
  - 3) ферменты лизосом
  - 4) фактор некроза опухолей
  - 5) **лизоцим**

**3.1.2. Контролируемый раздел дисциплины «Клиническая картина и диагностика различных видов воспалительно-деструктивного процесса в офтальмологии», формируемые компетенции УК-1, УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ПК-5**

**3.1.2.1.1. Перечень вопросов для контроля компетенции УК-1:**

- 1. Основные маркеры системного и местного воспалительного ответа на повреждение и методы их определения в биологических жидкостях организма.
- 2. Основные диагностические методы исследования и маркеры воспалительной патологии органа зрения: клинические, инструментальные, лабораторные

**3.1.2.1.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции УК-1:**

- 1. ПРОЯВЛЕНИЕМ ОФТАЛЬМОХЛАМИДИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) **конъюнктивит**
  - 2) склерит
  - 3) блефарит
  - 4) ретинит
  - 5) хориоидит
- 2. ПРИ ФЛЕГМОНЕ ОРБИТЫ НАБЛЮДАЕТСЯ
  - 1) **отек и гиперемия век, хемоз, офтальмоплегия**
  - 2) хемоз конъюнктивы
  - 3) офтальмоплегия
  - 4) крепитация под кожей века
  - 5) пульсирующий экзофтальм
- 3. ТРОМБОФЛЕБИТ ОРБИТЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРЕДШЕСТВУЕТ
  - 1) эндофтальмиту
  - 2) панофтальмиту
  - 3) экзофтальму
  - 4) тенониту
  - 5) **флегмоне орбиты**
- 4. ЧЕШУЙЧАТЫЙ БЛЕФАРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
  - 1) мучительным зудом в области век
  - 2) **мучительным зудом, сухими чешуйками**
  - 3) сухими чешуйками на корнях ресниц
  - 4) мейбомииитом
  - 5) отеком век

**3.1.2.2.1. Перечень вопросов для контроля компетенции УК-5:**

1. Воспалительная патология глазницы (этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, неотложные мероприятия, стандарты лечения).
2. Воспалительная патология слезного аппарата глаза: этиопатогенез, классификация, клиническая картина, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
3. Воспалительные заболевания век: абсцесс, флегмона, ячмень, халязион, фурункул, рожистое поражение (клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
4. Конъюнктивиты (аллергические, бактериальные, вирусные, хламидийные): клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
5. Общая симптоматика и клинические разновидности патологического процесса при заболеваниях роговицы. Классификация кератитов.
6. Экзогенные кератиты: травматические, бактериальные (клиника, диагностика, стандарты терапии). Ползучая язва роговой оболочки (этиология, клиника, осложнения, стандарты лечения).
7. Эндогенные кератиты: офтальмогерпес, поражение роговице при туберкулезе и сифилисе (патогенетические и клинические формы, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
8. Воспалительная патология склеры: эписклерит, склерит. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
9. Воспалительные заболевания сосудистой оболочки глаза: увеиты (этиопатогенез, классификация, клиника передних и задних увеитов, дифференциальная диагностика).
10. Послеоперационная экссудативно-воспалительная реакция глаза: этиологическая классификация, патогенез воспаления, степени тяжести, современные методы диагностики (клинические, лабораторные, инструментальные).
11. Осложнения экссудативно-воспалительной реакции глаза. Методы прогнозирования и профилактики.
12. Воспалительные заболевания сетчатой оболочки: этиопатогенез, клиника различных нозологических форм, методы диагностики и стандарты лечения.
13. Воспалительные заболевания зрительного нерва: этиология, патогенез, классификация.
14. Клиника, дифференциальная диагностика, исходы и стандарты лечения оптического неврита.
15. Ретробульбарный неврит: этиология, классификация, особенности клинического течения, диагностика, стандарты лечения.
16. Атрофия зрительного нерва как исход невритов: классификация, стандарты лечения.

#### **3.1.2.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции УК-5:**

1. ПОВЕРХНОСТНЫМ ФОРМАМ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО КЕРАТИТА ОТНОСЯТ
  - 1) **везикулярный**
  - 2) метагерпетический
  - 3) интерстициальный
  - 4) дисковидный
  - 5) первичный
2. К ФОРМАМ ЭНДОГЕННОГО КЕРАТИТА ОТНОСЯТ
  - 1) травматический
  - 2) первичный
  - 3) вторичный
  - 4) **нейрогенный**
  - 5) аутоиммунный

### 3. К ОСНОВНЫМ ФОРМАМ АДЕНОВИРУСНОГО КЕРАТОКОНЬЮНКТИВИТА ОТНОСЯТ

- 1) эндогенный
- 2) **эпидемический**
- 3) везикулярный
- 4) географический
- 5) вторичный

### 4. ЯЗВЕННЫЙ БЛЕФАРИТ ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1) вирусом герпеса
- 2) **стафилококком**
- 3) гонококком
- 4) стрептококком

#### 3.1.2.2.3. Перечень кейс-задач для контроля компетенции УК-5:

1. 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 точеных кровоизлияний. Небольшое количество отделяемого слизистого характера. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
2. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
3. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

#### 3.1.2.3.1. Перечень вопросов для контроля компетенции ОПК-4:

1. Воспалительная патология глазницы (этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, неотложные мероприятия, стандарты лечения).
2. Воспалительная патология слезного аппарата глаза: этиопатогенез, классификация, клиническая картина, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.



3. Воспалительные заболевания век: абсцесс, флегмона, ячмень, халязион, фурункул, рожистое поражение (клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
4. Конъюнктивиты (аллергические, бактериальные, вирусные, хламидийные): клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
5. Общая симптоматика и клинические разновидности патологического процесса при заболеваниях роговицы. Классификация кератитов.
6. Экзогенные кератиты: травматические, бактериальные (клиника, диагностика, стандарты терапии). Ползучая язва роговой оболочки (этиология, клиника, осложнения, стандарты лечения).
7. Эндогенные кератиты: офтальмогерпес, поражение роговицы при туберкулезе и сифилисе (патогенетические и клинические формы, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
8. Воспалительная патология склеры: эписклерит, склерит. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
9. Воспалительные заболевания сосудистой оболочки глаза: увеиты (этиопатогенез, классификация, клиника передних и задних увеитов, дифференциальная диагностика).
10. Послеоперационная экссудативно-воспалительная реакция глаза: этиологическая классификация, патогенез воспаления, степени тяжести, современные методы диагностики (клинические, лабораторные, инструментальные).
11. Осложнения экссудативно-воспалительной реакции глаза. Методы прогнозирования и профилактики.
12. Воспалительные заболевания сетчатой оболочки: этиопатогенез, клиника различных нозологических форм, методы диагностики и стандарты лечения.
13. Воспалительные заболевания зрительного нерва: этиология, патогенез, классификация.
14. Клиника, дифференциальная диагностика, исходы и стандарты лечения оптического неврита.
15. Ретробульбарный неврит: этиология, классификация, особенности клинического течения, диагностика, стандарты лечения.
16. Атрофия зрительного нерва как исход невритов: классификация, стандарты лечения.
17. Воспалительные заболевания хиазмы: оптикохиазмальный арахноидит (этиология, клиника, исходы, стандарты терапии).

### **3.1.2.3.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции ОПК-4**

1. ПРИ ФЛЕГМОНЕ ОРБИТЫ НАБЛЮДАЕТСЯ
  - 1) **отек и гиперемия век, хемоз, офтальмоплегия**
  - 2) хемоз конъюнктивы
  - 3) офтальмоплегия
  - 4) крепитация под кожей века
  - 5) пульсирующий экзофтальм
2. ТРОМБОФЛЕБИТ ОРБИТЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРЕДШЕСТВУЕТ
  - 1) эндофтальмиту
  - 2) панофтальмиту
  - 3) экзофтальму
  - 4) тенониту
  - 5) **флегмоне орбиты**
3. ЧЕШУЙЧАТЫЙ БЛЕФАРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
  - 1) мучительным зудом в области век
  - 2) **мучительным зудом, сухими чешуйками**

- 3) сухими чешуйками на корнях ресниц
  - 4) мейбومیитом
  - 5) отеком век
4. S-ОБРАЗНАЯ ФОРМА ВЕРХНЕГО ВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ

- 1) хронического дакриоцистита
  - 2) флегмоны слезного мешка
  - 3) острого дакриоцистита
  - 4) хронического дакриоаденита
  - 5) **острого дакриоаденита**
5. ФОРМИРОВАНИЕ ФЛИКТЕН НА РОГОВИЦЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ \_\_\_\_\_ КЕРАТИТА

- 1) герпетического
- 2) бактериального
- 3) сифилитического
- 4) туберкулезного гематогенного
- 5) **туберкулезно-аллергического**

#### **3.1.2.4.1. Перечень вопросов для контроля компетенции ОПК-5:**

1. Основные маркеры системного и местного воспалительного ответа на повреждение и методы их определения в биологических жидкостях организма.
2. Основные диагностические методы исследования и маркеры воспалительной патологии органа зрения: клинические, инструментальные, лабораторные.
3. Воспалительная патология глазницы (этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, неотложные мероприятия, стандарты лечения).
4. Воспалительная патология слезного аппарата глаза: этиопатогенез, классификация, клиническая картина, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
5. Воспалительные заболевания век: абсцесс, флегмона, ячмень, халязион, фурункул, рожистое поражение (клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
6. Конъюнктивиты (аллергические, бактериальные, вирусные, хламидийные): клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
7. Общая симптоматика и клинические разновидности патологического процесса при заболеваниях роговицы. Классификация кератитов.

#### **3.1.2.4.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции ОПК-5:**

1. К ФОРМАМ ЭНДОГЕННОГО КЕРАТИТА ОТНОСЯТ
  - 1) травматический
  - 2) первичный
  - 3) вторичный
  - 4) **нейрогенный**
  - 5) аутоиммунный
2. К ОСНОВНЫМ ФОРМАМ АДЕНОВИРУСНОГО КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТА ОТНОСЯТ
  - 1) эндогенный
  - 2) **эпидемический**
  - 3) везикулярный
  - 4) географический
  - 5) вторичный
3. ЯЗВЕННЫЙ БЛЕФАРИТ ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1) вирусом герпеса
  - 2) **стафилококком**
  - 3) гонококком
  - 4) стрептококком
  - 5) микобактериями
4. ПРОЯВЛЕНИЕМ ОФТАЛЬМОХЛАМИДИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) **конъюнктивит**
  - 2) склерит
  - 3) блефарит
  - 4) ретинит
  - 5) хориоидит
5. ПРИ ФЛЕГМОНЕ ОРБИТЫ НАБЛЮДАЕТСЯ
- 1) **отек и гиперемия век, хемоз, офтальмоплегия**
  - 2) хемоз конъюнктивы
  - 3) офтальмоплегия
  - 4) крепитация под кожей века
  - 5) пульсирующий экзофтальм

### **3.1.2.5.1. Перечень вопросов для контроля компетенции ПК-5:**

1. Основные маркеры системного и местного воспалительного ответа на повреждение и методы их определения в биологических жидкостях организма.
2. Основные диагностические методы исследования и маркеры воспалительной патологии органа зрения: клинические, инструментальные, лабораторные.
3. Воспалительная патология глазницы (этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, неотложные мероприятия, стандарты лечения).
4. Воспалительная патология слезного аппарата глаза: этиопатогенез, классификация, клиническая картина, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
5. Воспалительные заболевания век: абсцесс, флегмона, ячмень, халязион, фурункул, рожистое поражение (клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
6. Конъюнктивиты (аллергические, бактериальные, вирусные, хламидийные): клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
7. Общая симптоматика и клинические разновидности патологического процесса при заболеваниях роговицы. Классификация кератитов.
8. Экзогенные кератиты: травматические, бактериальные (клиника, диагностика, стандарты терапии). Ползучая язва роговой оболочки (этиология, клиника, осложнения, стандарты лечения).
9. Эндогенные кератиты: офтальмогерпес, поражение роговице при туберкулезе и сифилисе (патогенетические и клинические формы, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
10. Воспалительная патология склеры: эписклерит, склерит. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
11. Воспалительные заболевания сосудистой оболочки глаза: увеиты (этиопатогенез, классификация, клиника передних и задних увеитов, дифференциальная диагностика).
12. Послеоперационная экссудативно-воспалительная реакция глаза: этиологическая классификация, патогенез воспаления, степени тяжести, современные методы диагностики (клинические, лабораторные, инструментальные).
13. Осложнения экссудативно-воспалительной реакции глаза. Методы прогнозирования и профилактики.
14. Воспалительные заболевания сетчатой оболочки: этиопатогенез, клиника различных нозологических форм, методы диагностики и стандарты лечения.

15. Воспалительные заболевания зрительного нерва: этиология, патогенез, классификация.
16. Клиника, дифференциальная диагностика, исходы и стандарты лечения оптического неврита.
17. Ретробульбарный неврит: этиология, классификация, особенности клинического течения, диагностика, стандарты лечения.
18. Атрофия зрительного нерва как исход невритов: классификация, стандарты лечения.
19. Воспалительные заболевания хиазмы: оптикохиазмальный арахноидит (этиология, клиника, исходы, стандарты терапии).

### 3.1.2.5.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции ПК-5:

1. К ПОВЕРХНОСТНЫМ ФОРМАМ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО КЕРАТИТА ОТНОСЯТ
  - 1) **везикулярный**
  - 2) метагерпетический
  - 3) интерстициальный
  - 4) дисковидный
  - 5) первичный
2. К ФОРМАМ ЭНДОГЕННОГО КЕРАТИТА ОТНОСЯТ
  - 1) травматический
  - 2) первичный
  - 3) вторичный
  - 4) **нейрогенный**
  - 5) аутоиммунный
3. К ОСНОВНЫМ ФОРМАМ АДЕНОВИРУСНОГО КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТА ОТНОСЯТ
  - 1) эндогенный
  - 2) **эпидемический**
  - 3) везикулярный
  - 4) географический
  - 5) вторичный
4. ЯЗВЕННЫЙ БЛЕФАРИТ ВЫЗЫВАЕТСЯ
  - 1) вирусом герпеса
  - 2) **стафилококком**
  - 3) гонококком
  - 4) стрептококком
  - 5) микобактериями
5. ПРОЯВЛЕНИЕМ ОФТАЛЬМОХЛАМИДИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) **конъюнктивит**
  - 2) склерит
  - 3) блефарит
  - 4) ретинит
  - 5) хориоидит
6. ПРИ ФЛЕГМОНЕ ОРБИТЫ НАБЛЮДАЕТСЯ
  - 1) **отек и гиперемия век, хемоз, офтальмоплегия**
  - 2) хемоз конъюнктивы
  - 3) офтальмоплегия
  - 4) крепитация под кожей века
  - 5) пульсирующий экзофтальм
7. ТРОМБОФЛЕБИТ ОРБИТЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРЕДШЕСТВУЕТ
  - 1) эндофтальмиту
  - 2) панофтальмиту

- 3) экзофтальму
  - 4) тенониту
  - 5) **флегмоне орбиты**
8. ЧЕШУЙЧАТЫЙ БЛЕФАРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- 1) мучительным зудом в области век
  - 2) **мучительным зудом, сухими чешуйками**
  - 3) сухими чешуйками на корнях ресниц
  - 4) мейбومیитом
  - 5) отеком век
9. S-ОБРАЗНАЯ ФОРМА ВЕРХНЕГО ВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ
- 1) хронического дакриоцистита
  - 2) флегмоны слезного мешка
  - 3) острого дакриоцистита
  - 4) хронического дакриоаденита
  - 5) **острого дакриоаденита**
10. ФОРМИРОВАНИЕ ФЛИКТЕН НА РОГОВИЦЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ \_\_\_\_\_ КЕРАТИТА
- 1) герпетического
  - 2) бактериального
  - 3) сифилитического
  - 4) туберкулезного гематогенного
  - 5) **туберкулезно-аллергического**

### 3.1.2.5.3. Перечень кейс-задач для контроля компетенции ПК-5:

1. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
2. К детскому офтальмологу поликлиники привели ребенка 7 лет с жалобами на появление у него на коже век обоих глаз гнойничков, 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. При осмотре обнаружено: на коже век обоих глаз визуализируются множественные гнойнички величиной с просыное зерно с гиперемированным основанием и волоском в центре каждого гнойничка, кожа между гнойничками не изменена, безболезненна, зуд отсутствует. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
3. 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. Конъюнктивка 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
4. 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. Конъюнктивка в зоне узелка гиперемирована и гиперплазирована. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  5. 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 слизистогнойное отделяемое из полости конъюнктивы, отек переходной складки, роговица и другие оптические среды прозрачные. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  6. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  7. 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. При объективном осмотре конъюнктивка 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  8. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
9. 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 слизистогнойное отделяемое из полости конъюнктивы, отек переходной складки, роговица и другие оптические среды прозрачные. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  10. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  11. 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. При объективном осмотре конъюнктура 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  12. 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. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  13. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

14. 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 конъюнктура имеет вид двух треугольников, обращенных основанием к лимбу, отделяемое обильное гнойное, роговица прозрачная. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
15. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

### **3.1.3 Контролируемый раздел дисциплины «Методы лечения воспалительно-деструктивного процесса в клинике глазных болезней», формируемые компетенции УК-1, УК-5, ОПК-4, ПК-5**

#### **3.1.3.1.1. Перечень вопросов для контроля компетенции УК-1:**

1. Лекарственная терапия воспалительного процесса: основные звенья (этиотропное, патогенетическое, саногенетическое, симптоматическое), характеристика и механизм действия основных групп противовоспалительных лекарственных средств.
2. Современные методы лечения воспалительных заболеваний сосудистой оболочки глаза.
3. Стандарты консервативного лечения послеоперационной экссудативно-воспалительной реакции органа зрения: основные направления и группы лекарственных средств.

#### **3.1.3.1.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции УК-1:**

**АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ЭНУКЛЕАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) повторный острый приступ глаукомы
- 2) рецидивирующий гемофтальм на глазу с диабетической ангиоретинопатией
- 3) **риск развития симпатической офтальмии**
- 4) сквозное осколочное ранение глазного яблока

**2. В ЛЕЧЕНИИ ПОВЕРХНОСТНЫХ ФОРМ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО КЕРАТИТА  
НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ**



- 1) **интерферонов и интерферогенов**
  - 2) кортикостероидов
  - 3) антибиотиков
  - 4) антиоксидантов
  - 5) витаминов
3. ЛЕЧЕНИЕ РЕТРОБУЛЬБАРНЫХ НЕВРИТОВ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ
- 1) сосудистую терапию
  - 2) **противовоспалительную терапию**
  - 3) хирургические мероприятия
  - 4) лазеротерапию
  - 5) лазерстимуляцию
4. ПОКАЗАНИЕМ К ВСКРЫТИЮ АБСЦЕССА ВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) **появление флюктуации**
  - 2) выраженная гиперемия века
  - 3) уплотнение ткани века
  - 4) болезненность при пальпации
  - 5) температурная реакция
5. НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ
- 1) **полуданом**
  - 2) тропикамидом
  - 3) противогерпетической поливакциной
  - 4) ацикловиром
  - 5) дексаметазоном

### **3.1.3.2.1. Перечень вопросов для контроля компетенции УК-5:**

1. Воспалительная патология глазницы (этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, неотложные мероприятия, стандарты лечения).
2. Воспалительная патология слезного аппарата глаза: этиопатогенез, классификация, клиническая картина, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
3. Воспалительные заболевания века: абсцесс, флегмона, ячмень, халязион, фурункул, рожистое поражение (клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
4. Конъюнктивиты (аллергические, бактериальные, вирусные, хламидийные): клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
5. Экзогенные кератиты: травматические, бактериальные (клиника, диагностика, стандарты терапии). Ползучая язва роговой оболочки (этиология, клиника, осложнения, стандарты лечения).
6. Эндогенные кератиты: офтальмогерпес, поражение роговице при туберкулезе и сифилисе (патогенетические и клинические формы, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
7. Исходы воспалительных заболеваний роговицы. Методы хирургического лечения осложнений и исходов воспалительного поражения роговой оболочки: кератопластика (виды, методика, показания, осложнения). Кератопротезирование: проблемы на современном этапе.
8. Воспалительная патология склеры: эписклерит, склерит. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
9. Воспалительные заболевания сетчатой оболочки: этиопатогенез, клиника различных нозологических форм, методы диагностики и стандарты лечения.
10. Воспалительные заболевания зрительного нерва: этиология, патогенез, классификация.

11. Клиника, дифференциальная диагностика, исходы и стандарты лечения оптического неврита.
12. Ретробульбарный неврит: этиология, классификация, особенности клинического течения, диагностика, стандарты лечения.
13. Атрофия зрительного нерва как исход невритов: классификация, стандарты лечения.
14. Воспалительные заболевания хиазмы: оптикохиазмальный арахноидит (этиология, клиника, исходы, стандарты терапии).

### 3.1.3.2.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции УК-5:

1. НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ
  - 1) **полуданом**
  - 2) тропикамидом
  - 3) противогерпетической поливакциной
  - 4) ацикловиром
  - 5) дексаметазоном
2. ПРИМЕНЕНИЕ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПОКАЗАНО ПРИ
  - 1) древовидном кератите
  - 2) ландкартообразном кератите
  - 3) рецидивирующей эрозии роговицы
  - 4) **дисковидном кератите**
  - 5) везикулезном кератите
3. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАДНИХ СИНЕХИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОРЫ
  - 1) миотиков
  - 2) кортикостероидов
  - 3) **мидриатиков**
  - 4) интерферона
  - 5) антибиотиков
4. К НЕСТЕРОИДНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ОТНОСЯТ
  - 1) полудан
  - 2) кеналог
  - 3) **непафенак**
  - 4) витабакт
  - 5) тропикамид
5. ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЯЗВЕ РОГОВИЦЫ С УГРОЗОЙ ЕЕ ПРОБОДЕНИЯ ПОКАЗАНО
  - 1) хирургическое лечение в плановом порядке
  - 2) консервативное лечение
  - 3) **срочное хирургическое лечение**
  - 4) динамическое наблюдение
  - 5) назначение инстилляций и инъекций кортикостероидов
6. ЛЕЧЕБНАЯ ПЕРЕСАДКА РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ РАЗВИТИИ
  - 1) увеита
  - 2) **десцеметоцеле**
  - 3) гифемы
  - 4) гипопиона
  - 5) бельма

### 3.1.3.3.1. Перечень вопросов для контроля компетенции ОПК-4:

1. Воспалительная патология глазницы (этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, неотложные мероприятия, стандарты лечения).

2. Воспалительная патология слезного аппарата глаза: этиопатогенез, классификация, клиническая картина, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
3. Воспалительные заболевания века: абсцесс, флегмона, ячмень, халязион, фурункул, рожистое поражение (клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
4. Конъюнктивиты (аллергические, бактериальные, вирусные, хламидийные): клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
5. Экзогенные кератиты: травматические, бактериальные (клиника, диагностика, стандарты терапии). Ползучая язва роговой оболочки (этиология, клиника, осложнения, стандарты лечения).
6. Эндогенные кератиты: офтальмогерпес, поражение роговицы при туберкулезе и сифилисе (патогенетические и клинические формы, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
7. Исходы воспалительных заболеваний роговицы. Методы хирургического лечения осложнений и исходов воспалительного поражения роговой оболочки: кератопластика (виды, методика, показания, осложнения). Кератопротезирование: проблемы на современном этапе.
8. Воспалительная патология склеры: эписклерит, склерит. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
9. Воспалительные заболевания сетчатой оболочки: этиопатогенез, клиника различных нозологических форм, методы диагностики и стандарты лечения.
10. Воспалительные заболевания зрительного нерва: этиология, патогенез, классификация.
11. Клиника, дифференциальная диагностика, исходы и стандарты лечения оптического неврита.
12. Ретробульбарный неврит: этиология, классификация, особенности клинического течения, диагностика, стандарты лечения.
13. Атрофия зрительного нерва как исход невритов: классификация, стандарты лечения.
14. Воспалительные заболевания хиазмы: оптикохиазмальный арахноидит (этиология, клиника, исходы, стандарты терапии).

#### **3.1.3.3.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции ОПК-4:**

##### **1. ЛЕЧЕНИЕ РЕТРОБУЛЬБАРНЫХ НЕВРИТОВ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ**

- 1) сосудистую терапию
- 2) **противовоспалительную терапию**
- 3) хирургические мероприятия
- 4) лазеротерапию
- 5) лазерстимуляцию

##### **2. ПОКАЗАНИЕМ К ВСКРЫТИЮ АБСЦЕССА ВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) **появление флюктуации**
- 2) выраженная гиперемия века
- 3) уплотнение ткани века
- 4) болезненность при пальпации
- 5) температурная реакция

##### **3. НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ**

- 1) **полуданом**
- 2) тропикамидом
- 3) противогерпетической поливакциной
- 4) ацикловиром
- 5) дексаметазоном

#### 4. ПРИМЕНЕНИЕ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1) древовидном кератите
- 2) ландкартообразном кератите
- 3) рецидивирующей эрозии роговицы
- 4) **дисковидном кератите**
- 5) везикулезном кератите

#### 5. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАДНИХ СИНЕХИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОРЫ

- 1) миотиков
- 2) кортикостероидов
- 3) **мидриатиков**
- 4) интерферона
- 5) антибиотиков

#### 3.1.3.3. Перечень кейс-задач для контроля компетенции ОПК-4:

1. 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 точеных кровоизлияний. Небольшое количество отделяемого слизистого характера. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
2. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
3. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
4. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

5. К детскому офтальмологу поликлиники привели ребенка 7 лет с жалобами на появление у него на коже век обоих глаз гнойничков, 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. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

#### **3.1.3.4.1. Перечень вопросов для контроля компетенции ПК-5:**

1. Лекарственная терапия воспалительного процесса: основные звенья (этиотропное, патогенетическое, саногенетическое, симптоматическое), характеристика и механизм действия основных групп противовоспалительных лекарственных средств.
2. Современные методы лечения воспалительных заболеваний сосудистой оболочки глаза.
3. Стандарты консервативного лечения послеоперационной экссудативно-воспалительной реакции органа зрения: основные направления и группы лекарственных средств.
4. Методы лазерного и хирургического лечения осложнений послеоперационного воспалительно-деструктивного процесса.
5. Воспалительная патология глазницы (этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, неотложные мероприятия, стандарты лечения).
6. Воспалительная патология слезного аппарата глаза: этиопатогенез, классификация, клиническая картина, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
7. Воспалительные заболевания век: абсцесс, флегмона, ячмень, халязион, фурункул, рожистое поражение (клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
8. Конъюнктивиты (аллергические, бактериальные, вирусные, хламидийные): клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
9. Экзогенные кератиты: травматические, бактериальные (клиника, диагностика, стандарты терапии). Ползучая язва роговой оболочки (этиология, клиника, осложнения, стандарты лечения).
10. Эндогенные кератиты: офтальмогерпес, поражение роговицы при туберкулезе и сифилисе (патогенетические и клинические формы, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
11. Исходы воспалительных заболеваний роговицы. Методы хирургического лечения осложнений и исходов воспалительного поражения роговой оболочки: кератопластика (виды, методика, показания, осложнения). Кератопротезирование: проблемы на современном этапе.
12. Воспалительная патология склеры: эписклерит, склерит. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
13. Воспалительные заболевания сетчатой оболочки: этиопатогенез, клиника различных нозологических форм, методы диагностики и стандарты лечения.
14. Воспалительные заболевания зрительного нерва: этиология, патогенез, классификация.
15. Клиника, дифференциальная диагностика, исходы и стандарты лечения оптического неврита.
16. Ретробульбарный неврит: этиология, классификация, особенности клинического течения, диагностика, стандарты лечения.

17. Атрофия зрительного нерва как исход невритов: классификация, стандарты лечения.
18. Воспалительные заболевания хиазмы: оптикохиазмальный арахноидит (этиология, клиника, исходы, стандарты терапии).

#### 3.1.3.4.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции ПК-5:

1. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ЭНУКЛЕАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) повторный острый приступ глаукомы
  - 2) рецидивирующий гемофтальм на глазу с диабетической ангиоретинопатией
  - 3) **риск развития симпатической офтальмии**
  - 4) сквозное осколочное ранение глазного яблока
2. В ЛЕЧЕНИИ ПОВЕРХНОСТНЫХ ФОРМ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО КЕРАТИТА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ
  - 1) **интерферонов и интерферогенов**
  - 2) кортикостероидов
  - 3) антибиотиков
  - 4) антиоксидантов
  - 5) витаминов
3. ЛЕЧЕНИЕ РЕТРОБУЛЬБАРНЫХ НЕВРИТОВ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ
  - 1) сосудистую терапию
  - 2) **противовоспалительную терапию**
  - 3) хирургические мероприятия
  - 4) лазеротерапию
  - 5) лазерстимуляцию
4. ПОКАЗАНИЕМ К ВСКРЫТИЮ АБСЦЕССА ВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) **появление флюктуации**
  - 2) выраженная гиперемия века
  - 3) уплотнение ткани века
  - 4) болезненность при пальпации
  - 5) температурная реакция
5. НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ
  - 1) **полуданом**
  - 2) тропикамидом
  - 3) противогерпетической поливакциной
  - 4) ацикловиром
  - 5) дексаметазоном
6. ПРИМЕНЕНИЕ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПОКАЗАНО ПРИ
  - 1) древовидном кератите
  - 2) ландкартообразном кератите
  - 3) рецидивирующей эрозии роговицы
  - 4) **дисковидном кератите**
  - 5) везикулезном кератите
7. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАДНИХ СИНЕХИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОРЫ
  - 1) миотиков
  - 2) кортикостероидов
  - 3) **мидриатиков**
  - 4) интерферона
  - 5) антибиотиков
8. К НЕСТЕРОИДНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ОТНОСЯТ

- 1) полудан
  - 2) кеналог
  - 3) **непафенак**
  - 4) витабакт
  - 5) тропикамид
9. ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЯЗВЕ РОГОВИЦЫ С УГРОЗОЙ ЕЕ ПРОБОДЕНИЯ ПОКАЗАНО
- 1) хирургическое лечение в плановом порядке
  - 2) консервативное лечение
  - 3) **срочное хирургическое лечение**
  - 4) динамическое наблюдение
  - 5) назначение инстилляций и инъекций кортикостероидов
10. ЛЕЧЕБНАЯ ПЕРЕСАДКА РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ РАЗВИТИИ
- 1) увеита
  - 2) **десцеметоцеле**
  - 3) гифемы
  - 4) гипопиона
  - 5) бельма

### 3.1.3.4.3. Перечень кейс-задач для контроля компетенции ПК-5:

1. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
2. 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. Конъюнктивит верхнего века гиперемирован, 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
3. 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. Конъюнктивит в зоне

- узелка гиперемирована и гиперплазирована. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
4. 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 слизистогнойное отделяемое из полости конъюнктивы, отек переходной складки, роговица и другие оптические среды прозрачные. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  5. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  6. 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. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  7. 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. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  8. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
9. 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 конъюнктура имеет вид двух треугольников, обращенных основанием к лимбу, отделяемое обильное гнойное, роговица прозрачная. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  10. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  11. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  12. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  13. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

14. 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 деэпителизации роговицы не выявлено. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
15. 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 инъекция 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
16. 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 корригирует, 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
17. 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. При объективном исследовании обнаружено: острота зрения правого глаза 1,0, левого глаза – 1,0. 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 пораженной участки резко болезненна, оптические среды прозрачные,

глазное дно и внутриглазное давление в норме. Биомикроскопия ОД не выявила видимой патологии. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

18. 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 (диагносцирован 1 месяц назад), также периодически отмечает боли в мелких суставах нижних конечностей. Острота зрения правого глаза: 1,0, левого – 0,3 не корригирует. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
19. 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. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
20. 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. При осмотре: острота правого глаза 0,3 не корр., левого – счет пальцев у лица. OUT: 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

### **3.2. Промежуточный контроль**

#### **3.2.1. Контролируемый раздел дисциплины «Этиопатогенез воспалительно-деструктивного процесса в тканях глаза», формируемые компетенции УК-1, ОПК-4, ПК-5**

##### **3.2.1.1.1. Перечень вопросов для контроля компетенции УК-1:**

1. Общее понятие о воспалении как о типовом патологическом процессе: основные теории воспаления.

2. Этиология, характеристика основных звеньев патогенеза воспалительного процесса (альтерация, экссудация, пролиферация). Понятие о медиаторах воспаления, их характеристика.
3. Основные виды воспаления: их характеристика. Воспаление и реактивность организма. Течение воспаления и его исходы.
4. Влияние нервной и эндокринной систем на течение воспалительного процесса. Биологическое значение воспаления для организма.

### 3.2.1.1.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции УК-1:

1. УВЕИТЫ НЕВЫЯСНЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ ВСТРЕЧАЮТСЯ В \_\_\_\_\_ % СЛУЧАЕВ

- 1) 40
- 2) 10
- 3) 90
- 4) **50**
- 5) 89

2. ПАТОГЕНЕЗ СИМПАТИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМИИ

- 1) **аутоиммунный**
- 2) ретенционный
- 3) дисциркуляторный
- 4) ишемический
- 5) транспортный

3. ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ УВЕИТ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1) воздушно-капельного заражения
- 2) **вторичной инфекции по системе кровообращения**
- 3) лимфогенного заражения
- 4) вертикального пути передачи

4. К ОСНОВНЫМ ТЕОРИЯМ ВОСПЕЛЕНИЯ ОТНОСЯТ

- 1) дисциркуляторную
- 2) **защитную**
- 3) ишемическую
- 4) ретенционную
- 5) аутоиммунную

5. К ЭКЗОГЕННЫМ ПАТОГЕНАМ ОТНОСЯТ

- 1) тромб
- 2) комплекс антиген-антитело
- 3) **химические агенты**
- 4) опухоль
- 5) эмбол

### 3.2.1.2.1. Перечень вопросов для контроля компетенции ОПК-4:

1. Этиология, характеристика основных звеньев патогенеза воспалительного процесса (альтерация, экссудация, пролиферация). Понятие о медиаторах воспаления, их характеристика.
2. Основные виды воспаления: их характеристика. Воспаление и реактивность организма. Течение воспаления и его исходы.
3. Влияние нервной и эндокринной систем на течение воспалительного процесса. Биологическое значение воспаления для организма.

### 3.2.1.2.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции ОПК-4:

1. КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЛЮСК ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
  - 1) бактерий
  - 2) гельминтов
  - 3) **вирусов**
  - 4) грибов
  - 5) простейших
2. ТОКСОПЛАЗМНЫЕ УВЕИТЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ
  - 1) после лечения цитостатиками
  - 2) после применения антибиотиков
  - 3) после лечения стероидами
  - 4) **при внутриутробной передаче инфекции**
  - 5) при подавлении клеточного иммунитета
3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ И ДВУСТОРОННИЕ ПОРАЖЕНИЯ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА ОТМЕЧАЮТСЯ ПРИ
  - 1) гельминтозах
  - 2) стрептококковых инфекциях
  - 3) стафилококковых инфекциях
  - 4) **системных и синдромных заболеваниях**
  - 5) аденовирусной инфекции
4. УВЕИТЫ НЕВЫЯСНЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ ВСТРЕЧАЮТСЯ В \_\_\_\_\_ % СЛУЧАЕВ
  - 1) 40
  - 2) 10
  - 3) 90
  - 4) **50**
  - 5) 89
5. ПАТОГЕНЕЗ СИМПАТИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМИИ
  - 1) **аутоиммунный**
  - 2) ретенционный
  - 3) дисциркуляторный
  - 4) ишемический
  - 5) транспортный

### 3.2.1.3.1. Перечень вопросов для контроля компетенции ПК-5:

1. Общее понятие о воспалении как о типовом патологическом процессе: основные теории воспаления.
2. Этиология, характеристика основных звеньев патогенеза воспалительного процесса (альтерация, экссудация, пролиферация). Понятие о медиаторах воспаления, их характеристика.
3. Основные виды воспаления: их характеристика. Воспаление и реактивность организма. Течение воспаления и его исходы.
4. Влияние нервной и эндокринной систем на течение воспалительного процесса. Биологическое значение воспаления для организма.
5. Анатомия и физиология органа зрения: орбита, вспомогательный аппарат глаза, фиброзная капсула, сосудистая оболочка глаза, сетчатка, кровоснабжение и иннервация.
6. Особенности иммунного ответа тканей органа зрения на действие патогенного фактора.

### 3.2.1.3.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции ПК-5:

1. КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЛЮСК ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
  - 1) бактерий
  - 2) гельминтов
  - 3) **вирусов**
  - 4) грибов
  - 5) простейших
2. ТОКСОПЛАЗМОННЫЕ УВЕИТЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ
  - 1) после лечения цитостатиками
  - 2) после применения антибиотиков
  - 3) после лечения стероидами
  - 4) **при внутриутробной передаче инфекции**
  - 5) при подавлении клеточного иммунитета
3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ И ДВУСТОРОННИЕ ПОРАЖЕНИЯ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА ОТМЕЧАЮТСЯ ПРИ
  - 1) гельминтозах
  - 2) стрептококковых инфекциях
  - 3) стафилококковых инфекциях
  - 4) **системных и синдромных заболеваниях**
  - 5) аденовирусной инфекции
4. УВЕИТЫ НЕВЫЯСНЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ ВСТРЕЧАЮТСЯ В \_\_\_\_\_% СЛУЧАЕВ
  - 1) 40
  - 2) 10
  - 3) 90
  - 4) **50**
  - 5) 89
5. ПАТОГЕНЕЗ СИМПАТИЧЕСКОЙ ОФТАЛЬМИИ
  - 1) **аутоиммунный**
  - 2) ретенционный
  - 3) дисциркуляторный
  - 4) ишемический
  - 5) транспортный
6. ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ УВЕИТ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ
  - 1) воздушно-капельного заражения
  - 2) **вторичной инфекции по системе кровообращения**
  - 3) лимфогенного заражения
  - 4) вертикального пути передачи
7. К ОСНОВНЫМ ТЕОРИЯМ ВОСПЕЛЕНИЯ ОТНОСЯТ
  - 1) дисциркуляторную
  - 2) **защитную**
  - 3) ишемическую
  - 4) ретенционную
  - 5) аутоиммунную
8. К ЭКЗОГЕННЫМ ПАТОГЕНАМ ОТНОСЯТ
  - 1) тромб
  - 2) комплекс антиген-антитело
  - 3) **химические агенты**
  - 4) опухоль
  - 5) эмбол
9. К ЭНДОГЕННЫМ ПАТОГЕНАМ ОТНОСЯТ
  - 1) физические агенты

- 2) микробы
  - 3) кислоты
  - 4) **тромб**
  - 5) щелочи
10. К ФАКТОРАМ ВТОРИЧНОЙ АЛЬТЕРАЦИИ НЕ ОТНОСЯТ
- 1) кислородные радикалы
  - 2) оксид азота
  - 3) ферменты лизосом
  - 4) фактор некроза опухолей
  - 5) **лизоцим**
11. ПРИ ВРОЖДЕННОМ ТОКСОПЛАЗМОЗЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ УВЕИТА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) передний увеит
  - 2) эписклерит
  - 3) неврит
  - 4) **нейрохориоретинит**
  - 5) кератоконъюнктивит
12. ТРОМБОЗ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ
- 1) набухающей катаракты
  - 2) **флегмоны орбиты**
  - 3) халязиона
  - 4) острого приступа глаукомы
  - 5) гемофтальма
13. К ГЛАЗНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ БОЛЕЗНИ СЪЕГРЕНА ОТНОСЯТ
- 1) склерит
  - 2) повышенное внутриглазное давление
  - 3) **сухой кератоконъюнктивит**
  - 4) отслойку сетчатки
  - 5) кератоконус
14. ЭНДОФТАЛЬМИТОМ НАЗЫВАЮТ ВОСПАЛЕНИЕ
- 1) всех оболочек глаза
  - 2) увеального тракта
  - 3) **внутренних оболочек глаза**
  - 4) стекловидного тела
  - 5) сетчатки
15. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ РЕТРОБУЛЬБАРНОГО НЕВРИТА ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) хронические очаги инфекции
  - 2) воспаления мозга и оболочек
  - 3) заболевания глаза и орбиты
  - 4) **демиелинизирующие заболевания ЦНС**
  - 5) нефриты
16. ВТОРИЧНЫЙ ОФТАЛЬМОГЕРПЕС ВОЗНИКАЕТ ПРИ
- 1) первой встрече организма с вирусом
  - 2) повторной встрече организма с вирусом
  - 3) **реактивации вируса в нервных ганглиях**
  - 4) распространения инфекции с окружающих структур
  - 5) гематогенном заносе вируса

### 3.2.1.3.3. Перечень рефератов для контроля компетенции ПК-5:

1. Современные теории воспалительного процесса.
2. Факторы риска развития воспалительно-деструктивного процесса в тканях глаза.

3. Этиология и патогенез воспалительного процесса в офтальмологии.

**3.2.2. Контролируемый раздел дисциплины «Клиническая картина и диагностика различных видов воспалительно-деструктивного процесса в офтальмологии», формируемые компетенции УК-1, УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ПК-5**

**3.2.2.1.1. Перечень вопросов для контроля компетенции УК-1:**

1. Основные маркеры системного и местного воспалительного ответа на повреждение и методы их определения в биологических жидкостях организма.
2. Основные диагностические методы исследования и маркеры воспалительной патологии органа зрения: клинические, инструментальные, лабораторные

**3.1.2.1.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции УК-1:**

1. ПРОЯВЛЕНИЕМ ОФТАЛЬМОХЛАМИДИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) конъюнктивит
  - 2) склерит
  - 3) блефарит
  - 4) ретинит
  - 5) хориоидит
2. ПРИ ФЛЕГМОНЕ ОРБИТЫ НАБЛЮДАЕТСЯ
  - 1) отек и гиперемия век, хемоз, офтальмоплегия
  - 2) хемоз конъюнктивы
  - 3) офтальмоплегия
  - 4) крепитация под кожей века
  - 5) пульсирующий экзофтальм
3. ТРОМБОФЛЕБИТ ОРБИТЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРЕДШЕСТВУЕТ
  - 1) эндофтальмиту
  - 2) панофтальмиту
  - 3) экзофтальму
  - 4) тенониту
  - 5) флегмоне орбиты
4. ЧЕШУЙЧАТЫЙ БЛЕФАРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
  - 1) мучительным зудом в области век
  - 2) мучительным зудом, сухими чешуйками
  - 3) сухими чешуйками на корнях ресниц
  - 4) мейбомииитом
  - 5) отеком век

**3.2.2.2.1. Перечень вопросов для контроля компетенции УК-5:**

1. Воспалительная патология глазницы (этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, неотложные мероприятия, стандарты лечения).
2. Воспалительная патология слезного аппарата глаза: этиопатогенез, классификация, клиническая картина, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
3. Воспалительные заболевания век: абсцесс, флегмона, ячмень, халязион, фурункул, рожистое поражение (клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
4. Конъюнктивиты (аллергические, бактериальные, вирусные, хламидийные): клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.



5. Общая симптоматика и клинические разновидности патологического процесса при заболеваниях роговицы. Классификация кератитов.
6. Экзогенные кератиты: травматические, бактериальные (клиника, диагностика, стандарты терапии). Ползучая язва роговой оболочки (этиология, клиника, осложнения, стандарты лечения).
7. Эндогенные кератиты: офтальмогерпес, поражение роговицы при туберкулезе и сифилисе (патогенетические и клинические формы, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
8. Воспалительная патология склеры: эписклерит, склерит. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
9. Воспалительные заболевания сосудистой оболочки глаза: увеиты (этиопатогенез, классификация, клиника передних и задних увеитов, дифференциальная диагностика).
10. Послеоперационная экссудативно-воспалительная реакция глаза: этиологическая классификация, патогенез воспаления, степени тяжести, современные методы диагностики (клинические, лабораторные, инструментальные).
11. Осложнения экссудативно-воспалительной реакции глаза. Методы прогнозирования и профилактики.
12. Воспалительные заболевания сетчатой оболочки: этиопатогенез, клиника различных нозологических форм, методы диагностики и стандарты лечения.
13. Воспалительные заболевания зрительного нерва: этиология, патогенез, классификация.
14. Клиника, дифференциальная диагностика, исходы и стандарты лечения оптического неврита.
15. Ретробульбарный неврит: этиология, классификация, особенности клинического течения, диагностика, стандарты лечения.
16. Атрофия зрительного нерва как исход невритов: классификация, стандарты лечения.

### 3.2.2.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции УК-5:

#### 1. ПОВЕРХНОСТНЫМ ФОРМАМ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО КЕРАТИТА ОТНОСЯТ

- 1) **везикулярный**
- 2) метагерпетический
- 3) интерстициальный
- 4) дисковидный
- 5) первичный

#### 2. К ФОРМАМ ЭНДОГЕННОГО КЕРАТИТА ОТНОСЯТ

- 1) травматический
- 2) первичный
- 3) вторичный
- 4) **нейрогенный**
- 5) аутоиммунный

#### 3. К ОСНОВНЫМ ФОРМАМ АДЕНОВИРУСНОГО КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТА ОТНОСЯТ

- 1) эндогенный
- 2) **эпидемический**
- 3) везикулярный
- 4) географический
- 5) вторичный

#### 4. ЯЗВЕННЫЙ БЛЕФАРИТ ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1) вирусом герпеса
- 2) **стафилококком**

- 3) гонококком
- 4) стрептококком

### **3.2.2.2.3. Перечень кейс-задач для контроля компетенции УК-5:**

1. 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 точеных кровоизлияний. Небольшое количество отделяемого слизистого характера. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
2. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
3. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

### **3.2.2.3.1. Перечень вопросов для контроля компетенции ОПК-4:**

1. Воспалительная патология глазницы (этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, неотложные мероприятия, стандарты лечения).
2. Воспалительная патология слезного аппарата глаза: этиопатогенез, классификация, клиническая картина, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
3. Воспалительные заболевания век: абсцесс, флегмона, ячмень, халязион, фурункул, рожистое поражение (клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
4. Конъюнктивиты (аллергические, бактериальные, вирусные, хламидийные): клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
5. Общая симптоматика и клинические разновидности патологического процесса при заболеваниях роговицы. Классификация кератитов.
6. Экзогенные кератиты: травматические, бактериальные (клиника, диагностика, стандарты терапии). Ползучая язва роговой оболочки (этиология, клиника, осложнения, стандарты лечения).

7. Эндогенные кератиты: офтальмогерпес, поражение роговице при туберкулезе и сифилисе (патогенетические и клинические формы, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
8. Воспалительная патология склеры: эписклерит, склерит. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
9. Воспалительные заболевания сосудистой оболочки глаза: увеиты (этиопатогенез, классификация, клиника передних и задних увеитов, дифференциальная диагностика).
10. Послеоперационная экссудативно-воспалительная реакция глаза: этиологическая классификация, патогенез воспаления, степени тяжести, современные методы диагностики (клинические, лабораторные, инструментальные).
11. Осложнения экссудативно-воспалительной реакции глаза. Методы прогнозирования и профилактики.
12. Воспалительные заболевания сетчатой оболочки: этиопатогенез, клиника различных нозологических форм, методы диагностики и стандарты лечения.
13. Воспалительные заболевания зрительного нерва: этиология, патогенез, классификация.
14. Клиника, дифференциальная диагностика, исходы и стандарты лечения оптического неврита.
15. Ретробульбарный неврит: этиология, классификация, особенности клинического течения, диагностика, стандарты лечения.
16. Атрофия зрительного нерва как исход невритов: классификация, стандарты лечения.
17. Воспалительные заболевания хиазмы: оптикохиазмальный арахноидит (этиология, клиника, исходы, стандарты терапии).

### **3.2.2.3.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции ОПК-4**

#### **1. ПРИ ФЛЕГМОНЕ ОРБИТЫ НАБЛЮДАЕТСЯ**

- 1) **отек и гиперемия век, хемоз, офтальмоплегия**
- 2) хемоз конъюнктивы
- 3) офтальмоплегия
- 4) крепитация под кожей века
- 5) пульсирующий экзофтальм

#### **2. ТРОМБОФЛЕБИТ ОРБИТЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРЕДШЕСТВУЕТ**

- 1) эндофтальмиту
- 2) панофтальмиту
- 3) экзофтальму
- 4) тенониту
- 5) **флегмоне орбиты**

#### **3. ЧЕШУЙЧАТЫЙ БЛЕФАРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- 1) мучительным зудом в области век
- 2) **мучительным зудом, сухими чешуйками**
- 3) сухими чешуйками на корнях ресниц
- 4) мейбомииитом
- 5) отеком век

#### **4. S-ОБРАЗНАЯ ФОРМА ВЕРХНЕГО ВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ**

- 1) хронического дакриоцистита
- 2) флегмоны слезного мешка
- 3) острого дакриоцистита
- 4) хронического дакриоаденита
- 5) **острого дакриоаденита**

## 5. ФОРМИРОВАНИЕ ФЛИКТЕН НА РОГОВИЦЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ \_\_\_\_\_ КЕРАТИТА

- 1) герпетического
- 2) бактериального
- 3) сифилитического
- 4) туберкулезного гематогенного
- 5) **туберкулезно-аллергического**

### 3.2.2.4.1. Перечень вопросов для контроля компетенции ОПК-5:

1. Основные маркеры системного и местного воспалительного ответа на повреждение и методы их определения в биологических жидкостях организма.
2. Основные диагностические методы исследования и маркеры воспалительной патологии органа зрения: клинические, инструментальные, лабораторные.
3. Воспалительная патология глазницы (этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, неотложные мероприятия, стандарты лечения).
4. Воспалительная патология слезного аппарата глаза: этиопатогенез, классификация, клиническая картина, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
5. Воспалительные заболевания век: абсцесс, флегмона, ячмень, халязион, фурункул, рожистое поражение (клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
6. Конъюнктивиты (аллергические, бактериальные, вирусные, хламидийные): клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
7. Общая симптоматика и клинические разновидности патологического процесса при заболеваниях роговицы. Классификация кератитов.

### 3.2.2.4.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции ОПК-5:

#### 1. К ФОРМАМ ЭНДОГЕННОГО КЕРАТИТА ОТНОСЯТ

- 1) травматический
- 2) первичный
- 3) вторичный
- 4) **нейрогенный**
- 5) аутоиммунный

#### 2. К ОСНОВНЫМ ФОРМАМ АДЕНОВИРУСНОГО КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТА ОТНОСЯТ

- 1) эндогенный
- 2) **эпидемический**
- 3) везикулярный
- 4) географический
- 5) вторичный

#### 3. ЯЗВЕННЫЙ БЛЕФАРИТ ВЫЗЫВАЕТСЯ

- 1) вирусом герпеса
- 2) **стафилококком**
- 3) гонококком
- 4) стрептококком
- 5) микобактериями

#### 4. ПРОЯВЛЕНИЕМ ОФТАЛЬМОХЛАМИДИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) **конъюнктивит**
- 2) склерит
- 3) блефарит
- 4) ретинит

- 5) хориоидит
5. ПРИ ФЛЕГМОНЕ ОРБИТЫ НАБЛЮДАЕТСЯ
- 1) отек и гиперемия век, хемоз, офтальмоплегия
  - 2) хемоз конъюнктивы
  - 3) офтальмоплегия
  - 4) крепитация под кожей века
  - 5) пульсирующий экзофтальм

### 3.2.2.5.1. Перечень вопросов для контроля компетенции ПК-5:

1. Основные маркеры системного и местного воспалительного ответа на повреждение и методы их определения в биологических жидкостях организма.
2. Основные диагностические методы исследования и маркеры воспалительной патологии органа зрения: клинические, инструментальные, лабораторные.
3. Воспалительная патология глазницы (этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, неотложные мероприятия, стандарты лечения).
4. Воспалительная патология слезного аппарата глаза: этиопатогенез, классификация, клиническая картина, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
5. Воспалительные заболевания век: абсцесс, флегмона, ячмень, халязион, фурункул, рожистое поражение (клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
6. Конъюнктивиты (аллергические, бактериальные, вирусные, хламидийные): клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
7. Общая симптоматика и клинические разновидности патологического процесса при заболеваниях роговицы. Классификация кератитов.
8. Экзогенные кератиты: травматические, бактериальные (клиника, диагностика, стандарты терапии). Ползучая язва роговой оболочки (этиология, клиника, осложнения, стандарты лечения).
9. Эндогенные кератиты: офтальмогерпес, поражение роговицы при туберкулезе и сифилисе (патогенетические и клинические формы, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
10. Воспалительная патология склеры: эписклерит, склерит. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
11. Воспалительные заболевания сосудистой оболочки глаза: увеиты (этиопатогенез, классификация, клиника передних и задних увеитов, дифференциальная диагностика).
12. Послеоперационная экссудативно-воспалительная реакция глаза: этиологическая классификация, патогенез воспаления, степени тяжести, современные методы диагностики (клинические, лабораторные, инструментальные).
13. Осложнения экссудативно-воспалительной реакции глаза. Методы прогнозирования и профилактики.
14. Воспалительные заболевания сетчатой оболочки: этиопатогенез, клиника различных нозологических форм, методы диагностики и стандарты лечения.
15. Воспалительные заболевания зрительного нерва: этиология, патогенез, классификация.
16. Клиника, дифференциальная диагностика, исходы и стандарты лечения оптического неврита.
17. Ретробульбарный неврит: этиология, классификация, особенности клинического течения, диагностика, стандарты лечения.
18. Атрофия зрительного нерва как исход невритов: классификация, стандарты лечения.
19. Воспалительные заболевания хиазмы: оптикохиазмальный арахноидит (этиология, клиника, исходы, стандарты терапии).

### 3.2.2.5.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции ПК-5:

1. К ПОВЕРХНОСТНЫМ ФОРМАМ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО КЕРАТИТА ОТНОСЯТ
  - 1) **везикулярный**
  - 2) метагерпетический
  - 3) интерстициальный
  - 4) дисковидный
  - 5) первичный
2. К ФОРМАМ ЭНДОГЕННОГО КЕРАТИТА ОТНОСЯТ
  - 1) травматический
  - 2) первичный
  - 3) вторичный
  - 4) **нейрогенный**
  - 5) аутоиммунный
3. К ОСНОВНЫМ ФОРМАМ АДЕНОВИРУСНОГО КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТА ОТНОСЯТ
  - 1) эндогенный
  - 2) **эпидемический**
  - 3) везикулярный
  - 4) географический
  - 5) вторичный
4. ЯЗВЕННЫЙ БЛЕФАРИТ ВЫЗЫВАЕТСЯ
  - 1) вирусом герпеса
  - 2) **стафилококком**
  - 3) гонококком
  - 4) стрептококком
  - 5) микобактериями
5. ПРОЯВЛЕНИЕМ ОФТАЛЬМОХЛАМИДИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) **конъюнктивит**
  - 2) склерит
  - 3) блефарит
  - 4) ретинит
  - 5) хориоидит
6. ПРИ ФЛЕГМОНЕ ОРБИТЫ НАБЛЮДАЕТСЯ
  - 1) **отек и гиперемия век, хемоз, офтальмоплегия**
  - 2) хемоз конъюнктивы
  - 3) офтальмоплегия
  - 4) крепитация под кожей века
  - 5) пульсирующий экзофтальм
7. ТРОМБОФЛЕБИТ ОРБИТЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРЕДШЕСТВУЕТ
  - 1) эндофтальмиту
  - 2) панофтальмиту
  - 3) экзофтальму
  - 4) тенониту
  - 5) **флегмоне орбиты**
8. ЧЕШУЙЧАТЫЙ БЛЕФАРИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
  - 1) мучительным зудом в области век
  - 2) **мучительным зудом, сухими чешуйками**
  - 3) сухими чешуйками на корнях ресниц
  - 4) мейбومیитом
  - 5) отеком век

9. S-ОБРАЗНАЯ ФОРМА ВЕРХНЕГО ВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ

- 1) хронического дакриоцистита
- 2) флегмоны слезного мешка
- 3) острого дакриоцистита
- 4) хронического дакриoadенита
- 5) **острого дакриoadенита**

10. ФОРМИРОВАНИЕ ФЛИКТЕН НА РОГОВИЦЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ \_\_\_\_\_ КЕРАТИТА

- 1) герпетического
- 2) бактериального
- 3) сифилитического
- 4) туберкулезного гематогенного
- 5) **туберкулезно-аллергического**

11. ИЗМЕНЕНИЯ ВЕК ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ОТЕКЕ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) **гиперемию кожи век, повышение температуры, болезненность при пальпации**
- 2) повышение местной температуры
- 3) болезненность при пальпации
- 4) крепитацию
- 5) гематому век

12. ПРИ ПОРАЖЕНИИ КОЖИ ВЕК ПРОСТЫМ ГЕРПЕСОМ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) гиперемиа и отек век
- 2) появление резко гиперемированных участков кожи и пузырьков, отека века на фоне повышения температуры тела
- 3) **на фоне повышения температуры тела появление нескольких рядом лежащих пузырьков с прозрачной жидкостью**
- 4) пузырьвидные высыпания, занимающие одну половину лба, расположенные в один ряд
- 5) шелушение

13. ПОВЕРХНОСТНАЯ ВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ РОГОВИЦЫ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) **фликтенулезном кератите**
- 2) аденовирусном конъюнктивите
- 3) склерите
- 4) эписклерите
- 5) кератоконусе

14. К ПРИЗНАКАМ ОСТРОГО ИРИДОЦИКЛИТА ОТНОСЯТ

- 1) инфильтрацию роговицы
- 2) мидриаз
- 3) **миоз**
- 4) десцеметоцеле
- 5) неврит

15. ПРИ ОПТИЧЕСКИХ НЕВРИТАХ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) отсутствие снижения зрения
- 2) **гиперемиа диска зрительного нерва без выраженной проминенции**
- 3) ишемический отек диска зрительного нерва
- 4) отек макулы

16. ПРИ НЕВРИТЕ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ПРОМИНЕНЦИЯ ДИСКА

- 1) резко выражена
- 2) **незначительная, плоская**
- 3) отсутствует
- 4) имеет место экскавация диска
- 5) формируется колобома диска

15. К СИМПТОМАМ ЗАДНЕГО УВЕИТА ОТНОСЯТ
- 1) боль в глазном яблоке
  - 2) **метаморфопсии**
  - 3) слезотечение
  - 4) светобоязнь
  - 5) покраснение глаза
16. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ПЕРЕДНЕГО УВЕИТА ОТНОСЯТ
- 1) оптический неврит
  - 2) **вторичную глаукому**
  - 3) регматогенную отслойку сетчатки
  - 4) экссудативную отслойку сетчатки
  - 5) гемофтальм
17. КРОВОИЗЛИЯНИЯ ПРИ ИНТРАБУЛЬБАРНОМ НЕВРИТЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ:
- 1) по всему глазному дну
  - 2) в макулярной области
  - 3) **на диске или около него**
  - 4) на периферии глазного дна
  - 5) по ходу ретинальных венул
18. ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ НАБЛЮДАЮТСЯ
- 1) герпетические высыпания
  - 2) сосудистые "звездочки"
  - 3) **зуд, отек, гиперемия**
  - 4) петехиальные кровоизлияния
  - 5) шелушение, зуд
19. ЛЕНТОВИДНАЯ ДЕГЕНЕРАЦИЯ РОГОВИЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ
- 1) саркоидоза
  - 2) **ювенильного ревматоидного артрита**
  - 3) псориаза
  - 4) системной красной волчанки
  - 5) склеродермии
20. РОГОВИЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПЕРЕДНЕМ УВЕИТЕ ПРЕДСТАВЛЕНЫ
- 1) эрозией
  - 2) язвой
  - 3) **преципитатами**
  - 4) стромальным инфильтратом
  - 5) помутнением

### 3.2.2.5.3. Перечень кейс-задач для контроля компетенции ПК-5:

1. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
2. К детскому офтальмологу поликлиники привели ребенка 7 лет с жалобами на появление у него на коже век обоих глаз гнойничков, 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. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
3. 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. Конъюнктива век гиперемизирована, 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  4. 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. Конъюнктива в зоне узелка гиперемизирована и гиперплазирована. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  5. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  6. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  7. 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. При объективном осмотре конъюнктивы 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
8. 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. Конъюнктивы в зоне узелка гиперемирована и гиперплазирована. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  9. 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 слизистогнойное отделяемое из полости конъюнктивы, отек переходной складки, роговица и другие оптические среды прозрачные. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  10. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  11. 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. При объективном осмотре конъюнктивы 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
  12. 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. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

13. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
14. 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 конъюнктура имеет вид двух треугольников, обращенных основанием к лимбу, отделяемое обильное гнойное, роговица прозрачная. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
15. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

#### **3.2.2.5.4. Перечень рефератов для контроля компетенции ПК-5:**

1. Флегмона орбиты.
2. Увеиты.
3. Офтальмогерпес.
4. Оптический неврит.
5. Офтальмохламидиоз.

### 3.2.3. Контролируемый раздел дисциплины «Методы лечения воспалительно-деструктивного процесса в клинике глазных болезней», формируемые компетенции УК-1, УК-5, ОПК-4, ПК-5

#### 3.2.3.1.1. Перечень вопросов для контроля компетенции УК-1:

1. Лекарственная терапия воспалительного процесса: основные звенья (этиотропное, патогенетическое, саногенетическое, симптоматическое), характеристика и механизм действия основных групп противовоспалительных лекарственных средств.
2. Современные методы лечения воспалительных заболеваний сосудистой оболочки глаза.
3. Стандарты консервативного лечения послеоперационной экссудативно-воспалительной реакции органа зрения: основные направления и группы лекарственных средств.

#### 3.2.3.1.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции УК-1:

1. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ЭНУКЛЕАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) повторный острый приступ глаукомы
  - 2) рецидивирующий гемофтальм на глазу с диабетической ангиоретинопатией
  - 3) **риск развития симпатической офтальмии**
  - 4) сквозное осколочное ранение глазного яблока
2. В ЛЕЧЕНИИ ПОВЕРХНОСТНЫХ ФОРМ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО КЕРАТИТА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ
  - 1) **интерферонов и интерферогенов**
  - 2) кортикостероидов
  - 3) антибиотиков
  - 4) антиоксидантов
  - 5) витаминов
3. ЛЕЧЕНИЕ РЕТРОБУЛЬБАРНЫХ НЕВРИТОВ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ
  - 1) сосудистую терапию
  - 2) **противовоспалительную терапию**
  - 3) хирургические мероприятия
  - 4) лазеротерапию
  - 5) лазерстимуляцию
4. ПОКАЗАНИЕМ К ВСКРЫТИЮ АБСЦЕССА ВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) **появление флюктуации**
  - 2) выраженная гиперемия века
  - 3) уплотнение ткани века
  - 4) болезненность при пальпации
  - 5) температурная реакция
5. НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ
  - 1) **полуданом**
  - 2) тропикамидом
  - 3) противогерпетической поливакциной
  - 4) ацикловиром
  - 5) дексаметазоном

#### 3.2.3.2.1. Перечень вопросов для контроля компетенции УК-5:

1. Воспалительная патология глазницы (этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, неотложные мероприятия, стандарты лечения).

2. Воспалительная патология слезного аппарата глаза: этиопатогенез, классификация, клиническая картина, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
3. Воспалительные заболевания век: абсцесс, флегмона, ячмень, халязион, фурункул, рожистое поражение (клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
4. Конъюнктивиты (аллергические, бактериальные, вирусные, хламидийные): клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
5. Экзогенные кератиты: травматические, бактериальные (клиника, диагностика, стандарты терапии). Ползучая язва роговой оболочки (этиология, клиника, осложнения, стандарты лечения).
6. Эндогенные кератиты: офтальмогерпес, поражение роговицы при туберкулезе и сифилисе (патогенетические и клинические формы, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
7. Исходы воспалительных заболеваний роговицы. Методы хирургического лечения осложнений и исходов воспалительного поражения роговой оболочки: кератопластика (виды, методика, показания, осложнения). Кератопротезирование: проблемы на современном этапе.
8. Воспалительная патология склеры: эписклерит, склерит. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
9. Воспалительные заболевания сетчатой оболочки: этиопатогенез, клиника различных нозологических форм, методы диагностики и стандарты лечения.
10. Воспалительные заболевания зрительного нерва: этиология, патогенез, классификация.
11. Клиника, дифференциальная диагностика, исходы и стандарты лечения оптического неврита.
12. Ретробульбарный неврит: этиология, классификация, особенности клинического течения, диагностика, стандарты лечения.
13. Атрофия зрительного нерва как исход невритов: классификация, стандарты лечения.
14. Воспалительные заболевания хиазмы: оптикохиазмальный арахноидит (этиология, клиника, исходы, стандарты терапии).

### 3.2.3.2.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции УК-5:

#### 1. НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ

- 1) полуданом
- 2) тропикамидом
- 3) противогерпетической поливакциной
- 4) ацикловиром
- 5) дексаметазоном

#### 2. ПРИМЕНЕНИЕ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1) древовидном кератите
- 2) ландкартообразном кератите
- 3) рецидивирующей эрозии роговицы
- 4) **дисковидном кератите**
- 5) везикулезном кератите

#### 3. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАДНИХ СИНЕХИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОРЫ

- 1) миотиков
- 2) кортикостероидов
- 3) **мидриатиков**
- 4) интерферона
- 5) антибиотиков

#### 4. К НЕСТЕРОИДНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ОТНОСЯТ

- 1) полудан
  - 2) кеналог
  - 3) **непафенак**
  - 4) витабакт
  - 5) тропикамид
5. ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЯЗВЕ РОГОВИЦЫ С УГРОЗОЙ ЕЕ ПРОБОДЕНИЯ ПОКАЗАНО
- 1) хирургическое лечение в плановом порядке
  - 2) консервативное лечение
  - 3) **срочное хирургическое лечение**
  - 4) динамическое наблюдение
  - 5) назначение инстилляций и инъекций кортикостероидов
6. ЛЕЧЕБНАЯ ПЕРЕСАДКА РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ РАЗВИТИИ
- 1) увеита
  - 2) **десцеметоцеле**
  - 3) гифемы
  - 4) гипопиона
  - 5) бельма

### 3.2.3.3.1. Перечень вопросов для контроля компетенции ОПК-4:

1. Воспалительная патология глазницы (этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, неотложные мероприятия, стандарты лечения).
2. Воспалительная патология слезного аппарата глаза: этиопатогенез, классификация, клиническая картина, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
3. Воспалительные заболевания век: абсцесс, флегмона, ячмень, халязион, фурункул, рожистое поражение (клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
4. Конъюнктивиты (аллергические, бактериальные, вирусные, хламидийные): клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
5. Экзогенные кератиты: травматические, бактериальные (клиника, диагностика, стандарты терапии). Ползучая язва роговой оболочки (этиология, клиника, осложнения, стандарты лечения).
6. Эндогенные кератиты: офтальмогерпес, поражение роговице при туберкулезе и сифилисе (патогенетические и клинические формы, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
7. Исходы воспалительных заболеваний роговицы. Методы хирургического лечения осложнений и исходов воспалительного поражения роговой оболочки: кератопластика (виды, методика, показания, осложнения). Кератопротезирование: проблемы на современном этапе.
8. Воспалительная патология склеры: эписклерит, склерит. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
9. Воспалительные заболевания сетчатой оболочки: этиопатогенез, клиника различных нозологических форм, методы диагностики и стандарты лечения.
10. Воспалительные заболевания зрительного нерва: этиология, патогенез, классификация.
11. Клиника, дифференциальная диагностика, исходы и стандарты лечения оптического неврита.
12. Ретробульбарный неврит: этиология, классификация, особенности клинического течения, диагностика, стандарты лечения.
13. Атрофия зрительного нерва как исход невритов: классификация, стандарты лечения.

14. Воспалительные заболевания хиазмы: оптикохиазмальный арахноидит (этиология, клиника, исходы, стандарты терапии).

### 3.2.3.3.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции ОПК-4:

#### 1. ЛЕЧЕНИЕ РЕТРОБУЛЬБАРНЫХ НЕВРИТОВ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) сосудистую терапию
- 2) **противовоспалительную терапию**
- 3) хирургические мероприятия
- 4) лазеротерапию
- 5) лазерстимуляцию

#### 2. ПОКАЗАНИЕМ К ВСКРЫТИЮ АБСЦЕССА ВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) **появление флюктуации**
- 2) выраженная гиперемия век
- 3) уплотнение ткани века
- 4) болезненность при пальпации
- 5) температурная реакция

#### 3. НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ

- 1) **полуданом**
- 2) тропикамидом
- 3) противогерпетической поливакциной
- 4) ацикловиром
- 5) дексаметазоном

#### 4. ПРИМЕНЕНИЕ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПОКАЗАНО ПРИ

- 1) древовидном кератите
- 2) лангкартообразном кератите
- 3) рецидивирующей эрозии роговицы
- 4) **дисковидном кератите**
- 5) везикулезном кератите

#### 5. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАДНИХ СИНЕХИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОРЫ

- 1) миотиков
- 2) кортикостероидов
- 3) **мидриатиков**
- 4) интерферона
- 5) антибиотиков

### 3.2.3.3.3. Перечень кейс-заданий для контроля компетенции ОПК-4:

1. 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 точеных кровоизлияний. Небольшое количество отделяемого слизистого характера. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
2. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

3. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
4. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

5. К детскому офтальмологу поликлиники привели ребенка 7 лет с жалобами на появление у него на коже век обоих глаз гнойничков, 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. При осмотре обнаружено: на коже век обоих глаз визуализируются множественные гнойнички величиной с просыное зерно с гиперемированным основанием и волоском в центре каждого гнойничка, кожа между гнойничками не изменена, безболезненна, зуд отсутствует. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

#### **3.2.3.4.1. Перечень вопросов для контроля компетенции ПК-5:**

1. Лекарственная терапия воспалительного процесса: основные звенья (этиотропное, патогенетическое, саногенетическое, симптоматическое), характеристика и механизм действия основных групп противовоспалительных лекарственных средств.
2. Современные методы лечения воспалительных заболеваний сосудистой оболочки глаза.
3. Стандарты консервативного лечения послеоперационной экссудативно-воспалительной реакции органа зрения: основные направления и группы лекарственных средств.
4. Методы лазерного и хирургического лечения осложнений послеоперационного воспалительно-деструктивного процесса.
5. Воспалительная патология глазницы (этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, неотложные мероприятия, стандарты лечения).
6. Воспалительная патология слезного аппарата глаза: этиопатогенез, классификация, клиническая картина, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.



7. Воспалительные заболевания век: абсцесс, флегмона, ячмень, халязион, фурункул, рожистое поражение (клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
8. Конъюнктивиты (аллергические, бактериальные, вирусные, хламидийные): клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
9. Экзогенные кератиты: травматические, бактериальные (клиника, диагностика, стандарты терапии). Ползучая язва роговой оболочки (этиология, клиника, осложнения, стандарты лечения).
10. Эндогенные кератиты: офтальмогерпес, поражение роговице при туберкулезе и сифилисе (патогенетические и клинические формы, дифференциальная диагностика, стандарты лечения).
11. Исходы воспалительных заболеваний роговицы. Методы хирургического лечения осложнений и исходов воспалительного поражения роговой оболочки: кератопластика (виды, методика, показания, осложнения). Кератопротезирование: проблемы на современном этапе.
12. Воспалительная патология склеры: эписклерит, склерит. Этиопатогенез, клиника, дифференциальная диагностика, стандарты лечения.
13. Воспалительные заболевания сетчатой оболочки: этиопатогенез, клиника различных нозологических форм, методы диагностики и стандарты лечения.
14. Воспалительные заболевания зрительного нерва: этиология, патогенез, классификация.
15. Клиника, дифференциальная диагностика, исходы и стандарты лечения оптического неврита.
16. Ретробульбарный неврит: этиология, классификация, особенности клинического течения, диагностика, стандарты лечения.
17. Атрофия зрительного нерва как исход невритов: классификация, стандарты лечения.
18. Воспалительные заболевания хиазмы: оптикохиазмальный арахноидит (этиология, клиника, исходы, стандарты терапии).

#### **3.1.3.4.2. Перечень тестовых заданий для контроля компетенции ПК-5:**

1. **АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ЭНУКЛЕАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**
  - 1) повторный острый приступ глаукомы
  - 2) рецидивирующий гемофтальм на глазу с диабетической ангиоретинопатией
  - 3) **риск развития симпатической офтальмии**
  - 4) сквозное осколочное ранение глазного яблока
2. **В ЛЕЧЕНИИ ПОВЕРХНОСТНЫХ ФОРМ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО КЕРАТИТА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ**
  - 1) **интерферонов и интерферогенов**
  - 2) кортикостероидов
  - 3) антибиотиков
  - 4) антиоксидантов
  - 5) витаминов
3. **ЛЕЧЕНИЕ РЕТРОБУЛЬБАРНЫХ НЕВРИТОВ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ**
  - 1) сосудистую терапию
  - 2) **противовоспалительную терапию**
  - 3) хирургические мероприятия
  - 4) лазеротерапию
  - 5) лазерстимуляцию
4. **ПОКАЗАНИЕМ К ВСКРЫТИЮ АБСЦЕССА ВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ**
  - 1) **появление флюктуации**

- 2) выраженная гиперемия век
  - 3) уплотнение ткани века
  - 4) болезненность при пальпации
  - 5) температурная реакция
5. НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРОВОДИТСЯ
- 1) **полуданом**
  - 2) тропикамидом
  - 3) противогерпетической поливакциной
  - 4) ацикловиром
  - 5) дексаметазоном
6. ПРИМЕНЕНИЕ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПОКАЗАНО ПРИ
- 1) древовидном кератите
  - 2) ландкартообразном кератите
  - 3) рецидивирующей эрозии роговицы
  - 4) **дисковидном кератите**
  - 5) везикулезном кератите
7. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАДНИХ СИНЕХИЙ ИСПОЛЬЗУЮТ РАСТВОРЫ
- 1) миотиков
  - 2) кортикостероидов
  - 3) **мидриатиков**
  - 4) интерферона
  - 5) антибиотиков
8. К НЕСТЕРОИДНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ СРЕДСТВАМ ОТНОСЯТ
- 1) полудан
  - 2) кеналог
  - 3) **непафенак**
  - 4) витабакт
  - 5) тропикамид
9. ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ЯЗВЕ РОГОВИЦЫ С УГРОЗОЙ ЕЕ ПРОБОДЕНИЯ ПОКАЗАНО
- 1) хирургическое лечение в плановом порядке
  - 2) консервативное лечение
  - 3) **срочное хирургическое лечение**
  - 4) динамическое наблюдение
  - 5) назначение инстилляций и инъекций кортикостероидов
10. ЛЕЧЕБНАЯ ПЕРЕСАДКА РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ РАЗВИТИИ
- 1) увеита
  - 2) **десцеметоцеле**
  - 3) гифемы
  - 4) гипопиона
  - 5) бельма
11. ПРИ ХАЛЯЗИОНЕ ВЕКА НЕОБХОДИМО
- 1) проводить лечение токами УВЧ, электрофорез
  - 2) **вести каналог в патологический процесс или провести хирургическое лечение**
  - 3) проводить инстиллянии дезинфицирующих капель
  - 4) применять местную стероидную терапию
  - 5) использовать нестероидные противовоспалительные препараты
12. В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА ИНТЕРФЕРОН ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ
- 1) **лимфоцитами, лейкоцитами, макрофагами**
  - 2) эритроцитами
  - 3) В-лимфоцитами
  - 4) тромбоцитами

- 5) тучными клетками
13. К АНТИБИОТИКАМ ИЗ ГРУППЫ ФТОРХИНОЛОНОВ ОТНОСЯТ
- 1) азидроп
  - 2) витабакт
  - 3) мирамистин
  - 4) **сигницеф**
  - 5) максидекс
14. ДЛЯ РАССАСЫВАНИЯ ЭКССУДАТА В КАМЕРАХ ГЛАЗА ИСПОЛЬЗУЮТ
- 1) норфлоксацин
  - 2) ципромед
  - 3) цикломед
  - 4) **гемазу**
  - 5) кеналог
15. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕМОДЕКОЗНОГО БЛЕФАРИТА ИСПОЛЬЗУЮТ
- 1) атропин
  - 2) **метронидазол**
  - 3) мирамистин
  - 4) витабакт
  - 5) левомецетин
16. К АНТИБИОТИКАМ ИЗ ГРУППЫ АМИНОГЛИКОЗИДОВ ОТНОСЯТ
- 1) азидроп
  - 2) витабакт
  - 3) мирамистин
  - 4) **тобрекс**
17. ОКАЛИНУ, ОКРУЖАЮЩУЮ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО РОГОВИЦЫ, ЛУЧШЕ ВСЕГО
- 1) **удалить острым инструментом**
  - 2) оставить на 2 суток и проводить наблюдение
  - 3) удалить лазерным методом
  - 4) лечить консервативно
  - 5) закрыть мягкой контактной линзой
18. ПРИМЕНЕНИЕ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПОКАЗАНО ПРИ
- 1) древовидном кератите
  - 2) ландкартообразном кератите
  - 3) рецидивирующей эрозии роговицы
  - 4) **дисковидном кератите**
  - 5) везикулезном кератите
19. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ГЛАЗ ВКЛЮЧАЕТ
- 1) **обильное промывание водой**
  - 2) местное применение антибиотиков
  - 3) поверхностную анестезию
  - 4) местное назначение стероидов
  - 5) физиотерапевтическое лечение
20. НАИБОЛЬШУЮ ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И ГИДРОДИНАМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ПРОНИКАЮЩЕЕ РАНЕНИЕ \_\_\_\_\_ ЛОКАЛИЗАЦИИ
- 1) роговичной
  - 2) склеральной
  - 3) конъюнктивальной
  - 4) **корнеосклеральной**

### 3.2.3.4.3. Перечень кейс-задач для контроля компетенции ПК-5:

1. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
2. 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. Конъюнктивна 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
3. 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. Конъюнктивна в зоне узелка гиперемирована и гиперплазирована. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
4. 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 слизистогнойное отделяемое из полости конъюнктивы, отек переходной складки, роговица и другие оптические среды прозрачные. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
5. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

6. 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. При объективном осмотре конъюнктивы 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
7. 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. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
8. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
9. 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 конъюнктура имеет вид двух треугольников, обращенных основанием к лимбу, отделяемое обильное гнойное, роговица прозрачная. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
10. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

11. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
12. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
13. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
14. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
15. 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 инъекция 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

16. 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 корригирует, 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
17. 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. При объективном исследовании обнаружено: острота зрения правого глаза 1,0, левого глаза – 1,0. 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 пораженной участки резко болезненна, оптические среды прозрачные, глазное дно и внутриглазное давление в норме. Биомикроскопия OD не выявила видимой патологии. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
18. 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. Острота зрения правого глаза: 1,0, левого – 0,3 не корригирует. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.
19. 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. При осмотре: VIS OD=0,05 не корр, VIS OS=0,1 не

корр. ОУТ: 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

20. 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. При осмотре: острота правого глаза 0,3 не корр., левого – счет пальцев у лица. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз. Определите тактику ведения пациента.

#### **3.2.3.4.4. Перечень рефератов для контроля компетенции ПК-5:**

1. Принципы консервативной терапии воспалительного процесса.
2. Хирургические методы лечения воспалительно-деструктивного процесса в офтальмологии.
3. Антибиотикотерапия в офтальмологии.
4. Основные методы лазерного лечения воспалительной патологии органа зрения.
5. Методы лечения и профилактики офтальмогерпеса.