

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Должность: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Дата подписания: 14.11.2025 19:25:21
Уникальный программный ключ:
123d1d365abac3d0cd5b93c39c0f12a00bb07446

Федеральное государственное
бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный
медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации



ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность

31.08.59 Офтальмология

(уровень подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре)

Квалификация (степень) выпускника: врач-офтальмолог

Кафедра: Кафедра хирургических болезней № 2 Института ИМФО

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2020, 2021, 2022 года поступления (актуализированная редакция)

Волгоград, 2023

Разработчики:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Тришкин К.С.	доцент	к.м.н.	Кафедра хирургических болезней №2 ИНМФО
2.	Гидоян И.А.	профессор	д.м.н. / доцент	Кафедра хирургических болезней №2 ИНМФО

Актуализация фонда оценочных средств обсуждена на заседании кафедры протокол № 3 от «01» июня 2023 года.

Заведующий кафедрой хирургических болезней № 2 Института НМФО,
д.м.н., доцент П.И. Кушнирук



Актуализация фонда оценочных средств согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолГМУ, протокол № 1 от «29» августа 2023 года.

Председатель УМК



М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики



М.И. Науменко

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 1 от «29» августа 2023 года

Секретарь Ученого совета



В.Д. Заклякова

1. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

1.1 Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука, изучающая воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения, ее место в системе медицинского образования и практической деятельности врача.2. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан.3. Здоровье населения, его показатели, факторы, влияющие на здоровье населения.4. Особенности изучения общей заболеваемости и её видов.5. Профилактика как основа сохранения и укрепления здоровья населения (первичная, вторичная и третичная профилактика). Порядок проведения диспансеризации населения.6. Гигиеническое воспитание и образование населения.7. Роль поведенческих факторов в формировании здорового образа жизни.8. Система обязательного социального страхования в России.9. Обязательное медицинское страхование граждан РФ.10. Учет, отчетность и показатели работы лечебных учреждений. Годовой отчет лечебно-профилактических учреждений.11. Понятие о временной и стойкой нетрудоспособности.12. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях.13. Качество медицинской помощи, основные понятия.14. Структурный, процессуальный и результативный подходы в обеспечении качества медицинской помощи.15. Организация экспертизы качества медицинской помощи.
---	--

1.2 Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>Здоровье населения; его социальные и биологические закономерности.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Основные методы исследований при изучении социально-гигиенических аспектов общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения.2. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.3. Особенности изучения общей заболеваемости4. Особенности изучения заболеваемости по нозологическим формам.5. Закон Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.6. Диспансеризация и диспансерный метод в работе лечебных учреждений.7. Санитарное просвещение: его место и роль в охране здоровья населения. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы.8. Уровни экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях.9. Правила выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах.10. Правила выдачи листка нетрудоспособности при беременности и родах.11. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.12. Правила направления пациента на медико-социальную экспертизу.13. Критерии ВОЗ для оценки качества медицинской помощи.14. Формы контроля качества и безопасности медицинской помощи в Российской Федерации.
---	---

1.3 Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Общественное здоровье – это ... а) важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей; б) научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины,
---	--

охраны и восстановления здоровья населения;
в) область практической деятельности государственных и частных учреждений в сфере медицины и здравоохранения

2. Под собственно заболеваемостью (первичной заболеваемостью) понимают:
а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний;
б) частоту патологии среди населения, выявленную при медицинских осмотрах;
в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;
г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью

3. Болезненность - это:
а) заболеваемость по данным обращаемости;
б) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации;
в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;
г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью

4. Какое влияние (в %) оказывают факторы, характеризующие образ жизни людей, на показатели здоровья населения:
а) 50–55 %;
б) 20–25 %;
в) 15–20 %;
г) 10–15 %

5. При проведении социально-гигиенических исследований применяют следующие методы:
а) исторический;
б) статистический;
в) экспериментальный;
г) экономический;
д) социологический;
е) все вышеперечисленные

6. Укажите, какие группы населения должны проходить предварительные медосмотры:
а) все население с целью выявления туберкулеза, сердечно-сосудистых заболеваний и работающие подростки;
б) рабочие предприятий, работники пищевых, детских, медицинских учреждений и работающие подростки;
в) все лица перед проведением профилактических прививок

7. Задачами гигиенического обучения и воспитания являются:
а) обеспечение всех социальных и возрастных групп населения необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни;
б) стимулирование деятельности государственных органов и общественных организаций по созданию условий для здорового образа жизни населения;
в) вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительную работу и воспитательную деятельность;
г) организация и проведение всеобщей диспансеризации населения;
д) организация общественного движения за формирование здорового образа жизни, объединение усилий с национальными движениями такого рода в зарубежных странах

8. Система социальной защиты, основанная на страховых взносах, гарантирующая получение денежного дохода в старости, в случае болезни, инвалидности и других установленных законом случаях, а также медицинское обслуживание – это ...
а) государственное социальное страхование;
б) имущественное страхование граждан Российской Федерации;
в) менеджмент здравоохранения;
г) экономика здравоохранения

9. Базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС)– это ...
- а) пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов и условий предоставления и финансирования медицинских услуг населению за счет бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений;
 - б) составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи за счет средств ОМС на всей территории РФ;**
 - в) составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации
10. Временная нетрудоспособность – это ...
- а) потеря трудоспособности, которая не более чем через год будет восстановлена;
 - б) состояние здоровья человека, обусловленное заболеванием, травмой или другими причинами, когда невозможность полного или частичного выполнения профессиональной деятельности может быть обратимой;
 - в) нетрудоспособность вследствие заболевания, при которой человек не может и не должен выполнять никакую работу и нуждается в специальном лечебном режиме
11. Лечащий врач в амбулаторно-поликлиническом учреждении самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности на срок:
- а) до 10 дней;
 - б) до 15 дней;**
 - в) до 4 месяцев;
 - г) до 6 месяцев
12. При наступлении временной нетрудоспособности гражданина, находящегося в отпуске без сохранения заработной платы, листок нетрудоспособности ...
- а) оформляется по общим правилам со дня заболевания;
 - б) выдается со дня завершения отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности;**
 - в) не выдается
13. К характеристикам качества медицинской помощи относится:
- а) своевременность оказания медицинской помощи;
 - б) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;
 - в) степень достижения запланированного результата;
 - г) совокупность вышеуказанных характеристик**
14. Виды контроля качества медицинской помощи:
- а) государственный контроль;
 - б) ведомственный контроль;
 - г) внутренний контроль;
 - д) все вышеперечисленное верно**
15. Для обеспечения единой системы учета, кодирования и группировки заболеваний применяется ...
- а) листок нетрудоспособности;
 - б) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем;
 - в) статистический отчет о числе зарегистрированных заболеваний;
 - г) врачебное свидетельство о смерти

1.4 Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.Б.1 Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>Задача № 1. Пациентка К., 70 лет., находясь в тяжелом состоянии в общей палате государственной больницы, пригласила священнослужителя и потребовала у администрации предоставить ей возможность остаться с ним наедине. Какой нормативный акт регламентирует права пациента в сфере охраны здоровья? В медицинских организациях какой правовой формы возможно предоставление условий для отправления религиозных обрядов. Укажите условия оказания медицинской помощи, при которых предоставляется возможность для отправления религиозных обрядов.</p> <p>Задача № 2. В городе S проживет 116179 детей. В детских поликлиниках города имеется 358 врачей всех специальностей, в том числе 119 врачей-педиатров участковых. За год число посещений ко всем специалистам составило 941056, из них к врачам-педиатрам участковым – 615752. Назовите основной первичный учетный медицинский документ, который оформляется в детской поликлинике. Какие показатели деятельности медицинской организации можно рассчитать из представленных данных?</p> <p>Задача № 3. При проведении маммографического исследования в рамках профилактического медицинского осмотра у работницы С. выявили новообразование в правой молочной железе. Дальнейшее обследование у онколога подтвердило диагноз «Рак молочной железы». О каком методе изучения заболеваемости следует говорить в данном случае? Перечислите основные источники изучения заболеваемости. Назовите учетный документ. Перечислите виды медицинских осмотров.</p> <p>Задача № 4. Работница В., 35 лет, с 10 по 22 марта болела ангиной, по поводу чего лечилась в поликлинике у врача-терапевта участкового. О каком виде нетрудоспособности идет речь? Каким документом удостоверяется временная нетрудоспособность? Кем и когда выдается листок нетрудоспособности при амбулаторном лечении? На сколько дней лечащий врач самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности в поликлинике?</p> <p>Задача №5. По данным отчетной формы № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» за 2016 год рассчитайте и оцените качество медицинской помощи по показателю летальности по больнице в целом и по отделениям. Какие критерии оценки качества медицинской помощи рекомендует ВОЗ? Перечислите виды контроля качества медицинской помощи согласно ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».</p>
---	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	КР – контрольная работа,	ЗС – решение ситуационных задач,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Вопросы для контрольной работы	Задачи	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	2	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	3	1-15	1-15	1-5	1-15	-
ПК	1	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	2	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	4	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	5	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	6	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	10	1-15	1-15	1-5	1-15	-
	11	1-15	1-15	1-5	1-15	-
12	1-15	1-15	1-5	1-15	-	

2. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»

2.1. Тематика рефератов (докладов), эссе, проектов

Б 1.Б.2 Педагогика	<ol style="list-style-type: none">1. Принципы взаимодействия с членами семьи и ближайшим окружением инкурабельного больного.2. Правила профессионального поведения врача при общении с родственниками пациента3. Эффективное общение.4. Управление конфликтными ситуациями.5. Функции педагогической деятельности врача-педагога6. Современные подходы к пониманию педагогической технологии.7. Классификации педагогических технологий.8. Выбор педагогических технологий.9. Особенности диалоговых технологий обучения.10. Теоретические основы игровой технологии.11. Педагогические условия эффективности использования педагогических технологий.12. Андрагогика в контексте непрерывного образования.13. Принципы и правила самостоятельной продуктивной работы по созданию индивидуальной самообразовательной траектории.14. Подходы к оцениванию и коррекции процесса профессионального саморазвития.15. Педагогическая и андрагогическая модели обучения и обучение человека на протяжении всей его жизни: возможности, ограничения, перспективы.
---------------------------	--

2.2 Банк тестовых заданий (с ответами):

Б 1.Б.2 Педагогика	<p>Тестовые задания самоконтроля по модулю I</p> <p>Выберите один или несколько правильных ответов</p> <p>01. Процесс и результат усвоения определенной системы знаний и обеспечение на этой основе соответствующего уровня развития личности</p> <ol style="list-style-type: none">1) воспитание2) образование3) педагогический процесс4) обучение <p>02. Множество взаимосвязанных структурных компонентов, объединенных единой образовательной целью развития личности и функционирующих в целостном педагогическом процессе –</p> <ol style="list-style-type: none">1) дидактика2) педагогическая система3) педагогический процесс4) обучение <p>03. К постоянным задачам педагогической науки относятся</p> <ol style="list-style-type: none">1) выявление межличностных отношений в коллективе2) изучение причин неуспеваемости3) прогнозирование образования4) обобщение практического опыта5) вскрытие закономерностей обучения и воспитания <p>04. Диагностическая постановка педагогической цели предполагает</p> <ol style="list-style-type: none">1) установление явного противоречия2) описание действий учащихся, которые можно измерить и оценить3) подбор диагностического инструментария4) учет особенностей учащихся <p>05. Любая педагогическая технология должна отвечать требованиям</p> <ol style="list-style-type: none">1) доступности, прочности2) концептуальности, системности
---------------------------	---

- 3) наглядности, научности
- 4) мобильности, вариативности

06. Алгоритм процесса достижения планируемых результатов обучения и воспитания называется педагогической (-им)

- 1) системой
- 2) процессом
- 3) концепцией
- 4) технологией

07. Андрагогика

- 1) образование мужчин
- 2) образование взрослых
- 3) образование дошкольников
- 4) образование пожилых людей

08. Методология

- 1) учение о научном методе познания
- 2) совокупность методов, применяемых в отдельных науках
- 3) синоним методики
- 4) учение о структуре, логике организации, методах и средствах деятельности в разных областях науки, ее теории и практики

Установите правильную последовательность

09. Структура технологии модульного обучения

- 1) проверка достижений (текущий контроль)
- 2) выходной контроль
- 3) представление материала модуля в виде учебных элементов
- 4) четкая формулировка целей
- 5) предварительный тест
- 6) входной контроль

Установите соответствие

10. Теоретическая функция педагогики реализуется на трех уровнях:

- | | |
|--------------------|--|
| 1. описательном | А. выявление состояния педагогических явлений и процессов |
| 2. диагностическом | Б. экспериментальные исследования педагогической действительности и построение на их основе моделей преобразования этой действительности |
| 3. прогностическом | В. изучение передового и новаторского педагогического опыта |

11. Технологическая функция педагогики реализуется на трех уровнях

- | | |
|-----------------------|--|
| 1. проективном | А. разработка методических материалов, воплощающих теоретические концепции |
| 2. преобразовательном | Б. оценка влияния результатов научных исследований на практику обучения и воспитания |
| 3. рефлексивном | В. внедрение достижений педагогической науки в образовательную практику с целью ее совершенствования и реконструкции |

Выберите один или несколько правильных ответов

12. Уровень компетентности и методологической рефлексии исследователя определяют методологическую (-ое)

- 1) культуру
- 2) творчество
- 3) мастерство
- 4) умение

	<p>14. Предмет педагогики</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) технологии воспитательного процесса 2) личность воспитанника 3) содержание воспитания 4) развитие человека 5) закономерности процесса воспитания <p>15. Действующие лица при реализации технологии дебатов</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) судьи 2) команда утверждения 3) команда отрицания 4) таймкипер 5) тьюторы 6) аналитик <p>16. Методики «шесть шляп», «пять пальцев» относят к технологиям</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) рефлексивным 2) контекстного обучения 3) модульного обучения 4) экспертно-оценочным <p>17. К современным образовательным технологиям относят</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) здоровьесберегающие 2) информационно-коммуникационные 3) обучение в сотрудничестве 4) объяснительно-иллюстративную 5) проекты и кейс- технологии 6) развитие «критического мышления» <p>18. Предметная поддержка учебного процесса (голос (речь) педагога, его мастерство, учебники, оборудование)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) задача обучения 2) форма обучения 3) цель обучения 4) средства обучения <p>19. Умения, доведённые до автоматизма, высокой степени совершенства:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Навыки 2) Знания 3) Умения 4) Мотивы <p>20. Специальная конструкция процесса обучения, характер которой обусловлен его содержанием, методами, приемами, средствами, видами деятельности учащихся</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Форма обучения 2) Средство обучения 3) Метод обучения 4) Технология обучения <p>21. основополагающие требования к практической организации учебного процесса педагогике -</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Правила 2) Принципы 3) Законы 4) Установки <p>22. Как теория обучения и образования дидактика разрабатывает</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Основы методологии педагогических исследований 2) Сущность, закономерности и принципы обучения 3) Сущность, закономерности и принципы воспитания 4) История педагогики
--	--

	<p>23. Характерные черты педагогического процесса как системы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения 2) Гуманистичность и толерантность 3) Плюралистичность 4) Статичность <p>24. Каждый метод обучения складывается из отдельных элементов</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Методические приемы 2) Операции 3) Правила 4) Законы <p>25. Исследование –это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сфера человеческой деятельности, направленная на выработку и теоретическую систематизацию объективных знаний о действительности. 2) процесс и результат научной деятельности, направленной на получение новых знаний о закономерностях образования, его структуре и механизмах, содержании, принципах и технологиях. 3) проблемы, определение объекта и предмета, целей и задач исследования, формулировка основных понятий (категориального аппарата), предварительный системный анализ объекта исследования и выдвижение рабочей гипотезы 4) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технологии), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом <p>26. Эксперимент – это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технологии), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом 2) метод аргументации в философии, а также форма и способ рефлексивного теоретического мышления, имеющего своим предметом противоречие мыслимого содержания этого мышления. 3) специально организованная проверка того или иного метода, приема работы для выявления его педагогической эффективности. 4) учение о методах, методиках, способах и средствах познания <p>27. Воспитание должно основываться на научном понимании естественных и социальных процессов, согласовываться с общими законами развития природы и человека согласно</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) принципу природосообразности 2) принципу культуросообразности 3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания 4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода <p>28. Воспитание должно основываться на общечеловеческих ценностях и строиться с учетом особенностей этнической и региональной культур согласно</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) принципу природосообразности 2) принципу культуросообразности 3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания 4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода <p>29. Способы профессионального взаимодействия педагога и учащихся с целью решения образовательно-воспитательных задач это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) методы воспитания 2) средства воспитания 3) методические приемы воспитания <p>30. Процедуру использования комплекса методов и приемов по достижению</p>
--	--

	<p>воспитательной цели называют (один верный ответ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) методикой воспитания 2) воспитательной технологией 3) воспитательной системой <p>31. Различные виды деятельности (игровая, учебная, трудовая и др.), а с другой - совокупность предметов и произведений материальной и духовной культуры, привлекаемых для воспитательной работы это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) методы воспитания 2) средства воспитания 3) методические приемы воспитания <p>32. К методам педагогического стимулирования и коррекции поведения и деятельности относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наказание 2) создание воспитывающих ситуаций 3) педагогическое требование 4) соревнование 5) поощрение <p>33. К условиям выбора системообразующего вида деятельности воспитательной системы относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) индивидуальные особенности педагога 2) обеспечение целостности всех видов деятельности 3) учет этнических характеристик среды 4) престижность 5) соответствие главной цели и задачам системы <p>34. К основным условиям действенности примера в воспитании относятся</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) обстоятельное выяснение причин проступка 2) постоянный контроль и оценка результатов деятельности 3) авторитетность воспитателя 4) реальность достижения целей в определенных обстоятельствах 5) близость или совпадения с интересами воспитуемых <p>35. Принцип связи воспитания с жизнью предполагает (один верный ответ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) формирование общеучебных умений 2) соединение воспитания и дополнительного образования 3) соединение воспитания с практической деятельностью 4) учет индивидуальных особенностей воспитанников <p>36. Процесс тестирования может быть разделен на такие этапы, как</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выбор теста 2) проведение тестирования 3) интерпретация результатов 4) корректировка 5) самоанализ <p>37. Педагогическая цель – это (один верный ответ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) направление работы учителя 2) основное положение деятельности учителя 3) представление учителя о своей педагогической деятельности 4) идеальная модель ожидаемого результата педагогического процесса <p>38. Учебный план – это нормативный документ, определяющий</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) перечень предметов, изучаемых в данном учебном заведении 2) количество времени на изучение тем курса 3) максимальную недельную нагрузку учащихся 4) перечень наглядных пособий 5) количество часов в неделю на изучение каждого предмета
--	---

39. Видами педагогического контроля в зависимости от временного показателя являются
- 1) самоконтроль
 - 2) текущий
 - 3) итоговый
 - 4) фронтальный
 - 5) предварительный
40. Отметкой в дидактике называют (один верный ответ)
- 1) количественный показатель оценки знаний
 - 2) обеспечение обратной связи с учащимися
 - 3) качественный показатель уровня и глубины знаний учащихся
 - 4) метод устного контроля
41. Подход к классификации методов обучения, при котором за основание берётся источник передачи информации и характер её восприятия (один верный ответ)
- 1) Перцептивный подход
 - 2) Логический подход
 - 3) Гностический подход
42. Подход к классификации методов обучения, в качестве основания предусматривает логику изложения материала учителем и логику восприятия его учащимися (один верный ответ)
- 1) Перцептивный подход
 - 2) Логический подход
 - 3) Гностический подход
43. Подход к классификации методов обучения, при котором основанием выступает способ управления познавательной деятельностью и характер установления обратной связи, предлагает выделение методов алгоритмизации и программированного обучения (один верный ответ)
- 1) Перцептивный подход
 - 2) Логический подход
 - 3) Гностический подход
44. Целями обучения являются
- 1) внедрение новшеств
 - 2) развитие обучаемых
 - 3) использование диалоговых форм
 - 4) усвоение знаний, умений, навыков
 - 5) формирование мировоззрения
45. Учебник выполняет такие дидактические функции
- 1) материализованная
 - 2) мотивационная
 - 3) контролирующая
 - 4) информационная
 - 5) альтернативная
- Дополните высказывание**
46. . Речь и действия преподавателя, а также любые материальные объекты, используемые преподавателем и субъектом учения при обучении-_____ обучения
47. Избранная совокупность и последовательность *методов, средств, форм обучения*, обеспечивающие достижение явно сформулированной цели- _____ обучения
48. Определенные особенности выполнения той или иной операции, которая необходимо должна присутствовать в обучении, но может быть выполнена по-разному-_____ обучения

49. Специально отобранная и признанная обществом (государством) система элементов *объективного опыта человечества*, усвоение которой необходимо для успешной *деятельности индивида* в избранной им сфере общественно-полезной практики - _____ образования

50. Фрагмент *содержания образования*, выделенный с учетом его научной, методической или прагматической специфики, самостоятельно обозначенный в учебном плане - _____

Тестовые задания самоконтроля по модулю II

Выберите один или несколько правильных ответов

01. Воспитывающее и обучающее воздействие преподавателя на студента, направленное на его личностное, интеллектуальное и деятельностное развитие, называется

- 1) преподаванием
- 2) педагогической деятельностью
- 3) образованием
- 4) научением

02. Признание самоценности личности, реализация внутренней и внешней свободы – это принцип

- 1) гуманизма
- 2) непрерывности
- 3) демократизации
- 4) целостности

03. Основаниями для дифференциации специальностей педагогического профиля являются

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

04. Знание положений педагогической теории, умение анализировать собственную научную деятельность входят в состав

- 1) базовой культуры личности
- 2) методологической культуры учителя
- 3) педагогической культуры
- 4) культуры личности

05. Педагогическая профессия относится к _____ типу профессиональной деятельности

1. артономическому
2. биономическому
3. технономическому
4. социономическому

06. Профессиональная ориентация – это система таких взаимосвязанных компонентов, как

- 1) профдиагностика
- 2) самообразование
- 3) профессиональное просвещение
- 4) профессиональный отбор
- 5) развитие общей культуры

07. Если педагог приспосабливает свое общение к особенностям аудитории, то его деятельность можно отнести к _____ уровню

- 1) адаптивному
- 2) локально-моделирующему
- 3) продуктивному
- 4) творческому

08. Форма профессиональной ориентации, предполагающая оказание помощи учащимся в выборе профессии, называется (один верный ответ)

- 1) собеседование
- 2) консультацией
- 3) просвещением
- 4) диагностикой

09. Аспирант готовится к следующим видам деятельности

- 1) Педагогическая
- 2) Культурно-просветительская
- 3) Коммуникативно-рефлексивная
- 4) Научно- методическая

10. Профессия преподаватель относится к системе (один верный ответ)

- 1) человек-техника
- 2) человек-человек
- 3) человек-природа
- 4) человек-знаковая система

11. Род трудовой деятельности человека, предмет его постоянных занятий называется

- 1) профессией
- 2) творчеством
- 3) специализацией
- 4) мастерством

12. В группу общепедагогических умений входят такие умения, как

- 1) конструктивные
- 2) организаторские
- 3) общеучебные
- 4) коммуникативные
- 5) двигательные

13. Профессиональная направленность личности педагога включает в себя

- 1) профессиональные намерения и склонности
- 2) коммуникативные возможности
- 3) педагогическое призвание
- 4) общеучебные умения и навыки
- 5) интерес к профессии учителя

14. Основаниями для дифференциации специальностей педагогического профиля являются

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

15. Описание системы признаков, характеризующих ту или иную профессию, перечень норм и требований к работнику называется

- 1) должностной инструкцией
- 2) государственным образовательным стандартом
- 3) технологией
- 4) профессиограммой

16. Педагог, стремящийся к равноправному взаимодействию в воспитанниками и признающий их право на собственное мнение, имеет __ стиль педагогической деятельности

- 1) либеральный
- 2) авторитарный
- 3) демократический

	<p>4) конструктивный</p> <p>17. Демократический стиль управления предполагает</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сочетание коллегиальности и единоначалия 2) ведущую роль администрации 3) представление полной свободы подчиненным 4) использование административных методов <p>18. С учётом характера управления деятельностью студентов выделяют стили (один верный ответ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) авторитарный, демократический, либеральный 2) эмоционально-импровизационный, эмоционально-методический, рассуждающе-методический 3) индивидуалистический стиль, амбивалентный 4) копирующий стиль, ориентированный на результат <p>19. Стиль, при котором преподаватель ориентирован как на <i>процесс</i> так и на <i>результат</i> обучения (один верный ответ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) рассуждающе- методический 2) эмоционально-импровизационный 3) рассуждающе-импровизационный 4) эмоционально- методический <p>20. В процессе развития столкновения конфликтная ситуация всегда</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) возникает в процессе разрешения конфликта 2) предшествует конфликту, но не является его основой 3) предшествует конфликту, является его основой 4) возникает только при скрытом конфликте <p>21. Конфликт, при котором действующие лица стремятся реализовать в своей жизнедеятельности взаимоисключающие цели</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) внутриличностный 2) межличностный 3) межгрупповой 4) личностно-групповой <p>22. Преподаватель выступает как образец для подражания, подлежащий безусловному копированию, его стиль (один верный ответ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) «Сократ» 2) «Генерал» 3) «Менеджер» 4) «Мастер» <p>23. Низкая внутренняя конфликтность и самообвинение характерны для преподавателей со стилем (один верный ответ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) авторитарным 2) демократическим 3) либеральным 4) анархическим <p>24. К сигналам, предупреждающим конфликт относят</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кризис, недоразумение 2) инциденты, напряжение, дискомфорт 3) переутомление, неудовлетворённость 4) плохое настроение, ощущение ненужности <p>25. Стиль, при котором преподаватель ориентирован в основном на <i>результат</i> обучения (один верный ответ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) рассуждающе- методический 2) эмоционально-импровизационный 3) рассуждающее- импровизационный 4) эмоционально- методический
--	--

	<p>26. Система приёмов и способов организации и выполнения человеком своей работы (один верный ответ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стиль педагогической деятельности 2) стиль деятельности 3) управление общением 4) управление педагогическим общением <p>27. Состояние психологического напряжения побуждает к “атаке” или к “отступлению” от источника неприятных переживаний и наблюдается в стадии (один верный ответ)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) зарождения конфликта 2) созревания конфликта 3) осознания конфликта 4) разрешения конфликта <p>28. Какие действия педагога по изменению хода конфликта являются конфликтогенными</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) отложить решение конфликтной ситуации 2) компромиссные 3) репрессивные 4) агрессивные <p>29. Преднамеренный контакт (длительный или временный) педагога и воспитанников (воспитанника), следствием которого являются взаимные изменения в их поведении, деятельности и отношениях это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) педагогическое взаимодействие 2) педагогическое влияние 3) педагогическое воздействие 4) конфликт <p>30. Традиционный подход отождествляет педагогический процесс с деятельностью педагога и закрепляет</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) субъект-субъектные отношения педагога и учащегося 2) объект-субъектные отношения педагога и учащегося 3) субъект-объектные отношения педагога и учащегося 4) объект-объектные отношения педагога и учащегося <p>31. Последовательная, взаимообусловленная система действий педагога, связанных с применением той или иной совокупности методов воспитания и обучения, осуществляемых в педагогическом процессе с целью решения различных педагогических задач это</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) педагогическое взаимодействие 2) педагогический процесс 3) педагогическая технология 4) педагогическая система <p>Установите соответствие</p> <p>32. Группы педагогических умений</p> <table border="0"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">1. умения управлять собой</td> <td>А. владение своим телом</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Б. владение эмоциональным состоянием</td> </tr> <tr> <td>2. умения взаимодействовать</td> <td>В. организаторские</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Г. владение техникой контактного взаимодействия</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Д. дидактические</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Е. владение техникой речи</td> </tr> </table> <p>33. Уровни сформированности профессионально-педагогической культуры</p> <table border="0"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">1. внегуманитарный</td> <td>А. включение учебно-воспитательных взаимодействий в сферу профессионального и своего жизненного развития</td> </tr> <tr> <td>2. нормативный</td> <td>Б. создание системы своих взаимодействий с воспитанниками</td> </tr> </table>	1. умения управлять собой	А. владение своим телом		Б. владение эмоциональным состоянием	2. умения взаимодействовать	В. организаторские		Г. владение техникой контактного взаимодействия		Д. дидактические		Е. владение техникой речи	1. внегуманитарный	А. включение учебно-воспитательных взаимодействий в сферу профессионального и своего жизненного развития	2. нормативный	Б. создание системы своих взаимодействий с воспитанниками
1. умения управлять собой	А. владение своим телом																
	Б. владение эмоциональным состоянием																
2. умения взаимодействовать	В. организаторские																
	Г. владение техникой контактного взаимодействия																
	Д. дидактические																
	Е. владение техникой речи																
1. внегуманитарный	А. включение учебно-воспитательных взаимодействий в сферу профессионального и своего жизненного развития																
2. нормативный	Б. создание системы своих взаимодействий с воспитанниками																

	<p>3. технологический</p> <p>4. системный</p> <p>5. концептуальный</p> <p>34. Группы функций</p> <p>1. присущие многим сферам человеческой деятельности</p> <p>2. специфические педагогические</p> <p>Дополните высказывание</p> <p>35. Побуждение к действию, связанное с удовлетворением осознаваемой потребности субъекта и вызывающее его активность в деятельности, поведении, общении - _____</p> <p>36. Система саморегуляции деятельности, поведения и общения субъекта включает в себя потребности, мотивы, цель _____</p> <p>37. Относительно цельная мотивация, при которой потребности, мотивы и цели взаимосвязаны и взаимообусловлены - _____</p> <p>38. Способность к совершенствованию своих положительных качеств и преодоление отрицательных называют _____</p> <p>39. Та грань человека, которая отличает его от животного и социального мира, которая составляет его субъективный мир - _____</p> <p>40. Познающий и действующий человек, для которого характерно активное взаимодействие со средой, обмен влияниями: не только принятие ценностей среды, но и утверждение в ней своих взглядов, своего значения - _____</p> <p>41. Индивидуализированное отражение действительного отношения личности к тем объектам, ради которых развёртывается её деятельность, осознаваемое как «значение-для-меня» _____</p> <p>42. Педагогическое управление учебно-познавательной деятельностью обучаемых - _____</p> <p>43. Процесс количественных и качественных изменений в организме, интеллектуальной и духовной сфере человека, обусловленный влиянием внешних и внутренних, управляемых и неуправляемых факторов - _____</p> <p>44. Способность человека, проявляющаяся в обращении сознания на самоё себя; процесс самопознания субъектом внутренних психических актов и состояний - _____</p> <p>45. Оценка личностью самой себя, своих возможностей, качеств и места среди других людей - _____</p> <p>Выберите один или несколько правильных ответов</p> <p>46. В педагогической профессии выделяют следующие виды педагогической работы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Учебная 2) Воспитательная 3) Вожатская 4) Административная 5) Организаторская 6) Методическая 7) Внешкольная 8) Научно-исследовательская <p>47. К психотехническим умениям относят</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Владение собой, своим телом 	<p>В. поиск новых форм организации обучения и воспитания, технологий</p> <p>Г. принятие норм педагогической деятельности, не задумываясь о собственном отношении к ним</p> <p>Д. отрицание необходимости и возможности профессиональных смыслов своей деятельности, отставив только функции передачи ЗУН</p> <p>А. информационная</p> <p>Б. конструктивная</p> <p>В. организаторская</p> <p>Г. коммуникативная</p> <p>Д. гностическая</p> <p>Е. воспитательно-развивающая</p> <p>Ж. ориентационная</p> <p>З. мобилизационная</p> <p>И. исследовательская</p>
--	---	--

	<p>2) Владение способами релаксации для снятия физического и психического напряжения</p> <p>3) Владение способами эмоциональной саморегуляции</p> <p>4) Владение языковой грамотностью</p> <p>48. К умениям взаимодействовать в процессе решения педагогических задач относят</p> <p>1) диагностические умения</p> <p>2) владение мимикой</p> <p>3) умения целеполагания</p> <p>4) отбор и конструирование содержания, форм и методов обучения и воспитания</p> <p>5) организация педагогического взаимодействия</p> <p>6) умения обратной связи</p> <p>49. Способности, специфические для педагогической деятельности</p> <p>1) способность вести за собой</p> <p>2) возможность «заражать» и «заряжать» других своей энергией</p> <p>3) образованность</p> <p>4) организаторское чутьё</p> <p>5) способность учитывать психологические особенности обучаемого</p> <p>50. Основу компетенции составляют</p> <p>1) Знания как когнитивный компонент</p> <p>2) Умения</p> <p>3) Навыки</p> <p>4) Эмоции</p> <p>5) Ценностно-смысловое отношение к профессии</p>
--	--

2.3. Вопросы к зачету

<p><i>Б 1.Б.2 Педагогика</i></p>	<p>1) Педагогика. Медицинская педагогика. Цели и задачи дисциплины.</p> <p>2) Основные базовые категории медицинской дидактики.</p> <p>3) Медицинская педагогика и её роль в профессиональной деятельности врача</p> <p>4) Формирование коммуникативной компетентности современного врача</p> <p>5) Общее представление о процессе общения, его участниках</p> <p>6) Конфликтные и бесконфликтные коммуникации</p> <p>7) Вербальная коммуникация и взаимное влияние людей в процессе межличностного общения</p> <p>8) Конфликты</p> <p>9) Взаимоотношения врача, пациента и его родственников</p> <p>10) Взаимоотношения врача и среднего медицинского персонала</p> <p>11) Социальная и профилактическая педагогика в работе врача</p> <p>12) Значение в медицинской практике навыков и умения общения врача с пациентом.</p> <p>13) Понятие «педагогическое проектирование», принципы, этапы.</p> <p>14) Педагогическое проектирование систем разного уровня (занятие, модуль, школа).</p> <p>15) Требования к учебно-методическому обеспечению учебного процесса в ЛПУ (Школа ...).</p> <p>16) Подготовка врача-педагога к лекции</p> <p>17) Подготовка врача-педагога к семинару, практическому занятию.</p> <p>18) Организация и проведение занятий с пациентами.</p> <p>19) Организация и проведение занятий со средним медицинским персоналом.</p> <p>20) Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом.</p> <p>21) Мотивирование населения на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>22) Мотивирование пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>23) Мотивирование членов семей пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>24) Эффективное общение. Критерии и техники.</p>
---	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству эссе

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти или шести критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Содержание
	2. Аргументация
	3. Новизна
	4. Стиль
	5. Оформление
	6. Источники

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству Доклад

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) Ознакомительный уровень - четырем критериям Хорошо (4) Репродуктивный уровень -пяти критериям Отлично (5) Продуктивный уровень	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Аргументированность
	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ:	

-61 – 75% Удовлетворительно (3)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
- 76 – 90% Хорошо (4)	
-91-100	
Отлично (5)	

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
- четырем критериям Хорошо (4)	
-пяти или шести критериям Отлично (5)	

4. Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине

Формируемая компетенция	Наименование оценочного средства					
	текущий контроль					промежуточная/ итоговая аттестация
	Реферат (доклад, эссе)	Дискуссия	Тест	Творческое задание (индивидуальное/ групповое)	Проект	Зачёт
УК-1	+	+	+	+	+	+
УК-2	+	+	+	+	+	+
УК-3		+	+	+	+	+
ПК-9	+	+	+	+	+	+

3. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

3.1 Перечень вопросов для устного собеседования

<p>Б 1.Б.3 Медицина чрезвычайных ситуаций</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Определение и задачи Всероссийской службы медицины катастроф. 2. Организация Всероссийской службы медицины катастроф. 3. Служба медицины катастроф Министерства здравоохранения РФ. 4. Формирования и учреждения ВСМК. 5. Задачи и структура полевого многопрофильного госпиталя 6. Врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи. 7. Врачебно-сестринские бригады. 8. Понятие о лечебно-эвакуационном обеспечении в чрезвычайных ситуациях. 9. Понятие об этапе медицинской эвакуации. 10. Взаимодействие службы медицины катастроф с службой скорой медицинской помощи при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций. 11. Понятие о медицинской сортировке. 12. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика и современные подходы к лечению миоренального синдрома на этапах медицинской эвакуации. 13. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения минно-взрывной патологии на этапах медицинской эвакуации. 14. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения огнестрельных ранений на этапах медицинской эвакуации . 15. Повреждения внутренних органов при минно-взрывной патологии. 16. Минно-взрывная травма как причина политравмы. 17. Виды ионизирующих излучений. Биологическое действие ионизирующих излучений. Классификация радиационных поражений. 18. Классификация, клинические проявления, диагностика острой лучевой болезни от внешнего облучения. Медицинская помощь на этапах медицинской эвакуации. 19. Особенности острой лучевой болезни при внешнем неравномерном облучении. 20. Особенности радиационных поражений при воздействии нейтронного облучения. 21. Определение индивидуальных доз лучевого поражения. 22. Основные направления лечения острой лучевой болезни. 23. Классификация токсичных химических веществ и краткая характеристика групп. 24. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации. 25. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами пульмонотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации. 26. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами цитотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации. 27. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами общетоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации. 28. Принципы оказания медицинской помощи пораженным токсичными химическими веществами в условиях чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени. 29. Основные группы и схемы применения антидотов. 30. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
--	---

3.2 Банк тестовых заданий (с ответами)

<p>Б 1.Б.3 Медицина чрезвычайных ситуаций</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Всероссийская служба медицины катастроф – это: <ol style="list-style-type: none"> а. функциональная подсистема РСЧС; б. территориальная подсистема РСЧС; в. структурное подразделение МЧС; г. структурное подразделение Министерства здравоохранения РФ. 2. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» при работе в зоне ЧС
--	---

	<p>предназначен:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. для оказания первой помощи; б. для оказания первой врачебной помощи; в. для оказания квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи; г. для оказания специализированной медицинской помощи. <p>3. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. хирургическое отделение; б. травматологическое отделение; в. неврологическое отделение; г. нейрохирургическое отделение. <p>4. Переменная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. бригады доврачебной помощи; б. врачебно-сестринские бригады; в. бригады специализированной медицинской помощи; г. бригады экстренного реагирования. <p>5. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. бригады доврачебной помощи; б. врачебно-сестринские бригады; в. бригады специализированной медицинской помощи; г. бригады экстренного реагирования. <p>6. К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания пораженным первой врачебной помощи, относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. фельдшерские линейные бригады скорой медицинской помощи; б. врачебно-сестринские бригады; в. бригады специализированной медицинской помощи. <p>7. К формированиям службы медицины катастроф относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России»; б. «Территориальный центр медицины катастроф» субъекта РФ; в. бригады специализированной медицинской помощи; г. областная клиническая больница <p>8. Основной принцип организации лечебно-эвакуационного обеспечения в ЧС:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. централизация и децентрализация управления ЛЭО; б. максимальное приближение сил и средств медицинской службы к очагу массовых санитарных потерь; в. использование только стационарных многопрофильных лечебных учреждений. <p>9. Под этапом медицинской эвакуации понимают:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. лечебные учреждения для оказания пораженным амбулаторной медицинской помощи; б. медицинские учреждения, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для приема пораженных, медицинской сортировки, оказания им медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации; в. перевалочные транспортные базы, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для погрузки и транспортировки пораженных <p>10. В современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС принята:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. двухэтапная система ЛЭО; б. трехэтапная система ЛЭО; в. четырехэтапная система ЛЭО;
--	---

	<p>г. одноэтапная система ЛЭО.</p> <p>11. «Сокращение» объема того или иного вида медицинской помощи возможно: а. при подготовке этапа медицинской эвакуации к перемещению; б. при придании этапу медицинской эвакуации дополнительных сил и средств; в. при нарушении или невозможности эвакуации пострадавших. г. все вышеперечисленное верно.</p> <p>12. Объем первой врачебной помощи при огнестрельном ранении бедра: а. первичная хирургическая обработка раны, противошоковая терапия; б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения, серопротекция столбняка; в. обязательная замена защитной повязки, транспортная иммобилизация; г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.</p> <p>13. Объем квалифицированной помощи при огнестрельном ранении бедра: а. первичная хирургическая обработка, рыхлое тампонирование раны, противошоковая терапия; б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения; в. временная остановка кровотечения, обезболивание, транспортная иммобилизация; г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.</p> <p>14. Наиболее частое осложнение при переломе грудины: а. повреждение легких; б. пневмоторакс; в. гемоторакс; г. повреждение сердца.</p> <p>15. Для первичной хирургической обработки ран с продолжающимся кровотечением при оказании квалифицированной помощи пострадавших направляют: а. в операционную; б. в перевязочную в первую очередь; в. в перевязочную во вторую очередь; г. в госпитальное отделение для подготовки к эвакуации.</p> <p>16. Пострадавших с наложенным жгутом при оказании квалифицированной помощи направляют: а. в операционную; б. в перевязочную в первую очередь; в. в перевязочную во вторую очередь; г. в госпитальное отделение для подготовки к экстренной эвакуации.</p> <p>17. Куда следует направить пострадавшего с огнестрельной раной бедра без повреждения магистральных сосудов в декомпенсированной обратимой фазе шока при оказании квалифицированной помощи? а. в операционную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии; б. в перевязочную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии; в. в противошоковую для проведения противошоковой терапии, а затем в перевязочную для первичной хирургической обработки; г. в госпитальное отделение для проведения противошоковой терапии и последующей эвакуации.</p> <p>18. Симптом, характерный для перелома костей таза: а. гематома в области промежности; б. крепитация в области верхней трети бедра; в. императивный позыв на мочеиспускание; г. симптом «прилипшей пятки».</p>
--	---

	<p>19. В основе механизма токсического действия ФОС лежит:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. снижение синтеза ацетилхолина; б. инактивация холинэстеразы; в. активация холинэстеразы; г. повышение синтеза ацетилхолина. <p>20. Какое действие оказывает ФОС на рецепторы в начальных стадиях интоксикации:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. адреномиметическое; б. адренолитическое; в. холиномиметическое; г. холинолитическое. <p>21. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. прямое возбуждающее действие на холинорецепторы; б. снижение синтеза ацетилхолина; в. инактивация холинэстеразы; г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину. <p>22. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. замедляет освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны; б. снижение синтеза ацетилхолина; в. реактивация холинэстеразы; г. повышение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину. <p>23. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. усиленное освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны; б. снижение синтеза ацетилхолина; в. реактивация холинэстеразы; г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину. <p>24. Внесинаптическое действие ФОС:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе; б. ингибируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени); в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени); г. иммуностимулирующее. <p>25. Внесинаптическое действие ФОС:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени); б. иммунодепрессивное; в. тормозят перекисное окисление липидов; г. уменьшают проницаемость мембран. <p>26. Внесинаптическое действие ФОС:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе; б. активируют перекисное окисление липидов; в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени); г. иммуностимулирующее. <p>27. Внесинаптическое действие ФОС:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени); б. иммуностимулирующее; в. тормозят перекисное окисление липидов; г. повышают проницаемость мембран. <p>28. Отравление ФОС может возникнуть при поступлении токсиканта:</p> <ul style="list-style-type: none"> а. через кожу и слизистые оболочки; б. ингаляционно; в. через желудочно-кишечный тракт; г. при любом пути поступления.
--	--

29. Реактиватором холинэстеразы является:

- а. атропин;
- б. метацин;
- в. унитиол;
- г. дипироксим.**

30. Психоневротическая форма поражения ФОС относится к:

- 1. легкой степени поражения;
- 2. средней тяжести;**
- 3. тяжелой;
- 4. крайне-тяжелой.

31. К корпускулярным относятся излучения:

- а. рентгеновское, гамма-излучение;
- б. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны, ядра легких элементов, мезоны;**
- в. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны рентгеновское, гамма-излучение;
- г. гамма-излучение, протоны, альфа-частицы, нейтроны.

32. Бета-частицы (β^- , β^+) – это:

- а. поток нейтральных частиц с массой, равной массе протона (масса покоя 1,009 аем), обладающих большой проникающей способностью;
- б. коротковолновое электромагнитное излучение, аналогичное рентгеновским лучам, состоящее из потока элементарных частиц электрически нейтральных, не имеющих массы покоя и обладающих большой проникающей способностью в различные материалы и биологические ткани;
- в. поток электронов, имеющих отрицательный заряд -1 или положительный +1 и очень небольшую массу покоя, в 1840 раз меньше массы протона и способных проникать в биологические ткани на глубину 5-7 см;**
- г. поток ядер атома гелия, состоящих из двух протонов и двух нейтронов, имеющих массу покоя 4 аем и положительный заряд +2

33. Доза гамма- или гамма-нейтронного облучения, вызывающая при кратковременном облучении ОЛБ:

- а. 1 рад;
- б. 25 рад;
- в. 100 рад;**
- г. 50 рад.

34. К плотниоизирующим излучениям относят излучения ЛПЭ (линейная передача энергии) которых составляет:

- а. > 10 МэВ/мкм;
- б. < 10 кэВ/мкм;
- в. < 10 МэВ/мкм;
- г. > 10 кэВ/мкм.**

35. I степень ожога в результате действия светового излучения характеризуется:

- а. болезненными ощущениями, гиперемией, незначительным повышением температуры тела;**
- б. резкими болезненными ощущениями, выраженной гиперемией, наличием язв и некротических изменений кожных покровов, значительным повышением температуры тела;
- в. сильными болезненными ощущениями, гиперемией, наличием пузырей на коже, повышением температуры тела;
- г. поражением не только кожи, но глубжележащих тканей.

36. Последовательность стадий развития радиационного биологического эффекта:

- а. физическая, химическая, физико-химическая, стадия биологических

	<p>реакций; б. физическая, физико-химическая, химическая, стадия биологических реакций; в. стадия биологических реакций, физическая, физико-химическая, химическая; г.химическая, физико-химическая, физическая, стадия биологических реакций.</p> <p>37.Для III стадии пострadiационных изменений костного мозга характерно: а. системная регенерация костного мозга; б. короткий abortивный подъем миеокариоцитов; в. ранний некробиоз кроветворных клеток; г. опустошение костного мозга.</p> <p>38.Ранние изменения в миокарде определяются только при облучении в дозе: а. 10 Гр и выше; б. 5 Гр и выше; в. 1 Гр и выше; г. 30 Гр и выше.</p> <p>39.Церебральная форма ОЛБ развивается при поглощенной дозе: а. 10-20 Гр; б. 1-10 Гр; в. 20-80 Гр; г. свыше 80 Гр.</p> <p>40.Токсемическая форма ОЛБ характеризуется: а. гемодинамическими нарушениями; б. коллапсом непосредственно после облучения; в. признаками отека мозга; г. неврологических нарушениями.</p>
--	---

3.3 Банк ситуационных клинических задач

<p>Б 1.Б.3 Медицина чрезвычайных ситуаций</p>	<p>1. Задача №1. Во время ДТП бортом перевернувшегося автомобиля была придавлена левая голень средней трети. Извлечен через 5 часов. Определяется деформация и патологическая подвижность голени на уровне сдавления. Тактильная и болевая чувствительность ниже места сдавления сохранена. Возможны активные движения стопы.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи. 3. Эвакуационное предназначения пораженного. <p>Задача №2. Пострадавшая находится под обрушенным перекрытием здания 4 часа. Жалуетса на чувство распирания и жжения в правой руке. Под балкой находится правая рука чуть выше уровня локтя. Кожные покровы бледные, дыхание учащенное, пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт ст.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Сформулируйте диагноз. 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи. 3.Эвакуационное предназначения пораженного. <p>Задача №3. В результате автомобильной аварии нижние конечности водителя автомобиля оказались придавлены двигателем машины. В течение 4 часов</p>
--	---

освободить конечности не представлялось возможным. Кожные покровы больного бледные. Жалобы на слабость, тошноту. Пульс 100 уд в минуту. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. На передней поверхности бедер видны продольные вмятины от сдавливающих деталей двигателя.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 4. Пострадавший доставлен через 2 часа после ранения осколком снаряда в левую подлопаточную область. Положение на носилках вынужденное - полусидя. Беспокоен. Дыхание затрудненное, поверхностное - 32 в мин. Выраженная одутловатость верхней половины туловища, шеи и головы, при пальпации определяется крепитация. Над левой половиной грудной клетки определяется тимпанит. Средостение резко смещено вправо. Губы цианотичны. Кровохарканье. Из-под сбившейся в левой подлопаточной области повязки видна рана 3х2 см, присасывания воздуха нет. Пульс 110 в мин., АД - 90/50 мм рт. ст.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 5. Подорвался на mine. Доставлен через 2 часа после ранения. Сознание сохранено, стонет. Кожные покровы бледные. На лбу капли пота. Левая стопа оторвана. В нижней трети левой голени наложен кровоостанавливающий жгут, ниже которого повязка умеренно пропитанная кровью. Пульс 110 в мин, слабого наполнения. АД - 90/50 мм рт.ст.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 6. Пострадавший А доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Жалуется на общую слабость, тошноту, головную боль, жажду.

Непосредственно после взрыва возникла многократная рвота, затем потерял сознание на 20-30 мин. При осмотре заторможен, адинамичен, гиперемия лица, речь затруднена, частые позывы на рвоту. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения, тоны сердца приглушены. АД – 90/60 мм рт. ст., дыхание везикулярное.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 7. Пострадавший В доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Жалуется на общую слабость, головокружение, тошноту. Примерно через 1 час после облучения отмечалась повторная рвота, в очаге принял внутрь 2 таблетки этаперазина. При осмотре в сознании, незначительная гиперемия лица. Пульс 94 уд/мин, удовлетворительного наполнения, тоны сердца звучные, АД – 105/70 мм рт. Ст., дыхание везикулярное. Показания индивидуального дозиметра 2,7 Гр.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
- 3.Эвакуационное предназначения пораженного.

Задача № 8. Во время аварии на заводе с выбросом ТХВ с опозданием надел противогаз. Растерян, пассивен, не способен выполнить свои обязанности. На вопросы отвечает односложно. Жалуется на чувство тяжести в груди. Движения вялые, медленные.

1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Сонлив, безучастен, отвечает только на громкие вопросы. На лице выражение растерянности и недоумения. Зрачки узкие, саливация, чувство тяжести в груди.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. К окружающему безразличен, на вопросы

	<p>отвечает только при настойчивом их повторении. Лежит без движения, затем внезапно пытается подняться. Спросил: «Куда меня привезли?». Зрачки узкие, чувство тяжести в груди, саливация.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Сформулируйте диагноз. 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации. 3.Эвакуационное предназначения пораженного. <p>Задача № 9. Находясь в зараженной ТХВ зоне, с опозданием надел противогаз. Вскоре появились беспокойство, чувство сдавления грудной клетки и нехватки воздуха, затрудненное дыхание, перешедшее в удушье. Присоединились судороги клонического и тонического характера. Рвота, понос.</p> <p>1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Цианоз. Дыхание затрудненное с удлиненным выдохом и хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические клонические и тонические судороги. Зрачки узкие. Изо рта и носа слизистые выделения. Пульс 84 в минуту, мягкий, отмечаются нерегулярные экстрасистолы.</p> <p>КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Арефлексия. Миоз. Цианоз. Обильные слизистые выделения изо рта и носа. Дыхание затруднено, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Пульс 76 уд. в минуту, легко сжимаем, аритмичный. Тоны сердца ослаблены, выслушиваются экстрасистолы. Артериальное давление 95/55 мм.рт.ст.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Сформулируйте диагноз. 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации. 3.Эвакуационное предназначения пораженного. <p>Задача № 10. ОЧАГ. В химическом очаге появились беспокойство, чувство нехватки воздуха, а затем удушье. Присоединились судороги, потеря сознания. В противогазе. Маска разорвана.</p> <p>1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Резкий цианоз. Дыхание судорожное, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические тонико-клонические судороги. Зрачки сужены, изо рта обильное выделение слизи.</p> <p>КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. Доставлен в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Рвота, понос. Дыхание затруднено, периодически - удушье. Схваткообразные боли в животе. Кожа влажная. Зрачки узкие. Цианоз. Изо рта - обильное выделение пенистой жидкости, (пульс 68 в минуту, аритмичный, артериальное давление 85/50 мм.рт.ст.)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Сформулируйте диагноз. 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации. 3.Эвакуационное предназначения пораженного.
--	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
Удовлетворительно (3)	61 – 75
- 76 – 90%	76– 90

Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	91 – 100
--------------------------------------	----------

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	С – собеседование по контрольным вопросам
		Тесты	Задачи	Вопросы для собеседования
УК	1	1-40	1-10	1-30
ПК	3	19-27, 29-40	6-10	18-30
	7	12-40	1-10	12-16, 18-20, 22,24-30

	12	1-11,16,17	1-10	1-11
--	----	------------	------	------

4. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ»

4.1 Банк тестовых заданий (с ответами)

<p>Б 1.Б.4.1 Патологическая физиология</p>	<p>ВОПРОС N 1. Назовите признаки, характерные для вторичного абсолютного эритроцитоза:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Увеличение числа эритроцитов • Увеличение числа ретикулоцитов • Увеличение содержания гемоглобина • Повышение гематокрита • Повышение вязкости крови • Гиперплазия эритроидных элементов костного мозга • Лимфоцитоз • Моноцитоз <p>ВОПРОС N 2. Укажите состояния, сопровождающиеся эритроцитозом, не связанным с увеличением уровня эритропоэтина в плазме крови:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Болезнь Вакеза-Ослера • Горная болезнь. • Неукротимая рвота • Альвеолярная гиповентиляция • Карбоксигемоглобинемия • Тетрада Фалло <p>ВОПРОС N 3. У носителей аномального гемоглобина с повышенным сродством к кислороду развивается:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Анемия вследствие гемолиза эритроцитов • Эритропения • Эритроцитоз • Содержание эритроцитов в крови не изменяется • Анизоцитоз, пойкилоцитоз <p>ВОПРОС N 4. Назовите изменения, возникающие сразу после кровопотери:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Гематокрит в норме • Гематокрит увеличен • Гематокрит снижен • Количество эритроцитов в единице объема крови снижено • Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено • Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено • Количество гемоглобина в единице объема крови снижено • Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено • Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено • Объем циркулирующих эритроцитов снижен • Цветовой показатель повышен • Цветовой показатель понижен • Цветовой показатель в норме • Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен <p>ВОПРОС N 5. Назовите изменения, возникающие через 2-3 дня после</p>
---	---

кровопотери:

- Гематокрит в норме
- Гематокрит увеличен
- **Гематокрит снижен**
- **Количество эритроцитов в единице объема крови снижено**
- Количество эритроцитов в единице объема крови увеличено
- Количество эритроцитов в единице объема крови не изменено
- **Количество гемоглобина в единице объема крови снижено**
- Количество гемоглобина в единице объема крови увеличено
- Количество гемоглобина в единице объема крови не изменено
- **Объем циркулирующих эритроцитов снижен**
- Цветовой показатель повышен
- Цветовой показатель понижен
- **Цветовой показатель в норме**
- **Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов снижен**
- Объем циркулирующих тромбоцитов и лейкоцитов в норме

ВОПРОС N 6. Укажите нарушения, которые лежат в основе развития талассемии

- Нарушение синтеза порфиринов
- Дефицит железа.
- Нарушение синтеза гема
- **Нарушение синтеза цепей глобина**
- Все перечисленное верно

ВОПРОС N 7. Перечислите признаки, характерные для альфа-талассемии

- Анемия приобретенная
- **Анемия наследственная**
- **Анемия гипохромная**
- Анемия гиперхромная
- **Количество ретикулоцитов увеличено**
- Селезенка увеличена

ВОПРОС N 8. Верно ли утверждение, что гетерозиготные носители гена гемоглобина S легче переносят тропическую малярию, чем люди с нормальным содержанием гемоглобина:

- Да
- Нет

ВОПРОС N 9. Назовите причины метгемоглобинемии:

- Гемоглобинопатия S
- Гемоглобинопатия E
- **Гемоглобинопатия M**
- Гемоглобинопатия C
- **Дефицит цитохром альфа-редуктазы**
- Воздействие нитратов или нитритов
- **Воздействие анилиновых красителей**
- **Воздействие сульфаниламидов**

ВОПРОС N 10. Патология, каких отделов пищеварительного тракта приводит к нарушению всасывания железа и снижению его содержания в крови?

- **Желудок**
- Пищевод
- Ротовая полость
- **Двенадцатиперстная кишка**
- Толстая кишка
- **Проксимальный отдел тонкой кишки**

ВОПРОС N 11. Перечислите клинические признаки, которые могут наблюдаться при железодефицитной анемии:

- Слабость
- Повышенная утомляемость.
- Адинамия
- Миалгия
- Головокружение
- Глоссит
- Кариес
- Ангулярный стоматит
- Клойнихия (койлонихия)
- Снижение умственной и физической трудоспособности
- Тахикардия
- Нарушение глотания
- Гепатомегалия
- Ахлоргидрия
- Панкреатическая ахилия
- Спленомегалия
- Извращение вкуса и запаха

ВОПРОС N 12. Какой является железодефицитная анемия?

- Гипохромной
- Гиперхромной
- Микроцитарной
- Макроцитарной
- Гиперрегенераторной
- Гипорегенераторной
- Мегалобластической
- Нормобластической
- Гемолитической
- Дисэритропоэтической

ВОПРОС N 13. Высокий уровень железа в сыворотке крови характерен

- для талассемии
- для анемии при уремии
- для железорефрактерной анемии
- для аутоиммунной гемолитической анемии

ВОПРОС N 14. При B12-дефицитной анемии, наиболее выраженные изменения наблюдаются в следующих системах:

- В системе пищеварения
- В нервной системе
- В мочеполовой системе
- В эндокринной системе
- В выделительной системе
- В системе крови

ВОПРОС N 15. Перечислите основные изменения в периферической крови, характерные для B22-дефицитной анемии:

- Макроцитоз
- Микроцитоз
- Анизоцитоз
- Мегалоцитоз
- Пойкилоцитоз
- Базофильная пунктация эритроцитов
- Наличие в эритроцитах колец Кебота-Клайпа и телец Говел-Жолли.
- Гиперсегментация нейтрофилов.
- Лейкоцитоз
- Лейкопения
- Тромбоцитоз
- Тромбоцитопения

- Эритроцитоз
- Появление в крови эритробластов.
- Появление в крови миелобластов
- Сидеробластоз
- Мишеневидные эритроциты
- **Появление в крови мегалобластов**

ВОПРОС N 16. Назовите причины абсолютного эритроцитоза:

- Кессонная болезнь
- **Высотная болезнь**
- Несахарный диабет
- **Хронические обструктивные заболевания легких**
- Инфаркт печени
- **Синдром Пикквика**
- Эксикоз
- Хроническая надпочечниковая недостаточность
- **Свищи между ветвями легочной артерии и легочных вен**
- **Болезнь Иценко-Кушинга**
- **Врожденная метгемоглобинемия**
- **Локальная ишемия почки (поликистоз)**
- **Внутрисердечный сброс крови справа налево**
- **Гемангиобластома**

ВОПРОС N 17. Какой параметр необходимо использовать для дифференцировки относительных и абсолютных эритроцитозов:

- Количество ретикулоцитов в крови
- **Массу циркулирующих эритроцитов**
- Содержание эритропоэтина

ВОПРОС N 18. Какой фактор играет доминирующую роль в развитии анемии при раке желудка:

- **Хроническое кровотечение**
- Гемолиз эритроцитов
- Снижение всасывания железа
- Подавление эритропоэза факторами, выделяемыми опухолевыми клетками

ВОПРОС N 19. Для внутрисосудистого гемолиза эритроцитов характерны следующие признаки:

- Повышение уровня прямого билирубина в сыворотке крови
- **Повышение уровня непрямого билирубина в сыворотке крови**
- **Повышение содержания стеркобилиногена в кале**
- Снижение содержания стеркобилиногена в кале
- **Гемоглобинурия**
- Гематурия
- Увеличение селезенки
- **Анемия**
- Эритроцитоз
- **Ретикулоцитоз**
- Снижение количества ретикулоцитов в крови
- **Эритроидная гиперплазия костного мозга**

ВОПРОС N 20. Укажите изменения в периферической крови при анемии Минковского-Шафара:

- **Микросфероцитоз**
- **Цветовой показатель в норме**
- **Ретикулоцитоз**
- **Увеличено содержание непрямого билирубина**
- **Спленомегалия**
- **Понижение осмотической и кислотной резистентности**

	<p style="text-align: center;">эритроцитов</p> <ul style="list-style-type: none"> • Верного нет <p>ВОПРОС N 21. Назовите изменения в крови, возникающие при гемоглинопатиях, обусловленных носительством гемоглинонов со сниженным сродством к кислороду:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Po₂ снижено • Po₂ повышено • Po₂ в норме • SO₂ увеличено • SO₂ снижено • SO₂ в норме • Содержание дезоксигемоглинона повышено • Содержание гемоглинона снижено • Содержание гемоглинона в норме <p>ВОПРОС N 22. Перечислите основные критерии наличия железодофицитной анемии:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Снижение цветового показателя • Повышение цветового показателя • Микроцитоз • Макроцитоз • Уменьшение количества сидеробластов в пунктате костного мозга • Увеличение количества сидеробластов в пунктате костного мозга • Уменьшение содержания железа в сыворотке крови • Содержание железа в сыворотке крови не изменено • Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови • Снижение железосвязывающей способности сыворотки крови • Снижение выделения железа с мочой • Увеличение выделения железа с мочой • Увеличение содержания ферритина в сыворотке крови • Снижение содержания ферритина в сыворотке крови • Повышение содержания протопорфиринов в эритроцитах • Снижение содержания протопорфиринов в эритроцитах <p>ВОПРОС N 23. Укажите последовательность изменений, происходящих при железодофицитной анемии:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Снижение содержания гемоглинона и количества эритроцитов в крови • Снижение содержания ферритина в сыворотке крови и макрофагах • Снижение уровня сывороточного железа • Увеличение железосвязывающей способности сыворотки крови
--	--

4.2 Банк ситуационных задач

<p>Б 1.Б.4.1 Патологическая физиология</p>	<p style="text-align: center;">Задача №1 «Патология Гемостаза»</p> <p>Больная З., 13 лет, поступила в отделение гематологии с жалобами на носовое кровотечение, продолжающееся в течение 2 часов. Из анамнеза известно, что с 2-летнего возраста редко, не чаще 2-3 раз в год, отмечаются интенсивные носовые кровотечения. После начала менструаций, в возрасте 12 лет, стали отмечаться меноррагии. Девочка родилась от первой, нормально протекавшей беременности. Родители считают себя здоровыми, однако при подробном расспросе удалось выяснить, что отец в детстве страдал носовыми кровотечениями. При поступлении состояние ребенка средней тяжести. В обоих носовых ходах пропитанные кровью</p>
--	---

тампоны. Кожные покровы бледные, многочисленные экстрavasаты различной давности на нижних и верхних конечностях, туловище, встречаются петехии. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Слизистые полости рта чистые, по задней стенке глотки стекает кровь. Печень, селезенка не пальпируются. Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты – $3,1 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – $380 \times 10^9/л$, лейкоциты – $4,5 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с – 69%, э – 2%, л – 13%, м – 13%, СОЭ – 12 мм/час. Время кровотечения по Дьюку – 6 минут 30 секунд. Время свертывания по Ли-Уайту – 9 мин. Реакция кровяного сгустка: после 24 часов резко ослаблена, индекс ретракции 0,2. Агрегация тромбоцитов: под влиянием АДФ, адреналина, коллагена – ослаблена.

1. О каком заболевании можно думать? По какому типу наследования передается это заболевание?

2. Патогенез данного заболевания.

3. Перечислите функции тромбоцитов и их участие в гемостазе.

4. Виды тромбоцитопатий.

5. Принципы лечения тромбоцитопатий.

Задача №2

«Патология Гемостаза»

Больная А., 12 лет. Основные жалобы на носовые кровотечения. Данные анамнеза: в последнее время часто болела с повышением температуры до субфебрильных цифр, снизился аппетит, отмечалась быстрая утомляемость. При поступлении состояние тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, слизистых полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечаются незначительная кровоточивость десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум.

Общий анализ крови: Hb-72 г/л (N125-135 г/л), эритроциты- $2,8 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты- 0,2% (N2,3- 6,6%), тромбоциты- единичные (N-228-275 $\times 10^9/л$), лейкоциты- $1,3 \times 10^9/л$ (N6- $8 \times 10^9/л$), п/я - 1% (N1,3-2,6%), с-4% (N-53,5-61,6%), л-95% (N-27,5-38%), СОЭ- 35мм/ч (N-5-13,7мм/ч).

Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки отсутствуют, мегакарициты не найдены.

1. Какая форма патологии гемостаза у больной?

2. Приведите классификацию данного типа патологии по происхождению.

3. Укажите нарушения в системе гемостаза при данной патологии.

4. Укажите типы кровоточивости при геморрагических диатезах.

5. Терапия тромбоцитопений.

Задача №3

«Патология Гемостаза»

Больной О., 5 лет, доставлен в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боли и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда.

Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются обширные подкожные гематомы, несколько раз в год отмечаются кровотечения из носа. В возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитализации и проведения специфической терапии.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуеться на боль в коленном суставе, на ногу наступить не может. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях, на лбу крупные экстрavasаты. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтевого сустава имеется ограничение подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной в 4-летнем возрасте.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты – 3%, тромбоциты – $300 \times 10^9/л$, лейкоциты – $8,3 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с – 63%, э – 3%, л – 22%, м – 9%, СОЭ – 12 мм/час. Длительность кровотечения по Дьюку – 2 мин 30 сек. Время

свертывания крови по Ли-Уайту более 15 мин.

1. О каком заболевании у данного больного можно думать?
2. Какая фаза коагуляционного гемостаза страдает при данной патологии?
3. Объясните патогенез клинических проявлений заболевания.
4. Укажите лабораторные данные характерные для данной патологии.
5. Принципы терапии.

Задача №4

Больной Н. 35 лет доставлен в клинику с диагнозом: Термический ожог IIIА-Б степени 25%. Травма получена в быту 4 дня назад. При поступлении состояние больного тяжелое. В сознании, отмечаются проявления энцефалопатии (больной возбужден, суетлив), температура тела 38,8⁰С, кожные покровы бледные, прохладные, влажные. Дыхание поверхностное с ЧДД 28 в минуту, ослаблено в нижних отделах слева. АД 90/60 мм.рт.ст., ЧСС 118 в минуту. В анализе крови отмечается лейкоцитоз до 24*10⁹/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, а также анемия и тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка повышен.

1. На основании перечисленных признаков о присоединении каких патологических синдромов можно говорить?
2. Критерии диагностики данного патологического процесса?
3. В силу каких причин произошло присоединение осложнений ожоговой болезни и усугубление тяжелого состояния пациента?

Клинический случай (ИП)

Девочка Ш., 8 лет, поступила в I отделение Республиканской детской инфекционной больницы города С. 23.11.12 г. с жалобами на повышение температуры тела до 40 °С в течение 2 недель, появление вялости, снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: заболела остро 09.11.12 г., когда впервые температура тела повысилась до 39 °С, появились боль в горле, головная боль. Участковым врачом был поставлен диагноз: фолликулярная ангина, назначено симптоматическое лечение. Однако больная попрежнему продолжала лихорадить в пределах 39–40 °С, в связи с чем была госпитализирована в ЦРБ по месту жительства с диагнозом: лихорадка неясного генеза. Получила лечение: инфузионную терапию глюкозо-солевыми растворами, антибактериальную и симптоматическую терапию. Однако на фоне лечения сохранялась фебрильная лихорадка (38–38,5 °С), и 23.11.12 г. ребенок был переведен в Республиканскую детскую инфекционную больницу города С..

Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными не была. Контакт с больными туберкулезом отрицает. Привита по возрасту. Реакции Манту: 2005 г. — гиперемия 12 мм, 2006 г.— гиперемия 10 мм, 2007 г. — гиперемия 10 мм, в 2008–2009 гг. — не проводились, 2010 г. — гиперемия 12 мм, 2011 г. — гиперемия 12 мм, в 2012 г. — не проводилась.

Анамнез жизни без особенностей. Из перенесенных заболеваний отмечены нечастые эпизоды ОРВИ.

При поступлении общее состояние больной расценено как тяжелое, обусловленное интоксикационным синдромом. Температура тела 38,2 °С, частота дыхания 28/мин, частота сердечных сокращений 100/мин.

Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные.

Со стороны черепной иннервации без особенностей. Телосложение правильное, питание понижено. Костно-мышечная система без видимых деформаций. Тургор мягких тканей и эластичность кожи снижены. Периферические лимфоузлы: пальпируются все группы, размером 0,3 ´ 0,5 см в диаметре, эластической консистенции, подвижные, безболезненные.

Кожные покровы бледные, сыпи нет. Отмечается выраженная бледность носогубного треугольника. При осмотре ротоглотки отмечалась яркая гиперемия небных дужек, задней стенки глотки, налетов на миндалинах нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Носовое дыхание свободное. Перкуторно над легкими ясный легочный звук, аускультативно — жесткое дыхание, хрипы не

выслушиваются. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул оформлен. Мочевыделение свободное.

Диагноз при поступлении: лихорадка неустановленной этиологии, реконвалесцент после фолликулярной ангины.

Что касается оценки состояния как тяжелое, то оно было обусловлено не интоксикационным синдромом, основным проявлением которого была только лихорадка. Однако ее величина в пределах 38,2 °С для 8-летней девочки, при отсутствии других признаков, является не жизнеугрожающей, а скорее платой за неизвестность причины, вызвавшей такую температурную реакцию.

Лабораторное обследование представлено в табл. 1–3.

Таблица 1. Общий анализ крови в динамике

Дата	Нв	Эр.	Ц.п.	Тромб.	L	СОЗ	П.	С.	Л.	М.	Плазмат.	Эозинофилы
23.11	123	4,1	0,9		10,8	32	21	57	14	6	2	
29.11	124	4,0	0,9	245	9,7	37	7	65	20	6	2	
07.12	123	4,1	0,9		7,3	15	6	44	44	5		1
17.12	124	4,0	0,9		9,4	6	8	41	49	2		

Таблица 2. Биохимические исследования крови

Дата	Общий билирубин	Прямой	Непрямой	АЛТ	АСТ	Тимоловая проба	Мочевина	Креатинин
23.11	10	3	7	0,76	0,41	7,8	1,9	0,045
07.12	8	3	5	0,29	0,19	6,1		

Таблица 3. Оценка субпопуляции лимфоцитов в крови (%)

Показатели	У больной	Показатели у здоровых
T-лимфоциты (CD3 ⁺ CD19 ⁻)	86,2	Дети 5–10 лет: 57–80
T-хелперы/T-индукторы (CD4 ⁺ CD8 ⁻)	44,1	Дети 5–10 лет: 24–47
T-супрессоры/T-цитотоксические (CD4 ⁺ CD8 ⁺)	25,5	Дети 5–10 лет: 19–47
Иммунорегуляторный индекс	1,7	Дети: 0,05–2,25
Цитотоксические клетки (CD3 ⁺ CD56 ⁺)	12,5	3–8
NK-клетки	4,8	Дети 5–10 лет: 4–26
B-лимфоциты (CD3 ⁻ CD 19 ⁺)		Дети 5–10 лет: 10–26
Моноциты/макрофаги (CD14)	3,3	Дети 5–10 лет: 6–13
Общий лейкоцитарный антиген (CD45)	99,7	95–100

1. Бактериоскопия крови 23.11.12 и 24.11.12 — обнаружены грамположительные кокки.

2. Биохимические исследования крови представлены в табл. 2.

Ревмопробы: повышенные показатели Среактивного белка — 16,76 мг/л (норма для детей — до 10 мг/л).

Антистрептолизин О — менее 20 МЕ/мл (норма для детей — до 150,0 МЕ/мл).

Ревматоидный фактор — менее 10 МЕ/мл (норма для детей — до 14,0 МЕ/мл).

3. Толстая капля крови на малярию 23.11.12 г. — паразиты не обнаружены.

4. Бактериологические исследования: посев крови на стерильность 23.11.12 г. — стерил; посев крови на гемокультуру 23.11.12 г. — стерил.

5. Посев материала из зева на флору: выделен бетагемолитический стрептококк.

6. Бактериоскопия мокроты: КСП не обнаружены.

7. ИФА крови на ВИЧ от 26.11.12 г. — антитела к ВИЧ не обнаружены. ИФА крови на цитомегаловирус, герпетические вирусы 1-го и 2-го типа обнаружил повышенный титр IgM к цитомегаловирусу — 1,8 (положительный результат — более 1,1) и к герпетическим вирусам 1-го и 2-го типа — 2,77 (положительный результат — более 1,1).

ПЦР к вирусу Эпштейна — Барр положительная.

8. Общий анализ мочи: с/ж, прозрачная, плотность 1012, эритроциты 1–2 в п/зр, лейкоциты 0–1 в п/зр.

	<p>9. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты — $1,5 \cdot 10^6$/л, эритроциты — 0. 10. Копроцитограмма: коричневый, оформленный, патологических примесей нет.</p> <p>11. Анализ кала на яйца глистов — отрицательный. 12. Соскоб на энтеробиоз — отрицательный. 13. Посев кала на Д-группу — отрицательный. 14. Инструментальные обследования: — R-грамма ОГК — без особенностей; — эхокардиограмма — без патологии; — УЗИ органов брюшной полости и почек: в паренхиме печени обнаружены гипэхогенные очаги с максимальным размером в диаметре до 12 мм. В воротах печени — лимфоузлы диаметром 12 мм. В паренхиме селезенки гипэхогенные очаги с максимальным размером до 12 мм в диаметре; — КТ органов брюшной полости с в/в усилением: в селезенке на фоне паренхимы отмечается накопление контраста до 9,0 ед. Н, определяются гиподенсивные очаги плотностью около 60 ед. Н, без четких контуров, от 5 до 7 мм в диаметре, в количестве около 5.</p> <p>Заключение: изменения в селезенке можно расценивать как абсцедирование. <u>Ребенок консультирован:</u> — лор-врачом: патология не выявлена; — фтизиатром: инфицирование МБТ 5,4 Бк, что свидетельствует о наличии микобактерий туберкулеза в организме, лечения это состояние не требует, только наблюдения. — кардиологом: данных о бактериальном эндокардите и миокардите нет; — хирургом: данных об острой хирургической патологии нет; — иммунологом: перенесен острый инфекционный мононуклеоз; — гематологом: данных о лимфопролиферативном процессе нет.</p> <p style="text-align: center;">Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставить предварительный диагноз. 2. Назначить дополнительное обследование. 3. Определить (предположить) этиологию заболевания. 4. Объяснить патогенез развития данного заболевания. <p style="text-align: center;">Оценка качества решения ситуационных задач</p>
--	--

Шкала и критерии оценивания ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

4.3. Банк тем рефератов для самостоятельной работы

Б 1.Б.4.1 Патологическая физиология	<ol style="list-style-type: none"> 1. Патогенез травматического шока . 2. Патогенез геморрагического шока. 3. Патогенез хронического воспаления. 4. Современные представления о гипертонической болезни. 5. Алкоголизм, патогенез соматических расстройств. 6. Общие молекулярно-клеточные механизмы развития алкоголизма и наркомании.
--	---

	<ol style="list-style-type: none"> 7. Белки острофазного ответа в диагностике послеоперационных осложнений. 8. Лейкемоидные реакции, патогенез. 9. Лейкопении врожденные, приобретенные их патогенез. 10. Агранулоцитоз, механизмы развития. 11. Раневой процесс, механизмы развития. 12. Тромбоцитопении, патогенез. 13. Механизмы развития острой почечной недостаточности. 14. Механизмы развития мочевого синдрома. 15. Метаболический синдром, этиопатогенез. 16. Иммунодефицит. Классификация, патогенез В-клеточных иммунодефицитных заболеваний. 17. Острый панкреатит, Этиопатогенез. 18. Виды дискинезий желчных путей у детей. Аномалии развития желчных путей. 19. Желчекаменная болезнь. Этиопатогенез. 20. Цирроз печени, его стадии, показания к оперативному лечению 21. Острый живот у детей (аппендицит, перитонит, инвагинация кишки, спаечная болезнь). 22. Мочекаменная болезнь. Гемолитико-уремический синдром. 23. Дефект фагоцитоза, механизмы развития. 24. Геморрагический синдром. Патогенез.
--	--

Шкала и критерии оценивания рефератов

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

5.1. Банк ситуационных задач

Б 1.Б.4.2 Патологическая анатомия	<p>Ситуационная задача № 1.</p> <p>Больной М., 78 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивные боли за грудиной, иррадирующими в левую руку, слабость, головокружение. При осмотре: состояние больного тяжелое, АД 90/60 мм рт.ст., Ps 115-128 уд/мин, аритмичный, в легких множественные влажные разнокалиберные хрипы, на ЭКГ признаки мерцательной аритмии, острого трансмурального передне-бокового инфаркта миокарда. В анамнезе у больного: хронический бронхит, хронический калькулезный холецистит. На протяжении 6 сут. пребывания в стационаре отмечались рецидивирующие боли за грудиной, рецидивы отека легкого. На 7-е сутки внезапно появилась резкая слабость, интенсивные боли за грудиной, больной потерял сознание. При осмотре АД и Ps не определялись, реанимационные мероприятия - без эффекта, через 30 минут - констатирована биологическая смерть.</p>
--	--

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание: ИБС. Острый трансмуральный передне-боковой инфаркт миокарда. Кардиосклероз.

Осложнения: Мерцательная аритмия. Рецидивирующий отек легких. НИ.

Сопутствующие заболевания: Хронический бронхит. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит.

Данные вскрытия:

Мягкие мозговые оболочки и вещество мозга отечны, полнокровны. В плевральных полостях по 200 мл прозрачной, слегка желтоватой жидкости. Легкие: мягкой консистенции, на разрезах темно-красного цвета с бледно-розовыми, повышенной воздушности участками легочной ткани в передне-верхушечных отделах, с поверхностей разрезов стекает умеренное количество темной, слегка пенистой крови, стенки бронхов утолщены, выступают с поверхностей разрезов, в просветах - незначительное количество прозрачной слизи. В полости перикарда около 600 мл темно-красных желеподобных свертков крови и жидкой темной крови. Сердце массой 480 г, на передней поверхности сердца имеется разрыв, проникающий в полость левого желудочка, имеющее линейную форму, длиной до 1 см, с неровными, пропитанными кровью краями. Толщина передней и боковой стенок левого желудочка - 1,8 см. Задняя стенка левого желудочка истончена до 0,4 см, выбухает, на разрезах представлена белесоватой слоистой тканью на всю толщу стенки. Миокард передне-перегородочной области левого желудочка резко дряблый, желто-серого цвета с очаговыми кровоизлияниями темно-вишневого цвета, в области передней стенки - разрыв. Венечные артерии: на интима множество атеросклеротических бляшек, до 1/2-2/3 стенозирующих просвет артерий, в просвете межжелудочковой ветви левой венечной артерии - темно-красный, плотный сверток крови, полностью обтурирующий просвет артерии. На интима аорты множественные атеросклеротические бляшки с явлениями атероматоза и кальциноза. Печень: плотноватая, на разрезах ткань с рисунком типа мускатного ореха. Желчный пузырь: в просвете 6 плотных, темно-зеленых камней, стенка мягкая, толщиной до 0,7 см, на слизистой - желтоватые, шероховатые наложения. Почки: консистенция плотная, поверхность мелкозернистая, ткань на разрезах вишнево-синюшного цвета, граница между слоями выражена четко. Селезенка 380 г, плотная, на разрезах ткань темно-вишневого цвета, в соскобе - незначительное количество темной крови и пульпы.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.
4. Укажите механизм танатогенеза.
5. Перечислите возможные осложнения острого инфаркта миокарда.

Ситуационная задача № 2.

Больная К., 56 лет, утром чувствовала себя удовлетворительно. В середине дня стала жаловаться на зубную боль, правая щека распухла. Вечером обратилась к стоматологу поликлиники, был удален верхний 6-й зуб справа. После экстракции зуба больная ушла домой. В 3 часа ночи КСП доставлена в отделение лицевой хирургии с распухшей правой половиной лица и шеи, с температурой 40,1оС. К утру отечные ткани щеки и шеи обрели бескровно-синий оттенок, к вечеру - почти черный цвет, появился резко неприятный гнилостный запах. Анализ крови - умеренный лейкоцитоз, анализ мочи - протеинурия. Через 1,5 суток больная умерла.

Клинический диагноз: Саркома правой верхней челюсти? Гангрена мягких тканей правой щеки.

На вскрытии: Гнойный остеомиелит верхней челюсти. Множественные мелкие гнойники в легких, миокарде, почках, печени. Селезенка увеличена в 4 раза, дряблая, дает обильный соскоб. При бактериологическом исследовании крови из сердца обнаружен стафилококк.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.
2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.
3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и

патологоанатомического диагнозов.

4. Укажите механизм танатогенеза.

5. Перечислите клинико-морфологические формы смертельного осложнения.

Ситуационная задача № 3.

Больная Х., 63 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с умеренным количеством вязкой, прозрачной мокроты, отеки нижних конечностей. В отделении прогрессировали явления тотальной сердечной недостаточности. За несколько часов до смерти стала резко нарастать дыхательная недостаточность, больная посинела, гемодинамика - с тенденцией к гипотонии, впоследствии - снижении АД до 0, исчезновение пульса, потеря сознания, расширение зрачков. Реанимационные мероприятия - без эффекта.

Клинический диагноз: Рак нижней доли левого легкого. Правосторонняя бронхопневмония. Пневмосклероз. Фиброзно-очаговый туберкулез легких. ХИБС. Коронаросклероз. Недостаточность кровообращения III ст. Фибромиома матки.

На вскрытии: Диффузный пневмосклероз, эмфизема легких, стенки мелких и средних бронхов утолщены, выступают с поверхностями разрезом, слизистая бронхов гиперемирована, в просветах - вязкая слизь. В левой плевральной полости - 350 мл, в правой - 420 мл прозрачной бесцветной жидкости. В полости сердечной сумки - 200 мл прозрачной бесцветной жидкости, в брюшной полости 600 мл аналогичной жидкости. Печень: плотная, поверхность мелкобугристая, на разрезах ткань мелкоузлового строения с рисунком типа мускатного ореха. Сердце: толщина стенки правого желудочка - 0,9 см (N - 0,3-0,4 см), полости правого и левого сердца резко расширены, в области передней стенки левого желудочка обширный участок серо-желтого цвета, окруженный геморрагическим венчиком, в остальных отделах миокарда - множественные мелкие участки белесоватой соединительной ткани. В просветах долевых ветвей легочной артерии - свободно лежащие и обтурирующие просвет темно-красные, червеобразные, плотные, слоистые свертки крови. В просвете правой подколленной вены - плотные, слоистые, серо-красные свертки крови. В почках - множественные полости диаметром 0,3-0,7 см, заполненные прозрачной жидкостью. В матке - множественные миоматозные узлы.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.

2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.

3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.

4. Укажите механизм танатогенеза.

Ситуационная задача №4.

Больная С., 48 лет, доставлена в неврологическое отделение без сознания, в тяжелом состоянии, с правосторонней гемиплегией. АД 140/80 мм рт.ст. При люмбальной пункции получен ликвор, окрашенный кровью. Через сутки больная скончалась при падении сердечной деятельности.

Клинический диагноз: Ишемический инсульт в области подкорковых ядер левого полушария головного мозга. Атеросклероз аорты, сосудов головного мозга.

На вскрытии: Некоторое напряжение твердой мозговой оболочки головного мозга. Извилины мозга уплощены, борозды сглажены. Ткань мозга на разрезах полнокровная, набухшая. В области подкорковых узлов левого полушария опухоль 3x3 см, мягкая, без четких границ (гистологически - дедифференцированная астроцитома). Вокруг опухоли и в ее ткани кровоизлияние, с прорывом крови в желудочки мозга. Миокард буроватый, с мелкими прослойками соединительной ткани. Печень, селезенка, почки цианотичны, легкие - отечны.

Вопросы

1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз.

2. Заполните врачебное свидетельство о смерти.

3. Оцените: имеет место совпадение или расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов.

4. Укажите механизм танатогенеза.

	<p>Ситуационная задача № 5</p> <p>Больная М., 28 лет, поступила в стационар с явлениями нарастающей хронической почечной недостаточности, в течение 15 лет страдает сахарным диабетом 1-го типа. В последние 2 недели периодически отмечалась рвота «кофейной гущей», черный стул, одышка, кашель, повышение температуры до 37-38оС. Через 3-е суток пребывания в стационаре больная умерла.</p> <p>На вскрытии: поджелудочная железа резко уменьшена в размерах, ткань ее в хвостовой части практически полностью замещена жировой и соединительной тканью, гистологически: атрофия ткани поджелудочной железы, значительные поля соединительной и жировой ткани, значительное количество островков Лангерганса склерозировано, оставшиеся островки - с признаками гипертрофии. Почки: резко уменьшены в размерах, поверхность мелкозернистая, ткань дряловатая, на разрезах серо-розового цвета, граница между слоями не определяется. В пищеводе и желудке - явлениями эрозивно-язвенного гастроэзофагита, в легких - отек, отечная жидкость резко пахнет мочой, ткань легких плотная, серо-розовая на разрезах (гистологически - фибринозно-гнойная пневмония), головной мозг и мягкие мозговые оболочки - выраженный отек. Миокард и печень - явления белковой и жировой дистрофии.</p> <p>Вопросы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз. 2. Заполните врачебное свидетельство о смерти. 3. Укажите механизм танатогенеза. <p>Ситуационная задача № 6</p> <p>Больной Н., 42 лет поступил в стационар с жалобами на сильную головную боль, головокружение, боли в сердце, «мелькание мушек» перед глазами, отмечал кратковременную потерю сознания, повышение температуры тела до 38 оС. В течение 20 лет страдает хроническим гломерулонефритом, характерно: повышение артериального давления, белок и эритроциты в моче (периодически), отеки, в анамнезе - хронический бронхит, язва желудка. Через 3 сут больной у больного развились: правосторонний паралич, афазия, в последующем - мозговая кома и смерть больного.</p> <p>На вскрытии: ткань левой височной доли обильно пропитана кровью, размягчена, в желудочка мозга - жидкая кровь. Сердце увеличено: масса до 550 г, толщина стенки левого желудочка - 2,5 см. Почки: резко уменьшены в размерах, плотные, поверхность мелкозернистая, на разрезах серовато-красного цвета, с легким крапом по поверхности разрезах коркового слоя (гистологически: хронический гломерулонефрит, склероз клубочков и стромы - нефросклероз). В желудке - хроническая язва вне обострения. В легких - явления хронического бронхита вне обострения, умеренно выраженный пневмосклероз, эмфизема легких.</p> <p>Вопросы</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте патологоанатомический диагноз. 2. Заполните врачебное свидетельство о смерти. 3. Укажите механизм танатогенеза.
--	--

Оценка качества решения ситуационных задач

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	6. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	7. Знание алгоритма решения
	8. Уровень самостоятельного мышления
	9. Аргументированность решения
	10. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей

5.2. Перечень вопросов к зачету по дисциплине «Патологическая анатомия»

<p>Б 1.Б.4.2 Патологическая анатомия</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Задачи, методы клинической патологической анатомии. 2. Структура патолого-анатомической службы. 3. Методы патологической анатомии. 4. История развития прозекторской службы в России. 5. Организация работы и документация патологоанатомического отделения. 6. Порядок вскрытия трупов в стационарах ЛПУ. Приказ о порядке проведения патолого-анатомических вскрытий. 7. Контингенты трупов лиц, подлежащих судебно-медицинскому и патолого-анатомическому вскрытию. 8. Техника патолого-анатомического вскрытия. 9. Первоначальная причина смерти. 10. Общие принципы заполнения "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» в соответствии с МКБ-10. 11. Правила оформления и выдачи "Медицинского свидетельства о смерти" и «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти». 12. Порядок оформления протокола патолого-анатомического вскрытия. 13. Учение о диагнозе. Принципы построения диагноза. Принципы формулирования заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов. 14. Основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания – определение, место в структуре диагноза. "Вторые болезни". 15. Влияние на танатогенез осложнения основного заболевания и сопутствующих болезней. 16. Комбинированное основное заболевание: конкурирующие, сочетанные заболевания, фоновые заболевания. 17. Патолого-анатомический эпикриз. 18. Принципы клинико-морфологических сопоставлений в аспекте оценки качества прижизненной диагностики и лечения (основы патолого-анатомической экспертизы). 19. Сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. 20. Определение, категории и основные причины расхождений заключительного клинического и патолого-анатомического диагнозов. 21. Положения о клинико-анатомических конференциях, комиссии по изучению летальных исходов и лечебно-контрольной комиссии. 22. Биопсии: виды, значение, место в современной патологической анатомии. Методы взятия биоптатов. 23. Методы фиксации биопсийного и операционного материала. Правила заполнения направления на патогистологическое исследование. 24. Принципы и методы исследования биоптатов, операционного материала, последов, правила направления этих материалов в патогистологическую лабораторию. 25. СВО, признаки. Сравнительная патоморфологическая характеристика различных форм сепсиса. 26. Морфологическая характеристика заболеваний терапевтического профиля
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии	<ol style="list-style-type: none"> 1.Краткость 2.Ясная, четкая структуризация материала, логическая

- трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	последовательность в изложении материала 3.Содержательная точность, то есть научная корректность 4.Полнота раскрытия вопроса 5.Наличие образных или символических опорных компонентов 6.Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
---	--

5.3 Темы рефератов

Б 1.Б.4.2 Патологическая анатомия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Значение современных морфологических методов исследования. 2. Роль патолого-анатомической службы в обеспечении качества диагностики и улучшения лечебно-диагностической работы. 3. Повышение роли патолого-анатомических вскрытий на современном этапе развития здравоохранения. 4. Принципы формулировки заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов. 5. Сличение диагнозов. Причины и категории расхождения диагнозов. 6. Международная классификация болезней и ее применение при оформлении диагноза 7. Современные методы изучения биоптата. 8. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Побочные эффекты лекарственной терапии. 9. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Инструментально - диагностические ятрогении. 10. Ятрогении. Патологоанатомическая диагностика и классификация ятрогений. Хирургические и наркозно - анестезиологические ятрогении. Особенности формулировки диагноза в случаях смерти при операционном вмешательстве. 11. Патоморфоз острого инфаркта миокарда при стандартной консервативной терапии. 12. Патологическая анатомия изменений в сердце при хронической сердечной недостаточности. 13. Сравнительная характеристика слизистой оболочки желудка при различных вариантах хронического гастрита. 14. Сравнительная характеристика слизистой оболочки бронхов при различных типах воспаления дыхательных путей. 15. Структурно - функциональные изменения сердца при хронической обструктивной болезни легких. 16. Сепсис и его формы. Патоморфологические изменения при различных формах сепсиса.
--	--

Критерии и шкала оценивания

Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1.Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

6. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ»

6.1 Перечень вопросов для устного собеседования

Б 1.Б.5.1 Раздел 1 «Общие вопросы клинической фармакологии»	<ol style="list-style-type: none"> 1. Значение фармакокинетики для выбора препаратов и определения режима их дозирования: путь введения, всасываемость, биодоступность, биоэквивалентность, связь с белками, объем распределения, метаболизм, период полувыведения, клиренс, пути и скорость выведения. 2. Основные фармакокинетические параметры: биодоступность, период полувыведения, равновесная концентрация, клиническое значение. Терапевтический лекарственный мониторинг: его значение. 3. Понятие о фармакодинамике. Спектр и широта терапевтического действия, терапевтический индекс. 4. Особенности клинической фармакологии у пациентов категории риска (период новорожденности, дети, беременные и лактирующие женщины, пожилые люди, люди с тяжелыми сопутствующими заболеваниями). 5. Современная номенклатура лекарственных препаратов, типы названий, примеры. Типовая фармакологическая статья: содержание, практическое значение. 6. Оригинальные и генерические лекарственные препараты. 7. Индукторы и ингибиторы цитохрома Р-450, значение для рационального назначения ЛС. 8. Фармакогенетика и фармакогеномика, роль генетических факторов в развитии фармакологического ответа. Показания к фармакогенетическому тестированию. 9. Понятие о фармакологическом (фармакокинетическом и фармакодинамическом) и фармацевтическом взаимодействии лекарственных средств. Принципы рационального комбинирования ЛС. 10. Нежелательные лекарственные реакции. Методы их выявления, профилактика и коррекция. Зависимость НЛР от показаний, пути введения, дозы, длительности применения лекарств, возраста больных. 11. Общие принципы оценки эффективности и безопасности применения ЛС у больных. 12. Фармаконадзор. Выявление и регистрация НЛР. Показания для заполнения карты экстренного извещения. 13. Алгоритм выбора рациональной фармакотерапии в нефрологии. 14. Понятие о доказательной медицине, ее принципы, уровни доказательности, практическое значение. 15. Клинические испытания, виды и фазы клинических испытаний. Понятие о «качественной клинической практике» (GCP). 16. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ, использование их результатов в клинической практике. 17. Рациональные подходы к работе с источниками медицинской информации.
--	--

Б 1.Б.6.2 Раздел
2 «Частные
вопросы
клинической
фармакологии»

18. Механизм действия ненаркотических анальгетиков, особенности их фармакологических эффектов.
19. Классификация НПВС в зависимости от химической структуры, длительности и селективности действия. Анальгетики - антипиретики.
20. Препараты и особенности эффектов каждой группы НПВС. Показания к назначению ненаркотических анальгетиков.
21. Противопоказания для применения и побочные эффекты ненаркотических анальгетиков.
22. Механизм действия, применение, побочные эффекты наркотических анальгетиков. Принципы выбора данных средств.
23. Выбор обезболивающих средств, режима их дозирования, способа введения в нефрологии.
24. Методы оценки эффективности и безопасности обезболивающих препаратов. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных реакций.
25. Возможные взаимодействия обезболивающих препаратов при комбинированном их назначении с препаратами других групп.
26. Фармакодинамика и фармакокинетика глюкокортикоидов, геномное и негеномное действие глюкокортикоидов.
27. Классификация глюкокортикоидов для системного и местного применения.
28. Лекарственные взаимодействия глюкокортикоидов.
29. Показания и противопоказания к применению глюкокортикоидов в нефрологии. Глюкокортикоиды при неотложных состояниях.
30. Нежелательные лекарственные реакции при системном и местном применении глюкокортикоидов; меры профилактики и контроля нежелательных лекарственных реакций, вызываемых глюкокортикоидами.
31. Понятие об эмпирической антимикробной терапии (АМТ). Правила эмпирического назначения антимикробных препаратов (АМП), выбор дозы, кратности и пути введения.
32. Понятие об этиотропной АМТ, выбор АМП, дозы и пути введения.
33. Сроки и методы клинической и параклинической оценки эффективности АМТ, возможные причины ее неэффективности.
34. Последствия нерационального применения АМП
35. Классификация АМП. Основы фармакокинетики и фармакодинамики АМП, активных в отношении грамм(+)кокков и грамм(-) бактерий.
36. Активность АМП в отношении основных возбудителей инфекций в нефрологической практике с учетом текущих тенденций антибиотикорезистентности.
37. Общие подходы к стартовой эмпирической АМТ инфекций полости рта.
38. Общие подходы к смене АМТ при неэффективности стартовой.
39. Особенности АМТ у детей, беременных, пациентов с нарушениями функции почек.
40. Общие подходы к антимикробной профилактике в нефрологии.
41. Принципы выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови в нефрологической практике.
42. Методы оценки эффективности и безопасности, основные методы лабораторного контроля при применении антикоагулянтов, антиагрегантов.
43. Диагностика, коррекция и профилактика нежелательных лекарственных реакций антикоагулянтов, антиагрегантов.
44. Принципы рационального выбора ЛС влияющих на свертывающую систему крови для профилактики тромбозов и тромбэмболий.
45. Выбор гемостатических препаратов в нефрологии.
46. Рациональная фармакотерапия коллапса, гипертонического криза, приступа стенокардии.
47. Выбор препаратов в лечении судорожного синдрома.
48. Анафилактический шок, этиология, диагностика, неотложная помощь, профилактика.
49. Классификация противогриппозных препаратов, фармакодинамика, фармакокинетика, особенности применения, побочные эффекты. Рациональная фармакотерапия гриппа.
50. Герпес. Классификация. Клиника. Клиническая фармакология противогерпетических препаратов. Применение в практике врача акушера-гинеколога.
51. Вирус иммунодефицита человека. Патогенез, эпидемиология СПИДа.

	<p>Классификация антиретровирусных препаратов. Особенности профилактики и лечения ВИЧ инфекции.</p> <p>52. Системные и местные противогрибковые препараты: особенности фармакокинетики и фармакодинамики, НПР. Межлекарственные взаимодействия, выбор противогрибковых препаратов в нефрологической практике.</p> <p>53. Клиническая фармакология вакцин. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Прелицензионная стадия испытания вакцин. Постлицензионный контроль качества вакцин. Мониторинг побочного действия вакцин. Общие и местные побочные реакции вакцин. Поствакцинальные осложнения.</p> <p>54. Классификация иммунофармакологических средств. Основные фармакологические эффекты и механизм действия иммуномодуляторов микробного, растительного и синтетического происхождения, иммунорегуляторных пептидов, препаратов цитокинов и нуклеиновых кислот. Применение в практике врача-нефролога.</p> <p>55. Клиническая фармакология интерферонов и их индукторов. Основные фармакологические эффекты и механизм действия. Фармакокинетика. Побочные эффекты. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Доказательная база применения данной группы препаратов в нефрологической практике. Общие принципы фармакотерапии болевого синдрома. Клиническая фармакология средств для местной и общей анестезии.</p> <p>56. Современные принципы и стандарты лечения болевого синдрома. Клиническая фармакология ЛС, применяемых при болевых синдромах.</p> <p>57. Боль, определение, ее защитная роль. Возможные направления купирования боли.</p>
--	--

6.2 Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Назовите предмет изучения каждого раздела клинической фармакологии. 2. Дайте определение перечню ЖНВЛП, место в современной фармакотерапии. 3. Перечислите методы фармакоэпидемиологического анализа. 4. Дайте характеристику методам фармакоэкономического анализа. 5. Дайте определение понятию фармакогенетики и фармакогеномики. 6. Что представляют собой генетические факторы, влияющие на фармакологический ответ. 7. Что такое фармакогенетический тест и его практическое применение. 8. Основные фармакокинетические процессы и их механизмы. 9. Основные фармакокинетические параметры и их клиническое значение. 10. Принципы расчета и выбора доз лекарственных средств, факторы, влияющие на выведение лекарственных средств. 11. Методы определения лекарственных средств в биологических жидкостях, принципы организации деятельности лаборатории клинической фармакокинетики в многопрофильном стационаре. 12. Особенности фармакокинетики при применении ЛП с модифицированным высвобождением, принципы выбора ЛП с модифицированным высвобождением. 13. Представление о биоэквивалентности, ее значение для экспертизы генерических ЛС, принципы их выбора. 14. Методологию проведения терапевтического лекарственного мониторинга (показания, клиническое значение, интерпретация результатов). 15. Дайте определение понятия фармакодинамика. 16. Перечислите мишени, на которые действуют ЛС, типы связей, а также виды взаимодействия мишени с лигандом. 17. Охарактеризуйте виды рецепторов, дайте определение понятиям агонист, антагонист, частичный агонист, приведите примеры. 18. Перечислите виды фармакологического ответа, приведите примеры. 19. Дайте определение понятия взаимодействие ЛС. 20. Перечислите виды межлекарственного взаимодействия. 21. Укажите механизмы фармацевтического взаимодействия, приведите примеры.
---	---

	<p>22. Укажите механизмы фармакокинетического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>23. Укажите механизмы фармакодинамического взаимодействия, приведите примеры.</p> <p>24. Определите механизмы лекарственных средств с пищей, алкоголем, компонентами табачного дыма, фитопрепаратами, приведите примеры.</p> <p>25. Дайте определение понятию НЛР и нежелательное явление, серьезная побочная реакция.</p> <p>26. Дайте характеристику типам НЛР, приведите примеры.</p> <p>27. Укажите факторы риска развития НЛР.</p> <p>28. Что такое фармаконадзор, определите его задачи и органы оповещения о НЛР.</p> <p>29. Показания и правила заполнения карты экстренного извещения о развившейся НЛР.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>30. КФ глюкокортикостероидов. Основные фармакодинамические эффекты СКС, показания, проитвопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции СКС, контроль безопасности.</p> <p>31. Правила назначения и выбор дозы СКС, варианты фармакодинамической терапии.</p> <p>32. КФ НПВС. Основные фармакодинамические эффекты, особенности фармакокинетики, показания, проитвопоказания к назначению, основные нежелательные лекарственные реакции, профилактика развития, контроль безопасности.</p> <p>33. Правила назначения и выбор НПВС, варианты фармакодинамической терапии.</p> <p>34. Клиническая фармакология наркотических анальгетиков, показания, побочные эффекты и их профилактика.</p> <p>35. Классификация химиотерапевтических средств. Антибиотики. Механизмы действия антибиотиков. Понятие о бактерицидном и бактериостатическом действии. Понятие об основных и резервных антибиотиках. Осложнения при антибиотикотерапии, профилактика, лечение.</p> <p>36. Механизмы антибиотикорезистентности. Мероприятия по предупреждению развития антибиотикорезистентности.</p> <p>37. Бета-лактамы антибиотиков. Классификация. Антибиотики группы пенициллина. Классификация. Спектр действия различных групп. Механизмы действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>38. Комбинированные препараты полусинтетических пенициллинов с ингибиторами β-лактамаз, показания к применению.</p> <p>39. Цефалоспорины. Классификация. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>40. Карбапенемы. Механизм действия. Спектр действия. Показания к применению. Побочные действия. Сочетание с ингибиторами дипептидаз.</p> <p>41. Макролиды и азалиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>42. Аминогликозиды. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>43. Гликопептиды. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>44. Сульфаниламидные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия. Комбинированное применение сульфаниламидов с триметопримом.</p> <p>45. Производные 8-оксихинолина, нитрофурана, хиноксалина. Спектры антимикробной активности. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>46. Производные хинолона. Классификация. Фторхинолоны. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные действия.</p> <p>47. Противогриппозные препараты. Классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>48. Противогерпетические препараты, классификация. Спектр действия. Механизм действия. Показания к применению. Побочные эффекты.</p> <p>49. Противогрибковые препараты системного действия: классификация</p>

	<p>показания к применению, побочные эффекты, межлекарственные взаимодействия.</p> <p>50. Цели фармакотерапии при коррекции нарушений гемостаза. Оценка эффективности и безопасности терапии.</p> <p>51. Выбор препаратов с целью профилактики развития и лечения артериальных и венозных тромбозов.</p> <p>52. Выбор препаратов с целью профилактики и лечения кровотечений в нефрологии.</p> <p>53. Специфические антитоды при передозировке препаратов, влияющих на гемостаз, и принципы коррекции возникших НЛР.</p> <p>54. Алгоритм оказания помощи при тромбоэмболиях различных локализаций.</p> <p>55. Антигистаминные препараты: классификация, показания к назначению. Побочные эффекты.</p> <p>56. Значимые патогены для инфекции полости рта, выбор эмпирической терапии.</p> <p>57. Клиническая фармакология гипотензивных средств: классификация, механизм действия, показания к применению, выбор препаратов.</p> <p>58. Препараты, влияющие на афферентное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p> <p>59. Местноанестезирующие средства. Виды местной анестезии (терминальная, инфильтрационная, проводниковая). Классификация местноанестезирующих средств по особенностям их применения и действия. Механизмы местноанестезирующего эффекта.</p> <p>60. Препараты, воздействующие на центральное звено рефлекторной дуги при болевой реакции.</p>
--	--

6.3 Банк тестовых заданий (с ответами)

<p>Б 1.Б.6.1 «Общие вопросы клинической фармакологии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Областью изучения клинической фармакологии являются:</u> <ol style="list-style-type: none"> A) Фармакокинетика и фармакодинамика у здорового и больного человека. B) Фармакокинетика и фармакодинамика у больного человека. C) Фармакокинетика и фармакодинамика у интактных животных и в условиях экспериментальных моделей заболевания. D) Клинические испытания лекарственных средств. 2. <u>Основной целью фармакоэкономического анализа является:</u> <ol style="list-style-type: none"> A) Выбор наиболее дешевого вида терапии. B) Выбор оптимального вида терапии в отношении стоимости и результата. C) Выбор наиболее эффективного вида терапии. D) Получение максимальной прибыли от продажи лекарств. 3. <u>Лекарственная форма это:</u> <ol style="list-style-type: none"> A) Придаваемое лекарственному средству удобное для применения состояние, при котором достигается необходимый лечебный эффект. B) Лекарственное средство в виде определённой лекарственной формы. C) Фармакологическое средство, разрешённое соответствующим органом страны в установленном порядке для применения с целью лечения, профилактики и диагностики заболеваний у человека или животного. 4. <u>К методам фармакоэкономического анализа не относятся:</u> <ol style="list-style-type: none"> A) Метод затраты-эффективность. B) Метод затраты-прибыль. C) Метод затраты-полезность. D) Метод затраты-выгода 5. <u>Фармакогеномика отличается от фармакогенетики тем, что :</u> <ol style="list-style-type: none"> A) Изучает влияние носительства отдельных аллелей на фармакологический ответ больного. B) Изучает влияние всего генома больного на фармакологический ответ.
--	---

	<p>С) Для внедрения в практику требует ДНК-чипов. D) Не требует изучения генотипа больного.</p> <p>6. <u>В основе генетических особенностей пациентов, влияющих на фармакологический ответ, чаще всего лежит:</u> A) Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих ферменты биотрансформации и транспортеров. B) Однонуклеотидные полиморфизмы генов, кодирующих молекулы-мишени. C) Хромосомные aberrации. D) Хромосомные транслокации.</p> <p>7. <u>Клиническое значение для индивидуализации фармакотерапии имеют исследования генетического полиморфизма:</u> A) CYP2D6. B) CYP3A4 C) CYP2C9 D) CYP2C19</p> <p>8. <u>Полиморфизм генов системы биотрансформации и транспортеров у больного можно определить методом :</u> A) Иммуноферментного анализа. B) Иммунофлюоресцентного анализа. C) ПЦР. D) Высокоэффективной жидкостной хроматографии.</p> <p>9. <u>У носителей (гомозиготных или гетерозиготных) полиморфного маркера CYP2C9*3 активность изофермента цитохрома P450 2C9:</u> A) Высокая B) Нормальная C) Низкая</p> <p>10. <u>Биодоступность ЛС это:</u> A) Доля препарата, попавшая в кровоток при внесосудистом введении, к его количеству после внутривенного введения. B) Часть дозы ЛС, поступившая в системный кровоток из места введения. C) Доля испытуемого генерического препарата, попавшая в кровоток из места введения по отношению к оригинальному препарату сравнения.</p> <p>11. <u>Нагрузочная доза препарата (LD) необходима:</u> A) Для сохранения максимально допустимой концентрации в плазме крови. B) Для постепенного достижения равновесной концентрации препарата. C) Для уменьшения риска развития побочных эффектов препарата. D) Для быстрого достижения равновесной концентрации препарата.</p> <p>12. <u>При фармакокинетическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:</u> A) всасывание; B) распределение; C) метаболизм (биотрансформация); D) выведение; E) все вышеперечисленные.</p> <p>13. <u>При фармакодинамическом взаимодействии одно лекарственное средство влияет на такие процессы другого, как:</u> A) всасывание; B) распределение; C) метаболизм (биотрансформация); D) выведение; E) механизм действия.</p> <p>14. <u>Не всасывающиеся комплексные соединения образуют с препаратами кальция, магния, железа, цинка, висмута следующие лекарственные средства:</u> A) макролиды;</p>
--	---

- В) фторхинолоны;
С) тетрациклины;
Д) все вышеперечисленные.

15. Межлекарственного взаимодействия при всасывании, развивающегося по механизму образования не всасывающихся соединений, можно полностью избежать при назначении лекарственных средств с интервалом в:

- А) 30 мин;
В) 1 час;
С) 2 ч и более;
Д) избежать нельзя.

16. Всасывание лекарственных средств, метаболизирующихся под действием нормальной микрофлоры кишечника, при их совместном применении с антибиотиками:

- А) угнетается;
В) усиливается;
С) не изменяется.

17. Всасывание лекарственных средств, при их совместном применении препаратами, повышающими моторику ЖКТ:

- А) угнетается;**
В) усиливается;
С) не изменяется.

18. Всасывание лекарственных средств, являющихся субстратами гликопротеина-Р при их совместном применении с препаратами-ингибиторами гликопротеина-Р:

- А) угнетается;
В) усиливается;
С) не изменяется.

19. Метаболизм лекарственного средства, являющегося субстратом определенного фермента биотрансформации, при их совместном применении с препаратами-ингибиторами:

- А) угнетается;**
В) усиливается;
С) не изменяется.

20. Выведение лекарственных средств, являющихся слабыми кислотами, при их совместном применении с препаратами, повышающими рН мочи:

- А) угнетается;
В) усиливается;
С) не изменяется.

21. При одновременном применении с молоком угнетается всасывание, вследствие образования не всасывающихся хелатных соединений следующих лекарственных средств:

- А) пенициллины;
В) тетрациклины;
С) фторхинолоны;
Д) макролиды;
д) правильно В и С.

22. Агонисты рецепторов это:

- А) Вещества, прямо возбуждающие или повышающие функциональную активность рецепторов.**
В) Вещества, препятствующие действию специфических стимуляторов, или блокирующие рецептор.
С) Вещества, которые вызывают развитие неспецифического эффекта.
Д) Вещества, которые изменяют величину эффекта, вызванного другими препаратами.

23. Антагонизм не является конкурентным, если:

	<p>A) Вещества конкурируют с агонистами за одни и те же специфические рецепторы.</p> <p>B) Вещества препятствуют действию специфических стимуляторов или блокируют рецептор.</p> <p>C) Вещества имеют отличные от агонистов места связывания с рецепторами.</p> <p>D) Вещества вызывают эффекты, которые конкурируют с эффектами других препаратов.</p> <p>24. <u>Лекарственная зависимость и синдром отмены относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u></p> <p>A) типа А;</p> <p>B) типа В;</p> <p>C) типа С;</p> <p>D) типа D;</p> <p>E) типа E</p> <p>25. <u>Фактором риска развития нежелательных лекарственных реакций является:</u></p> <p>A) пожилой возраст;</p> <p>B) тяжелое состояние больного;</p> <p>C) одновременное назначение нескольких лекарственных средств;</p> <p>D) генетическая предрасположенность;</p> <p>E) все вышеперечисленное</p> <p>26. <u>К серьезным относятся нежелательные лекарственные реакции:</u></p> <p>A) приводящие к смерти;</p> <p>B) требующие госпитализации или ее продления;</p> <p>C) приводящие к стойкой потере трудоспособности (инвалидности);</p> <p>D) приводящие стойкому снижению трудоспособности;</p> <p>E) все вышеперечисленное верно.</p> <p>27. <u>Синдром Лайелла и синдром Стивенса-Джонсона относятся к нежелательным лекарственным реакциям:</u></p> <p>A) типа А;</p> <p>B) типа В;</p> <p>C) типа С;</p> <p>D) типа D;</p> <p>E) типа E.</p> <p>28. <u>Научные исследования и виды деятельности, связанные с выявлением, оценкой, пониманием и предотвращением нежелательных лекарственных реакций называются:</u></p> <p>A) комплаенсом;</p> <p>B) фармаконадзором;</p> <p>C) фармакоэпидемиологией;</p> <p>D) фармакоинспекцией.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Частные вопросы клинической фармакологии»</p>	<p>29. <u>Выберите НПВС с наименьшей противовоспалительной активностью:</u></p> <p>a) диклофенак;</p> <p>b) индометацин;</p> <p>c) целекоксиб;</p> <p>d) ибупрофен;</p> <p>30. <u>Выберите ЦОГ-2 специфический НПВС:</u></p> <p>a) аспирин;</p> <p>b) лорноксикам;</p> <p>c) целекоксиб;</p> <p>d) индометацин;</p> <p>31. <u>При проведении пульс-терапии более предпочтителен:</u></p> <p>A) преднизолон</p> <p>B) метилпреднизолон</p> <p>C) дексаметазон</p> <p>A) Гидрокортизон</p>

32. Выберите НПВС с наибольшей селективностью в отношении ЦОГ-1:
- A) **аспирин;**
 - B) нимесулид;
 - C) целекоксиб;
 - D) лорноксикам;
33. Оценка противовоспалительного эффекта применения НПВС проводится не менее чем:
- a) через 2 суток;
 - b) через 5-7 суток;
 - c) через 7-10 суток;
 - d) **через 10-14 суток;**
34. Укажите системный глюкокортикостероид длительного действия:
- A) преднизон
 - B) **бетаметазон**
 - C) беклометазона дипропионат
 - D) метилпреднизолон
35. Механизм действия НПВС связан с блокадой фермента:
- A) **циклооксигеназа**
 - B) фосфодиэстераза
 - C) 5-липооксигеназа
 - D) фосфолипаза A2
36. Обязательным условием назначения альтернирующей терапии системными глюкокортикостероидами является:
- A) отсутствие эффекта от ежедневного назначения глюкокортикостероидов
 - B) неэффективность пульс-терапии
 - C) **стабилизация общего состояния больного**
 - D) декомпенсированное состояние больного
37. Системные глюкокортикостероиды проявляют иммуносупрессивный эффект и воздействуют на:
- A) Т-лимфоциты
 - B) В-лимфоциты
 - C) **преимущественно на Т-лимфоциты, в высоких дозах - на В-лимфоциты**
 - D) преимущественно на В-лимфоциты, в высоких дозах - на Т-лимфоциты
38. Заместительная терапия подразумевает применение природных глюкокортикостероидов:
- A) **2/3 дозы утром и 1/3 дозы вечером**
 - B) 1/3 дозы утром и 2/3 вечером
 - C) однократно утром
 - D) 3 раза в день в равных дозах
39. Противовоспалительная и менералокортикоидная активность данного препарата приняты за «единицу»:
- A) Преднизолон.
 - B) Метилпреднизолон.
 - C) Дексаметазон.
 - D) **Гидрокортизон.**
40. К побочным эффектам системных глюкокортикостероидов не относят:
- A) Вторичная надпочечниковая недостаточность.
 - B) Истончение кожи, образование стрий.
 - C) Остеопороз, асептические некрозы костей.
 - D) Учащение и утяжеление инфекций.
 - E) **Артериальная гипотензия.**
 - F) Задержка роста у детей.
41. При выборе антимикробных препаратов для лечения инфекционного

заболевания необходимо учитывать:

- A) Этиологию заболевания (или предположение о его этиологии)
- B) Данные о чувствительности к препарату возбудителей инфекционного заболевания (или прогнозируемой чувствительности)
- C) Характеристики пациента
- D) **Все вышеуказанное**

42. Оценка эффективности антимикробной терапии, как правило, проводится через:

- A) 24 часа
- B) **3 дня**
- C) 7 дней

43. Перекрестная аллергия на цефалоспорины у пациентов с гиперчувствительностью немедленного типа на пенициллин отмечается в:

- A) **5-10% случаев**
- B) 20-30% случаев
- C) в > 50% случаев

44. Антибиотики в малых дозах (выберите ПРАВИЛЬНОЕ утверждение):

- A) обладают иммуностимулирующим действием
- B) это способ профилактики осложнений при вирусных инфекциях
- C) **способствуют развитию резистентности бактерий**

45. Самолечене антибиотиками

- A) Возможно
- B) Рационально, если ранее применялось при таких же симптомах
- C) **Недопустимо**

46. Главная причина озабоченности Всемирной Организации Здравоохранения массовым и бесконтрольным применением антибиотиков обосновывается тем, что

- A) это приводит к стремительному росту количества бактерий, устойчивых к антибиотикам
- B) имеется существенный риск того, что антибиотики, уничтожив большинство «вредных» бактерий, примутся за бактерии «полезные»
- C) **возникает неоправданная финансовая нагрузка на общественное здравоохранение**

47. Бета-лактамы, обладающие наибольшей активностью в отношении синегнойной палочки:

- A) Ампициллин.
- B) Оксациллин.
- C) Цефтриаксон.
- D) Амоксициллина клавуланат
- E) **Цефоперазон.**
- F) **Меропенем.**

48. Указать препарат, ингибирующий вирусную нейраминидазу:

- A) **осельтамивир**
- B) ганцикловир
- C) идоксуридин
- D) азидотимидин

49. Отметить препарат, подавляющий вирусную протеазу ВИЧ:

- A) **ритонавир**
- B) арбидол
- C) диданозин
- D) ламивудин

50. Определить рекомбинантный интерферон:

- A) ферон
- B) реаферон**
- C) виллферон
- D) Эгиферон

51. Нагрузочная антиагрегантная доза аспирина составляет:

- A) 75-160 мг/сут.
- B) 500-1000 мг/сут.
- C) 160-325 мг/сут.**

52. Антикоагулянты прямого действия:

- A) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- B) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.**
- D) Растворяют фибриновый тромб.

53. Антикоагулянты непрямого действия:

- A) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.**
- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- D) Растворяют фибриновый тромб.

54. Наиболее чувствительны к инаktivации комплексом гепарин/антитромбин III факторы:

- A) IIa, Xa.**
- B) IIa, IXa.
- C) Xa, IXa.
- D) XIa, XIIIa.

55. Эффективным методом борьбы с развившимся кровотечением на фоне терапии непрямыми антикоагулянтами является:

- A) Свежезамороженная плазма.
- B) Викасол.
- C) Протамин сульфат.**
- D) Аминокaproновая кислота.

56. Контролируемый параметр терапии антикоагулянтами непрямого действия:

- A) Международное нормализационное отношение (МНО).**
- B) Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).
- C) Время свёртывания крови.
- D) Протромбиновый индекс (ПТИ).

57. Фибринолитические средства:

- A) Растворяют фибриновый тромб.**
- B) Тормозят адгезию и агрегацию тромбоцитов.
- C) Тормозят биологическую активность основных факторов свёртывания крови.
- D) Блокируют синтез факторов свёртывания крови в печени.

58. Обозначьте АМП, действующий на пенициллинрезистентные и метициллинрезистентные штаммы микроорганизмов:

- A) **ванкомицин**
- B) пиперациллин
- C) кларитромицин
- D) цефтриаксон

59. Укажите АМП выбора при пневмонии у беременных:

- A) пefлоксацин
- B) линкомицин
- C) **ровамицин**
- D) гентамицин
- E) доксициклин

60. Укажите АМП, обладающий наибольшей активностью в отношении синегной палочки, при этом свободно проходящий через гемаэнцефалический барьер:

- A) цiproфлoксацин
- B) **меропенем**
- C) цефтриаксон
- D) ванкомицин

61. Укажите противовирусный препарат, обладающих этиотропной противовирусной активностью из представленных:

- A) рекомбинантные α / γ интерфероны
- B) кагоцел
- C) **ингавирин**
- D) циклоферон

62. При герпесе, вызванном вирусом простого герпеса, показан:

- A) арбидол
- B) озельтамивир
- C) **фамцикловир**
- D) ингавирин

63. Чем валацикловир отличается от ацикловира:

- A) меньшей токсичностью
- B) **лучшей биодоступностью**
- C) более широким спектром противовирусного действия

64. При беременности противопоказан:

- A) амоксициллин
- B) дорипенем
- C) цефтазолин
- D) **моксифлоксацин**

65. Активный препарат против атипичных возбудителей (хламидии, микоплазмы, легионеллы):

- A) **Азитромицин**
- B) левомецетин
- C) имиценем
- D) амоксициллин-клавулат

66. Какой эффект бензодиазепинов связан с их воздействием на мозго-специфические бензодиазепиновые рецепторы?

- A) гипнотический
- B) **анксиолитический**
- C) вегетотропный
- D) противосудорожный
- E) миорелаксирующий

67. Какие побочные эффекты антидепрессантов обусловлены их холинолитической активностью?

1. потливость

А. верно 1, 2, 3

	<p>2. сердцебиение В. верно 1, 4, 5</p> <p>3. сухость во рту С. верно 3, 4, 5</p> <p>4. нарушение аккомодации D. верно 1, 2, 5</p> <p>5. задержка мочеиспускания E. верно 2, 3, 4</p> <p>68. <u>Для купирования эпилептических судорог можно применить внутривенное и/или внутримышечное введение следующих препаратов:</u></p> <p>A) аминофиллин</p> <p>D) верапамил</p> <p>C) омепразол</p> <p>D) диазепам</p> <p>E) все ответы правильные</p> <p>69. <u>Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зубов:</u></p> <p>A) местное</p> <p>B) общее (наркоз)</p> <p>C) комбинированное</p> <p>D) нейрорептоанальгезия</p> <p>70. <u>Общим обезболиванием является:</u></p> <p>A) вагосимпатическая блокада</p> <p>B) спинальная анестезия</p> <p>C) стволовая анестезия</p> <p>D) внутривенный наркоз</p> <p>71. <u>При общем обезболивании происходит:</u></p> <p>A) обратимое торможение нервной ЦНС</p> <p>B) необратимое торможение ЦНС</p> <p>C) блокада основного нервного ствола</p> <p>D) возбуждение ЦНС</p> <p>72. <u>Местным осложнением при обезболивании в челюстно-лицевой хирургии является:</u></p> <p>A) обморок</p> <p>B) контрактура нижней челюсти</p> <p>C) анафилактический шок</p> <p>D) коллапс</p> <p>73. <u>Общим осложнением при обезболивании является:</u></p> <p>A) контрактура</p> <p>B) коллапс</p> <p>C) некроз</p> <p>D) гематома</p> <p>74. <u>Непосредственным осложнением местной анестезии является:</u></p> <p>A) обморок</p> <p>B) гематома</p> <p>C) контрактура</p> <p>D) кровотечение</p> <p>E) пародонтит</p> <p>75. <u>При передозировке адреналина больному необходимо ввести:</u></p> <p>A) внутривенно 1 мл мезатона</p> <p>B) внутримышечно 1 мл норадреналин</p> <p>C) внутримышечно метамезон</p> <p>D) внутривенно 1 мл атропина</p>
--	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
------------------	---------------------

Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
--	--

Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Клиническая фармакология»

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование	КР – контрольная работа	С – собеседование по контрольным вопросам.
	Тесты	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования

УК-1		1-28;41-47	1-29;35,36	1-17;31-38
ПК	2	1,25,26	1,2,18	4,11
	7	1 - 75	1-60	1-57
	9	1- 28	1-29, 50-52	1-17, 42,44,45,47,49, 54-55

7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОФТАЛЬМОЛОГИЯ»

7.1 Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1. Анатомия и физиологи я органа зрения</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Перечислите условия, необходимые для развития глаза. 2. Назовите три фазы и критические периоды в развитии глаза. 3. Охарактеризуйте развитие роговой оболочки и склеры. 4. Опишите развитие передней камеры и дренажной системы глаза. 5. Охарактеризуйте развитие хрусталика и зонулярного аппарата. 6. Опишите развитие стекловидного тела. 7. Перечислите этапы развития сосудистой системы эмбрионального глаза. 8. Опишите развитие увеального тракта. 9. Охарактеризуйте развитие сетчатой оболочки . 10. Опишите развитие зрительного нерва. 11. Охарактеризуйте развитие глазницы и вспомогательного аппарата глаза. 12. Назовите четыре отдела зрительного нерва. 13. Опишите структуру внутриглазной части зрительного нерва, его гистологическое строение, кровоснабжение. 14. Охарактеризуйте периферический нейрон и его топография. 15. Опишите центральный нейрон и его топография. 16. Охарактеризуйте зрительные корковые центры. 17. Опишите биохимические, биоэлектрические, нервные, оптомоторные и другие процессы в сетчатке, зрительном нерве, подкорке и коре головного мозга, лежащие в основе механизма зрительного акта. 18. Дайте понятие остроты зрения. Основная единица измерения. Зависимость остроты зрения от угла зрения. 19. Каковы возрастные особенности строения центральной ямки? 20. Как развивается острота зрения в зависимости от возраста? 21. Основные этапы развития зрительного восприятия у детей: светоощущение, зрачковый, ортостатический рефлекс, слежение, фиксация, узнавание, предметное зрение. 22. Что такое цветовое зрение? Назовите основные признаки цвета, тона. 23. Перечислите теории цветового зрения. 24. Понятие о периферическом зрении, значение его как зрительной функции. 25. Что такое светоощущение? 26. Охарактеризуйте абсолютную световую чувствительность и минимальные световые пороги. Особенности дневного, сумеречного и ночного зрения. 27. Дайте определение бинокулярному (глубинному) зрению. Понятие об одновременном зрении. 28. Основные функции глубинного зрения. 29. Перечислите оболочки глазного яблока, их строение и назначение. 30. Опишите строение и функции роговицы. Основные изменения роговицы с возрастом. 31. Перечислите виды патологий роговицы. 32. Опишите строение и функции склеры. 33. Охарактеризуйте топографию прикрепления глазодвигательных мышц и выхода варикозных вен. Кровоснабжение и иннервация. 34. Перечислите виды патологий склеры. 35. Опишите строение и локализацию лимба. 36. Опишите строение и функции радужки. 37. Охарактеризуйте зрачок: расположение, форма, размер. Мышцы, суживающая и расширяющая зрачок, и их иннервация. 38. Основные виды патологий радужки и зрачка. 39. Опишите строение и функции цилиарного тела. Возрастные особенности. 40. Опишите строение и функции хориоидеи. 41. Охарактеризуйте супрахориоидальное пространство.
--	--

	<p>42. Перечислите виды патологий хориоидеи.</p> <p>43. Опишите строение и функции сетчатки.</p> <p>44. Особенности гистологического строения желтого пятна (отличия у новорожденных и взрослых).</p> <p>45. Опишите строение и функции диска зрительного нерва (ДЗН).</p> <p>46. Основные виды патологий сетчатки и ДЗН.</p> <p>47. Охарактеризуйте строение передней и задней камеры глазного яблока.</p> <p>48. Что такое угол передней камеры (УПК)?</p> <p>49. Охарактеризуйте водянистую влагу: состав, количество, источники образования, функции, циркуляция и пути оттока внутриглазной жидкости (ВГЖ).</p> <p>50. Опишите строение и функции стекловидного тела.</p> <p>51. Перечислите основные виды патологий СТ.</p> <p>52. Опишите строение и функции хрусталика.</p> <p>53. Охарактеризуйте анатомию глазницы и ее возрастные особенности строения.</p> <p>54. Перечислите сосуды и нервы, проходящие через отверстия и щели орбиты. Содержимое орбиты.</p> <p>55. Опишите строение и функции век. Особенности кровоснабжения и иннервации.</p> <p>56. Основные виды патологий век.</p> <p>57. Опишите строение и функции конъюнктивы. Особенности кровоснабжения и иннервации. Особенности конъюнктивы у детей.</p> <p>58. Основные виды патологии конъюнктивы.</p> <p>59. Опишите строение и функции слезной железы.</p> <p>60. Особенности функционирования слезной железы у детей.</p> <p>61. Основные виды патологий слезной железы.</p> <p>62. Перечислите слезоотводящие пути и механизм слезоотведения. Виды патологии.</p> <p>63. Перечислите мышцы глазницы, век, глазного яблока внутренние и наружные. Их иннервация.</p> <p>64. Охарактеризуйте кровеносную и лимфатическую системы глаза. Основные пути венозного и лимфатического оттока. Виды патологии.</p> <p>65. Охарактеризуйте иннервацию глаза. Возрастные особенности симпатической и парасимпатической иннервации.</p> <p>66. Опишите методику наружного осмотра органа зрения?</p> <p>67. Как проводится исследование переднего отдела глаза при боковом освещении?</p> <p>68. Каковы цели исследования глаза в проходящем свете?</p> <p>69. Как проводится офтальмоскопия, ее различные техники?</p> <p>70. Общая и частная биомикроскопия.</p> <p>71. Опишите методику проведения гониоскопии?</p> <p>72. Охарактеризуйте различные методики оценки внутриглазного давления?</p> <p>73. Как проводится оценка чувствительности роговицы?</p> <p>74. Каковы цель и задачи конфокальной микроскопии роговицы?</p> <p>75. Исследование слезопродукции и слезоотведения.</p> <p>76. Диафаноскопия и трансиллюминация глаза.</p> <p>77. Каковы показания для проведения оптической когерентной томографии?</p> <p>78. Перечислите методы исследования кровообращения глаза.</p> <p>79. Дайте краткую характеристику ультразвуковым методам исследования глаза.</p> <p>80. Перечислите показания к флюоресцентной ангиографии глазного дна.</p> <p>81. Каковы цель и задачи гейдельбергской ретинальной томографии?</p> <p>82. Перечислите и охарактеризуйте основные электрофизиологические методы исследования глаза.</p> <p>83. Какие существуют методы определения остроты зрения у взрослых и детей различных возрастных групп?</p> <p>84. Назовите объективные, субъективные и контрольные методы определения остроты зрения.</p> <p>85. Опишите основные методы исследования цветоощущения у лиц различного возраста.</p> <p>86. Основная классификация нарушений цветового зрения.</p> <p>87. Перечислите методы определения поля зрения. Опишите техники проведения периметрии и кампиметрии. Основные приборы для исследования поля зрения.</p> <p>88. Перечислите объективные методы исследования периферического зрения.</p> <p>89. Что такое скотомы (физиологические и патологические)?</p> <p>90. Охарактеризуйте абсолютную световую чувствительность и минимальные световые пороги. Особенности дневного, сумеречного и ночного зрения.</p> <p>91. Основные методы исследования темновой адаптации у взрослых и детей.</p> <p>92. Перечислите основные методы исследования бинокулярного зрения.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2. Клиническая рефракция, аккомодация,</p>	<p>93. Охарактеризуйте физическую рефракцию.</p> <p>94. Дайте понятие о простой и сложной оптической системе.</p> <p>95. Что такое оптическая система глаза и методы ее исследования.</p> <p>96. Перечислите преломляющие поверхности и среды глаза, их характеристика.</p> <p>97. Дайте понятие о динамической рефракции глаза и аккомодации.</p> <p>98. Перечислите методы прижизненного измерения оптической системы глаза.</p> <p>99. Охарактеризуйте сроки формирования и динамика развития рефракции глаза в возрастном аспекте. Обязательные сроки исследования рефракции у детей.</p> <p>100. Перечислите виды клинической рефракции.</p>

<p>оптическая я коррекция зрения, патология глазодвига тельного аппарата</p>	<p>101. Дайте определение эметропической рефракции глаза. 102. Дайте определение гиперметропической рефракции глаза. 103. Дайте определение понятию миопия. 104. Дайте определение астигматизма. 105. Дайте понятие динамической рефракции глаза и аккомодации. 106. Дайте определение понятию аккомодация. 107. Опишите теорию аккомодации Гельмгольца. 108. Перечислите клинические показатели аккомодации глаза, объем абсолютной и показатели относительной аккомодации (область, сила). 109. Опишите клинические формы нарушения деятельности аккомодации глаза (пресбиопия, парез и паралич). 110. Перечислите и опишите методы исследования аккомодации. 111. Перечислите методы прижизненного измерения оптической системы глаза. 112. Каковы сроки формирования и динамика развития рефракции глаза в возрастном аспекте. Обязательные сроки исследования рефракции у детей. 113. Опишите технику выполнения скиаскопии и интерпретацию ее результатов. 114. Опишите технику выполнения рефрактометрии и интерпретацию ее результатов. 115. Опишите технику выполнения офтальмометрии и интерпретацию ее результатов. 116. Основные правила назначения очков при гиперметропии у детей и взрослых, показания, сроки и принципы. 117. Основные правила назначения очков при миопии у детей и взрослых. 118. Основные правила назначения очков при астигматизме, показания. 119. Основные правила назначения очков при анизометропии, показания. 120. Основные правила выписывания монофокальных и бифокальных очков. 121. Охарактеризуйте контроль правильности изготовления очков: проверка оптической характеристики линз методом нейтрализации или с помощью диоптриметра, 122. Охарактеризуйте оптическую коррекцию аметропии с помощью контактных линз. Оптическое действие контактных линз при аметропиях, абсолютные и относительные противопоказания к назначению контактных линз. 123. Перечислите виды контактных линз и материалы для их изготовления. 124. Показания к назначению контактных линз профессиональные и медицинские. 125. Перечислите хирургические и эксимерлазерные методы лечения при аметропиях их сроки в зависимости от возраста. 126. Дайте определение понятию миопия. Положение дальнейшей и ближайшей точки ясного зрения при миопии различных степеней. 127. Основной патогенез, клинические признаки, классификация, течение приобретенной миопии. 128. Дайте определение врожденной миопии. Роль наследственности в происхождении миопии. 129. Дайте определение осложненной миопии. Роль миопии в патогенезе отслойки сетчатки. 130. Перечислите анатомо-физиологические особенности зрительной и глазодвигательной системы. 131. Дайте понятие бинокулярного глубинного (стереоскопического) зрения. 132. Охарактеризуйте основные методы исследования бинокулярного зрения. 133. Дайте определение косоглазия. 134. Каковы причины возникновения косоглазия в детском возрасте и другие факторы влияющие на возникновение косоглазия. 135. Дайте классификацию содружественного косоглазия. 136. Опишите клиническую картину содружественного косоглазия. 137. Перечислите факторы, способствующие появлению косоглазия. 138. Каков объем обследования больного с содружественным косоглазием? 139. Основные осложнения косоглазия, их причины. 140. Проведите дифференциальный диагноз содружественного косоглазия с мнимым, скрытым и паралитическим. 141. Каково значение и особенности коррекции аметропии при косоглазии? 142. Перечислите методы лечения дисбинокулярной амблиопии. Прямая и обратная окклюзия, пенализация, показания к ним. Методы и сроки лечения амблиопии в зависимости от характера фиксации. 143. Каковы показания к ортоптическому лечению. Современная аппаратура для ортоптического лечения, принципы ее работы. 144. Перечислите виды оперативного вмешательства при содружественном косоглазии. 145. Охарактеризуйте ведение послеоперационного периода. 146. Перечислите осложнения при операциях на глазных мышцах и их предупреждение. 147. Охарактеризуйте паралитическое косоглазие. 148. Проведите дифференциальную диагностику паралитического и содружественного косоглазия. 149. Основные методы лечения паралитического косоглазия. 150. Опишите технику офтальмоплегии. 151. Дайте определение понятию нистагм. Этиология, диагностика, принципы лечения.</p>
--	---

<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3. Заболеван ия защитного аппарата глаза (век, конъюнкт ивы, слезных органов, склеры, орбиты) у лиц различног о возраста</p>	<p>152. Охарактеризуйте анатомо-физиологические особенности строения век. 153. Перечислите врожденные изменения век, аномалии развития и положения век. 154. Дайте классификацию заболеваний век. 155. Перечислите и охарактеризуйте воспалительные заболевания век. 156. Охарактеризуйте атопический дерматоз. 157. Охарактеризуйте контактную, грибковую, микробную экземы. 158. Охарактеризуйте лекарственный дерматит. 159. Перечислите и охарактеризуйте дистрофические заболевания век. 160. Перечислите и охарактеризуйте заболевания краев век. 161. Перечислите и охарактеризуйте болезненные состояния ресниц. 162. Опишите этиология, клинику, диагностику и лечение ячменя. 163. Перечислите и охарактеризуйте патологии нервно-мышечного аппарата век. 164. Заворот и выворот век. Варианты хирургической коррекции положения век; 165. Перечислите особенности строения и функции слезопроизводящего и слезоотводящего аппарата у взрослых и новорожденных. 166. Опишите механизм слезоотведения. 167. Перечислите методы исследования слезных органов. 168. Охарактеризуйте врожденные аномалии слезных желез. 169. Опишите этиологию, клинику и лечение острого дакриoadенита. 170. Возможные исходы острого дакриoadенита. 171. Опишите этиологию, клинику и лечение хронического туберкулезного дакриoadенита. 172. Опишите этиологию, клинику и лечение хронического сифилитического дакриoadенита. 173. Перечислите основные виды патологии слезоотводящих путей у детей. 174. Опишите этиологию, патогенез, клинику и лечение дакриоцистита новорожденных. 175. Опишите методику массажа слезного мешка у новорожденных. 176. Опишите различные методики зондирования и промывание слезных путей у новорожденных. 177. Перечислите основные виды патологии слезоотводящих путей у взрослых. 178. Опишите этиологию, патогенез, клинику и лечение острого дакриоцистита у взрослых. 179. Опишите этиологию, патогенез, клинику и лечение хронического дакриоцистита у взрослых. 180. Опишите этиологию, патогенез, клинику и лечение водянки слезного мешка, дивертикулитов. 181. Опишите методику вскрытия слезного мешка. 182. Опишите различные виды дакриоцисториностомии. 183. Опишите методику экстирпации слезного мешка. 184. Слезотечение при изменениях полости носа. 185. Охарактеризуйте возрастные анатомо-физиологические и функциональные особенности строения и функций разных отделов конъюнктивы. 186. Перечислите воспалительные заболевания конъюнктивы. Основные субъективные и объективные признаки конъюнктивитов в зависимости от локализации. 187. Дайте классификация конъюнктивитов. 188. Охарактеризуйте пневмококковый конъюнктивит. Особенности течения, частота и продолжительность лечения у детей и взрослых. 189. Охарактеризуйте гонобленнорейный конъюнктивит. Частота, возбудитель, пути заражения, ранние симптомы, клиника, лечение. 190. Охарактеризуйте дифтерийный конъюнктивит. Возбудитель, пути заражения, ранние симптомы, клиника, лечение. 191. Охарактеризуйте аденовирусные конъюнктивиты. Распространенность, контагиозность, возрастные особенности клиники разных форм конъюнктивита при адено-фаринго-конъюнктивальной лихорадке. 192. Охарактеризуйте эпидемический кератоконъюнктивит. Дифференциальный диагноз с дифтерией глаза, трахомой, паратрахомой. Продолжительность болезни и лечение. 193. Охарактеризуйте хламидийные конъюнктивиты. Дифференциальная диагностика, клиника, лечение. 194. Охарактеризуйте туберкулез конъюнктивы. Симптомы. Продолжительность и частота болезни. Лечение, исходы. 195. Охарактеризуйте конъюнктивиты при общих вирусных инфекционных заболеваниях и инфекционных заболеваниях другой этиологии. 196. Опишите болезнь Стивенса-Джонсона. Причины. Основные местные и общие признаки болезни. Лечение. Исходы. 197. Охарактеризуйте трахому. Этиология. Клиника каждой стадии. Контагиозность. Продолжительность и исходы болезни. Осложнения. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение. 198. Перечислите и охарактеризуйте неинфекционные конъюнктивиты. 199. Охарактеризуйте весенний конъюнктивит (катар). Причины возникновения, возраст. Сезонность болезни. Зоны распространения. Дифференциальный диагноз с другими конъюнктивитами. Формы проявления заболевания («бульжная мостовая»). Принципы лечения. Исходы. 200. Перечислите и охарактеризуйте дистрофические заболевания конъюнктивы. Клиническая картина, диагностика, лечение. 201. Перечислите виды инъекций конъюнктивы при общих заболеваниях, глаукоме, травме. 202. Какова топографическая анатомия и особенности склеры в разном возрасте. 203. Охарактеризуйте врожденные аномалии склеры. Аномалии цвета и формы склеры. Синдром голубых</p>
--	---

	<p>склер, меланоз, стафиломы. Причины появления этих изменений, клиника, методы лечения, исходы.</p> <p>204. Дайте характеристику поверхностным склеритам и эписклеритам (узелковый эписклерит, летучий эписклерит, абсцессы склеры).</p> <p>205. Опишите глубокие склериты (передний склерит, склероkerатит, задний склерит, поствоспалительные стафиломы склеры). Дифференциальная диагностика, лечение. Возможные исходы.</p> <p>206. Перечислите симптомы, характерные для заболеваний орбиты.</p> <p>207. Опишите аномалии развития орбиты и методы ее исследования.</p> <p>208. Перечислите и охарактеризуйте воспалительные заболевания орбиты. Медикаментозное и хирургическое лечение. Особенности течения и лечения флегмон орбиты у детей. Причины.</p> <p>209. Опишите тромбоз вен орбитальных вен и тромбоз пещеристой пазухи.</p> <p>210. Охарактеризуйте злокачественный экзофтальм, его наиболее тяжелую форму. Патогенез, клиническое течение, лечение.</p> <p>211. Охарактеризуйте тенонит, пульсирующий экзофтальм.</p> <p>212. Охарактеризуйте грибковые заболевания орбиты (актиномикоз, аспергиллез).</p> <p>213. Охарактеризуйте паразитарные заболевания (эхинококкоз, цистицеркоз, аскаридоз, трихинеллез, филяриатоз, онхоцеркоз). Лечение. Консервативное и хирургическое.</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Раздел 4. Заболеван ия оптическо го аппарата глаза (роговицы, хрусталик а, стекловид ного тела) у лиц различног о возраста</p>	<p>214. Перечислите возрастные анатомо-физиологические, гисто-биохимические и функциональные особенности роговицы.</p> <p>215. Аномалии развития роговицы.</p> <p>216. Перечислите основные методы лечения.</p> <p>217. Опишите общую симптоматику кератитов и дайте их классификацию.</p> <p>218. Перечислите основные принципы лечения.</p> <p>219. Перечислите и охарактеризуйте экзогенные кератиты. Лечение консервативное и хирургическое.</p> <p>220. Перечислите и охарактеризуйте грибковые кератиты. Методы диагностики, клиника, лечение.</p> <p>221. Охарактеризуйте кератиты, обусловленные заболеваниями конъюнктивы, век, мейбомиевых желез.</p> <p>222. Перечислите и охарактеризуйте эндогенные кератиты. Показания к кератопластике. Патогенез. Классификация герпетических кератитов. Особенности клиники, течения, диагностика. Лечение: химиотерапия, вирусостатические средства, иммунотерапия, особенности применения кортикостероидов, физические методы лечения.</p> <p>223. Опишите кератит при опоясывающем лишае, при лагофтальме, нитчатый кератит.</p> <p>224. Охарактеризуйте катаральные язвы роговицы.</p> <p>225. Перечислите и охарактеризуйте сифилитические кератиты. Стадии развития диффузного паренхиматозного кератита. Лечение. Профилактика.</p> <p>226. Перечислите и охарактеризуйте туберкулезно-метастатические кератиты. Клинико-лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз. Этапность местного и общего лечения. Исходы.</p> <p>227. Перечислите и охарактеризуйте туберкулезно-аллергические кератиты (скрофулезный). Частота заболевания у детей различного возраста. Формы фликтенулезного кератита. Сезонность, рецидивы заболеваний. Лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы и методы лечения. Исходы, профилактика.</p> <p>228. Охарактеризуйте нейропаралитический кератит. Причины и частота возникновения. Патогенез и характерная клиническая картина. Особенности течения. Принципы лечения. Исходы.</p> <p>229. Дайте описание рецидивирующей эрозии роговицы. Язва Морена.</p> <p>230. Опишите поражение роговицы при общих заболеваниях (кори, скарлатине, дизентерии, оспе, бруцеллезе, лепре, туляремии, болезни Стилла и др.).</p> <p>231. Опишите поражение роговицы при различных авитаминозах. Кератомалиция, ксероз роговицы.</p> <p>232. Охарактеризуйте кератиты при заболеваниях кожи: розацеа-кератит, кератиты при псориазе и др.</p> <p>233. Перечислите виды врожденных и приобретенных дистрофий (дегенерации) роговицы у взрослых и детей (семейно-наследственная дистрофия Гренуа, Фера, Диммера), краевая эктазия роговицы (Террьеана). Старческая дуга.</p> <p>234. Перечислите и охарактеризуйте смешанные формы дистрофий. Пигментация роговицы. Экзогенная пигментация роговицы. Врожденные и приобретенные помутнения роговицы. Простые и осложненные бельма. Методы и сроки рассасывающей терапии. Хирургия бельма. Возможные исходы.</p> <p>235. Основные методы и сроки операций.</p> <p>236. Опишите и перечислите наиболее распространенные хирургические операции на роговице. Пересадка роговицы. Комбинированные методы кератопластики, хирургия осложненных кератопластики. Хирургическая реконструкция переднего отдела глаза на основе сквозной кератопластики. Рефракционная кератопластика.</p> <p>237. Опишите хирургическое лечение острого и хронического кератоконуса. Лечебная кератопластика. Биопокрывтие. Внутрислойное введение биологических и небиологических материалов. Кератопротезирование.</p> <p>238. Охарактеризуйте строение, функции и возрастные особенности хрусталика. Динамика размеров, формы, преломляющей способности хрусталика.</p> <p>239. Перечислите аномалии формы и расположения хрусталика, коллобома, остатки сосудистой капсулы.</p> <p>240. Перечислите и охарактеризуйте врожденные катаракты. Этиология, патогенез, классификация, клиника.</p> <p>241. Перечислите показания к оперативному лечению в зависимости от состояния катаракты, ее локализации, остроты зрения, возраста ребенка, при односторонних и двухсторонних врожденных катарактах.</p> <p>242. Опишите методы подготовки больных к операции в условиях поликлиники и стационара. Предоперационная подготовка. Обезболивание. Особенности премедикации и общего наркоза по поводу врожденных катаракт у детей. Осложнения во время операции и в послеоперационном периоде.</p> <p>243. Основные сроки и методы операций оптической коррекции двух- и односторонней афакии. Лечение</p>

	<p>амблиопии, устранение косоглазия и другой патологии.</p> <p>244. Охарактеризуйте катаракты при наследственных заболеваниях, вызываемых хромосомными, геномными и генными мутациями (болезнь Блоха-Сульцберга, синдром Ротмунда, Марфана, Марчезани, хондродистрофия, гомоцистинурия, синдром Лоу, болезнь Дауна, синдром Ригера, Халлермана, Кокейна, Элрса-Данлоса, синдром Лобштейна, Конради-Хюнерманна, синдром Аксенфельда).</p> <p>245. Перечислите и дайте описание приобретенным катарактам простым (без других изменений) и осложненным катарактам (синдром Марфана, Марчезани) с сопутствующими изменениями.</p> <p>246. Опишите травматические катаракты (контузионные, при проникающих ранениях глаза, ожогах, отморожении, поражении лучистой энергией, электрическим током высокого напряжения).</p> <p>247. Охарактеризуйте возрастные катаракты – их вид, локализация, стадии развития. Возможные осложнения и тактика врача при набухающей катаракте.</p> <p>248. Опишите основные методы лечения катаракт: консервативное, оперативное, показания к хирургическому лечению. Методы и техника микрохирургического лечения ббАтаракт. Осложнения во время операции, послеоперационные осложнения.</p> <p>249. Дайте определение вторичной катаракте.</p> <p>250. Опишите методы коррекция афакии (очковая, контактная, интраокулярная).</p> <p>251. Перечислите возрастные особенности строения биомикроскопической картины стекловидного тела у детей и взрослых.</p> <p>252. Перечислите и охарактеризуйте приобретенные изменения стекловидного тела: деструкция, помутнение, гемофтальм, отслойка, коллапс</p> <p>253. Охарактеризуйте клинические варианты деструктивных изменений стекловидного тела (разжижение, помутнение).</p> <p>254. Опишите основные изменения стекловидного тела при близорукости, отслойке сетчатки, при нарушениях обмена веществ, при хронических дисфункциях цилиарного тела.</p> <p>255. Охарактеризуйте ретролентальную фиброплазию. Клиника и диагностика стадий. Методы лечения. Исходы. Профилактика гибели глаз.</p> <p>256. Основные изменения стекловидного тела при травме, при воспалительных процессах глаза (хориоретинитах, невритах), при опухолях, дистрофических процессах в сетчатке и изменениях различных отделов глазного яблока др.)</p> <p>257. Опишите хирургические методы лечения заболеваний стекловидного тела (витреоректомия)</p>
<p>Б 1.Б.6.5 Раздел 5. Заболеван ия сетчатки, зрительного нерва, проводящих их путей, корковых отделов зрительного о анализатора у лиц различного о возраста</p>	<p>258. Охарактеризуйте возрастные особенности строения сетчатки и особенности офтальмоскопической картины глазного дна у детей и взрослых разного возраста.</p> <p>259. Дайте определение болезни Илса.</p> <p>260. Какова клиника и диагностика болезни Илса.</p> <p>261. Назовите клинические проявления и диагностические критерии юкстапапиллярного хориоретинита Иенсена.</p> <p>262. Опишите изменения сетчатки ревматической этиологии.</p> <p>263. Лечебная тактика офтальмолога при васкулитах сетчатки.</p> <p>264. Каковы современные методы лечения центральной серозной хориопатии заболевания.</p> <p>265. Перечислите дистрофические изменения сетчатки.</p> <p>266. Охарактеризуйте дисковидную дегенерация Кунта-Юниуса.</p> <p>267. Каковы особенности дистрофии Беста, сотовидная дистрофия Дойна.</p> <p>268. Опишите абитрофию типа Штаргардта.</p> <p>269. Назовите методы лечение центральных хориоретинальных дистрофий.</p> <p>270. Чем характеризуется периферическая тапеторетинальная абитрофия.</p> <p>271. Назовите возможные врожденные изменения и аномалии развития сетчатки (ретролентальная фиброплазия), наружный экссудативный ретинит Коатса, ангиоматоз сетчатки и головного мозга (болезнь Гиппель-Линдау).</p> <p>272. Опишите изменения сетчатки при сердечно-сосудистых заболеваниях.</p> <p>273. Каковы особенности изменений глазного дна при гипертонической болезни (симптомы Салуса, Гвиста и др.).</p> <p>274. Опишите особенности картины глазного дна при симптоматической и почечной гипертонии, при токсикозе беременности, при атеросклерозе.</p> <p>275. Дайте определение первичной отслойки сетчатки.</p> <p>276. Перечислите возможные причины возникновения вторичной отслойки сетчатки.</p> <p>277. Опишите методы диагностики (ультразвуковая эхография, ЭРГ, ЭФИ, ЭОГ).</p> <p>278. Какие виды разрывов сетчатки вы знаете</p> <p>279. Охарактеризуйте состояние стекловидного тела при отслойках сетчатки.</p> <p>280. Перечислите показания к различным видам хирургического лечения при отслойки сетчатки</p> <p>281. Что такое эндовитреальная хирургия?</p> <p>282. Какие возможны острые нарушения кровообращения в сосудах сетчатки?</p> <p>283. Опишите тактику неотложной помощи и лечение острого нарушения кровообращения центральной артерии сетчатки.</p> <p>284. Перечислите стадии развития тромбоза центральной вены сетчатки.</p> <p>285. Перечислите клинические проявления хронической ишемической ретинопатии.</p> <p>286. Опишите глазное дно при заболеваниях почек, болезнях крови, заболеваниях эндокринной системы.</p> <p>287. Дайте определение понятия диабетическая ретинопатия</p> <p>288. Каковы изменения глазного дна при сахарном диабете (ангиоретинопатии)?</p>

	<p>289. Назовите принципы лечения различных видов диабетической ангиоретинопатии.</p> <p>290. Какие воспалительные поражения зрительного нерва вы знаете.</p> <p>291. Опишите клинические проявления ретробульбарного неврита.</p> <p>292. Опишите диагностику оптохиазмального арахноидита</p> <p>293. Проведите дифференциальную диагностику воспалительных и невоспалительных поражений зрительного нерва.</p> <p>294. Назовите принципы лечение воспалительных заболеваний зрительного нерва.</p> <p>295. Какова тактика неотложной помощи при токсических поражениях зрительного нерва.</p> <p>296. Перечислите причины возникновения сосудистых поражений зрительного нерва.</p> <p>297. Назовите исходы сосудистых поражений зрительного нерва.</p> <p>298. Охарактеризуйте клиническую картину передней ишемической оптической нейропатии.</p> <p>299. Опишите клиническую картину задней ишемической оптической нейропатии.</p> <p>300. Лечение оптических нейропатий</p> <p>301. Какие состояния проявляются невоспалительным отеком диска зрительного нерва?</p> <p>302. Каков механизм развития застойного диска?</p> <p>303. Дайте понятие об осложненных застойных дисках.</p> <p>304. Опишите комплексное лечение застойных дисков.</p> <p>305. Опишите офтальмоскопическую картину при первичных и вторичных атрофиях</p> <p>306. Опишите технику рентгенологических исследований (компьютерная томография, ЯМРТ) зрительного нерва.</p> <p>307. Охарактеризуйте восходящую и нисходящую атрофию зрительного нерва.</p> <p>308. Перечислите современные методы лечения атрофии зрительного нерва.</p> <p>309. Опишите первичные поражения хиазмы (опухоли).</p> <p>310. Опишите изменения при офтальмоскопии, рентгенологическом исследовании у больных с заболеваниями хиазмы.</p> <p>311. Проведите дифференциальную диагностику заболеваний зрительного тракта и центрального нейрона зрительного пути.</p>
<p>Б 1.Б.6.6 Раздел 6 Патология сосудисто й оболочки глаза у лиц различног о возраста</p>	<p>312. Перечислите врожденные аномалии развития сосудистой оболочки глаза.</p> <p>313. Дайте понятие аниридии.</p> <p>314. Назовите клинические проявления таких аномалий, как колобома радужки, поликория, корректопия, гипоплазия и аплазия мышцы радужки.</p> <p>315. Опишите болезнь Ригера</p> <p>316. Охарактеризуйте врожденные формы гипоплазии и гиперплазии стромы радужки (синдром Франка-Каменецкого и др.).</p> <p>317. Перечислите аномалии пигментной зрачковой каймы радужки.</p> <p>318. Перечислите возможные варианты воспаления сосудистого тракта глаза.</p> <p>319. Какова этиология увеитов?</p> <p>320. Клинические отличия передних и задних увеитов.</p> <p>321. Опишите патологоанатомические изменения при гранулематозных и негранулематозных увеитах.</p> <p>322. Перечислите субъективные и объективные симптомы увеитов.</p> <p>323. Какие возможные осложнения увеитов?</p> <p>324. Охарактеризуйте общие принципы консервативного и хирургического лечения увеитов и их последствий в зависимости от этиологии и характера процесса.</p> <p>325. Опишите патогенез, патоморфологию, клинику и диагностику туберкулезных увеитов у взрослых и детей различного возраста.</p> <p>326. Каковы особенности ведения и лечения пациентов с туберкулезным увеитом?</p> <p>327. Охарактеризуйте ревматический увеит. Этиология и патогенез, патоморфология. Клиника и течение заболевания у взрослых и детей. Лабораторная диагностика. Рецидивы и их связь с обострением общего процесса. Исходы. Профилактика.</p> <p>328. Охарактеризуйте увеит при болезни Стилла у детей, наиболее частый возраст детей, патогенез и патоморфология. Ранние признаки болезни. Изменения в других органах (деформирующий полиартрит, спленомегалия).</p> <p>329. Охарактеризуйте периферический увеит. Этиология, клиника, осложнения, дифференциальный диагноз.</p> <p>330. Каковы особенности увеитов аутоиммунной природы.</p> <p>331. Какова связь увеита при фокальной инфекции. с наличием воспалительного фокуса в организме (состояние зубов, придаточных пазух носа и т.д.).</p> <p>332. Охарактеризуйте сифилитический увеит. Врожденный и приобретенный. Патогенез и патоморфология, клиника, частота. Методы лабораторной диагностики.</p> <p>333. Проведите дифференциальную диагностику сифилитического увеита с туберкулезным.</p> <p>334. Охарактеризуйте врожденный и приобретенный токсоплазмоз. Клиника. Патогенез и патоморфология. Локализация процесса.</p> <p>335. Диагностика токсоплазмоза (РСК, реакция иммунофлюоресценции, реакция непрямой, пассивной гемагглютинации, внутрикожная проба с токсоплазмином, другие аллергологические методы диагностики токсоплазмоза, рентгенограмма черепа).</p> <p>336. Опишите методы лечение токсоплазмоза глаз (сульфаниламиды, хлоридин, кортикостероиды, фолиевая кислота, витаминотерапия, криотерапия, фото- и лазеркоагуляция, токсоплазминотерапия, как метод</p>

	<p>специфической десенсибилизации).</p> <p>337. Каковы особенности течения простой гетерохромии радужки?</p> <p>338. Опишите гетерохромии Фукса.</p> <p>339. Какова клиника синдрома Краупа-Познера-Шлосмана.</p> <p>340. Каковы особенности течения диабетической увеопатии и атеросклеротической дистрофии радужки?</p>
<p>Б 1.Б.6.7 Раздел 7. Новообразование органа зрения у детей и взрослых</p>	<p>341. Дайте классификацию опухолей органа зрения.</p> <p>342. Охарактеризуйте заболеваемость и смертность от новообразований органа зрения</p> <p>343. Перечислите возможные опухоли век и их возможные исходы.</p> <p>344. Какие сроки лечения и исходы опухолей и кист слезных желез (смешанные опухоли, цилиндромы, саркомы, кисты)?</p> <p>345. Опишите опухоли слезного мешка (папиллома, карцинома, саркома, гранулемы).</p> <p>346. Опишите клинические проявления дермоидов и липодермоидов, кист и папиллом, гемангиом и родимых пятен (невусов).</p> <p>347. Какова локализация пигментных и беспигментных невусов?</p> <p>348. Сроки и методы лечения карцином. Возможные осложнения (метастазы).</p> <p>349. Опишите опухоли и кисты роговицы.</p> <p>350. Охарактеризуйте вторичные опухоли, клиническая характеристика.</p> <p>351. Опишите методы хирургического лечения опухолей конъюнктивы и роговицы.</p> <p>352. Опишите специальные методы исследования (рентгенографические, изотопная диагностика, флюоресцентная ангиография, диафаноскопия, эхография), применяемые для диагностики опухолей сосудистой оболочки.</p> <p>353. Опишите клиническую картину доброкачественной меланомы, меланобластомы радужки.</p> <p>354. Опишите иридоцилиарную меланобластому с ангулярным ростом.</p> <p>355. Назовите опухоли цилиарного тела.</p> <p>356. Каковы особенности опухолей мезодермальной природы (гемангиомы хориоидеи, ангиомы радужки и цилиарного тела, лейомиомы радужки и цилиарного тела, кисты радужки и цилиарного тела).</p> <p>357. Назовите современные методы хирургического и лазерного лечения внутриглазных опухолей.</p> <p>358. Опишите клинику первичных опухолей зрительного нерва.</p> <p>359. Охарактеризуйте данные офтальмоскопии, рентгенологические данные, состояние зрительных функций при новообразованиях зрительного нерва.</p> <p>360. Лечение опухолей зрительного нерва, исходы.</p> <p>361. Опишите вторичные опухоли зрительного нерва.</p> <p>362. Опишите клинические стадии развития ретинобластомы.</p> <p>363. Каково значение радиоизотопной, ультразвуковой и рентгенодиагностики при ретинобластоме?</p> <p>364. Охарактеризуйте лечение ретинобластомы в зависимости от стадии заболевания.</p> <p>365. Опишите тактику при двухстороннем опухолевом процессе.</p> <p>366. Перечислите доброкачественные опухоли орбиты.</p> <p>367. Дифференциальная диагностика злокачественных опухолей орбиты.</p> <p>368. Опишите принципы хирургического лечения различных видов новообразований орбиты. Показания и техника операции (экзентерации) орбиты.</p> <p>369. Каковы подходы к хирургическому лечению при различной локализации новообразований орбиты.</p>
<p>Б 1.Б.6.8 Раздел 8. Нарушения регуляции внутриглазного давления</p>	<p>370. Каковы нормы внутриглазного давления.</p> <p>371. Опишите анатомию дренажной системы глаза и циркуляцию внутриглазной жидкости.</p> <p>372. Какие факторы определяют постоянство внутриглазного давления?</p> <p>373. Опишите анатомию диска зрительного нерва, его кровоснабжение.</p> <p>374. Опишите патогенез глаукоматозной атрофии зрительного нерва.</p> <p>375. Опишите стационарные признаки глаукоматозной экскавации, ее виды</p> <p>376. Опишите методы определения внутриглазного давления.</p> <p>377. Охарактеризуйте нормы истинного ВГД и гидродинамических показателей.</p> <p>378. Охарактеризуйте значение гониоскопических показателей для диагностики и выбора метода лечения</p> <p>379. Опишите методы определения ширины угла передней камеры.</p> <p>380. Охарактеризуйте разновидности глаукомы по происхождению</p> <p>381. Опишите стадии глаукомы</p> <p>382. Какова роль анатомических предрасполагающих факторов в блоке угла передней камеры?</p> <p>383. Опишите патогенез закрытоугольной глаукомы.</p> <p>384. Какие клинические проявления закрытоугольной глаукомы со зрачковым блоком, «ползучая» глаукома с плоской радужкой, с витреохрусталиковым блоком.</p> <p>385. Дайте определению понятию застойная инъекция (симптом «кобры, медузы»).</p> <p>386. Опишите методы дифференциальной диагностики функционального и органического блока угла передней камеры.</p> <p>387. Охарактеризуйте хирургические и лазерные методы лечения функциональных и органических фаз закрытоугольной глаукомы.</p> <p>388. Какова неотложная помощь при остром приступе закрытоугольной глаукомы?</p> <p>389. Опишите особенности патогенеза и клиники комбинированной глаукомы.</p> <p>390. Каковы возможные осложнения хирургического лечения глаукомы?</p>

	<p>391. Каковы причины снижения зрительных функций после антиглаукоматозных операций, прошедших без осложнений?</p> <p>392. Каково принципиальное отличие офтальмогипертензии от первичной глаукомы?</p> <p>393. Проведите дифференциальную диагностику офтальмогипертензии и глаукомы.</p> <p>394. Опишите этиологию и патогенез первичной открытоугольной глаукомы.</p> <p>395. Охарактеризуйте клиническую картину открытоугольной глаукомы в зависимости от стадии.</p> <p>396. Опишите методы ранней диагностики открытоугольной глаукомы (тонометрия, суточная тонометрия, тонография, гониоскопия, биомикроскопия, дополнительные тесты, оптическая когерентная томография, гейдельбергская ретинальная томография диска зрительного нерва).</p> <p>397. Диагностика глаукомы с нормальным ВГД.</p> <p>398. Консервативное лечение открытоугольной глаукомы.</p> <p>399. Организация борьбы со слепотой от глаукомы.</p> <p>400. Оснащение, режим работы глаукомных кабинетов поликлиник.</p> <p>401. Областные и федеральные глаукомные центры.</p> <p>402. Инвалидность по зрению у больных глаукомой.</p> <p>403. Миотики: фармакодинамика, показания к применению, противопоказания, дозировка.</p> <p>404. Симпатикотропные препараты: фармакодинамика, показания к применению, противопоказания, дозировка.</p> <p>405. Бета-адреноблокаторы: фармакодинамика, показания к применению, противопоказания, дозировка.</p> <p>406. Симпатолитики: фармакодинамика, показания к применению, противопоказания, дозировка.</p> <p>407. Ингибиторы карбоангидразы: фармакодинамика, показания к применению, противопоказания, дозировка.</p> <p>408. Средства осмотического действия: фармакодинамика, показания к применению, противопоказания, дозировка.</p> <p>409. Синтетические аналоги простагландинов: фармакодинамика, показания к применению, противопоказания, дозировка.</p> <p>410. Лечение острого и подострого приступов глаукомы. Общая терапия, режим труда и жизни больных глаукомой.</p> <p>411. Назовите показания к хирургическому и лазерному лечению первичной глаукомы.</p> <p>412. Опишите возможные варианты лазерного лечения первичной глаукомы.</p> <p>413. Опишите фистулизирующие операции, операции, уменьшающие скорость образования водянистой влаги, операции проникающего и непроникающего типа.</p> <p>414. Каковы причины снижения зрительных функций после антиглаукоматозных операций, прошедших без осложнений?</p> <p>415. Какие терапевтические и хирургические методы применяются для восстановления зрительных функций?</p> <p>416. Классификация вторичной глаукомы.</p> <p>417. Этиология, патогенез, клиника и лечение увеальной глаукомы.</p> <p>418. Опишите клиническую картину синдрома Фукса, мезодермальной дистрофии радужки (синдром Франка-Каменецкого).</p> <p>419. Этиология, патогенез, клиника и лечение факогенной глаукомы (факотопической, факотоксической, факоморфической, афакической).</p> <p>420. Этиология, патогенез, клиника и лечение неоваскулярной диабетической и посттравматической глаукомы.</p> <p>421. Дайте определение понятиям <i>гидрофтальм</i>, <i>буфтальм</i>.</p> <p>422. Назовите классификацию врожденной глаукомы по Е.И. Ковалевскому</p> <p>423. Простая врожденная, сочетанная, вторичная, инфантильная глаукомы</p> <p>424. Охарактеризуйте стадии глаукоматозного процесса и степень компенсации внутриглазного давления.</p> <p>425. Каковы принципы, сроки и методы лечения врожденной глаукомы?</p> <p>426. Какое принципиальное отличие от первичной глаукомы.</p> <p>427. Опишите наиболее ранние признаки болезни и методы ранней объективной диагностики врожденной глаукомы.</p> <p>428. Проведите дифференциальную диагностику врожденной глаукомы с мегалокорнея, конъюнктивитом, паренхиматозным кератитом, вторичной глаукомой, вторичной глаукомой при ретинобластоме, болезни Коатса.</p> <p>429. Перечислите принципы и методы лечения врожденной глаукомы.</p>
<p>Б 1.Б.6.9 Раздел 9. Повреждения органа зрения у лиц различного возраста</p>	<p>430. Дайте классификацию повреждений органа зрения по отношению к каждой глазной структуре, по локализации, степени тяжести (1-4) и протяженности (А, Б, В), наличию и характеру инородных тел (металлические магнитные и немагнитные, нематаллические).</p> <p>431. Классификация повреждений глазницы: по этиологии, механизму, количеству пораженных органов, числу повреждающих факторов, по степени тяжести.</p> <p>432. Ранения и контузии глазницы. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>433. Лучевая диагностика повреждений глазницы.</p> <p>434. Переломы орбитальных костей. Синдром верхней глазничной щели.</p> <p>435. Инородные тела глазницы.</p> <p>436. Первая медицинская и специализированная помощь при повреждениях орбиты.</p> <p>437. Осложнения повреждений глазницы.</p> <p>438. Реконструктивная хирургия глазницы.</p> <p>439. Охарактеризуйте несквозные и сквозные (проникающие) ранения век. Отрыв век.</p> <p>440. Опишите возможные ранения слезных органов. Ранения конъюнктивы.</p>

441. Опишите хирургическую обработку ран век и конъюнктивы.
442. Какова тактика при повреждении слезного канальца?
443. Реконструкция слезоотводящих путей.
444. Охарактеризуйте клинику непроникающих ранений роговицы и склеры.
445. Каковы показания и тактика удаления инородных тел из роговицы и склеры?
446. Назовите варианты консервативного лечения непроникающих ранений роговицы и склеры. Возможные осложнения.
447. Приведите классификацию проникающих ран глаза.
448. Охарактеризуйте клинику проникающих ранений глаза.
449. Каковы клинические особенности простых (только капсула), сложных и осложненных ранений.
450. Опишите первую помощь при проникающих ранениях глаза.
451. Опишите рентгенолокализацию инородных тел по методу Комберга-Балтина, Резе, бесскелетные методы рентгенографии.
452. Опишите использование ультразвуковой диагностики при инородных телах глаза.
453. Охарактеризуйте такие состояния, как металлозы глаза (sideroz и халькоз). Время появления. Локализация. Профилактика.
454. Опишите осложнения проникающих ранений глаза, связанных с инфекцией (гнойный иридоциклит, эндофтальмит и панеофтальмит).
455. Охарактеризуйте такие осложнения как травматическая катаракта, вторичная посттравматическая глаукома, изменение стекловидного тела, гемофтальм, травматическая отслойка сетчатки.
456. Назовите время и показания к профилактической энуклеации.
457. Контузии глаза.
458. Патогенез контузионной травмы.
459. Клиника и диагностика, градация тяжести контузий.
460. Частота контузий и особенности клиники у детей.
461. Контузионные повреждения в различных отделах глаза (переднего сегмента, заднего сегмента и зрительного нерва).
462. Открытая контузионная травма глаза.
463. Диагностика функционального состояния органа зрения при контузии глаза.
464. Консервативное лечение контузий (местное и общее).
465. Хирургическое лечение.
466. Энуклеация. Удаление глаза и формирование опорно-двигательной культы.
467. Анофтальмический синдром.
468. Дайте классификацию ожогов по локализации, протяженности, тяжести.
469. Каковы особенности течения ожогов в детском возрасте?
470. Опишите клинические особенности термических и химических ожогов, вызванных кислотой и щелочью. Стадии течения процесса (острая, трофических расстройств, васкуляризации, рубцевания).
471. Назовите принципы комплексного лечения ожоговой болезни глаз в зависимости от стадии и распространенности процесса.
472. Перечислите возможные последствия ожогов и их лечение.
473. Клиника, первая помощь, лечение при отморожениях органа зрения.
474. Клиника, первая помощь, лечение при повреждениях органа зрения инфракрасным излучением.
475. Клиника, первая помощь, лечение при повреждениях органа зрения токами СВЧ.
476. Клиника, первая помощь, лечение при повреждениях органа зрения ультразвуком.
477. Клиника, первая помощь, лечение при повреждениях органа зрения ионизирующей радиацией.
478. Клиника, первая помощь, лечение при повреждениях органа зрения электрическим током.
479. Анатомические особенности органа зрения и его придаточного аппарата у детей.
480. Эпидемиология и профилактика травм у детей.
481. Особенности сбора анамнеза и проведения обследования.
482. Консультация родителей при офтальмотравме у детей.
483. Типичные повреждения придаточного аппарата у детей.
484. Укушенные раны век и окологлазничной области.
485. Проникающие ранения глаз у детей. Осложнения: эндофтальмит, пролиферативная витреоретинопатия.
486. Особенности и проблемы хирургического лечения травмы глаза у детей.
487. Факоаспирация травматической катаракты.
488. Интраокулярная коррекция афакии у детей.
489. Особенности течения ожогов в детском возрасте.
490. Солнечная ретинопатия.
491. Какие жалобы предъявляет больной после повреждения глаз ультрафиолетовыми лучами?
492. Окажите первую врачебную помощь при электроофтальмии.
493. Как подразделяется инфракрасное излучение по биологической активности?
494. Назовите основные свойства лазерного излучения.
495. Какие субъективные жалобы предъявляют больные при поражении сероуглеродом?
496. Какие симптомы со стороны глаз выявляются при поражении сероуглеродом?
497. Какие симптомы характерны при остром отравлении свинцом?
498. Какое специфическое противоядие используют при отравлении мышьяком?
499. Какой глазной симптом является наиболее характерным при электротравме?
500. Какие симптомы являются ранними при воздействии бензола и его соединений?
501. Первая помощь при действии повышенного атмосферного давления.

	<p>502. Как называется отложение серебра в органах и тканях? 503. Когда развивается офтальмомеркуриализм? 504. Что такое закрытая травма глаза? 505. Перечислите признаки открытой травмы глаза.. 506. Какие мероприятия медицинской помощи проводятся при химических ожогах глаз при оказании первой врачебной помощи? 507. Перечислите потоки раненых с повреждениями органа зрения, выделяемые на этапе оказания квалифицированной хирургической помощи? 508. Как произвести осмотр травмированного глаза? 509. Какова частота боевых санитарных потерь офтальмологического профиля в современных войнах? 510. Что определяет тяжесть ожогов органа зрения? 511. Каковы современные принципы хирургического лечения открытой травмы глаза? 512. Назовите принципы консервативного лечения закрытой травмы глаза. 513. Расскажите классификацию ожогов глаз.</p>
<p>Б 1.Б.6.10 Раздел 10. Офтальмологические симптомы при общих заболеваниях организма, синдромах у детей и взрослых</p>	<p>514. Опишите поражения глаз при туберкулезе 515. Опишите поражения глаз при токсоплазмозе, токсокарозе 516. Каковы поражения глаз при сифилисе? 517. Охарактеризуйте поражения глаз при бруцеллезе. 518. Охарактеризуйте сосуды сетчатки и зрительного нерва в норме. 519. Опишите патоморфология сосудов сетчатки при гипертонической болезни. 520. Охарактеризуйте возможные изменения сосудов сетчатки при гипертонической болезни. 521. Опишите ретинальные геморрагии при гипертонической болезни. 522. Опишите ретинальные экссудаты при гипертонической болезни. 523. Отек сетчатки и диска зрительного нерва при гипертонической болезни. 524. Каковы изменения зрительных функций при гипертонической болезни? 525. Дайте классификацию гипертонических изменений глазного дна. 526. Назовите основные направления лечения гипертонической нейроретинопатии. 527. Охарактеризуйте изменения сетчатки и зрительного нерва при заболеваниях почек и токсикозах беременности. 528. Опишите клиническое течение, прогноз и лечения почечных ангиопатии, ретинопатии и нейроретинопатии. 529. Опишите изменения в сетчатке при анемиях. 530. Опишите изменения в сетчатке лейкозах. 531. Опишите изменения в сетчатке миелоидной лейкемии. 532. Опишите изменения в сетчатке геморрагических диатезах. 533. Опишите изменения в сетчатке эритремии. 534. Опишите офтальмологическую симптоматику аденом гипофиза. 535. Охарактеризуйте хиазмальный синдром. 536. Опишите глазные симптомы при краниофарингомах 537. Перечислите глазные симптомы синдрома Лоренса-Муна-Барде-Бидля. 538. Перечислите изменения на глазном дне при болезни и синдроме Иценко-Кушинга. 539. Чем отличается симптоматическая гипертензия глаза при гипоталамо-гипофизарных нарушениях от первичной открытоугольной глаукомы? 540. Опишите теории патогенеза и клиническую картину экзофтальма при тиреотоксикозе. 541. Перечислите глазные симптомы гипертериоза. 542. Опишите основные направления лечения эндокринного экзофтальма. 543. Опишите глазные симптомы гипотериоза. 544. Перечислите офтальмологические симптомы при заболеваниях паращитовидных желез. 545. Опишите возможные изменения век и конъюнктивы при сахарном диабете. 546. Каковы изменения роговицы при сахарном диабете? 547. Опишите изменения сосудистой оболочки при сахарном диабете. 548. Охарактеризуйте клинику, лечение осложненной диабетической катаракты. 549. Опишите этиологию, патогенез и стадии диабетической ретинопатии. 550. Перечислите современные способы лечения диабетической ретинопатии. 551. Охарактеризуйте патологические изменения зрительного нерва при сахарном диабете. 552. Опишите этиологию, патогенез и клиническую картину неоваскулярной глаукомы. Основные способы ее хирургического лечения. 553. Опишите общие офтальмологические признаки при опухолях головного мозга. 554. Назовите офтальмологические симптомы в топической диагностике опухолей супратенториальной зоны (лобной, височной, теменной, затылочных долях, сельлярной, парасельлярной областях). 555. Охарактеризуйте офтальмологические симптомы в топической диагностике опухолей мозжечка, IV желудочка, мосто-мозжечкового угла. 556. Каковы офтальмологические симптомы при болезни Такаюсу? 557. Каковы офтальмологические симптомы при синдроме Гренблада-Страдберга? 558. Опишите офтальмологические симптомы при нейрофиброматозе Реклингаузена. 559. Каковы патологические изменения зрительных нервов в при синдромах Фостера-Кеннеди, Фогта-Коянаги-Харада, болезни Бера? 560. Опишите синдромы, включающие изменения со стороны сосудистой оболочки глаза (болезнь Бехчета, болезнь Бехтерева-Штрюмпеля-Мари, синдром Стилла-Хауффарда-Фельти, болезнь Бенье-Бек-Шаумана). 561. Охарактеризуйте синдромы, сопровождающиеся повышением внутриглазного давления (Краупа-Познера-Шлоссмана, Меньера, Фукса, Аксенфельда, болезнь Стюж-Вебера). 562. Дайте классификацию типов побочных эффектов лекарственных средств. 563. Опишите побочное действие терапии кортикостероидами. 564. Охарактеризуйте побочное действие антималярийных препаратов. 565. Опишите побочное действие амиодарона и производных фенотиазина. 566. Каково токсическое действие консервантов, входящих в состав глазных капель, на глазную</p>

	<p>поверхность?</p> <p>567. Опишите синдром «сухого глаза» лекарственного генеза.</p> <p>568. Для каких препаратов свойственно катарактогенное действие?</p>
--	--

7.2. Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1. Анатомия и физиология органа зрения</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Методика наружного осмотра органа зрения. 2. Характеристики структур переднего отдела глаза при боковом освещении в норме. 3. Результаты исследования глаза в проходящем свете в норме и при патологии. 4. Нормальная картина глазного дна при офтальмоскопии. 5. Структуры угла передней камеры при гониоскопии. 6. Нарушения центрального зрения (микро-, макро-, метаморфопсии). Возможные причины снижения остроты зрения. 7. Нарушения периферического зрения (концентрическое сужение поля зрения, скотомы, гемианопсии). 8. Классификация нарушений цветового зрения. 9. Нарушения темновой адаптации. 10. Бинокулярное, одновременное и монокулярное зрение.
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2. Клиническая рефракция, аккомодация, оптическая коррекция зрения, патология глазодвигательного аппарата</p>	<ol style="list-style-type: none"> 11. Глаз как оптический прибор. 12. Схематический глаз по Гулььстранду. 13. Редуцированный глаз по Вербицкому. 14. Зрительная линия и оптическая ось глаза. 15. Клиническая рефракция и ее виды: эмметропия и аметропия. 16. Механизм аккомодации. 17. Назначение очков при гиперметропии у детей и взрослых, показания, сроки и принципы. 18. Назначение очков при миопии у детей и взрослых, показания, принципы. 19. Назначение очков при астигматизме, показания, принципы. 20. Назначение очков при анизометропии, показания, принципы. 21. Правила выписывания очков монофокальных и бифокальных. 22. Измерение расстояния между центрами зрачков, высоты и ширины переноса, измерение между основаниями ушных раковин, расстояния между висками и длины заушника. 23. Паралитическое косоглазие. 24. Наиболее частые причины этого косоглазия у взрослых и детей. 25. Дифференциальная диагностика паралитического и содружественного косоглазия. 26. Роль неврологических исследований. 27. Показания, виды оперативного вмешательства и его исходы.
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3. Заболевания защитного аппарата глаза (век, конъюнктивы, слезных органов, склеры, орбиты) у лиц различного возраста</p>	<ol style="list-style-type: none"> 28. Врожденные аномалии слезной железы, клиника. 29. Острое воспаление слезной железы (острый дакриoadенит), этиология, клиника, лечение, исходы. 30. Хроническое воспаление слезной железы (болезнь Микулича, хронический туберкулезный и сифилитический дакриoadенит). Лечение. 31. Врожденная патология и заболевания слезных точек и канальцев (сужение и облитерация слезных точек и слезных канальцев, грибковые каналликулиты). 32. Острый дакриоцистит (флегмона), диагностика, клиника, лечение. 33. Хронический дакриоцистит, диагностика, лечение. 34. Водянка слезного мешка, дивертикулиты. 35. Дакриоцистит новорожденных, частота, механизм развития, диагностика.
<p>Б 1.Б.6.4 Раздел 4. Заболевания оптического аппарата глаза (роговицы, хрусталика, стекловидного тела) у лиц различного возраста</p>	<ol style="list-style-type: none"> 36. Возрастные особенности строения биомикроскопической картины стекловидного тела у детей и взрослых. 37. Приобретенные изменения стекловидного тела: деструкция, помутнение, гемофтальм, отслойка, коллапс 38. Клинические варианты деструктивных изменений стекловидного тела (разжижение, помутнение). 39. Изменения стекловидного тела при близорукости, отслойке сетчатки, при нарушениях обмена веществ, при хронических дисфункциях цилиарного тела.

<p>Б 1.Б.6.5 Раздел 5. Заболевания сетчатки, зрительного нерва, проводящих путей, корковых отделов зрительного анализатора у лиц различного возраста</p>	<p>40. Возрастные особенности строения сетчатки. 41. Особенности офтальмоскопической картины глазного дна у детей и взрослых разного возраста. 42. Болезнь Илса. Клиника, стадии, лечение. Клиника, диагностика, стадии, методы лечения. 43. Юкстапапиллярный хориоретинит Иенсена. Клиника, диагностика, лечение 44. Изменения сетчатки ревматической этиологии. Перифлебиты сетчатки. Лечебная тактика офтальмолога при васкулитах сетчатки. 45. Центральная серозная хориопатия, современные представления о патогенезе заболевания. Клиника. Методы лечения (консервативные и лазерные). 46. Дискосидная дегенерация Кунта-Юниуса. 47. Сенильная макулодистрофия: этиология, клиника, лечение. 48. Хориоретинальная дистрофия. 49. Дистрофия Беста, сотовидная дистрофия Дойна. 50. Кистовидное перерождение сетчатки в области желтого пятна. 51. Абиотрофия типа Штаргардта, 52. Желтопятнистая дегенерация сетчатки Франческетти. 53. Лечение центральных хориоретинальных дистрофий. 54. Периферическая тапеторетинальная абиотрофия. Клиника. Консервативное и хирургическое лечение. 55. Периферические дегенерации сетчатки: решетчатая, «след улитки», «белое без вдавления», инееподобная, «булыжная мостовая». 56. Врожденные изменения и аномалии развития сетчатки (ретролентальная фиброплазия). 57. Наружный экссудативный ретинит Коатса. 58. Ангиоматоз сетчатки и головного мозга (болезнь Гиппель-Линдау). 59. Классификация изменений глазного дна при гипертонической болезни (симптомы Салоса, Гвиста и др.). 60. Особенности картины глазного дна при симптоматической и почечной гипертонии, при токсикозе беременности, при атеросклерозе. 61. Первичные и вторичные атрофии, офтальмоскопическая картина, состояние зрительных функций. 62. Рентгенологические исследования (компьютерная томография, ЯМРТ). 63. Восходящая и нисходящая атрофии зрительного нерва. 64. Атрофия зрительных нервов семейно-наследственная (Лебера). 65. Первичные поражения хиазмы (опухоли). 66. Поражения хиазмы при опухолях sellarной локализации, при опухолях головного мозга другой локализации. 67. Поражения хиазмы при оптохиазмальном лептоменингите. 68. Поражения хиазмы при патологии сосудов головного мозга. 69. Методы лечения больных с заболеваниями хиазмы. 70. Заболевания зрительных трактов и центрального нейрона зрительного пути.</p>
<p>Б 1.Б.6.6 Раздел 6 Патология сосудистой оболочки глаза у лиц различного возраста</p>	<p>71. Врожденные аномалии радужки: аниридия, колобома радужки. 72. Врожденные аномалии радужки: поликория, корректопия, гипоплазия и аплазия мышцы радужки. 73. Мезодермальный дисгенез роговицы и радужки (болезнь Ригера). 74. Врожденные формы гипоплазии и гиперплазии стромы радужки (синдром Франка-Каменецкого). 75. Аномалии пигментной зрачковой каймы радужки. 76. Экстрамакулярные колобомы сосудистой оболочки. 77. Ангиома сосудистой оболочки. 78. Простая гетерохромия, гетерохромия Фукса. 79. Эссенциальная мезодермальная дистрофия радужной оболочки. 80. Синдром Краупа-Познера-Шлосмана. 81. Диабетическая увеопатия, атеросклеротическая дистрофия. 82. Иридокорнеальный эндотелиальный синдром. 83. Псевдоэксфолиативный синдром.</p>
<p>Б 1.Б.6.7 Раздел 7. Новообразования органа зрения у детей и взрослых</p>	<p>84. Опухоли век – папиллома, кожный рог, аденома, фиброма, липома, ангиома, нейрофибромы. 85. Пигментные невусы, рак, саркома, злокачественные меланомы. 86. Лечение опухолей век и возможные исходы. 87. Опухоли и кисты слезных желез (смешанные опухоли, цилиндромы, саркомы, кисты). 88. Сроки лечения и исходы. 89. Опухоли слезного мешка (папиллома, карцинома, саркома, гранулемы). 90. Дермоиды и липодермоиды, кисты и папилломы, гемангиомы и родимые пятна (невусы) конъюнктивы. Пигментная ксероидерма, меланома. 91. Карцинома. Сроки и методы лечения. Возможные осложнения (метастазы). 92. Дермоиды, невусы, липодермоиды роговицы. 93. Вторичные опухоли, клиническая характеристика. Хирургическое лечение 94. Доброкачественная меланома, меланобластома радужки. Клиническая картина, лечение. Иридоцилиарная меланобластома с ангулярным ростом. Клиническая картина. 95. Опухоли цилиарного тела. Клиническая картина. Опухоли хориоидеи, особенности роста, лечение, прогноз. 96. Опухоли мезодермальной природы (гемангиомы хориоидеи, ангиомы радужки и цилиарного тела, лейомиомы радужки и цилиарного тела, кисты радужки и цилиарного тела). 97. Вторичные опухоли сосудистой оболочки. 98. Современные методы хирургического и лазерного лечения внутриглазных опухолей. 99. Диспансеризация больных, оперированных по поводу опухолей сосудистой оболочки 100. Клиника первичных опухолей зрительного нерва. Данные офтальмоскопии, рентгенологические данные, состояние зрительных функций, лечение, исходы. 101. Вторичные опухоли зрительного нерва. Клиника. Диагностика. Лечение 102. Клиника и стадии развития ретинобластомы. Ранняя (у новорожденных) диагностика. Значение радиоизотопной, ультразвуковой диагностики. Рентгенодиагностика. 103. Характеристика стадий ретинобластом. Экзо – и эндофитный рост. Лечение ретинобластом. Тактика при двухстороннем опухолевом процессе.</p>

	<p>104. Добракачественные опухоли орбиты. Патогенез, клиническое течение, диагностика, дифференциальный диагноз</p> <p>105. Злокачественные опухоли орбиты. Клиника, течение, диагностика, дифференциальный диагноз.</p> <p>106. Принципы хирургического лечения различных видов новообразования орбиты, показания и техника операции (экзентерации) орбиты.</p> <p>107. Хирургические подходы при различной локализации новообразований орбиты.</p>
<p>Б 1.Б.6.8 Раздел 8. Нарушения регуляции внутриглазного давления</p>	<p>108. Внутриглазное давление нормальное и толерантное.</p> <p>109. Анатомия дренажной системы глаза.</p> <p>110. Ангулярные и внеангулярные пути оттока внутриглазной жидкости.</p> <p>111. Факторы, определяющие постоянство внутриглазного давления.</p> <p>112. Диск зрительного нерва, его кровоснабжение.</p> <p>113. Вид и расположение сосудистого пучка диска зрительного нерва (его сдвиг).</p> <p>114. Патогенез глаукоматозной атрофии зрительного нерва.</p> <p>115. Физиологическая экскавация, стационарные признаки глаукоматозной экскавации, ее виды.</p> <p>116. Классификация экскавации ДЗН по степени.</p> <p>117. Нормативы истинного ВГД и гидродинамических показателей.</p> <p>118. Гониоскопия (значение гониоскопических показателей для диагностики и выбора метода лечения), биомикроскопия (определение ширины угла передней камеры ориентировочным методом, состояния радужки), клиническая периметрия.</p> <p>119. Нагрузочные и разгрузочные, провокационные пробы.</p> <p>120. Разновидности глаукомы по происхождению: первичная, врожденная глаукома, вторичная, офтальмогипертензия.</p> <p>121. Классификация первичной глаукомы по стадии, компенсации ВГД, состоянию роговицы.</p> <p>122. Роль анатомических предрасполагающих факторов в блоке угла передней камеры.</p> <p>123. Врожденная глаукома. Этиология, патогенез. Гидрофтальм, буфтальм.</p> <p>124. Классификация врожденной глаукомы.</p> <p>125. Стадии глаукоматозного процесса и степень компенсации внутриглазного давления.</p> <p>126. Принципы, сроки и методы лечения врожденной глаукомы.</p> <p>127. Принципиальное отличие от первичной глаукомы.</p> <p>128. Наиболее ранние признаки болезни. Методы ранней объективной диагностики врожденной глаукомы.</p> <p>129. Дифференциальная диагностика врожденной глаукомы с мегалокорнеа, конъюнктивитом, паренхиматозным кератитом, вторичной глаукомой, вторичной глаукомой при ретинобластоме, болезни Коатса.</p> <p>130. Принципы и методы лечения врожденной глаукомы. Виды операций.</p>
<p>Б 1.Б.6.9 Раздел 9. Повреждения органа зрения у лиц различного возраста</p>	<p>131. Анатомические особенности органа зрения и его придаточного аппарата у детей.</p> <p>132. Эпидемиология и профилактика травм у детей.</p> <p>133. Особенности сбора анамнеза и проведения обследования. Консультация родителей.</p> <p>134. Типичные повреждения придаточного аппарата у детей.</p> <p>135. Укушенные раны век и окологлазничной области.</p> <p>136. Проникающие ранения глаз у детей.</p> <p>137. Осложнения: эндофтальмит, пролиферативная витреоретинопатия.</p> <p>138. Особенности и проблемы хирургического лечения травмы глаза у детей.</p> <p>139. Факоаспирация травматической катаракты. Интраокулярная коррекция афакии у детей.</p> <p>140. Особенности течения ожогов в детском возрасте. Солнечная ретинопатия.</p> <p>141. Синдром встряхивания младенца.</p> <p>142. Воздействие на глаз ультрафиолетового излучения. Электроофтальмия.</p> <p>143. Воздействие на глаз инфракрасного излучения. Огневые катаракты. Ветриоретинопатия.</p> <p>144. Воздействие на глаз ионизирующего излучения. Рентгеновские катаракты. Катаракта, вызванная нейтронным и гамма-излучением.</p> <p>145. Воздействие на орган зрения лазерного и ультразвукового излучения.</p> <p>146. Воздействие на орган зрения свинца и его соединений.</p> <p>147. Поражения глаз тетраэтилсвинцом. Поражение глаз мышьяком и его соединениями.</p> <p>148. Изменения органов зрения, вызываемые воздействием бензола и его соединений.</p> <p>149. Поражение глаз тринитротолуолом. Гипербарическая травма. Высокогорная ретинопатия.</p> <p>150. Поражение глаз сероуглеродом. Поражение глаз соединениями фосфора.</p> <p>151. Аргироз глаза. Офтальмомеркуриализм.</p> <p>152. Профилактика профессиональных повреждений органа зрения</p> <p>153. Боевая травма органа зрения. Изолированная, множественная и комбинированная травма.</p> <p>154. Открытая и закрытая травма глаза.</p> <p>155. Уровни снижения остроты зрения при травмах глаза.</p> <p>156. Классификация по афферентному зрачковому дефекту.</p> <p>157. Классификация механических повреждений органа зрения по степени тяжести.</p> <p>158. Классификация ранений вспомогательных органов.</p> <p>159. Классификация ранений глазницы.</p> <p>160. Классификация ожогов глазного яблока по степени.</p> <p>161. Клиника и диагностика боевой травмы органа зрения.</p> <p>162. Сортировка раненых офтальмологического профиля. Общие принципы лечения при боевых ранениях и травмах органа зрения.</p> <p>163. Помощь на этапах медицинской эвакуации.</p> <p>164. Распределение раненых по основным лечебно-эвакуационным группам.</p> <p>165. Ретинопатия Пурчера. Ретинопатия Вальсальва. Хлыстовая травма. Острые отравления фосфорорганическими соединениями.</p>

<p>Б 1.Б.6.10 Раздел 10. Офтальмологические симптомы при общих заболеваниях организма, синдромах у детей и взрослых</p>	<p>166. Поражения глаз при туберкулезе 167. Поражения глаз при токсоплазмозе, токсокарозе 168. Поражения глаз при сифилисе. 169. Поражения глаз при бруцеллезе. 170. Сосуды сетчатки и зрительного нерва в норме. 171. Патоморфология сосудов сетчатки при гипертонической болезни. Изменения сосудов сетчатки. Ретинальные геморрагии. Ретинальные экссудаты. Отек сетчатки и диска зрительного нерва. 172. Изменения зрительных функций при гипертонической болезни. 173. Классификация гипертонических изменений глазного дна. 174. Лечение гипертонической нейроретинопатии. 175. Изменения сетчатки и зрительного нерва при заболеваниях почек и токсикозах беременности. 176. Почечная ангиопатия. Почечная ретинопатия и нейроретинопатия. Клиническое течение, прогноз. 177. Изменения в сетчатке при анемиях, лейкозах, миелоидной лейкемии, геморрагических диатезах, эритремии. 178. Офтальмологические симптомы при патологии гипофиза и гипоталамо-гипофизарной системы: опухоли гипофиза, болезнь Иценко-Кушинга. 179. Офтальмологические симптомы при заболеваниях щитовидной железы (диффузный токсический зоб, гипотиреоз) и паращитовидных желез. 180. Изменение глазного дна при сахарном диабете (ангиоретинопатии). Диабетическая ретинопатия. Стадии развития, клиника. 181. Комплексное лечение: медикаментозное, лазерное. 182. Принципы лечения различных видов диабетической ангиоретинопатии. 183. Общие офтальмологические признаки. 184. Офтальмологические симптомы в топической диагностике опухолей супратенториальной зоны (лобной, височной, теменной, затылочных долях, селлярной, параселлярной областях). 185. Офтальмологические симптомы в топической диагностике опухолей мозжечка, IV желудочка, мостомозжечкового угла) 186. Офтальмологические симптомы при болезни Такаясу, синдроме Гренблада-Страдберга. 187. Офтальмологические симптомы при нейрофиброматозе Реклингаузена: клиника, диагностика, хирургическое лечение, прогноз. 188. Патологические изменения зрительных нервов в составе синдромов Фостера-Кеннеди, Фогта-Коянаги-Харада, болезни Бера 189. Синдромы, включающие изменения со стороны сосудистой оболочки глаза (болезнь Бехчета, болезнь Бехтерева-Штрюмпеля-Мари, синдром Стилла-Хауффарда-Фельти, болезнь Бенье-Бек-Шаумана). Клиника, методы лечения, прогноз. 190. Синдромы, сопровождающиеся повышением внутриглазного давления (Краупа-Познера-Шлоссмана, Меньера, Фукса, Аксенфельда, болезнь Сторж-Вебера). Клиника, дифференциальный диагноз с первичной глаукомой, лечение, прогноз 191. Рассеянный склероз: патогенез, клиника, течение, прогноз, методы лечения. 192. Классификация типов побочных эффектов лекарственных средств. 193. Побочное действие терапии кортикостероидами. 194. Побочное действие антималярийных препаратов. 195. Побочное действие амиодарона и производных фенотиазина. 196. Токсическое действие консервантов, входящих в состав глазных капель, на глазную поверхность. 197. Синдром «сухого глаза» лекарственного генеза. 198. Катарактогенное действие некоторых препаратов.</p>
--	--

7.3. Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1. Анатомия и физиология органа зрения</p>	<p>ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:</p> <p>1. Самой тонкой стенкой орбиты является:</p> <p>а) наружная стенка; б) верхняя стенка; в) внутренняя стенка; г) нижняя стенка; д) верхняя и внутренняя</p> <p>2. Канал зрительного нерва служит для прохождения:</p> <p>а) зрительного нерва; б) отводящего нерва в) глазодвигательный нерв г) центральной вены сетчатки д) лобной артерии</p> <p>3. Слезный мешок расположен:</p> <p>а) внутри глазницы; б) вне глазницы; в) частично внутри и частично вне глазницы. г) в гайморовой полости д) в средней черепной ямке</p> <p>4. При ранах век регенерация тканей:</p> <p>а) высокая; б) низкая; в) существенно не отличается от регенерации тканей других областей лица; г) ниже, чем других областей лица. д) выше чем других областей лица</p> <p>5. К слезопроизводящим органам относятся:</p> <p>а) слезная железа и добавочные слезные железы;</p>
---	---

	<p>б) слезные точки; в) слезные канальцы; г) носослезный канал</p> <p>6. Носослезный канал открывается в: а) нижний носовой ход; б) средний носовой ход; в) верхний носовой ход; г) в гайморову пазуху д) в основную пазуху.</p> <p>7. Наибольшую толщину склера имеет в зоне: а) лимба; б) экватора; в) диска зрительного нерва; г) под сухожилием прямых мышц. д) под сухожилием косых мышц</p> <p>8. Роговая оболочка состоит из: а) двух слоев; б) трех слоев; в) четырех слоев; г) пяти слоев; д) шести слоев.</p> <p>9. Слои роговицы располагаются: а) параллельно поверхности роговицы; б) хаотично; в) концентрично; г) в косом направлении</p> <p>10. Питание роговицы осуществляется за счет: а) краевой петливой сосудистой сети; б) центральной артерии сетчатки; в) слезной артерии; г) передними цилиарными артериями д) надблоковой артерии</p> <p>11. Диск зрительного нерва располагается: а) в центре глазного дна; б) в носовой половине глазного дна; в) в височной половине глазного дна; г) в верхней половине глазного дна д) за пределами глазного дна.</p> <p>12. Функциональным центром сетчатки является: а) диск зрительного нерва; б) центральная ямка; в) зона зубчатой линии; г) сосудистый пучок. д) юкстапапиллярная зона.</p> <p>13. Зрительный нерв выходит из орбиты через: а) верхнюю глазничную щель; б) Гог. оросит; в) нижнюю глазничную щель г) круглое отверстие д) верхнечелюстную пазуху</p> <p>14. Сосудистый тракт выполняет: а) трофическую функцию; б) функцию преломления света; в) функцию восприятия света; г) защитную функцию д) опорную функцию</p> <p>15. Сетчатка выполняет функцию: а) преломления света; б) трофическую; в) восприятия света; г) защитную функцию д) опорную функцию</p> <p>16. Внутриглазную жидкость вырабатывает в основном: а) радужка; б) хориондея; в) хрусталик; г) цилиарное тело. д) роговица.</p> <p>17. Тенонова капсула отделяет: а) сосудистую оболочку от склеры; б) сетчатку от стекловидного тела; в) глазное яблоко от клетчатки орбиты; г) правильного ответа нет д) роговицу от склеры</p> <p>18. Боуменова мембрана находится между: а) эпителием роговицы и стромой; б) стромой и десцеметовой оболочкой; в) десцеметовой оболочкой и эндотелием; г) слоями сетчатки</p>
--	---

19. *Хориоидея питает:*
а) наружные слои сетчатки;
б) внутренние слои сетчатки;
в) всю сетчатку;
г) зрительный нерв.
д) склеру
20. *Двигательный аппарат глаза состоит из ... экстраокулярных мышц:*
а) четырех;
б) пяти;
в) шести;
г) восьми;
д) десяти.
21. *«Мышечная воронка» берет свое начало от:*
а) круглого отверстия;
б) зрительного отверстия;
в) верхней глазничной щели;
г) нижней глазничной щели.
д) внутренней стенки глазницы
22. *Артериальный круг Галлера образован:*
а) длинными задними цилиарными артериями;
б) короткими задними цилиарными артериями;
в) решетчатыми артериями;
г) мышечными артериями;
д) всем перечисленным
23. *Центральная артерия сетчатки питает:*
а) хориоидею;
б) внутренние слои сетчатки;
в) наружные слои сетчатки;
г) стекловидное тело;
д) склеру
24. *Глазничный нерв является:*
а) чувствительным нервом;
б) двигательным нервом;
в) смешанным нервом;
г) парасимпатическим нервом;
д) симпатическим нервом.
25. *В области хиазмы перекрещивается % волокон зрительных нервов:*
а) 25%;
б) 50%;
в) 75%;
г) 100 %
д) 10%.
26. *Развитие глаза начинается на :*
а) 1-2-ой неделе внутриутробной жизни;
б) 3-ей неделе ->;
в) 4-ой неделе ->;
г) 5-ой неделе ->;
д) 10-ой неделе —<
27. *Сосудистая оболочка образуется:*
а) Мезодермы
б) Эктодермы
в) Смешанной природы
г) нейроэктодермы
д) Энтодермы
28. *Сетчатка образуется из:*
а) Эктодермы
б) Нейроэктодермы
в) Мезодермы
г) Энтодермы
д) Смешанной природы

ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ ПО СХЕМЕ:

- А) если правильны ответы 1,2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.

29. *д Через верхнюю глазничную щель проходит:*
1) глазничный нерв;
2) глазодвигательные нервы;
3) основной венозный коллектор;
4) отводящий нерв; 5) блоковый нерв
30. *б Веки являются:*
1) придаточной частью органа зрения;
2) вершиной орбиты
3) защитным аппаратом органа зрения;
4) боковой стенкой орбиты
5) не относятся к органу зрения

31. д *Ветвями глазничной артерии являются:*
- 1) центральная артерия сетчатки
 - 2) слезная артерия;
 - 3) надглазничная артерия;
 - 4) лобная артерия;
 - 5) надблоковая артерия
32. а *Отток крови из век направляется:*
- 1) в сторону вен глазницы;
 - 2) в сторону лицевых вен;
 - 3) в оба направления;
 - 4) в сторону верхней челюсти
 - 5) в сторону кавернозного синуса
33. а *Перикорнеальная инъекция свидетельствует о:*
- 1) конъюнктивите;
 - 2) повышенном внутриглазном давлении;
 - 3) воспалении сосудистого тракта;
 - 4) поражении слезопроизводящих органов;
 - 5) внутриглазном инородном теле
34. г *Иннервация слезной железы осуществляется:*
- 1) парасимпатической нервной системой;
 - 2) симпатической нервной системой;
 - 3) по смешанному типу;
 - 4) лицевым и тройничным нервами
 - 5) отводящим нервом
35. г *Отток жидкости из передней камеры осуществляется через:*
- 1) область зрачка;
 - 2) капсулу хрусталика;
 - 3) цинновы связки
 - 4) зону трабекулы
 - 5) зону радужки
36. г *Положение зубчатой линии соответствует:*
- 1) зоне проекции лимба;
 - 2) месту прикрепления сухожилий прямых мышц;
 - 3) зоне проекции трабекулы
 - 4) за зоной проекции цилиарного тела;
37. а *Хориоидея состоит из слоя:*
- 1) мелких сосудов;
 - 2) средних сосудов
 - 3) крупных сосудов;
 - 4) нервных волокон
38. а *Зрительный нерв имеет оболочки:*
- 1) мягкую оболочку
 - 2) паутинную оболочку;
 - 3) внутреннюю эластичную
 - 4) твердую оболочку
39. д *Влага передней камеры служит для*
- 1) питания роговицы и хрусталика;
 - 2) выведения отработанных продуктов обмена
 - 3) поддержания нормального офтальмотонуса
 - 4) преломления света;
40. д *В пределах «мышечной воронки» находится:*
- 1) зрительный нерв;
 - 2) глазничная артерия;
 - 3) глазодвигательный нерв
 - 4) отводящий нерв;
 - 5) блоковый нерв;.
41. д *Стекловидное тело выполняет все функции:*
- 1) трофическую функцию;
 - 2) «буферную» функцию;
 - 3) светопроводящую функцию; 4) опорную функцию
 - 5) поддержания офтальмотонуса
42. а *Ткани глазницы получают питание из источников:*
- 1) решетчатых артерий;
 - 2) слезной артерии;
 - 3) глазничной артерии;
 - 4) центральной артерии сетчатки.
 - 5) средней мозговой артерии
43. д *Кровоснабжение глазного яблока осуществляется сосудами.:*
- 1) глазничной артерией
 - 2) центральной артерией сетчатки;
 - 3) задними короткими цилиарными артериями;
 - 4) передними цилиарными артериями
 - 5) задними длинными цилиарными артериями
44. г *Короткие задние цилиарные артерии питают:*
- 1) роговицу;
 - 2) радужку;
 - 3) склеру;
 - 4) наружные слои сетчатки;
 - 5) внутренние слои сетчатки.

45.б Кровоснабжение цилиарного тела и радужки осуществляется:

- 1) длинными задними цилиарными артериями;
- 2) короткими задними цилиарными артериями;
- 3) передними цилиарными артериями
- 4) решетчатými артериями;
- 5) медиальными артериями век;

46.д Отток крови от тканей глазницы осуществляется через:

- 1) верхнюю глазничную вену;
- 2) нижнюю глазничную вену;
- 3) центральную вену сетчатки
- 4) верхне-темпоральную ветвь центральной вены сетчатки
- 5) нижне-темпоральную ветвь центральной вены сетчатки

47. а Двигательную иннервацию экстраокулярных мышц осуществляют структуры:

- 1) глазодвигательного нерва;
- 2) отводящего нерва;
- 3) блокового нерва;
- 4) тройничного нерва
- 5) тройничного узла

ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

48. Основной функцией зрительного анализатора, без которой не могут развиваться все остальные его зрительные функции, является:

- А. периферическое зрение;
- Б. монокулярная острота зрения;
- В. цветоощущение;
- Г. светоощущение;**
- Д. бинокулярное зрение.

49. При остроте зрения выше 1,0 величина угла зрения равна:

- А. меньше 1 минуты;**
- Б. 1 минуте;
- В. 1,5 минутам;
- Г. 2 минутам;
- Д. 2,5 минутам.

50. Впервые таблицу для определения остроты зрения составил:

- А. Головин;
- Б. Сивцев;
- В. Снеллен;**
- Г. Ландольт;
- Д. Орлова.

51. При парафовеолярной фиксации острота зрения у ребёнка 10-12 лет соответствует следующим значениям:

- А. больше 1,0;
- Б. 1,0;
- В. 0,8-0,9;
- Г. 0,5-0,6;
- Д. ниже 0,5;**

52. В современных таблицах для определения остроты зрения Головина Сивцева для определения остроты зрения мелкие детали представляемых объектов видны под углом зрения:

- А. меньше 1 минуты;**
- Б. в 1 минуту;
- В. в 2 минуты;
- Г. в 3 минуты;
- Д. более 3 минут.

53. В том случае, если человек различает с расстояния в 1метр только первую строчку таблицы для определения остроты зрения, то острота зрения у него равна:

- А. 0,1;
- Б. 0,05;
- В. 0,02;**
- Г. 0,01;
- Д. 0,005.

54. Светоощущение отсутствует у больного с:

- А. интенсивным тотальным помутнением роговицы;
- Б. тотальной катарактой;
- В. центральной дегенерацией сетчатки;
- Г. полной атрофией зрительного нерва;**
- Д. разрывом сетчатки в макулярной зоне.

55. Функциональное состояние колбочкового аппарата сетчатки глаза определяют по:

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

56. Темповую адаптацию необходимо исследовать у больных с:

- А. абнотрофией сетчатки;**
- Б. миопией слабой и средней степени;
- В. гиперметропией с астигматизмом;
- Г. косоглазием;
- Д. рефракционной амблиопией.

57. Формирование бинокулярного зрения возможно только при сочетании высокого зрения правого и левого глаз с:

- А. ортофорией;
 Б. экзофорией;
 В. эзофорией;
 Г. отсутствием фузии.
58. *Адаптационная способность зрительного анализатора определяется способностью:*
 А. видеть предметы при слабом освещении;
 Б. различать свет;
В. приспосабливаться к свету различного уровня яркости;
 Г. видеть предметы на разном расстоянии;
 Д. различать оттенки различных цветов.
59. *Фузионный рефлекс у здорового ребенка формируется уже в возрасте:*
 А. 1-ой недели жизни;
 Б. первого месяца жизни;
 В. первых 2-х месяцев жизни;
Г. первых 5-6-ти месяцев жизни;
 Д. 2-го года жизни.
60. *Величина слепого пятна, определяемая кампиметрически, в норме у взрослого человека равна:*
 А. 3 x 2 см;
 Б. 5 x 4 см;
В. 8 x 6 см;
 Г. 9x7 см;
 Д. 10 x 8 см.
61. *Гомонимная и гетерономная гемианопсия определяются у больных с:*
 А. центральной дегенерацией сетчатки;
 Б. анизометропией;
В. патологическими изменениями зрительных путей;
 Г. патологическими процессами в области пучка Грациоле;
 Д. атрофией папилломакулярных нервных волокон.
62. *Рефлекс фиксации формируется у здорового ребенка уже:*
 А. на первой недели жизни;
 Б. на первом месяце жизни;
В. к 2 месяцам жизни;
 Г. к 6-ти месяцам жизни;
 Д. к году жизни.
63. *Хлоропсия - это видение всех окружающих предметов в:*
 А. жёлтом цвете;
 Б. красном цвете;
В. зелёном цвете;
 Г. синем цвете.
64. *Физиологическая скотома, определяемая при периметрическом исследовании человека, в норме находится по отношению к точке фиксации в:*
 А. 15° с носовой стороны;
 Б. 20° с носовой стороны;
В. 15° с височной стороны;
 Г. 25° с височной стороны;
 Д. 30° с височной стороны.
65. *Эритропсия - это видение всех окружающих предметов в:*
 А. синем цвете;
 Б. жёлтом цвете;
В. красном цвете;
 Г. зелёном цвете.
66. *Ксантопсия - это видение окружающих предметов в:*
 А. синем цвете;
Б. жёлтом цвете;
 В. зелёном цвете;
 Г. красном цвете.
67. *Цианопсия - это видение окружающих предметов в:*
 А. жёлтом цвете;
Б. синем цвете;
 В. красном цвете.
68. *В норме самые малые размеры имеет поле зрения на:*
 А. белый цвет;
 Б. красный цвет;
В. зелёный цвет;
 Г. жёлтый цвет;
 Д. синий цвет.
69. *У здорового взрослого человека с нормально развитым зрительным анализатором индивидуальные колебания границ поля зрения на белый цвет не превышают:*
А. 5-10°;
 Б. 15°;
 В. 20°;
 Г. 25°
70. *Наиболее широкие границы (в норме) имеет поле зрения на:*
 А. красный цвет;
 Б. жёлтый цвет;
 В. зелёный цвет;
 Г. синий цвет;
Д. белый цвет.
71. *У взрослого человека с нормально развитым зрительным анализатором нижняя граница поля зрения на*

- белый цвет находится от точки
- А. 45°
 Б. 50°
 В. 55°
 Г. 65-70°
72. У взрослого человека с нормально развитым зрительным анализатором наружная (темпоральная) граница поля зрения на белый цвет находится от точки фиксации в:
- А. 60°;
 Б. 70°;
 В. 90°;
 Г. 100°;
 Д. 120°.
73. У взрослого человека с нормально развитым зрительным анализатором внутренняя граница поля зрения на белый цвет находится от точки фиксации в:
- А. 25°;
 Б. 30-40°;
 В. 55°;
 Г. 65°;
74. Для нормального формирования стереоскопического зрения необходимым условием является наличие:
- А. нормальных границ периферического зрения;
 Б. монокулярной остроты зрения не ниже 1,0;
 В. трихроматического зрения;
 Г. бинокулярного зрения;
 Д. нормальной адаптационной способности органа зрения.
75. У взрослого человека внутриглазное давление в норме не должно превышать:
- А. 10-12 мм рт.ст.;
 Б. 12-15 мм рт.ст.;
 В. 15-20 мм рт.ст.;
 Г. 20-23 мм рт.ст.;
76. Объективно оценивать патологическое изменение офтальмотоноуса нельзя только по:
- А. тонометрическому исследованию методом Маклакова-Поляка;
 Б. пальпаторному исследованию глаз;
 В. тонометрическому исследованию глаза тонометром Дашевского;
 Г. топографическому исследованию;
 Д. эластотонometriи.
77. Бактерицидное действие слезы обеспечивается наличием в ней:
- А. лидазы;
 Б. химопсина;
 В. лизоцима;
 Г. фосфатазы;
 Д. муцина.
78. Число миганий веками достигает у детей нормальных 8-12 в 1 минуту к возрасту:
- А. 3 месяцев жизни;
 Б. 1 года жизни;
 В. 5 лет жизни;
 Г. 7-10 лет жизни;
 Д. 14-15 лет жизни.
79. Первая часть пробы Веста считается положительной, если красящее вещество (колларгол или флюоресцеин) полностью уходит из конъюнктивального мешка в слезоотводящие пути за:
- А. 1-2 минуты;
 Б. 2-3 минуты;
 В. 3-4 минуты;
 Г. 4-5 минут;
 Д. 6-7 минут дольше.
80. Вторая часть пробы Веста считается положительной, если красящее вещество из конъюнктивального мешка пройдет в нос за:
- А. 1 минуту;
 Б. 2 минуты;
 В. 3 минуты;
 Г. 5-10 минут;
 Д. более чем за 10 минут.
81. Для контрастной рентгенографии слезных путей используют одно из перечисленных веществ:
- А. колларгол;
 Б. флюоресцеин;
 В. иодлипол;
 Г. водный раствор бриллиантовой зелени;
 Д. водный раствор синьки.
82. Нормальное функционирование слезных желез (выделение слезы) формируется у детей в возрасте:
- А. первых 5-1 месяцев жизни;
 Б. первых 2-3 месяцев жизни;
 В. первых 6-8 месяцев жизни;
 Г. 1 года жизни;
 Д. 2-3 лет жизни.
83. Мейбомиевы железы, расположенные в хрящевых пластинках век, выделяют:
- А. слезу;
 Б. слизистый секрет;
 В. сальный секрет;
 Г. лимфу;
 Д. водянистую влагу.

84. Секрет мейбомиевых желез необходим для:
- А. смазывания поверхности роговицы и конъюнктивы глаза;
 - Б.** смазывания края век с целью предохранения их поверхности от мацерации;
 - В. питания роговицы и конъюнктивы;
 - Г. профилактики развития воспалительного процесса в конъюнктиве;
 - Д. профилактики развития дистрофического процесса в роговице.
85. Низкая чувствительность роговицы у детей первых месяцев жизни связана с:
- А. особенностью строения эпителия роговицы;
 - Б. особенностью функционирования слёзных желез;
 - В.** ещё незавершённым формированием тройничного нерва;
 - Г. недостаточным функционированием слизистых желез;
 - Д. слишком глубоко расположенными в ткани роговицы чувствительными нервными окончаниями.
86. Наиболее высокая чувствительность роговицы определяется в:
- А. области лимба;
 - Б. паралимбальной зоне;
 - В.** верхней её половине;
 - Г. центральной зоне;
 - Д. парацентральной зоне.
87. Чувствительность роговицы нарушается при поражении:
- А. лицевого нерва;
 - Б. глазодвигательного нерва;
 - В.** тройничного нерва;
 - Г. блокового нерва;
 - Д. отводящего нерва.
88. Преломляющая сила роговицы в норме составляет от всей преломляющей силы оптической системы глаза:
- А. 20-30%;
 - Б. 40-50%;
 - В.** 65-70%;
 - Г. 80-85%;
 - Д. 90%.
89. На проходимость жидкостей, газов и электролитов через роговицу внутрь глаза основное влияние оказывает состояние её:
- А.** эпителия и эндотелия;
 - Б. стромы;
 - В. десцеметовой мембраны;
 - Г. слёзной плёнки.
90. Вода составляет во внутриглазной жидкости до:
- А. 55%;
 - Б. 65%;
 - В. 70-80%;
 - Г.** 99%;
 - Д. 100%.
91. Вода составляет в хрусталике глаза ребёнка до:
- А. 30%;
 - Б.** 50%;
 - В. 60-70%;
 - Г. 75-80%;
 - Д. 90%.
92. Основная роль в окислительно-восстановительных процессах белков хрусталика принадлежит:
- А. альбуминам;
 - Б. глобулинам;
 - В.** цистину;
 - Г. коллагену.
93. Краевая сосудистая сеть роговицы на здоровом глазу не выявляется в связи с тем, что эти сосуды:
- А. не заполнены кровью;
 - Б.** прикрыты непрозрачной склеральной тканью;
 - В. имеют очень малый калибр;
 - Г. по цвету сливаются с окружающими их тканями глаза.
94. Появление перикорнеальной инъекции при некоторых патологических состояниях глаза объясняется:
- А. обычной циркуляцией крови в сосудах краевой петливой сети;
 - Б. повышением внутриглазного давления;
 - В. повышением кровяного давления в сосудистом русле глаза;
 - Г.** расширением сосудов краевой петливой сети и усилившимся кровенаполнением этой части сосудистой сети глаза;
 - Д. значительным истончением стенок сосудов краевой петливой сети.
95. Формирование нормальной четырёхгранной формы глазницы отмечается у ребёнка уже в возрасте:
- А. 1-2 месяцев жизни;
 - Б.** 3-4 месяцев жизни;
 - В. 6-7 месяцев жизни;
 - Г. 1 года жизни;
 - Д. 2 лет жизни.
96. Прямая и содружественная реакции зрачков на свет в норме формируются у детей к:
- А.** моменту рождения;
 - Б. 2-3 месяцам жизни;
 - В. 6 месяцам жизни;
 - Г. 1 году жизни;
 - Д. 2-3 годам жизни.
97. В ответ на инсталляцию мидриатиков максимальное расширение зрачка можно получить у ребёнка уже в возрасте:

- А. 10 дней жизни;
 Б. первого месяца жизни;
 В. первых 3-6 месяцев жизни;
 Г. 1 года жизни;
 Д. 3 лет жизни и старше.
98. Болевая чувствительность ресничного тела формируется у ребёнка только к:
 А. 6 месяцам жизни;
 Б. 1 году жизни;
 В. 3 годам жизни;
 Г. 5-7 годам жизни;
 Д. 8-10 годам жизни.
99. Аккомодационная функция здорового глаза достигает у человека своей максимальной величины в возрасте:
 А. 3 лет жизни;
 Б. 5-6 лет жизни;
 В. 7-8 лет жизни;
 Г. 14-16 лет жизни;
 Д. 20 лет и старше.
100. У здорового ребёнка с нормальным (физиологическим) ростом глазного яблока сагиттальный размер глаза увеличивается за первый год жизни в среднем на:
 А. 1 мм;
 Б. 2мм;
 В. 3-3,5 мм;
 Г. 4-5 мм;
 Д. 5,5-6 мм.
101. У здорового ребёнка с нормальным (физиологическим) ростом глазного яблока сагиттальный размер глаза увеличивается от 1 года жизни до 15-16 лет в среднем на:
 А. 1-1,5 мм;
 Б. 2-2,5 мм;
 В. 3-3,5 мм;
 Г. 4-5 мм;
 Д. 5,5мм.
102. У взрослого человека с эметропической рефракцией сагиттальный размер глаза составляет в среднем:
 А. 19 мм;
 Б. 20 мм;
 В. 21 мм;
 Г. 22 мм;
 Д. 23 мм.
103. В стекловидном теле здорового глаза вода составляет до:
 А. 40%;
 Б. 50%;
 В. 60%;
 Г. 80%;
 Д. 98%.
104. Наиболее важной физиологической функцией пограничной мембраны Бруха является:
 А. защита сетчатки от токсических компонентов крови;
 Б. осуществление обмена веществ между кровью и клетками пигментного эпителия сетчатки;
 В. термоизоляция сетчатки;
 Г. барьерная функция;
 Д. каркасная функция.
105. Основная физиологическая функция вортикозных вен состоит в:
 А. регуляции внутриглазного давления;
 Б. оттоке венозной крови из тканей заднего отдела глаза;
 В. теплорегуляции тканей глаза;
 Г. обеспечивании нормальной трофики сетчатки.
106. Белки составляют в общей массе хрусталика:
 А. более 70%
 Б. более 30%;
 В. до 20 %;
 Г. до 15 %.
107. Преломляющая сила хрусталика у взрослого человека составляет в среднем:
 А. 10 дптр;
 Б. 20 дптр;
 В. 30 дптр;
 Г. 40 дптр;
 Д. 50дптр.
108. Из слоя крупных сосудовхороидеи формируется... вортикозных вен:
 А. 2-3;
 Б. 4-6;
 В. 8-9;
 Г. 10.
109. Примерно к 1 году жизни ребёнка в макулярной области исчезают следующие слои сетчатки:
 А. со второго по третий;
 Б. с третьего по четвёртый;
 В. с пятого по девятый;
 Г. с шестого по восьмой;
110. Сосуды хороидеи ярче всего видны при офтальмоскопии у:
 А. блондинов;
 Б. шатенов;
 В. брюнетов;

	<p>Г. лиц чёрной расы; <u>Д.</u> альбиносов.</p> <p>111. У взрослого здорового человека соотношение калибра артерий и вен сетчатки составляет в норме: А. 1:1; Б. 1:1,5; В. 1:2; <u>Г.</u> 2:3; Д. 3:2.</p> <p>112. Электроретинограмма отражает функциональное состояние: А. внутренних слоев сетчатки; <u>Б.</u> наружных слоев сетчатки; В. подкорковых зрительных центров; Г. корковых зрительных центров.</p> <p>113. Порог электрической чувствительности отражает функциональное состояние: А. наружных слоев сетчатки; <u>Б.</u> внутренних слоев сетчатки; В. папилломакулярного пучка зрительного нерва; Г. подкорковых зрительных центров; Д. корковых зрительных центров.</p> <p>114. Показатель лабильности, измеряемый по критической частоте исчезновения фосфена, характеризует функциональное состояние: А. наружных слоев сетчатки; Б. внутренних слоев сетчатки; <u>В.</u> проводящих путей (папилломакулярного пучка); Г. подкорковых центров зрительного анализатора.</p> <p>115. Электроэнцефалограмма, проведенная при комплексном обследовании пациента с поражением зрительного анализатора, позволяет судить о функциональном состоянии: А. наружных слоев сетчатки; Б. проводящих путей зрительного анализатора; <u>В.</u> коркового и (отчасти) подкоркового зрительного центров; Г. внутренних слоев сетчатки.</p> <p>116. Острота зрения у новорожденного ребёнка в норме составляет: <u>А.</u> тысячные доли единицы; Б. 0,01; В. 0,02; Г. 0,03; Д. 0,05.</p> <p>117. Острота зрения у детей 6 месяцев жизни в норме составляет: А. 0,05; <u>Б.</u> 0,1-0,2; В. 0,3-0,5; Г. 0,6-0,7.</p> <p>118. Острота зрения у детей 3 лет жизни в норме составляет: А. 0,1-0,2; Б. 0,2-0,3; В. 0,3-0,5; <u>Г.</u> 0,6 и выше; Д. 0,8 и выше.</p> <p>119. Острота зрения у детей 5 лет жизни в норме составляет: А. 0,2-0,3; Б. 0,3-0,4; В. 0,4-0,5; Г. 0,5-0,6; <u>Д.</u> 0,7-0,8 и выше.</p> <p>120. Острота зрения у детей 7 лет жизни в норме равна: А. 0,3-0,4; Б. 0,4-0,5; В. 0,5-0,6; Г. 0,7-0,8; <u>Д.</u> 1,0.</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2. Клиническая рефракция, аккомодация, оптическая коррекция зрения, патология глазодвигательного аппарата</p>	<p>ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:</p> <p>121. Рефракцией оптической системы называется: А. состояние, тесно связанное с конвергенцией; <u>Б.</u> преломляющая сила оптической системы, выраженная в диоптриях; В. способность оптической системы нейтрализовать проходящий через нее свет; Г. отражение оптической системой падающих на нее лучей; Д. система линз, расположенных на определенном расстоянии друг от друга.</p> <p>122. Сила физической рефракции глаза человека в норме составляет: А. от 10 до 20 диоптрий; Б. от 21 до 51 диоптрий; <u>В.</u> от 52 до 71 диоптрий; Г. от 72 до 91 диоптрий; Д. от 91 до 100 диоптрий.</p> <p>123. Различают следующие виды клинической рефракции глаза: А. постоянную и непостоянную; Б. дисбинокулярную и анизометропическую; В. роговичную и хрусталиковую; <u>Г.</u> статическую и динамическую.</p>

124. Статическая клиническая рефракция глаза отражает:
 А. преломляющую силу роговицы;
 Б. истинную клиническую рефракцию глаза в состоянии покоя аккомодации;
 В. преломляющую силу хрусталика;
 Г. преломляющую силу оптической системы глаза по отношению к сетчатке при действующей аккомодации.
125. Под динамической клинической рефракцией глаза понимают:
 А. преломляющую силу оптической системы глаза по отношению к сетчатке при действующей аккомодации;
 Б. преломляющую силу роговицы;
 В. преломляющую силу хрусталика;
 Г. преломляющую силу роговицы и хрусталика.
126. Дальнейшая точка ясного видения эмметропического глаза находится в:
 А. 5 м от глаза;
 Б. 4 м от глаза;
 В. 3 м от глаза;
 Г. относительной бесконечности;
 Д. позади глаза (в отрицательном пространстве).
127. Дальнейшая точка ясного видения миопического глаза находится:
 А. в бесконечности;
 Б. на сетчатке;
 В. перед глазом (на конечном расстоянии);
 Г. на роговице;
 Д. позади глаза (в отрицательном пространстве).
128. Дальнейшая точка ясного видения гиперметропического глаза находится:
 А. в бесконечности;
 Б. перед глазом (на конечном расстоянии);
 В. в области роговицы;
 Г. на сетчатке;
 Д. позади глаза (в отрицательном пространстве).
129. Аметропиям слабой степени соответствуют следующие значения рефракции, выраженные в диоптриях:
 А. от 0,5 до 3,0 дптр.;
 Б. от 0,5 до 4,0 дптр.;
 В. от 0,5 до 5,0 дптр.;
 Г. от 0,5 до 5,5 дптр.
130. Аметропиям средней степени соответствуют следующие значения рефракции, выраженные в диоптриях:
 А. от 2,0 до 3,0 дптр.;
 Б. от 2,5 до 5,0 дптр.;
 В. от 2,75 до 5,5 дптр.;
 Г. от 3,25 до 6,0 дптр.;
 Д. от 5,5 до 7,5 дптр.
131. Аметропиям высокой степени соответствуют следующие значения рефракции, выраженные в диоптриях:
 А. от 1,5 до 5,5 дптр.;
 Б. от 2,0 до 6,0 дптр.;
 В. от 6,25 дптр. и выше;
 Г. от 3,0 дптр. до 6,0 дптр.
132. Фокусом оптической линзы называется:
 А. центр ее сферической поверхности;
 Б. центр ее плоской поверхности;
 В. центр ее цилиндрической поверхности;
 Г. центр ее торической поверхности;
 Д. точка, в которой собираются проходящие через неё параллельные лучи.
133. За 1 диоптрию принимают преломляющую силу оптической линзы с фокусным расстоянием в:
 А. 100 м;
 Б. Юм;
 В. 1 м;
 Г. 10 см;
 Д. 1 см.
134. Преломляющая сила оптической линзы с фокусным расстоянием в 0,5 м равна:
 А. 4,0 дптр.;
 Б. 2,0 дптр.;
 В. 1,0 дптр.;
 Г. 0,5 дптр.;
 Д. 0,1 дптр.
135. Преломляющая сила оптической линзы с фокусным расстоянием в 25 см составляет:
 А. 4,0 дптр.;
 Б. 2,0 дптр.;
 В. 1,0 дптр.;
 Г. 0,5 дптр.;
 Д. 0,1 дптр.
136. Преломляющая сила оптической линзы с фокусным расстоянием в 2,0 м составляет:
 А. 4,0 дптр.;
 Б. 2,0 дптр.;
 В. 1,0 дптр.;
 Г. 0,5 дптр.;
 Д. 0,1 дптр.
137. У пациента с дальнейшей точкой ясного видения в 1,0 м от глаза имеется статическая мистическая рефракция в:
 А. 1,0 дптр.;

	<p>Б. 2,0 дптр; В. 4,0 дптр; Г. 5,0 дптр; Д. 10,0 дптр.</p> <p>138. У пациента с дальнейшей точкой ясного видения в 0,5 м от глаза имеется статическая миопическая рефракция в:</p> <p>А. 1,0 дптр.; Б. 2,0 дптр.; В. 4,0 дптр.; Г. 5,0 дптр.; Д. 10,0 дптр.</p> <p>139. У пациента с дальнейшей точкой ясного видения в 25 см от глаза имеется статическая миопическая рефракция в:</p> <p>А. 1,0 дптр.; Б. 2,0 дптр.; В. 4,0 дптр.; Г. 5,0 дптр.; Д. 10,0 дптр.</p> <p>140. У пациента с дальнейшей точкой ясного видения в 10 см от глаза имеется статическая миопическая рефракция в:</p> <p>А. 1,0 дптр.; Б. 2,0 дптр.; В. 4,0 дптр.; Г. 5,0 дптр.; Д. 10,0 дптр.</p> <p>141. К субъективным методам исследования рефракции глаза относится:</p> <p>А. скиаскопия; Б. рефрактометрия; В. авторефрактометрия; Г. определение остроты зрения коррекцией сменными оптическими линзами.</p> <p>142. Оптическую коррекцию гиперметропической рефракции необходимо назначать детям 3-5 лет при:</p> <p>А. гиперметропии в 1,5 дптр.; Б. гиперметропии в 1,0-1,5 дптр. в сочетании с астигматизмом в 0,5 дптр.; В. гиперметропии в 2,5-3,5 дптр. в сочетании с постоянным или периодическим содружественным сходящимся косоглазием; Г. гиперметропии в 3,0 дптр. в сочетании с расходящимся косоглазием.</p> <p>143. Для комфортной работы на близком расстоянии (чтения) пациенту 50 лет с гиперметропией в 1,0 дптр. обычно требуются очки силой в:</p> <p>А. +1,0-1,5 дптр.; Б. +2,5-3,0 дптр.; В. +3,5-4,0 дптр.; Г. +4,0-5,0 дптр.; Д. +5,0 дптр. и выше.</p> <p>144. Для комфортной работы на близком расстоянии (чтения) пациенту 60 лет с эметропией обычно требуются очки силой в:</p> <p>А. +1,0-1,5 дптр.; Б. + 2,0 дптр.; В. + 3,0 дптр.; Г. + 4,0 дптр.; Д. +5,0 дптр.</p> <p>145. Абсолютная аккомодация - это аккомодация, измеренная при:</p> <p>А. выключенной конвергенции (окклюзии одного из глаз); Б. двух открытых глазах; В. действующей конвергенции; Г. частично выключенной конвергенции.</p> <p>146. Отрицательная часть относительной аккомодации у эметропа равна:</p> <p>А. 0,5 дптр.; Б. 1,0 дптр.; В. 3,0 дптр.; Г. 4,0 дптр.; Д. 5,0 дптр.</p> <p>147. Положительная часть относительной аккомодации у школьников 8-10 лет не должна быть меньше:</p> <p>А. 3,0-5,0 дптр.; Б. 6,0-8,0 дптр.; В. 9,0-10,0 дптр.; Г. 11,0-12,0 дптр.</p> <p>148. Ближайшая точка ясного видения у школьника-эметропа 10-12 лет в норме находится от глаза на расстоянии:</p> <p>А. 30 см.; Б. 25 см.; В. 20 см.; Г. 15 см.; Д. 8-10 см.</p> <p>149. У школьника с гиперметропией в 3,5-4,0 дптр., редко пользующегося очками, часто выявляется астенения:</p> <p>А. аккомодативная; Б. мышечная; В. дисбинокулярная; Г. неврогенная;</p>
--	---

- Д. симптоматическая.
150. При параличе аккомодации у пациента обязательно выявляется:
- А. заметное улучшение зрения вблизи;
 - Б. резкое ухудшение зрения вблизи;**
 - В. повышение зрения вдаль;
 - Г. сходящееся косоглазие;
 - Д. расходящееся косоглазие.
- ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:**
151. При изометропической гиперметропии в 5,5-6,0 дптр у ребенка 5 лет может развиваться амблиопия:
- А. рефракционная;
 - Б. анизометропическая;
 - В. депривационная;
 - Г. дисбинокулярная.
152. Основной причиной появления у ребёнка дисбинокулярной амблиопии является:
- А. косоглазие;
 - Б. аномалии рефракции;
 - В. анизометропия;
 - Г. помутнение оптических сред глаза;
 - Д. контузия глаза.
153. К амблиопии очень высокой степени относятся следующие показатели остроты зрения:
- А. 0,04 и ниже;
 - Б. 0,05-0,1;
 - В. 0,2-0,3;
 - Г. 0,4-0,5;
 - Д. 0,6-0,7.
154. К амблиопии высокой степени относятся следующие показатели остроты зрения:
- А. 0,04 и ниже;
 - Б. 0,05-0,1;**
 - В. 0,2-0,3;
 - Г. 0,4-0,5;
 - Д. 0,6-0,7.
155. К амблиопии средней степени относятся следующие показатели остроты зрения:
- А. 0,04 и ниже;
 - Б. 0,05-0,1;
 - В. 0,2-0,3;**
 - Г. 0,4-0,5;
 - Д. 0,6-0,8.
156. К амблиопии слабой степени относятся следующие показатели остроты зрения:
- А. 0,04 и ниже;
 - Б. 0,05-0,1;
 - В. 0,2-0,3;
 - Г. 0,4-0,8;
 - Д. 0,9.
157. Амблиопия дисбинокулярная чаще развивается у детей с:
- А. монолатеральным постоянным косоглазием;
 - Б. альтернирующим сходящимся косоглазием;
 - В. непостоянным расходящимся косоглазием;
 - Г. частично аккомодационным альтернирующим косоглазием;
 - Д. аккомодационным альтернирующим косоглазием.
158. К остроте зрения, совместимой с бинокулярным зрением, относятся следующие показатели:
- А. 0,04 и ниже;
 - Б. 0,05-0,1;
 - В. 0,2
 - Г. 0,3;
 - Д. 0,4 и выше.
159. Наиболее высокая острота зрения связана с нормальным функционированием:
- А. периферической области сетчатки;
 - Б. парамакулярной области сетчатки;
 - В. макулярной области сетчатки;
 - Г. фовеолярной области сетчатки;
 - Д. парапапиллярной области сетчатки.
160. В норме зрительная фиксация должна быть:
- А. центральной устойчивой;
 - Б. парацентральной устойчивой;
 - В. парацентральной неустойчивой;
 - Г. устойчивой периферической;
 - Д. перемежающейся.
161. При центральной устойчивой фиксации рассматриваемый объект относительно неподвижно установлен на:
- А. фовеолярную область сетчатки;
 - Б. парафовеолярную область сетчатки;
 - В. макулярную область сетчатки;
 - Г. парамакулярную область сетчатки;
 - Д. парапапиллярную область сетчатки.
162. Для амблиопии с перемежающейся фиксацией характерно наличие:
- А. фиксации центральной областью сетчатки;
 - Б. чередования центральной (фовеолярной) и нецентральной фиксации;**
 - В. чередования фиксации макулярной и парапапиллярной областями сетчатки;

- Г. фиксации различными зонами периферии сетчатки;
 Д. фиксации областью диска зрительного нерва и другими зонами периферии сетчатки.
163. Для амблиопии с неустойчивой нецентральной фиксацией характерно наличие:
 А. фовеолярной (центральной) фиксации;
 Б. чередования центральной и нецентральной фиксации;
 В. фиксации сменяющимися друг друга периферическими участками сетчатки;
 Г. фиксации областью жёлтого пятна;
 Д. фиксации областью диска зрительного нерва
164. Характерным признаком амблиопии с устойчивой нецентральной фиксацией является наличие:
 А. фиксации центром сетчатки;
 Б. фиксации определенным периферическим участком сетчатки;
 В. чередования центральной и нецентральной фиксации;
 Г. фиксации областью диска зрительного нерва;
 Д. фиксации сменяющимися периферическими участками сетчатки.
165. Характерным признаком амблиопии с отсутствием фиксации является наличие:
 А. чередования фиксации то центром сетчатки, то парапапиллярной зоной;
 Б. чередования фиксации центральной с нецентральной;
 В. фиксации сменяющимися друг друга периферическими участками сетчатки;
 Г. фиксации определенным периферическим участком сетчатки;
 Д. полного отсутствия фиксации (на рассматриваемом объекте не задерживается ни один из участков сетчатки).
166. Граница парафовеолярной фиксации находится:
 А. в области центральной ямки сетчатки;
 Б. на середине расстояния от центра до края жёлтого пятна;
 В. по краю жёлтого пятна;
 Г. на середине расстояния между краем жёлтого пятна и краем диска зрительного нерва;
 Д. на периферии сетчатки.
167. Граница макулярной фиксации находится:
 А. в зоне фовеолы;
 Б. на середине расстояния от центра до края жёлтого пятна;
 В. по краю жёлтого пятна;
 Г. на середине расстояния между краем жёлтого пятна и краем диска зрительного нерва;
 Д. на периферии сетчатки.
168. Граница парамакулярной фиксации находится:
 А. в зоне фовеолы;
 Б. на середине расстояния от центра до края жёлтого пятна;
 В. по краю жёлтого пятна;
 Г. на середине расстояния между краем жёлтого пятна и краем диска зрительного нерва;
 Д. на периферии сетчатки.
169. Зона периферической фиксации находится:
 А. в зоне фовеолы;
 Б. на середине расстояния от центра до края жёлтого пятна;
 В. по краю жёлтого пятна;
 Г. за серединой расстояния между краем жёлтого пятна и краем диска зрительного нерва.
170. Очки назначают ребёнку со сходящимся косоглазием и дальностью средней степени:
 А. только для работы на близком расстоянии;
 Б. для постоянного ношения;
 В. только для дали;
 Г. только для проведения ортоптического лечения;
 Д. только для проведения плеоптического лечения
171. Ребёнку с амблиопией и косоглазием необходимо корригировать выявленную аметропию очками в возрасте:
 А. когда выявлено косоглазие;
 Б. только 2-3 лет;
 В. только 4 лет;
 Г. только 5 лет;
 Д. только 6 лет и старше.
172. Прямая окклюзия — это:
 А. выключение лучше видящего глаза;
 Б. выключение хуже видящего глаза;
 В. попеременное выключение глаз (то правого, то левого);
 Г. окклюзия только наружных половин обоих глаз;
 Д. окклюзия только внутренних половин обоих глаз.
173. Прямая окклюзия в среднем назначается ребёнку на срок:
 А. 1/2 месяца;
 Б. 1 месяц;
 В. 1-2 месяца;
 Г. 2-3 месяца;
 Д. 4 месяца, а для закрепления результатов — еще на 3 месяца.
174. Локальное «слепящее» раздражение светом центральной ямки сетчатки проводят с помощью:
 А. большого безрефлексного офтальмоскопа;
 Б. рефрактометра;
 В. офтальмометра;
 Г. щелевой лампы;
 Д. зеркального офтальмоскопа.
175. Локальные «слепящие» засветы назначают детям с амблиопией и:
 А. центральной устойчивой и неустойчивой фиксацией, когда локальное воздействие света на сетчатку ещё возможно;
 Б. центральной неустойчивой фиксацией;
 В. неустойчивой парамакулярной фиксацией;

	<p>Г. неустойчивой периферической фиксации; Д. перемежающейся фиксации.</p> <p>176. Засветы с использованием отрицательного последовательного образа по Кюпперсу проводят с помощью: А. большого безрефлексного офтальмоскопа; Б. рефрактометра; В. офтальмометра; Г. щелевой лампы; Д. зеркального офтальмоскопа.</p> <p>177. Засветы с использованием отрицательного последовательного образа по Кюпперсу назначают при амблиопии с: А. устойчивой фиксацией; Б. перемежающейся фиксацией; В. нецентральной неустойчивой фиксацией; Г. парацентральной неустойчивой фиксацией; Д. периферической фиксацией.</p> <p>178. Лечение амблиопии методом засвета глаза по Кюпперсу можно проводить детям с амблиопией уже в возрасте: А. 1-2 лет; Б. 2-3 лет; В. 3-4 лет; Г. 5 лет; Д. 6 лет и старше.</p> <p>179. Метод пенализации, применяемый для лечения амблиопии у детей, заключается в: А. локальном воздействии светом на сетчатку; Б. использовании отрицательных последовательных образов; В. упражнениях в локализации (на локализаторе-корректоре и др.); Г. разобщении глаз, при котором один из них становится фиксирующим для дали, а другой - для близи; Д. окклюдии лучше видящего глаза.</p> <p>180. Лечение амблиопии у детей на специальной аппаратуре (синоп-тофоре и др.) возможно у детей, начиная уже с: А. 2 лет; Б. 3 лет; В. 4 лет; Г. 5-6 лет; Д. 7 лет и старше.</p> <p>181. Лечение детей с амблиопией методом пенализации можно проводить, начиная уже с возраста: А. раннего детского; Б. 4 лет; В. 5 лет; Г. 6 лет; Д. 7 лет.</p> <p>182. Обратную окклюзию назначают детям при лечении амблиопии с: А. центральной устойчивой фиксацией; Б. перемежающейся фиксацией; В. нецентральной неустойчивой фиксацией; Г. нецентральной устойчивой фиксацией; Д. периферической фиксацией.</p> <p>183. Обратную окклюзию для лечения амблиопии назначают детям на срок в: А. 1-2 недели; Б. 4-6 недель; В. 2 месяца; Г. 3 месяца; Д. 4 месяца.</p> <p>184. Общие засветы сетчатки красным светом в заднем полюсе глаза проводят детям на: А. большом безрефлекторном офтальмоскопе; Б. рефрактометре; В. офтальмометре; Г. щелевой лампе; Д. зеркальном офтальмоскопе.</p> <p>185. Общие засветы сетчатки в заднем полюсе глаза красным светом назначают назначают детям с амблиопией при:¹ А. парацентральной устойчивой фиксации; Б. перемежающейся фиксации; В. нецентральной устойчивой фиксации; Г. резко неустойчивой фиксации; Д. центральной неустойчивой фиксации.</p> <p>186. Засветы сетчатки по Ковальчуку назначают детям с амблиопией:¹ А. депривационной (после экстракции катаракты); Б. рефракционной; В. анизетропической; Г. дисбинокулярной; Д. истерической.</p> <p>187. Совместимой с бинокулярным зрением считается острота зрения:¹ А. 0,1;</p>
--	--

¹ Протокол дополнений и изменений ФОС к промежуточной аттестации по дисциплинам, практик, итоговой (государственной итоговой) аттестации на 2018-2019 учебный год.

- Б. 0,2;
- В. 0,3;
- Г. 0,4 и выше.

188. Совместимой с бинокулярным зрением, считают фиксацию: ¹

- А. периферическую;
- Б. макулярную;
- В. центральную устойчивую;**
- Г. парапапиллярную.

189. Основным ортоптическим прибором является: ¹

- А. рефрактометр;
- Б. синоптофор;
- В. щелевая лампа;
- Г. прямой безрефлексный офтальмоскоп;
- Д. электрический офтальмоскоп.

190. В том случае, когда световой рефлекс от офтальмоскопа локализуется на роговице косящего глаза по наружному краю зрачка, это соответствует: ¹

- А. сходящемуся косоглазию с углом в 15°;**
- Б. расходящемуся косоглазию с углом в 15°;
- В. сходящемуся косоглазию с углом в 30°;
- Г. расходящемуся косоглазию с углом в 30°;
- Д. сходящемуся косоглазию с углом в 45°

191. В том случае, когда световой рефлекс от офтальмоскопа локализуется на роговице косящего глаза по внутреннему краю зрачка, это соответствует: ¹

- А. сходящемуся косоглазию с углом в 15°;
- Б. расходящемуся косоглазию с углом в 15°;**
- В. сходящемуся косоглазию с углом в 30°;
- Г. расходящемуся косоглазию с углом в 30°;
- Д. сходящемуся косоглазию с углом в 45°.

192. В том случае, когда ветовой рефлекс от офтальмоскопа локализуется на роговице косящего глаза на середине расстояния от края зрачка до края роговицы в ее наружной половине, это соответствует: ¹

- А. сходящемуся косоглазию с углом в 15°;
- Б. расходящемуся косоглазию с углом в 15°;
- В. сходящемуся косоглазию с углом в 30°;**
- Г. расходящемуся косоглазию с углом в 30°;
- Д. сходящемуся косоглазию с углом в 45°.

193. В том случае, когда световой рефлекс от офтальмоскопа локализуется на роговице косящего глаза, проецируясь на середине расстояния от края зрачка до края роговицы в ее внутренней половине, это соответствует: ¹

- А. сходящемуся косоглазию с углом в 15°;
- Б. сходящемуся косоглазию с углом в 30°;
- В. расходящемуся косоглазию с углом в 30°;**
- Г. сходящемуся косоглазию с углом в 45°;
- Д. расходящемуся косоглазию с углом в 45°.

194. В том случае, когда световой рефлекс от офтальмоскопа локализуется на роговице косящего глаза по ее наружному краю, это соответствует: ¹

- А. сходящемуся косоглазию с углом в 15°;
- Б. сходящемуся косоглазию с углом в 30°;
- В. расходящемуся косоглазию с углом в 30°;
- Г. сходящемуся косоглазию с углом в 45°;
- Д. расходящемуся косоглазию с углом в 45°.

195. В том случае, когда световой рефлекс от офтальмоскопа локализуется на роговице косящего глаза по ее внутреннему краю, это соответствует: ¹

- А. сходящемуся или расходящемуся косоглазию с углом в 15°;
- Б. сходящемуся косоглазию с углом в 30°;
- В. расходящемуся косоглазию с углом в 30°;
- Г. сходящемуся косоглазию с углом в 45°;
- Д. расходящемуся косоглазию с углом в 45°.

196. При обследовании на четырехточечном цветотесте испытуемый, имеющий бинокулярное зрение, видит через красно-зеленые очки: ¹

- А. четыре кружка;**
- Б. пять кружков;
- В. то два, то три кружка;
- Г. два кружка;
- Д. три кружка. ¹

197. Лечение пациента на синоптофоре проводится на объектах для:

- А. совмещения под объективным углом;
- Б. слияния под объективным углом;**
- В. совмещения под субъективным углом;
- Г. слияния под субъективным углом;

198. Оптимальным возрастом для перехода к хирургическому лечению ребёнка с содружественным косоглазием считается: ¹

- А. 1 -3 года;
- Б. 4-6 лет;**
- В. 7-9 лет;
- Г. 10-12 лет;
- Д. 13-15лет.

<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3. Заболевания защитного аппарата глаза (век, конъюнктив ы, слезных органов, склеры, орбиты) у лиц различного возраста</p>	<p>ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ ПО СХЕМЕ: А) если правильны ответы 1,2 и 3 Б) если правильны ответы 1 и 3 В) если правильны ответы 2 и 4 Г) если правильный ответ 4 Д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5</p> <p>199. а <i>Изменения век при воспалительном отеке включают:</i>¹</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гиперемию кожи век; 2) повышение температуры кожи; 3) болезненность при пальпации; 4) крепитация; 5) гематома век. <p>200. д <i>Клинические признаки рожистого воспаления век включают:</i>¹</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) выраженную гиперемию; 2) чувство зуда, жара; 3) отек век; 4) резкую границу с нормальной тканью; 5) увеличение региональных лимфатических узлов. <p>201. б <i>Чешуйчатый блефарит характеризуется:</i>¹</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) мучительным зудом в веках; 2) трихиазом; 3) корни ресниц покрыты сухими чешуйками; 4) мейбомеитом; 5) отеком век. <p>202. г <i>При лагофтальме возможно возникновение:</i>¹</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) эрозии роговицы из-за трихиаза; 2) увеита; 3) экзофтальма; 4) ксероза роговицы; 5) неврита. <p>203. а <i>Для каротидно-кавернозного соустья характерно:</i>¹</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) развитие пульсирующего экзофтальма; 2) расширение эпibuльбарных сосудов; 3) сосудистый шум над глазом; 4) развитие конъюнктивита; 5) перикорнеальная инъекция. <p>204. д <i>Различают следующие виды заворота век:</i>¹</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) спастический; 2) рубцовый; 3) возрастной; 4) врожденный; 5) бульварный. <p>205. а <i>Виды приобретенного птоза:</i>²</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) нейрогенный; 2) миогенный; 3) апоневротический; 4) врожденный; 5) пульсирующий. <p>206. д <i>Рубцовый выворот век развивается в следствие:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) травмы; 2) ожогов век; 3) сибирской язвы; 4) туберкулезной волчанки; 5) хирургического вмешательства на веке. <p>207. д <i>К доброкачественным вторичным опухолям орбиты относятся:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) остеома; 2) фиброма; 3) липома; 4) хондрома; 5) папилома. <p>208. а <i>Атонический выворот век проявляется:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) снижением эластичности кожи 2) отвисанием века книзу; 3) гипертрофией конъюнктивы; 4) блефароспазмом; 5) ретракцией верхнего века. <p>209. а <i>При аденовирусной инфекции глаза наблюдается:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) конъюнктивит является фолликулярным; 2) конъюнктивит почти всегда поражает нижний свод; 3) могут быть поверхностные и глубокие помутнения роговицы; 4) древовидный кератит; 5) дисковидный кератит.
---	---

¹ Протокол дополнений и изменений ФОС на 2018-2019 учебный год.

² Протокол дополнений и изменений ФОС к промежуточной аттестации по дисциплинам, практик, итоговой (государственной итоговой) аттестации на 2018-2019 учебный год.

- 210.а При флегмоне орбиты наблюдается:
- 1) отек и гиперемия век;
 - 2) хемоз конъюнктивы;
 - 3) офтальмоплегия;
 - 4) крепитация под кожей века;
 - 5) пульсирующий экзофтальм.
- 211.д К первичным доброкачественным опухолям орбиты относятся:
- 1) ангиома;
 - 2) менингиома;
 - 3) глиома;
 - 4) смешанная опухоль слезной железы;
 - 5) нейрофиброма.
- 212.д Показанием к энуклеации является:
- 1) абсолютно болящий слепой глаз;
 - 2) меланома хориоидеи;
 - 3) симпатическая офтальмия;
 - 4) слепой глаз, разможенный травмой;
 - 5) ретинобластома.
- ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:**
213. Основной признак эмфиземы век:
- а) крепитация;
 - б) отек;
 - в) гематома;
 - г) инфильтрация;
 - д) гиперемия.
214. При аллергическом дерматите наблюдаются:
- а) герпетические высыпания;
 - б) сосудистые «звездочки»;
 - в) зуд, отек, гиперемия;
 - г) петехиальные кровоизлияния;
 - д) шелушение.
215. Травматический отек век сопровождается:
- а) обширными подкожными кровоизлияниями с синюшным от тенком;
 - б) блефароспазмом и слезотечением;
 - в) зудом;
 - г) крепитация;
 - д) гиперемия.
216. К клиническим признакам абсцесса века относятся:
- а) кожные покровы обычной окраски;
 - б) гематома века;
 - в) разлитая гиперемия и инфильтрация век;
 - г) крепитация;
 - д) отсутствие флюктуации.
217. Показаниями к вскрытию абсцесса века является:
- а) появление флюктуации;
 - б) выраженная гиперемия век;
 - в) уплотнение ткани века;
 - г) болезненность при пальпации;
 - д) температурная реакция.
218. При абсцессе века необходимо:
- а) консервативная терапия;
 - б) магнитотерапия;
 - в) при наличии симптома «флюктуации» — вскрыть и дренировать гнойник;
 - г) динамическое наблюдение; д) введение стероидов.
219. Хроническое воспаление мейбомиевых желез - это:
- а) ячмень;
 - б) халазион;
 - в) абсцесс века;
 - г) внутренний ячмень;
 - д) папилома.
220. При халазионе века необходимо:
- а) проводить лечение токами УВЧ, электрофорез;
 - б) ввести каналог в патологический процесс или провести хирургическое лечение;
 - в) проводить инстилляцию дезинфицирующих капель;
 - г) заложить гидрокортизоновую мазь;
 - д) витаминотерапия.
221. При поражении кожи век простым герпесом наблюдается:
- а) гиперемия и отек век;
 - б) появление резко гиперемированных участков кожи и пузырьков, отека века на фоне повышения температуры тела;
 - в) на фоне повышения температуры тела появление нескольких рядом лежащих пузырьков с прозрачной жидкостью;
 - г) пузырьвидные высыпания, занимающие одну половину лба, расположенные в один ряд;
 - д) шелушение
222. При поражении кожи век опоясывающим герпесом наблюдается:
- а) гиперемия и отек век
 - б) появление резко гиперемированных участков и пузырьков, отека века на фоне повышения температуры тела;
 - в) на фоне повышения температуры тела появление нескольких рядом лежащих пузырьков с прозрачной

- жидкостью;
- г) пузыревидные высыпания, занимающие одну половину лба, расположенные в один ряд;
 - д) гематома век.
223. При язвенном блефарите изменения век носят характер:
- а) кровотокающих язвочек с гнойным налетом;
 - б) заворота век;
 - в) выворота века;
 - г) пузыревидных высыпаний;
 - д) гематомы век.
224. Эпикантус — это:
- а) опущение верхнего века;
 - б) кожная складка, соединяющая верхнее и нижнее веко;
 - в) узкая глазная щель;
 - г) плотное образование на верхнем веке;
 - д) симблефарон.
225. При лагофтальме необходимо проводить:
- а) кератопластику;
 - б) использование глазных мазей;
 - в) в некоторых случаях - блефароррафию;
 - г) парабульбарные инъекции;
 - д) физиотерапию.
226. Спастический заворот век развивается при:
- а) блефароспазме;
 - б) трахоме;
 - в) экзофтальме;
 - г) блефарите;
 - д) конъюнктивите.
227. Старческий заворот развивается при:
- а) растяжении кожи век;
 - б) энофтальме;
 - в) конъюнктивите;
 - г) халазионе;
 - д) трихиазе.
228. Последствием трахомы и ожога конъюнктивы век являются:
- а) спастический заворот;
 - б) рубцовый заворот;
 - в) бульварный заворот;
 - г) старческий;
 - д) врожденный.
229. Врожденный заворот век возникает:
- а) при растяжении кожи век;
 - б) при недоразвитии или отсутствии хряща;
 - в) при гипертрофии ресничной части круговой мышцы;
 - г) у взрослых;
 - д) при травме.
230. Ксантома может быть вызван:
- а) травмой;
 - б) нарушением трофики;
 - в) нарушением обмена веществ;
 - г) ожогом;
 - д) операциями на веках.
231. При блефарохалазисе наблюдается:
- а) заворот;
 - б) снижение зрения из-за опущения века;
 - в) выворот;
 - г) трихиаз;
 - д) рубец на веке.
232. При трихиазе необходимо проводить:
- а) биопокрывтие роговицы;
 - б) физиотерапию;
 - в) пластику века;
 - г) инсталляцию антибиотиков;
 - д) закладывание актовегина.
233. Врожденный птоз обусловлен:
- а) спазмом аккомодации;
 - б) неполноценностью развития мышцы, поднимающей верхнее веко;
 - в) парезом ветвей тройничного нерва;
 - г) спазмом круговой мышцы век;
 - д) колобомой века.
234. Спастический выворот век развивается при:
- а) трахоме;
 - б) поражении тройничного нерва;
 - в) снижении эластичности кожи;
 - г) хроническом блефароконъюнктивите;
 - д) трихиазе
235. Атонический выворот возникает при:
- а) конъюнктивите;
 - б) парезе ветвей лицевого нерва;
 - в) старческой атрофии круговой мышцы век;

	<p>г) грыже нижнего века; д) халазионе.</p> <p>236. При параличе лицевого нерва развивается:</p> <p>а) спастический выворот века; б) паралитический выворот века; в) атонический выворот века; г) рубцовый выворот века; д) врожденный выворот века.</p> <p>237. Ожоги век могут быть причиной:</p> <p>а) рубцового выворота век; б) паралитического выворота век; в) атонического выворота век; г) спастического выворота век; д) врожденного выворота век.</p> <p>238. При подозрении на меланому конъюнктивы необходимо проводить:</p> <p>А) биопсию опухоли с морфологическим исследованием биоптата Б) биопсию опухоли с иммуногистохимическим исследованием биоптата В) аспирационная биопсия с цитологическим исследованием пунктата Г) аспирационная биопсия с цитоиммунохимическим исследованием пунктата Д) радиоизотопное исследование опухоли</p> <p>239. При общем обследовании пациента с увеальной меланомой для исключения метастазирования необходимо проводить:</p> <p>А) ультразвуковое исследование печени; Б) сцинтиграфию костей скелета; В) стерильную пункцию; Г) термографию периферических лимфоузлов; Д) трепанобиопсию бедренной кости.</p> <p>240. Ложный экзофтальм наблюдается при:</p> <p>а) ретробульбарной гематоме; б) односторонней высокой миопии; в) псевдотуморе; г) эндокринной офтальмопатии; д) лимфоме.</p> <p>241. Пониженное зрение при экзофтальме может быть вследствие:</p> <p>а) непосредственного давления на зрительный нерв; б) давления на кровеносные сосуды; в) хемоза конъюнктивы; г) отека век; д) покраснения кожи век.</p> <p>242. Причинами билатерального экзофтальма являются:</p> <p>а) тромбоз кавернозного синуса; б) эндокринная офтальмопатия; в) аневризма глазничной артерии; г) рак слезной железы; д) абсцесс орбиты.</p> <p>243. Односторонний экзофтальм характерен для:</p> <p>а) миопия слабой степени; б) острый приступ глаукомы; в) менингиома; г) дакриоцистит; д) птоз.</p> <p>244. Пульсирующий экзофтальм наблюдается при:</p> <p>а) артерио-венозном соустье между внутренней сонной артерией и кавернозным синусом; б) мукоцеле; в) абсолютно болящей глаукоме; г) дакриоадените; д) остеосаркоме.</p> <p>245. Неотложная помощь при флегмоне:</p> <p>а) вскрытие и дренирование орбиты; б) тепло; в) местно — кортикостероиды; г) динамическое наблюдение; д) ограничится пункцией орбиты.</p> <p>246. Диффузное острое воспаление орбитальной клетчатки — это:</p> <p>а) остеоperiостит; б) флегмона; в) абсцесс; г) фурункул; д) ячмень.</p> <p>247. Ретракция верхнего века наблюдается при:</p> <p>а) каротидно-кавернозном соустье; б) менингиоме; в) эндокринном экзофтальме; г) флегмоне орбиты; д) абсцесс верхнего века.</p>
--	--

<p>Б 1.Б.6.4 Раздел 4. Заболевания оптического аппарата глаза (роговицы, хрусталика, стекловидно го тела) у лиц различного возраста</p>	<p>ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:</p> <p>248. Средний диаметр роговицы взрослого человека в норме равен:</p> <p>а) 8-9 мм; б) 10 мм; в) 11-12 мм; г) 13-14 мм; д) 15-16 мм.</p> <p>249. Средняя величина преломляющей силы роговицы взрослого человека равна:</p> <p>а) 23 диоптриям; б) 30 диоптриям; в) 43 диоптриям; г) 50 диоптриям; д) 53 диоптриям.</p> <p>250. Средняя величина радиуса кривизны передней поверхности роговицы взрослого человека составляет:</p> <p>а) 9 мм; б) 7,7-7,8 мм; в) 6,7-6,8 мм; г) 5,5 мм; д) 5 мм.</p> <p>251. Нормальная толщина центральной части роговицы взрослого человека равна:</p> <p>а) 1,5 мм; б) 1,2 мм; в) 0,7-0,8 мм; г) 0,5-0,6 мм; д) 0,4 мм.</p> <p>252. Для измерения радиуса кривизны и преломляющей силы роговицы применяется:</p> <p>а) офтальмометр; б) рефрактометр; в) офтальмоскоп; г) ретинофот; д) диоптриметр.</p> <p>253. Для измерения толщины роговицы применяется:¹</p> <p>а) офтальмометр; б) кератопахометр; в) кератометр; г) рефрактометр; д) эстезиометр;</p> <p>254. Сочетание признаков - светобоязнь, слезотечение, блефароспазм, боль в глазу — характерно для:¹</p> <p>а) катаракты; б) кератита; в) отслойки сетчатки; г) атрофии зрительного нерва; д) тромбоза центральной вены сетчатки.</p> <p>255. Наличие перикорнеальной инъекции глазного яблока, шероховатой поверхности роговицы, нарушения тактильной чувствительности роговицы, инфильтратов в роговице и васкуляризации роговицы характерно для:¹</p> <p>а) тромбоза центральной зоны сетчатки; б) дегенерации желтого пятна; в) катаракты; г) диабетической ретинопатии; д) кератита.</p> <p>256. При центральной язве роговицы с угрозой ее прободения показано:¹</p> <p>а) хирургическое лечение в плановом порядке; б) консервативное лечение; в) срочное хирургическое лечение; г) динамическое наблюдение. д) инстилляций и инъекций кортикостероидов</p> <p>257. При операциях на роговице предпочтительно накладывать швы из:¹</p> <p>а) шелка туркменского; б) шелка виргинского; в) нейлона; г) кетгута; д) любого из вышеперечисленных материалов.</p> <p>258. Оптимальный срок для снятия швов после субтотальной сквозной кератопластики:¹</p> <p>а) 3-4 недели; б) 1-2 месяца; в) 3-4 месяца; г) 4-5 месяцев; д) 6 месяцев и более.</p> <p>259. Сочетание признаков — снижение остроты зрения, невозможность коррекции зрения очковыми стеклами, уменьшение радиуса кривизны роговицы, наличие неправильного роговичного астигматизма характерно для:¹</p> <p>а) кератита; б) катаракты; в) кератоконуса;</p>
--	---

¹ Протокол дополнений и изменений ФОС к промежуточной аттестации по дисциплинам, практик, итоговой (государственной итоговой) аттестации на 2019-2020 учебный год.

- г) склерита;
д) пингвекулы.
260. Для кератоконуса характерны:¹
- а) гиперметропия;
б) правильный астигматизм;
в) неправильный астигматизм;
г) повышенное внутриглазное давление;
д) пониженное внутриглазное давление.
261. При кератоконусе в далеко зашедшей стадии возможна коррекция зрения:¹
- а) сферическими очками;
б) бифокальными очками;
в) контактными линзами;
г) цилиндрическими очками.
д) сферопризматическими очками
262. Поверхностная васкуляризация роговицы встречается при:¹
- а) фликтенулезном кератите;
б) аденовирусном конъюнктивите;
в) склерите;
г) эписклерите;
д) кератоконусе.
263. Проявлением болезни Сьегрена со стороны органа зрения является:
- а) склерит;
б) повышение внутриглазного давления;
в) сухой кератоконъюнктивит;
г) отслойка сетчатки;
д) кератоконус.
264. При пробе Ширмера нормальным результатом, не вызывающим подозрения на нарушение функции, является:
- а) смачивание полоски фильтрованной бумаги на 5 мм и меньше;
б) смачивание полоски фильтрованной бумаги на 5-10 мм;
в) смачивание полоски фильтрованной бумаги 10 мм и более;
г) полное отсутствие смачивания фильтрованной бумаги.
д) смачивание полоски фильтровальной бумаги на 3 мм.
265. При начальных проявлениях сухого кератоконъюнктивита предпочтительнее всего назначать инстилляцию:
- а) кортикостероидов;
б) антибиотиков;
в) сульфаниламидов;
г) миотиков;
д) препаратов искусственной слезы.
266. При болезни Вегенера (гранулематоз неинфекционный некротический) наиболее частым проявлением со стороны глаз является:
- а) кератоконус;
б) краевой язвенный кератит;
в) микрокорнея;
г) врожденная катаракта;
д) повышение ВГД.
267. Отложения жира в роговице могут обнаружиться при:
- а) кольце Кайзер-Флейшера;
б) линии Стоккера;
в) старческой дуге;
г) линии Хадсон-Штали;
д) кольце Флейшера.
268. Жесткие контактные линзы эффективны при:
- а) рецидивирующей эрозии роговицы;
б) буллезной кератопатии;
в) кератоконусе;
г) сухом кератоконъюнктивите.
д) язве роговицы
269. Противопоказанием к назначению контактных линз является
- а) нарушение эпителия роговицы;
б) гипертоническая болезнь;
в) глазные операции в анамнезе;
г) тромбоз центральной вены сетчатки в анамнезе;
д) катаракта.
270. Проведение микроатермокоагуляции показано при:
- а) поверхностных и глубоких поражениях роговицы, протекающих с изъязвлением;
б) наличии у больных выраженных явлений местной медикаментозной аллергии;
в) наличии признаков диффузной воспалительной инфильтрации захватывающей большую часть площади роговицы;
г) помутнении роговицы
д) десцеметите.
271. Влечении поверхностных форм герпетического кератита наи более эффективно применение:
- а) интерферонов и интерфероногенов;
б) кортикостероидов;
в) антибиотиков;
г) антиоксидантов;
д) витаминов.
272. Введение полудана в переднюю камеру показано при:

	<p>а) кератоиридоциклитах с изъязвлением передней поверхности роговицы; б) увеакератитах с изъязвлением задней поверхности роговицы; в) изолированных иридоциклитах и увеитах; г) наличии патогенной микрофлоры в посеве конъюнктив; д) вирусном конъюнктивите.</p> <p>273. <i>Неспецифическая противовирусная терапия проводится:</i> а) полуданом; б) офтан-ИДУ; в) противогерпетической поливакциной; г) ацикловиром; д) дексаметазоном.</p> <p>274. <i>Применение кортикостероидов показано при:</i> а) древовидном кератите; б) ландкартообразном кератите; в) рецидивизирующей эрозии роговицы; г) дисковидном кератите. д) везикулезном кератите</p> <p>Выберите правильный ответ по схеме: А) если верно 1,2,3 Б) если верно 1 и 3 В) если верно 2 и 4 Г) если верно 4 Д) если верно 1,2,3,4,5</p> <p>275. <i>д В начальной стадии кератоконуса показано:</i> 1) коррекция зрения сферопризматическими очками; 2) контактная коррекция зрения 3) термкератопластика 4) послойная кератопластика. 5) динамическое наблюдение</p> <p>276. <i>г При кольце Флейшера обнаруживается:</i> 1) дегенерация в подлежащей Боуеновой мембране; 2) желтоватое кольцо или дуга у основания конуса при кератоко-нусе; 3) отложении железа в глубоких слоях роговицы. 4) низкая острота зрения; 5) кератоконус развитой или далекозашедшей стадии</p> <p>277. <i>д При склерите характерно:¹</i> 1) повреждение склерального покрова; 2) наличие боли; 3) болезнь соединительной ткани; 4) не требует срочного хирургического лечения. 5) истончение склеры;</p> <p>278. <i>а Для переднего склерита характерно:¹</i> 1) может развиваться в стафилому; 2) может развиваться в ангулярный склерит; 3) характеризуется длительным течением; 4) часто изъязвляется. 5) требует срочного оперативного вмешательства</p> <p>279. <i>а Для врожденной кисты склеры характерно:¹</i> 1) редко встречается; 2) мала при рождении; 3) увеличивается в размерах по мере роста человека; 4) выстлана эпителиальными клетками. 5) расположена по центру роговицы</p> <p>280. <i>а При старческой роговичной дуге справедливо:¹</i> 1) имеется у 3/4 пациентов в возрасте старше 50 лет; 2) бывает иногда и у 30-40-летних пациентов; 3) ограничивается эпителием роговицы; 4) требует хирургического лечения 5) доходит до лимба;</p> <p>281. <i>д При центральных язвах роговицы справедливо следующее:¹</i> 1) клиническое течение тяжелее, чем при периферических; 2) имеют бактериальное происхождение; 3) имеют герпетическое происхождение; 4) могут быть некротическими; 5) часто требует хирургического лечения.</p> <p>282. <i>д При увеличенной роговице (мегалокорнеа) справедливо следующее:¹</i> 1) роговица может быть прозрачной; 2) имеется врожденное помутнение края роговицы у лимба; 3) передняя камера увеличена; 4) часто бывает подвывих хрусталика; 5) значительно снижена острота зрения.</p> <p>283. <i>д При язвах роговицы грибкового происхождения справедливо:¹</i> 1) часто резистентны к антибиотикам; 2) появляются после выскабливания;</p>
--	---

¹ Протокол дополнений и изменений ФОС к промежуточной аттестации по дисциплинам, практик, итоговой (государственной итоговой) аттестации на 2019-2020 учебный год.

	<p>3) окружены ореолом разжижения;</p> <p>4) кортикостероиды не улучшают клиническое течение</p> <p>5) часто резистентны к сульфониламидам;</p> <p>284. д <i>Трахома характеризуется следующими проявлениями:</i>¹</p> <p>1) незрелые фолликулы на верхней пластинке хряща века;</p> <p>2) эпителиальный кератит;</p> <p>3) образование паннуса (мембраноподобной васкуляризации);</p> <p>4) значительное снижение зрения.</p> <p>5) образование рубцовой ткани с осложнениями на веке;</p> <p>285. д <i>При врожденной лейкоме роговицы характерно:</i>¹</p> <p>1) причиной является внутриутробное воспаление;</p> <p>2) имеется васкуляризация;</p> <p>3) могут быть передние синехии;</p> <p>4) может сопровождаться повышенным ВГД</p> <p>5) отмечается амблиопия</p> <p>286. д <i>При лентовидной дистрофии роговицы справедливо следующее:</i>¹</p> <p>1) встречается у детей;</p> <p>2) связана с артритом и иритом;</p> <p>3) появляется в области интерпальпебральной щели;</p> <p>4) острота зрения значительно снижена</p> <p>5) при биомикроскопии обнаруживаются темные «дыры» в Боуеновой мембране;</p> <p>287. д <i>При решетчатой дистрофии роговицы имеет место :</i></p> <p>1) линии стромы представляют дегенерированные нервы роговицы;</p> <p>2) чувствительность роговицы постепенно снижается;</p> <p>3) эпителий становится шероховатым, огрубевшим;</p> <p>4) острота зрения снижается значительно.</p> <p>5) отсутствуют признаки воспаления</p> <p>288. д <i>Для пигментного кольца Кайзер-Флейшера при болезни Вильсона справедливо:</i></p> <p>1) расположено в десцеметовой мембране;</p> <p>2) является отложением меди;</p> <p>3) эндотелий прозрачен;</p> <p>4) не требует срочного хирургического лечения.</p> <p>5) имеет диагностическое значение</p> <p>289. д <i>При остром кератоконусе справедливо:</i></p> <p>1) сопровождается внезапным значительным снижением зрения;</p> <p>2) сопровождается значительным отеком роговицы;</p> <p>3) после купирования острого процесса дает улучшение зрения;</p> <p>4) отек роговицы является обратимым</p> <p>5) происходит от гидратации роговицы вследствие разрыва десцеметовой мембраны.;</p> <p>290. д <i>Сифилитический кератит сопровождается:</i></p> <p>1) ранним появлением боли и светобоязни;</p> <p>2) образованием синехии;</p> <p>3) стромальной пленкой, наиболее плотной в центре;</p> <p>4) снижается острота зрения</p> <p>5) повышением внутриглазного давления</p> <p>291. д <i>При эпидемическом кератоконъюнктивите может наблюдаться следующее:</i></p> <p>1) острый фолликулярный конъюнктивит;</p> <p>2) симптомы общей инфекционной интоксикации организма;</p> <p>3) снижение остроты зрения;</p> <p>4) смешанная инъекция глазного яблока;</p> <p>5) повреждение роговицы в виде субэпителиальных круглых инфильтратов.</p> <p>292. д <i>При кольце (линии) Флейшера в роговице может наблюдаться</i></p> <p>1) дегенерация в Боуеновой мембране;</p> <p>2) желтовато-зеленое кольцо у основания кератоконуса;</p> <p>3) желтовато-зеленой дуги у основания кератоконуса</p> <p>4) значительное снижение остроты зрения</p> <p>5) значительная степень выпячивания роговицы.</p> <p>293. д <i>Признаками нейропаралитического кератита являются:</i></p> <p>1) светобоязнь;</p> <p>2) слезотечение;</p> <p>3) эрозия роговицы с последующим изъязвлением;</p> <p>4) снижение остроты зрения.</p> <p>5) блефароспазм;</p> <p>294. д <i>Преимуществом контактных линз перед очками является:</i></p> <p>1) более широкое поле зрения;</p> <p>2) близкая к нормальной величина изображения;</p> <p>3) косметическое преимущество;</p> <p>4) более высокая острота зрения</p> <p>5) возможность исправления неправильного астигматизма</p> <p>295. д <i>При синдроме «сухих глаз» для диагностики важно:</i></p> <p>1) осмотр обнаженной полоски, где должен быть непрерывный поток слез;</p> <p>2) проба Ширмера, основанная на скорости смачивания полоски фильтрованной бумаги, прикрепляемой над краевой границей века;</p> <p>3) проба с красителем, состоящая из закапывания известного за ранее количества флюоресцеина, вслед за чем проводится флюоресметрия;</p> <p>4) окраска Бенгальской розой;</p> <p>5) анамнез заболевания</p> <p>296. д <i>Для синдрома Съегрена характерно :</i></p> <p>1) поражение слюнных и слезных желез;</p>
--	--

- 2) развитие сухого кератоконъюнктивита;
 3) светобоязнь;
 4) снижение зрения.
 5) болевой синдром;
297. *д* Для синдрома Сьегрена характерны все перечисленные признаки, кроме:
 а) инъекции конъюнктивы;
 б) прогрессирующих ксеротических изменений роговицы;
 в) появления светобоязни;
 г) снижение остроты зрения
 д) появления болевого синдрома.
298. *д* Для роговичного синдрома характерно:
 1) светобоязнь ;
 2) блефароспазм;
 3) ощущение инородного тела под веками;
 4) снижение остроты зрения
 5) слезотечение
299. *д* Для диагностики офтальмогерпеса являются важно:
 1) цитологическая диагностика;
 2) очаговые аллергические реакции;
 3) метод флюоресцирующих антител;
 4) сбор анамнеза;
 5) забор крови на вирусемию.
300. *д* Для лечения внутриглазного герпеса:
 1) химиотерапевтические средства;
 2) неспецифические противовирусные средства;
 3) иммунокорректирующие средства;
 4) хирургические методы лечения;
 5) специфические противовирусные средства.
- ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.**
397. Хрусталик человека имеет:
 а) мезодермальное происхождение;
 б) **эктодермальное происхождение;**
 в) энтодермальное происхождение;
 г) эссенциально-криптогенное происхождение;
 д) возможно развитие хрусталика из различных субтратов.
398. Питание хрусталика у взрослого человека осуществляется:
 а) через а.пупилеа;
 б) посредством цинковых связок;
 в) **от внутриглазной влаги посредством диффузии;**
 г) от цилиарного тела;
 д) от передней пограничной мембраны стекловидного тела.
399. Рост хрусталика заканчивается:
 а) к 2-м годам;
 б) к 5-ти годам;
 в) к 18-ти годам;
 г) к 23-годам;
 д) **не заканчивается.**
400. В покое аккомодации преломляющая сила хрусталика составляет:
 а) 5-12 диоптрий;
 б) 12-18 диоптрий;
 в) **19-21 диоптрий;**
 г) 25-32 диоптрий;
 д) 58-65 диоптрий.
401. Механизм развития пресбиопии объясняется:
 а) ухудшением эластичности хрусталика;
 б) **способностью аккомодировать становится меньше;**
 в) ухудшается тонус цилиарной мышцы, нарушается целостность цинковых связок;
 г) склерозизируется хрусталик;
 д) нарушением трофики плоской части цилиарного тела.
402. Особенностью белкового строения хрусталика является:
 а) превалирование альбуминовой фракции над глобулиновой;
 б) превалирование глобулиновой фракции;
 в) **чужеродность белков в сравнении с белками организма;**
 г) повышенное содержание белков в сравнении с другими структурами организма
 д) преимущественное содержание гликопротеидов.
403. К приобретенным заболеваниям хрусталика относятся:
 а) **помутнение хрусталика (катаракта);**
 б) воспаление;
 в) опухоли;
 г) «полярная» катаракта;
 д) микросферофакия.
404. При любом воздействии хрусталик:
 а) **набухает и мутнеет;**
 б) воспаляется;
 в) сморщивается;
 г) в его ядро врастают сосуды;
 д) люкситруется в стекловидное тело.
405. К сосудам, питающим хрусталиковое вещество взрослого человека, относятся:
 а) a.hyaloidea;

	<p>б) передние ресничные артерии; в) короткие задние ресничные артерии; г) длинные задние ресничные артерии; д) кровоснабжения нет.</p> <p>406. Основным методом исследования глаза при определении клинической формы катаракты является: а) визометрия; б) биомикроскопия; в) офтальмоскопия; г) ультразвуковая эхоофтальмография; д) рефрактометрия.</p> <p>407. Метод проверки ретиальной остроты зрения служит для: а) более точного определения рефракции у больного; б) исследования зрения до операции; в) исследования зрения после операции; г) определения возможного оптического исхода после операции; д) определения рефракции ИОЛ.</p> <p>408. Эндотелиальная микроскопия проводится у больных с катарактой с целью: а) определения плотности заднего эпителия роговицы в квадратном мм; б) определения хирургической тактики лечения; в) выбора метода экстракции катаракты; г) профилактики и выявления отдельных осложнений в роговице; д) определения полимегетизма клеток заднего эпителия роговицы.</p> <p>409. К прогрессирующей катаракте можно отнести: а) врожденную слоистую катаракту; б) врожденную полную катаракту; в) приобретенную катаракту; г) веретенообразную катаракту; д) заднюю полярную катаракту.</p> <p>410. Диабетическая катаракта характеризуется: а) истончением передней капсулы; б) сочетанием помутнений в хрусталике с изменением на глазном дне; в) наличием помутнений в зоне отщепления; г) сочетанием с офтальмогипертензией; д) врастанием сосудов в вещество хрусталика.</p> <p>411. К операции кератофакии прибегают с целью коррекции: а) высокой степени миопии; б) -»- гиперметропии; в) афакии; г) сложного миопического астигматизма. д) сложного гиперметропического астигматизма.</p> <p>412. Неправильная проекция света у больного с катарактой указывает на: а) наличие зрелой катаракты у больного; б) наличие незрелой катаракты; в) патологию сетчатки и зрительного нерва; г) патологию роговицы; д) деструкцию стекловидного тела.</p> <p>413. Толщину хрусталика и длину передне-задней оси глаза можно \ определить: а) с помощью биомикроскопии; б) -»- пахиметрии; в) посредством ультразвуковой эхоофтальмографии; г) -»- рентгенологического метода; д) с помощью рефрактометра.</p> <p>414. Электрофизиологические исследования сетчатки и зрительного нерва при катаракте необходимы для: а) прогноза зрения после экстракции катаракты; б) определения хирургической тактики лечения; в) определения необходимости проведения курса консервативной терапии перед операцией; г) выработки постхирургической тактики лечения; д) выбора модели ИОЛ.</p> <p>415. К группе осложненных катаракт относится: а) фактопической катаракты; б) катаракта при глаукоме; в) набухающая катаракта; г) катаракта при пигментном ретините; д) факолитической катаракты.</p> <p>416. При обследовании больного в проходящем свете определяется розовый рефлекс, на фоне которого отмечаются подвижные черные штрихи и точки. Зрение снизилось незначительно. У данного больного можно предположить: а) начальную стадию катаракты; б) незрелую катаракту; в) зрелую катаракту; г) перезревание катаракты; д) помутнение в стекловидном теле.</p> <p>417. У больного в проходящем свете рефлекс с глазного дна слабо-розовый. При боковом освещении хрусталик приобретает отчетливо серый оттенок. Острота зрения 0,03-0,04, не корригирует. Больному следует поставить диагноз: а) начальной катаракты; б) незрелой катаракты; в) зрелой катаракты; г) перезрелой катаракты;</p>
--	---

- д) помутнения в стекловидном теле.
418. У больного рефлекса с глазного дна нет, хрусталик серый, ост-рота зрения - правильная проекция света. У больного:
- начальная катаракта;
 - незрелая катаракта;
 - в) зрелая катаракта;**
 - перезрелая катаракта;
- д) помутнения в стекловидном теле.
419. У больного внутриглазное давление 34 ммрт.ст., умеренный отек роговицы, смешанная инъеция глазного яблока, передняя камера глубокая, морганиева катаракта, рефлекс с глазного дна розовый. Больной считает пальцы у лица. В данном случае имеет место:
- острый приступ глаукомы;
 - иридодиклит с гипертонией;
 - в) перезрелая катаракта;**
 - начальная катаракта;
 - увейт.
420. Отличием факолитической глаукомы от факоморфической является:
- выраженная депигментация зрачковой каймы;
 - атрофия радужки;
 - в) открытый угол передней камеры;**
 - выраженная пигментация трабекул;
 - повышенное внутриглазное давление.
421. Противопоказанием к имплантации интраокулярной линзы является:
- наличие соматических заболеваний в стадии декомпенсации;
 - отсутствие парного глаза;
 - нарушения микроциркуляции и гемодинамики в глазу;
 - помутнение стекловидного тела, функциональная неполноценность сетчатки;
 - д) вялотекущий посттравматический увеит.**
422. Тактика врача при набухающей катаракте предусматривает:
- частое динамическое наблюдение с контролем внутриглазного давления и коррекцией его медикаментозно;
 - б) немедленную экстракцию катаракты;**
 - больной не нуждается в наблюдении и лечении;
 - антиглаукоматозную операцию;
 - лазерную иридэктомию.
423. При факолитической глаукоме тактика врача должна включать:
- проведение консервативного лечения, направленного на снижение внутриглазного давления;
 - экстракцию хрусталика;
 - в) экстракцию хрусталика с антиглаукоматозным компонентом;**
 - антиглаукоматозную операцию;
 - амбулаторное наблюдение.
424. Сенкаталин тормозит развитие старческой катаракты за счет:
- действия, стабилизирующего мембрану;
 - снижения ВГД;
 - действия, направленного на улучшение микроциркуляции;
 - подавления карбоангидразы;
 - нейропротекторного эффекта.
425. Витаудурол противопоказан при:
- ядерных катарактах;
 - задних чашеобразных катарактах;
 - помутнениях под передней капсулой хрусталика;
 - перивентрикулярных лейкомаляциях;
 - корковой катаракте.
426. Наиболее эффективным методом введения препаратов для профилактики прогрессирования катаракты являются:
- а) инстилляции;**
 - пероральное применение;
 - внутривенные вливания;
 - физиотерапевтические методы;
 - внутримышечные инъекции.
427. Основным методом лечения катаракты является:
- консервативный метод;
 - б) оперативное лечение;**
 - лечения не требуется;
 - лазерное лечение;
 - физиотерапевтическое лечение.
428. Абсолютным медицинским условием и показанием к хирургическому лечению катаракт является:
- зрелая катаракта;
 - начальная катаракта;
 - невозможность выполнения больным своей обычной работы;
 - передняя катаракта без гипертонии;
 - д) сублюксация мутного хрусталика.**
429. При двусторонней катаракте операции подлежат:
- лучше видящий глаз;
 - б) хуже видящий глаз;**
 - правый глаз;
 - левый глаз;
 - лучше оперировать оба глаза одновременно.
430. Травматическая катаракта без явлений набухания и иридоцик-лита должна оперироваться:

	<p>а) по неотложным показаниям в процессе первичной хирургической обработки;</p> <p>б) через 3-7 дней после травмы;</p> <p>в) через 2-4 недели после травмы;</p> <p>г) через 8-12 месяцев после травмы;</p> <p>д) лучше решать в каждом случае индивидуально.</p> <p>431. Пациент обратился с клиникой острого приступа глаукомы. При этом определяется набухающая катаракта того же глаза. Тактика врача:</p> <p>а) проведение консервативного лечения амбулаторно;</p> <p>б) проведение консервативного лечения в условиях стационара;</p> <p>в) направление в стационар для оперативного лечения по поводу острого приступа глаукомы;</p> <p>г) срочное направление в стационар для экстракции катаракты</p> <p>д) плановое хирургическое лечение.</p> <p>432. У пациента двусторонняя катаракта: незрелая - на правом глазу (острота зрения = 0,1), начальная - на левом глазу (острота зрения = 0,5). Больному целесообразно предложить:</p> <p>а) наблюдать и ждать созревания катаракты;</p> <p>б) операцию - экстракцию катаракты на правом глазу;</p> <p>в) операцию - экстракцию катаракты на правом глазу с имплантацией интраокулярной линзы;</p> <p>г) решать вопрос в зависимости от профессии больного;</p> <p>д) факоэмульсификацию левого глаза с имплантацией ИОЛ.</p> <p>433. У больного односторонняя катаракта (острота зрения = 0,2). Пациент - водитель транспорта. Тактика лечения предполагает:</p> <p>а) консервативное лечение;</p> <p>б) операцию экстракции катаракты с последующей оптической коррекцией очками;</p> <p>в) экстракцию катаракты с последующей коррекцией контактными линзами;</p> <p>г) экстракцию катаракты с имплантацией интраокулярной линзы;</p> <p>д) рекомендовать сменить профессию.</p> <p>434. Предпочитаемый вид коррекции при односторонней афакии:</p> <p>а) очковая;</p> <p>б) контактная;</p> <p>в) интраокулярная;</p> <p>г) кератофакия;</p> <p>д) ЛАЗИК.</p> <p>435. Тактика офтальмолога при сочетании катаракты с глаукомой' предусматривает:</p> <p>а) экстракапсулярную экстракцию катаракты;</p> <p>б) интракапсулярную экстракцию катаракты</p> <p>в) факоэмульсификацию;</p> <p>г) экстракапсулярную экстракцию катаракты с антиглаукоматозным компонентом</p> <p>д) антиглаукоматозную операцию с последующей экстракцией катаракты.</p> <p>436. При синдроме Фукса определяется следующая последовательность развития осложненной катаракты:</p> <p>а) гетерохромия, атрофия радужки, катаракта, вторичная глаукома-ма;</p> <p>б) вторичная глаукома, гетерохромия, катаракта, атрофия радужки;</p> <p>в) атрофия радужки без гетерохромии, вторичная глаукома, катаракта;</p> <p>г) катаракта, вторичная глаукома, гетерохромия, атрофия радужки;</p> <p>д) может развиваться в различной последовательности.</p> <p>437. Экстракцию катаракты лучше проводить под:</p> <p>а) местным обезболиванием;</p> <p>б) местным обезболиванием с предварительной премедикацией;</p> <p>в) внутривенным наркозом;</p> <p>г) эпидуральным обезболиванием;</p> <p>д) эндотрахеальным наркозом.</p> <p>438. Одним из показаний к интракапсулярному методу экстракции катаракты является:</p> <p>а) плотность заднего эпителия роговицы ниже 1800 клеток в кв.мм;</p> <p>б) «зрелость» хрусталика;</p> <p>в) помутнение стекловидного тела;</p> <p>г) глаукома;</p> <p>д) иридофакодонез.</p> <p>439. Экстракапсулярная экстракция катаракты является операцией выбора при:</p> <p>а) плотности заднего эпителия роговицы выше 1800 клеток в кв. мм;</p> <p>б) смещении хрусталика;</p> <p>в) эхографически неоднородном стекловидном теле;</p> <p>г) у пожилых людей;</p> <p>д) проникающем ранении хрусталика.</p> <p>440. Реклинация в хирургии катаракты:</p> <p>а) в настоящее время не применяется;</p> <p>б) возможна при отсутствии криоэкстрактора;</p> <p>в) применяется в экономически отсталых странах;</p> <p>г) возможна при тяжелых соматических заболеваниях;</p> <p>д) используется как метод лечения катаракты и глаукомы.</p> <p>441. ИАГ-лазеры применяются в офтальмологии для:</p> <p>а) лечения зрелых катаракт;</p> <p>б) рассечения вторичных катаракт;</p> <p>в) лазеркоагуляции сетчатки;</p> <p>г) инкапсуляции инородных тел;</p> <p>д) коагуляции меланом хороидеи.</p> <p>442. При выпадении стекловидного тела в ходе экстракции катаракты:</p> <p>а) выпавшее стекловидное тело следует вправить;</p> <p>б) ->- ->- необходимо иссечь;</p> <p>в) иссечения выпавшего стекловидного тела не требуется;</p> <p>г) вопрос решается индивидуально;</p>
--	--

	<p>д) произвести субтотальную витрэктомию.</p> <p>443. При положительной пробе Зайделя после экстракции катаракты требуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> консервативное лечение; дополнительное наложение корнео-склеральных, либо роговичных швов; удаление старых и наложение новых швов; послойная кератопластика; кровавая тарзоррафия. <p>444. Неосложненная грыжа стекловидного тела возникает после:</p> <ol style="list-style-type: none"> экстракции хрусталика у близоруких; витреоленсектомии; факоэмульсификации; интракапсулярной экстракции катаракты; вторичной имплантации ИОЛ. <p>445. Синдром Ирвин-Гасса характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> изменениями в области хрусталика; разрастанием в области угла передней камеры; атрофией радужки; отслойкой цилиарного тела; развитием макулярного отека. <p>446. Отслойка сетчатки, развившаяся на 8-10 день после экстракции катаракты:</p> <ol style="list-style-type: none"> должна лечиться консервативно; требует лазерного лечения; подлежит как можно более раннему хирургическому лечению возможна баллонная хирургия; подход индивидуальный. <p>447. Наиболее оптимальным видом оптической коррекции афакии является:</p> <ol style="list-style-type: none"> очковая коррекция; контактная коррекция; кератофакия; интраокулярная коррекция экзимерлазерная коррекция. <p>448. При коррекции односторонней афакии больных с иридоцилиарными дистрофиями преимущество имеет:</p> <ol style="list-style-type: none"> мягкая контактная линза; жесткая контактная линза; коррекция очками; интраокулярная линза эпикератофакия.
<p>Б 1.Б.6.5 Раздел 5. Заболевания сетчатки, зрительного нерва, проводящих путей, корковых отделов зрительного анализатора у лиц различного возраста</p>	<p>Выберите правильный ответ по схеме: А) если верно 1,2,3 Б) если верно 1 и 3 В) если верно 2 и 4 Г) если верно 4 Д) если верно 1,2,3,4,5</p> <p>328.г Острые нарушения венозного кровообращения в сетчатке могут быть вызваны:</p> <ol style="list-style-type: none"> спазмом; эмболией; высоким внутриглазным давлением; тромбозом; ангиоретинопатией <p>329.а Острые нарушения артериального кровообращения в зрительном нерве могут быть вызваны:</p> <ol style="list-style-type: none"> спазмом; эмболией; тромбозом; хориопатией; нейропатией <p>330. а Острые нарушения артериального кровообращения в сетчатке могут быть вызваны:</p> <ol style="list-style-type: none"> спазмом; эмболией; тромбозом; ретинопатией ретиношизисом. <p>331.д Острые нарушения артериального кровообращения в сетчатке характеризуются:</p> <ol style="list-style-type: none"> резким снижением зрения; сужением сосудов сетчатки; ишемическим отеком сетчатки; изменением поля зрения ; наличием феномена контраста fovea centralis (вишневого пятна). <p>332.д Тромбоз центральной вены сетчатки характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> снижением зрения; отеком сетчатки; кровоизлияниями; макулопатией. отеком диска зрительного нерва <p>333. д При тромбозе вен сетчатки наблюдаются:</p> <ol style="list-style-type: none"> застойные явления в венозной системе; повышенная извитость и расширение вен; темная окраска вен;

- 4) кровоизлияния;
5) сужение артериол.
- 334.а При тромбозе вен сетчатки в стекловидном теле отмечаются:
- 1) геморрагии;
 - 2) дистрофия стекловидного тела
 - 3) отслойка задней пластины;
 - 4) экссудативные выпоты;
 - 5) витреоретинальная пролиферация
- 335.г Феномен вишневого пятна наблюдается при:
- 1) неврите;
 - 2) дистрофиях сетчатки;
 - 3) тромбозе вен сетчатки;
 - 4) острой артериальной непроходимости сетчатки;
 - 5) макулярном разрыве
- 336.б При тромбозе вен сетчатки геморрагии локализуются:
- 1) преретинально;
 - 2) субретинально;
 - 3) интратретинально;
 - 4) в эписклере;
 - 5) в радужке и цилиарном теле.
- 337.д Последствия тромбоза вен сетчатки характеризуются:
- 1) вторичными дистрофическими изменениями сетчатки;
 - 2) частичной атрофией зрительного нерва;
 - 3) вторичной посттромботической глаукомой;
 - 4) витреофиброзом
 - 5) макулопатией
- 338.д Лечение тромбозов вен сетчатки включает:
- 1) тромболитики;
 - 2) антикоагулянты и антиагреганты;
 - 3) ангиопротекторы
 - 4) мочегонные средства
 - 5) лазертерапию
- 339.г Лазертерапия сетчатки показана при:
- 1) артериальной непроходимости в остром периоде заболевания;
 - 2) артериальной непроходимости в отдаленном периоде заболевания;
 - 3) венозной непроходимости в остром периоде заболевания;
 - 4) венозной непроходимости в отдаленном периоде заболевания;
 - 5) оптической ишемической нейропатии.
- Выберите правильный ответ по схеме:**
А) если правильны ответы 1,2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильны ответы 4;
Д) если правильны ответы 1,2,3,4 и 5.
- 340.г Наиболее прочный контакт сетчатки и стекловидного тела выражен в области:
- 1) сосудов сетчатки;
 - 2) макулярной зоны;
 - 3) диска зрительного нерва;
 - 4) зубчатой линии;
 - 5) в парамаккулярной зоне.
- 341.а Риск возникновения отслойки сетчатки повышен:
- 1) после контузии глазного яблока;
 - 2) после интракапсулярной экстракции катаракты;
 - 3) у миопов;
 - 4) после перенесенного приступа глаукомы;
 - 5) при кератоконусе.
- 342.г Пузыри отслоенной сетчатки обычно выше:
- 1) в зоне диска зрительного нерва;
 - 2) на противоположной разрыву стороне;
 - 3) в макулярной зоне;
 - 4) на стороне разрыва;
 - 5) в парамаккулярной зоне.
- 343.г При разрывах в верхней половине отслойки сетчатки:
- 1) обычно формируется линия самоотграничения;
 - 2) отслойка никогда не бывает тотальной;
 - 3) нет тенденции к образованию тотальной отслойки;
 - 4) отмечается склонность к образованию тотальной отслойки;
 - 5) закономерностей не выявляются.
- 344.г В классификации в отслойке сетчатки выделяют:
- 1) 1 степень;
 - 2) 2 степени;
 - 3) 3 степени;
 - 4) 4 степени;
 - 5) 5 степеней.
- 345.в При отслойке сетчатки больные обращаются с жалобами на:
- 1) слезотечение и светобоязнь;
 - 2) появление «вспышек» в глазу;
 - 3) давящие боли в глазу;

- 4) появление «завесы» перед глазом;
5) боли при движении глаза.
- 346.г При экстрасклеральном методе пломбирования отслойки сетчатки предпочтение обычно отдается:
- 1) лазеркоагуляции;
 - 2) фотокоагуляции;
 - 3) диатермокоагуляции;
 - 4) криокоагуляции;
 - 5) коагуляция не показана.
347. а Повторная операция при отслойке сетчатки показана в случае:
- 1) обнаружения нового разрыва;
 - 2) сохранения пузыря отслойки с прогрессированием;
 - 3) вала вдавления, не совпадающего с разрывом;
 - 4) остаточного количества жидкости;
 - 5) участков помутнения стекловидного тела.
348. г Слепота в раннем послеоперационном периоде по поводу отслойки сетчатки может быть обусловлена:
- 1) экстраокулярной инфекцией;
 - 2) синдромом ишемии переднего отрезка;
 - 3) отслойкой сосудистой оболочки;
 - 4) окклюзией центральной артерии сетчатки;
 - 5) невритом зрительного нерва.
349. г Рассечение силиконовой ленты при послеоперационной миопии по поводу отслойки сетчатки показано не ранее:
- 1) 6-го дня после операции;
 - 2) 1 месяца после операции;
 - 3) полугодия после операции;
 - 4) 2-х месяцев после операции;
 - 5) через год после операции.
- 350.а Хориоретинальный контакт обеспечивается:
- 1) механическим компонентом;
 - 2) биохимическим компонентом;
 - 3) биологическим компонентом;
 - 4) эмбриологическим компонентом;
 - 5) тромболитическим компонентом.
351. д К факторам, способствующим возникновению отслойки сетчатки, относятся:
- 1) эмбриологический;
 - 2) наследственный;
 - 3) механический;
 - 4) гемодинамический;
 - 5) анатомический.
- 352.г При отслойке сетчатки наиболее часто сопутствующим заболеванием является:
- 1) глаукома;
 - 2) хориоретинальная дистрофия;
 - 3) тромбоз вен сетчатки;
 - 4) иридоциклит;
 - 5) неврит зрительного нерва.
353. д При обследовании больных с отслойкой сетчатки основное внимание уделяется состоянию:
- 1) передней камеры;
 - 2) стекловидного тела;
 - 3) сетчатки;
 - 4) офтальмотонуса;
 - 5) зрительного нерва.
- 354.г К тотальной отслойке сетчатки наиболее часто приводят:
- 1) дырчатые разрывы;
 - 2) ретиношизис;
 - 3) макулярные разрывы;
 - 4) клапанные разрывы;
 - 5) кисты сетчатки.
- Выберите один правильный ответ**
355. В основе диабетических ангиопатий лежит:
- а) нарушение обмена веществ;
 - б) инсулинотерапия;
 - в) повышенное внутриглазное давление;
 - г) неадекватный контроль явлений диабета;
 - д) рубец радужки.
356. К факторам, способствующим развитию диабетической ангиоретинопатии, относятся:
- а) гипергликемия;
 - б) гипоглобулинемия;
 - в) миопия;
 - г) гиперметропия;
 - д) гипохолестеринемия
357. Для III стадии диабетической ангиоретинопатии характерны следующие офтальмоскопические изменения:
- а) кровоизлияния в стекловидное тело с началом пролиферации, неоваскуляризации; неоваскуляризация на диске зрительного нерва;
 - б) отслойка сетчатки;
 - в) макулодистрофия;
 - г) тромбоз полный или неполный центральной вены сетчатки или ее ветви;
 - д) нарушение кровообращения в системе, питающей зрительный нерв.

358. Основные биомикроскопические признаки начальной диабетической катаракты включают:
- помутнение в зоне отщепления;
 - помутнение под задней капсулой;
 - помутнение под передней капсулой;
 - уплотнение поверхности ядра.
359. В выборе сроков хирургического лечения диабетической катаракты имеет значение:
- степень зрелости катаракты;
 - возраст пациента;
 - острота зрения;
 - биомикроскопический вариант катаракты. Д) жалобы пациента
360. Оптимальным вариантом коррекции афакии у больного сахарным диабетом являются:
- очки;
 - жесткие контактные линзы;
 - мягкие контактные линзы;
 - интраокулярная линза;
 - кератомилез.
361. Рассасывающую терапию при геморрагии в сетчатку или стекловидное тело у больных диабетом следует начинать:
- в первые часы после кровоизлияния;
 - через 2-3 суток после кровоизлияния;
 - через неделю ->-;
 - через 2 недели после кровоизлияния
 - через месяц ->-.
362. Курсовое лечение при пролиферативной диабетической ангиоретинопатии следует проводить:
- 1 раз в год;
 - 1 раз в полугодие;
 - 1 раз в 3 месяца;
 - ежемесячно;
 - 1 раз в 2 месяца.
363. К типичным изменениям при диабетической ангиоретинопатии в детском и юношеском возрасте относятся:
- неоваскуляризация диска зрительного нерва, области желтого пятна;
 - транссудативные очаги в сетчатке;
 - отслойка сетчатки;
 - артериовенозные анастомозы
364. У больных сахарным диабетом жировой обмен регулируют лекарственные препараты:
- дицинон;
 - клофеллин; в) эмоксипин;
 - солкосерил;
 - югофибрат, липостабил
365. У больных сахарным диабетом регулируют белковый обмен:
- пармидин;
 - теоникол;
 - трентал;
 - ретаболил; д) дицинон
366. Глаукома при сахарном диабете встречается с частотой:
- 5%;
 - 8%;
 - 12%;
 - 20%;
 - более 20%.
367. Лазертерапия показана при:
- грубом фиброзе сетчатки;
 - рецидивирующих кровоизлияниях;
 - высоких цифрах агрегации эритроцитов;
 - пролиферация и неоваскуляризация сетчатки
 - при тракционной отслойке сетчатки
368. К факторам, способствующим развитию ангиопатии относятся:
- гипергликемия;
 - гиперметропия;
 - миопия;
 - кератопатия;
 - кератоконъюнктивит.
369. Для абсолютной гипогликемии характерно:
- сахар крови ниже 3,5 ммоль/л;
 - >- выше 10 ммоль/л;
 - холестерин в крови в пределах 9-10 ммоль/л;
 - сахар крови ниже 6,1 ммоль/л
 - сахар крови ниже 5,8 ммоль/л
370. Основными процессами, происходящими в тканях глаза у больного сахарным диабетом, являются:
- воспалительные;
 - дегенеративные;
 - геморрагические;
 - дистрофические;
 - онкологические.
371. Воспалительный процесс в органе зрения у больного сахарным диабетом локализуется в:
- хрусталике;
 - радужке;
 - сетчатке;

- г) роговице;
д) конъюнктиве
372. Основные процессы, происходящие в тканях глаза у больного сахарным диабетом можно характеризовать, как:
- а) воспалительные;
б) неоваскуляризации;
в) дистрофические;
г) неопластические;
д) травматические.
373. Причиной неоваскуляризации у больного сахарным диабетом является:
- а) гипоксия тканей;
б) воспалительные процессы;
в) сочетание сахарного диабета с гипертонической болезнью;
г) сочетание сахарного диабета с атеросклерозом; Д) сочетание сахарного диабета с нефропатией.
374. Наиболее частым у больного сахарным диабетом является заболевание:
- а) ячмень;
б) халязион, блефарит;
в) экзема кожи век;
г) ксантомы век;
д) папилломы век.
375. Для больного сахарным диабетом типичными изменениями со стороны конъюнктивы являются:
- а) конъюнктивит;
б) отложения холестерина-белковых фракций, кровоизлияния;
в) птеригиум;
г) сужение артериол;
д) расширение вен.
376. Типичными изменениями со стороны роговицы для больного сахарным диабетом являются:
- а) васкуляризация;
б) истончение роговицы и кератоконус;
в) кератоконъюнктивит;
г) снижение чувствительности, эпителиальная дистрофия;
д) изъязвление роговицы
377. Для больного сахарным диабетом основными изменениями радужки являются:
- а) неоваскуляризация, вялое расширение зрачка;
б) живая реакция на свет;
в) поликория;
г) аниридия;
д) колобома радужки.
378. Начальными биомикроскопическими признаками диабетической катаракты являются:
- а) помутнения в ядре хрусталика;
б) помутнения в коре хрусталика;
в) помутнения в зоне отщепления;
г) субкапсулярные вакуоли;
д) помутнения под задней капсулой
379. Частота возникновения диабетических катаракт составляет:
- а) от 2 до 6%;
б) от 6 до 12%;
в) от 12 до 25%;
г) от 30 до 40%;
д) свыше 40%.
380. Характерными симптомами начальной диабетической катаракты являются:
- а) снижение зрения, появление миопии или увеличение миопической рефракции;
б) появление «летающих мушек» перед глазами ;
в) появление гиперметропии;
г) появление феномена Тиндаля во влаге передней камеры;
д) появление анизометропии
381. Основными признаками диабетического ирита являются:
- а) выраженная смешанная инъекция, единичные преципитаты;
б) застойная инъекция;
в) цилиарная инъекция;
г) выраженная экссудация;
д) отсутствие рефлекса с глазного дна.
382. Основными признаками диабетической ретинопатии склеротического типа являются:
- а) отложение в сетчатку белка;
б) геморрагии в сетчатку, стекловидное тело;
в) отложение в сетчатку холестерина;
г) геморрагии в стекловидное тело;
д) перипапиллярный отек сетчатки.
383. Способствуют рецидивам кровоизлияний при диабетической ангиоретинопатии:
- а) абсолютные или относительные гипогликемии, окклюзия капилляров;
б) глюкозурия;
в) гипергликемия
г) альбуминурия;
д) гиперхолестеринемия.

Выберите правильный ответ по схеме:

А) если правильные ответы 1,2 и 3;

Б) если правильные ответы 1 и 3;

В) если правильные ответы 2 и 4;

Г) если правильный ответ 4;

Д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

384.д Для I стадии диабетической ретинопатии характерны следующие офтальмоскопические изменения:

- 1) кровоизлияния в сетчатку и стекловидное тело;
- 2) гемианопсия;
- 3) твердые экссудаты;
- 4) задние синехии, сужение артерий и артериол;
- 5) макро- и микроаневризмы.

385.д Для II стадии диабетической ретинопатии характерны следующие офтальмоскопические изменения:

- 1) твердые экссудаты;
- 2) микроаневризмы;
- 3) кровоизлияния в стекловидное тело и сетчатку;
- 4) макроаневризмы;
- 5) мягкие экссудаты

386.д Изменения в углу передней камеры у больных сахарным диабетом касаются:

- 1) новообразованных сосудов;
- 2) гониосинехий;
- 3) экссудата;
- 4) перерождения и дегенерации трабекул;
- 5) пигментные отложения.

387.д К основным признакам диабетического ирита относятся:

- 1) выраженная инъекция;
- 2) выраженные преципитаты;
- 3) гипопион;
- 4) вялое расширение зрачка
- 5) светобоязнь;

388.д Основные принципы в лечении диабетической ангиоретинопатии включают:

- 1) сосудокрепляющую терапию;
- 2) терапию антидиабетическими препаратами;
- 3) сосудорасширяющими препаратами;
- 4) витаминотерапию;
- 5) медикаментозных средств, улучшающих микроциркуляцию крови.

389.д Основные принципы лечения геморрагической формы диабетической ангиоретинопатии включают:

- 1) средства, укрепляющие сосудистую стенку;
- 2) средства, улучшающие микроциркуляцию;
- 3) сосудорасширяющие средства;
- 4) средства, рассасывающего действия;
- 5) витаминотерапию.

390.д Показаниями к лазерной коагуляции при диабетической ангиоретинопатии являются:

- 1) микроаневризмы;
- 2) макулярный отек;
- 3) непролиферативная ретинопатия;
- 4) неоваскуляризация;
- 5) пролиферация фиброзной ткани.

391.д Геморрагический процесс в органе зрения у больного сахарным диабетом локализуется в:

- 1) конъюнктиве;
- 2) радужке;
- 3) стекловидном теле;
- 4) сетчатке;
- 5) коже век

392.д Изменения в стекловидном теле при сахарном диабете касаются:

- 1) задней отслойки стекловидного тела;
- 2) неоваскуляризации;
- 3) геморрагии;
- 4) шварт;
- 5) деструкции стекловидного тела

393.д Основными признаками диабетической ангиоретинопатии геморрагического типа являются:

- 1) микро- и макроаневризмы;
- 2) кровоизлияния в стекловидное тело;
- 3) интратинальные кровоизлияния;
- 4) преретинальные кровоизлияния;
- 5) кровоизлияния в радужку, в конъюнктиву.

394.д Позволяют диагностировать диабетическую ретинопатию в доклинической стадии методы:

- 1) биомикроофтальмоскопия;
- 2) электрофизиологические исследования;
- 3) флюоресцентная ангиография;
- 4) адаптометрия;
- 5) периметрия.

395.д Характерными для диабетической ангиоретинопатии данными флюоресцентной ангиографии являются:

- 1) окклюзия капилляров, кровоизлияния;
- 2) новообразованные сосуды;
- 3) микроаневризмы;
- 4) экстравазация флюоресцеина;
- 5) обширные поля ишемии сетчатки.

396.д Возможны все перечисленные клинические формы диабетической ангиоретинопатии:

- 1) диабетогипертоническая;
- 2) транссудативная;
- 3) геморрагическая;
- 4) диабетогипертоническая;
- 5) диабетогипертоническая.

Выберите правильный ответ по схеме:

А) если верно 1,2,3

Б) если верно 1 и 3

В) если верно 2 и 4

Г) если верно 4

Д) если верно 1,2,3,4,5

449. д Для застойных дисков зрительного нерва характерно:

- 1) отек ткани диска, ступенчатость его границ;
- 2) выстояние диска;
- 3) расширение вен сетчатки;
- 4) кровоизлияния;
- 5) макулопатия.

450. а Причиной развития застойных дисков зрительных нервов могут быть

- 1) опухоли мозга
- 2) воспалительные процессы мозга и его оболочек
- 3) травма мозга;
- 4) демиелинизирующий процесс ц.н.с.
- 5) опухоль гипофиза.

451. а Застойные диски наблюдаются при локализации опухоли в:

- 1) затылочной области;
- 2) теменной области;
- 3) лобной области;
- 4) в зоне гипофиза;
- 5) в зоне вершины орбиты.

452. г Синдром Кеннеди характеризуется:

- 1) двусторонними застойными дисками;
- 2) односторонним застойным диском;
- 3) атрофией зрительного нерва на обоих глазах;
- 4) атрофией зрительного нерва на одном глазу;
- 5) застойным диском одного глаза и атрофией зрительного нерва другого глаза.

453. г Простые застойные диски характеризуются:

- 1) центральными и парацентральными скотомами;
- 2) секторальными выпадениями поля зрения
- 3) гомонимными гемианопсиями
- 4) концентрическим сужением поля зрения;
- 5) гетеронимными гемианопсиями.

454. д Для осложненных застойных дисков характерно.

- 1) асимметрия зрительных функций
- 2) асимметрия офтальмоскопической картины; 3) гомонимные гемианопсии
- 4) гетеронимные гемианопсии
- 5) симметричные изменения функций и офтальмоскопическ картины

455. б В случаях застойных дисков ведущая роль принадлежит:

- 1) офтальмологу;
- 2) невропатологу;
- 3) нейрохирургу; 4) терапевту;
- 5) эндокринологу

456. г В начальной стадии развития застойных дисков зрение:

- 1) снижается незначительно
- 2) снижается значительно;
- 3) падает до 0.
- 4) не изменяется;
- 5) имеет волнообразный характер течения.

457. г По мере развития застойных дисков зрение:

- 1) не изменяется;
- 2) снижается резко;
- 3) изменяется скачкообразно.
- 4) снижается постепенно;
- 5) постепенно улучшается.

458. д При оптических невритах наблюдается:

- 1) резкое снижение зрения;
- 2) гиперемия диска зрительного нерва;
- 3) отек диска зрительного нерва;
- 4) геморрагии;
- 5) экссудативный выпот.

459. д Причиной развития невритов зрительных нервов являются:

- 1) вирусы;
- 2) микробная флора;
- 3) токсины;
- 4) аллергия;
- 5) различные сочетания всех перечисленных факторов.

460. г Неврит зрительного нерва относится к заболеваниям:

- 1) хроническим;
- 2) подострым;
- 3) латентно протекающим.
- 4) острым;
- 5) имеющим волнообразный тип течения.

461. б Болевой синдром наблюдается при следующих формах оптического неврита

- 1) ретробульбарном периферическом;
- 2) интрабульбарном;

- 3) ретробульбарном трансверзальном;
 4) ретробульбарном аксиальном;
 5) демиелинизирующих процессах зрительных нервов
462. *д* Лечение оптических невритов включает препараты
- 1) противовоспалительные;
 - 2) десенсибилизирующие;
 - 3) витаминные;
 - 4) дезинтоксикационные;
 - 5) симптоматические.
463. *г* Лечение ретробульбарных невритов в острый период заболеваний включает:
- 1) сосудистую терапию;
 - 2) противовоспалительную терапию;
 - 3) хирургические мероприятия;
 - 4) лазертерапию;
 - 5) лазерстимуляцию.
- ВЫБЕРИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:**
464. При невритах зрительного нерва зрение:
- а) не изменяется;
 - б) снижается незначительно;
 - в) снижается значительно и быстро;**
 - г) снижается медленно но значительно;
 - д) имеет волнообразный тип течения
465. При неврите зрительного нерва проминенция диска:
- а) резко выражена;
 - б) незначительная, плоская;**
 - в) отсутствует;
 - г) имеет место экскавация диска.
 - д) формируется колобома диска
466. При неврите зрительного нерва цвет диска:
- а) не меняется;
 - б) гиперемирован;**
 - в) бледный;
 - г) восковидный;
 - д) серый.
467. При неврите зрительного нерва со стороны ретинальных \ дав отмечается:
- а) расширение артериол;
 - б) расширение венул;
 - в) расширение артериол и венул;**
 - г) сужение венул;
 - д) сужение артериол и венул.
468. При застойных дисках зрительного нерва со стороны ретинальных сосудов отмечается:
- а) расширение артериол и венул;
 - б) сужение артериол и венул;
 - в) расширение венул и сужение артериол;**
 - г) сужение венул и расширение артериол.
 - д) сосуды не изменяются
469. При друзьях зрительного нерва со стороны ретинальных сосудов отмечается:
- а) расширение артериол и венул;
 - б) сужение артериол и венул;
 - в) расширение артериол и сужение венул;
 - г) расширение венул и сужение артериол;
 - д) сосуды сетчатки не изменены.**
470. При ишемической нейропатии со стороны ретинальных сосудов отмечается:
- а) расширение артериол и венул;
 - б) сужение артериол и венул;
 - в) сужение артериол и расширение венул;**
 - г) расширение артериол и сужение венул.
 - д) сосуды сетчатки не изменены.
471. При неврите зрительного нерва в острый период заболевания стекловидное тело:
- а) сохраняется интактным;
 - б) имеют место кровоизлияния;
 - в) имеет место экссудативный выпот;**
 - г) формируется отслойка стекловидного тела.
 - д) наблюдается витреофиброз.
472. Кровоизлияния при неврите зрительного нерва локализуются:
- а) по всему главному дну;
 - б) в макулярной области;
 - в) на диске или около него;**
 - г) на периферии глазного дна.
 - д) по ходу ретинальных венул
473. При периферической форме ретробульбарных невритов наблюдается:
- а) центральная скотома;
 - б) концентрическое сужение поля зрения;**
 - в) секторальные выпадения;
 - г) аркоподобные скотомы;
 - д) поле зрения не изменено.
474. При аксиальной форме ретробульбарных невритов наблюдается:
- а) центральная скотома;
 - б) концентрическое сужение поля зрения;
 - в) секторальные выпадения;

	<p>г) аркоподобные скотомы; д) поле зрения не изменено.</p> <p>475. При трансверсальной форме ретробульбарных невритов наблю дается:</p> <p>а) центральная скотома; б) концентрическое сужение поля зрения; в) секторальное выпадение; г) аркоподобные скотомы; д) комбинация концентрического сужения поля зрения с цент ральной скотомой.</p> <p>476. При задней ишемической нейропатии наблюдается:</p> <p>а) центральная скотома; б) концентрическое сужение поля зрения; в) секторальное выпадение поля зрения; г) аркоподобные скотомы; д) поле зрения не изменяется.</p> <p>477. Для оптической ишемической нейропатии характерно</p> <p>а) резкое и значительное снижение зрения б) постепенное но значительное снижение зрения в) сохранение зрения не изменным г) медленное незначительное сжение зрения д) скачкообразный характер изменений.</p> <p>478. Диск зрительного нерва при ишемической оптической нейро патии имеет</p> <p>а) насыщенно розовый цвет б) бледный ишемический цвет в) серый цвет г) глубокую эксковацию д) частичную атрофию</p> <p>479. Кровоизлияния при оптической ишемической нейропатии локализуются преимущественно:</p> <p>а) по сему главному дну б) на диске или около диска зрительного нерва в) в макулярной области г) на периферии глазного дна д) без выраженной закономерности</p> <p>480. При задней ишемической оптической нейропатии наблюдается</p> <p>а) бледный отечный диск зрительного нерва б) кровоизлияния на диске в) отек сетчатки г) твердые экссудаты д) отсутствие изменений на глазном дне</p> <p>481. Лечение ишемической оптической нейропатии включает:</p> <p>а) сосудистую терапию б) противовоспалительную в) гормональную г) лазертерапию д) электростимуляцию</p>
<p>Б 1.Б.6.6 Раздел 6 Патология сосудистой оболочки глаза у лиц различного возраста</p>	<p>Выберете правильный ответ по схеме: А) если правильны ответы 1, 2 и 3; Б) если правильны ответы 1 и 3; В) если правильны ответы 2 и 4; Г) если правильны ответы 4; Д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.</p> <p>301. а <i>Этиология увеитов связана с:</i></p> <p>1) условиями жизни населения; 2) циркулирующей возбудителя; 3) наличием условий передачи инфекции; 4) условиями питания человека; 5) развитием центральной нервной системы.</p> <p>302. д <i>К инфекционным агентам, способным поражать глаз, относятся</i></p> <p>1) вирусы; 2) грибы; 3) бактерии; 4) простейшие; 5) гельминты.</p> <p>303. а <i>При увеитах поражается: 1)сетчатка;</i></p> <p>2) зрительный нерв; 3) цилиарное тело; 4) слезная железа; 5) кости орбиты.</p> <p>304. д <i>Внутриутробные увеиты вызываются:</i></p> <p>1) вирусом краснухи; 2) вирусом ветряной оспы; 3) вирусом гриппа; 4) цитомегаловирусом; 5) вирусом кори.</p> <p>305. д <i>Цитомегаловирус может быть обнаружен в:</i></p> <p>1) конъюнктиве; 2) в зрительном нерве; 3) сетчатке; 4) слезной жидкости; 5) хориондее.</p>

<p><i>306.а Вирусные увеиты вызывают тяжелое поражение:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) роговицы; 2) сетчатки; 3) зрительного нерва; 4) глазодвигательных мышц; 5) слезной железы. <p><i>307.г Преобладающим источником стрептококковой инфекции при увеите является:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) язвенный колит; 2) афтозный стоматит; 3) двусторонняя пневмония; 4) хронический тонзиллит; 5) пиелонефрит. <p><i>308. г Токсоплазмозные увеиты наиболее часто встречаются:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) после лечения цитостатиками; 2) после лечения антибиотиками; 3) после лечения стероидами 4) при внутриутробной передаче инфекции; 5) при подавлении клеточного иммунитета. <p><i>309.б Грибковому поражению глаз способствует:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) длительная антибиотикотерапия; 2) длительная гипотензивная терапия; 3) длительная стероидная терапия; 4) аденовирусный кератоконъюнктивит 5) все перечисленное выше. <p><i>310. г Наиболее часто генерализованные и двусторонние поражения сосудистой оболочки глаза отмечаются при:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гельминтозах; 2) стрептококковых заболеваниях; 3) стафилококковых заболеваниях; 4) системных и синдромных заболеваниях; 5) аденовирусной инфекции. <p><i>311.д Факторами риска при возникновении увеита являются:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) генетическая предрасположенность; 2) нарушение гематоофтальмического барьера; 3) системное заболевание; 4) травма глаза; 5) стрессовое состояние; <p><i>312.г При врожденном токсоплазмозе наиболее частой формой увеита является:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) передний увеит; 2) эписклерит; 3) неврит; 4) нейрохориоретинит 5) кератоконъюнктивит. <p><i>313.д При выборе методов лечения увеитов наиболее важно определить:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) этиологическую форму заболевания; 2) преимущественную локализацию процесса; 3) активность и характер течения процесса; 4) наличие сопутствующих заболеваний; 5) возраст больного. <p><i>314. а В патогенезе увеитов ведущее значение принадлежит:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) генетическому предрасположению к иммунным расстройствам; 2) острым и хроническим инфекциям в организме; 3) физическим факторам воздействия; 4) психосоматическому состоянию; 5) возрасту человека. <p><i>315.а Хориоидею образуют перечисленные структуры:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) мембрана Бруха; 2) сосуды различного калибра; 3) эластичные волокна; 4) жировые клетки; 5) хондроциты. <p><i>316.в В супрахориоидее проходят:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) вортикозные вены; 2) парасимпатические нервы; 3) короткие задние цилиарные артерии; 4) симпатические нервы; 5) двигательные нервы. <p><i>317.д К ведущим факторам, определяющим иммунологический гомеостаз, относятся:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) генотип организма; 2) состояние вилочковой железы; 3) состояние надпочечников; 4) гипофизарно-адреналовая система; 5) состояние красного костного мозга. <p><i>318.б Реакция антиген-антитело в тканях глаза при увеитах сопровождается:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) воспалением; 2) гемолизом; 3) нарушением стенок сосудов; 4) отложением липидов; 5) отложением пигмента.

	<p>319. д В иммуногенезе участвует:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) костный мозг; 2) вилочковая железа; 3) селезенка; 4) лимфатические узлы; 5) надпочечники. <p>320. а Понятие «защитный барьер» глаза включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гематофтальмический барьер; 2) бактериостатические факторы слезы; 3) протеолитические ферменты; 4) склера; 5) хрящи век. <p>321. а В организме человека интерферон вырабатывается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) лимфоцитами; 2) лейкоцитами; 3) макрофагами; 4) тромбоцитами; 5) тучными клетками. <p>322. в Наиболее информативными в диагностике туберкулезного увеита являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) рентгенография; 2) офтальмоскопия; 3) тонометрия; 4) туберкулиновая проба; 5) ультразвуковая диагностика. <p>323. д Вирусную этиологию увеита можно установить по антигенам в:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) соскобах конъюнктивы; 2) слезной жидкости; 3) влаге передней камеры; 4) сыворотке крови; 5) соскобах роговицы. <p>324. а Обследованию на токсоплазмоз подлежат больные с:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) очаговым или центральным хориоретинитом; 2) различными проявлениями глазной патологии в раннем возрасте; 3) склеритами неясной патологии; 4) кератоконусом; 5) все перечисленные. <p>325. д При бруцеллезном увеите обычно поражается:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) конъюнктивa; 2) цилиарное тело; 3) сетчатка; 4) стекловидное тело; 5) радужка. <p>326. б Туберкулезный увеит может развиваться в результате:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) воздушно-капельного заражения; 2) заражения половым путем; 3) вторичной инфекции по системе кровообращения; 4) лимфогенного заражения; 5) все перечисленное верно. <p>327. д Для туберкулезного увеита характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) острое течение; 2) подострое течение; 3) хроническое рецидивирующее течение; 4) полиморфное течение; 5) сочетание с внеглазными формами заболевания.
<p>Б 1.Б.6.8 Раздел 8. Нарушения регуляции внутриглазного давления</p>	<p>Выберите один правильный ответ.</p> <p>482. Триада симптомов, характерных для глаукомы:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) повышение сопротивляемости оттоку водянистой влаги, изменение полей зрения, сдвиг сосудистого пучка к носу; б) неустойчивость внутриглазного давления, гетерохромия, осложненная катаракта; в) повышение уровня внутриглазного давления, перикорниальная инъекция, отек роговицы; г) изменение поля зрения, побледнение дисков зрительных нервов, ангиоретиносклероз; д) анизокория, преципитаты, повышение внутриглазного давления. <p>483. Биомикроскопическая картина переднего отрезка глаза при первичной открытоугольной глаукоме включает:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) диффузная атрофия зрачкового пояса в сочетании с деструкцией пигментной каймы, широкий угол передней камеры; б) «чешуйки» по краю зрачка и на трабекулах в углу передней камеры, осложненная катаракта; в) зрачок расширен, «фигура подсолнечника»; г) закрытый угол передней камеры, дисперсия пигмента по передней поверхности радужки; д) колобома радужки, диффузное помутнение хрусталика. <p>484. Для остроугольного приступа первичной закрытоугольной глаукомы характерны:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) отек роговицы, мелкая передняя камера, широкий эллипсоидной формы зрачок, застойная инъекция глазного яблока; б) зрачок узкий, реакция зрачка на свет сохранена, роговица про-зрачная, поверхностная инъекция бульбарной конъюнктивы; в) отек роговицы, глубокая передняя камера, иридофакодонез, застойная инъекция глазного яблока; г) светобоязнь, слезотечение, роговица тусклая, преципитаты, зрачок узкий; д) светобоязнь, боль в глазу, снижение зрения, субэпителиальные помутнения роговицы,

- перикорнеальная инъекция роговицы.
485. *Наиболее часто встречаемая форма первичной закрытоугольной глаукомы:*
- глаукома с относительным зрачковым блоком;
 - глаукома с хрусталиковым блоком;
 - глаукома с плоской радужкой;
 - ползучая глаукома.
 - синдром пигментной дисперсии.
486. *На основании каких методов исследования можно отличить органическую блокаду угла корнем радужной оболочки от функциональной:*
- гониоскопия с роговичной компрессией;
 - гониоскопия с трансиллюминацией;
 - тонография;
 - суточная тонометрия.
 - эластонометрия
487. *Изменения поля зрения, характерные для ранней стадии глаукомы:*
- дугобразные скотомы в области Бьеррума;
 - концентрическое сужение поля зрения на 15°;
 - секторальная гемианопсия;
 - трубчатое поле зрения;
 - секторальная темпоральная гемианопсия.
488. *Стадия глаукомы оценивается по показателю:*
- остроты зрения;
 - состоянию поля зрения;
 - отношению Э/Д;
 - по величине легкости оттока.
 - коэффициенту Беккера.
489. *На основании каких признаков проводится дифференциальная диагностика глаукоматозной и физиологической экскавации:*
- величины экскавации;
 - цвета экскавации;
 - глубины экскавации;
 - краевого характера экскавации;
 - величины в-зоны.
490. *Экскавация диска зрительного нерва при развитой стадии первичной глаукомы составляет:*
- Э/Д 0,3;
 - Э/Д 0,5;
 - Э/Д 0,8
 - Э/Д 0,4
 - Э/Д 0,1.
491. *На основании каких признаков проводится дифференциальная диагностика первичной открытоугольной и закрытоугольной глаукомы:*
- глубина передней камеры;
 - открытие угла передней камеры;
 - состояние радужки;
 - наличие псевдоэксфолиаций;
 - состояние диска зрительного нерва.
492. *Наиболее значимым для диагностики первичной глаукомы является:*
- суточная тонометрия;
 - топография;
 - гониоскопия;
 - исследование периферического поля зрения;
 - исследования** центрального поля зрения;
493. *Атрофия зрительного нерва при глаукоме зависит от:*
- степени повышения внутриглазного давления;
 - соотношения внутриглазного давления и давления в сосудах, питающих диск зрительного нерва;
 - уменьшения продукции внутриглазной жидкости;
 - потери астроглиального слоя зрительного нерва
 - выраженности атрофии переднего отдела сосудистого тракта.
494. *О стабилизации глаукоматозного процесса свидетельствует:*
- нормальные цифры внутриглазного давления;
 - сужение границ поля зрения по назальным меридианам;
 - увеличение глаукоматозной экскавации диска зрительного нерва;
 - увеличение дефектов в слое нервных волокон сетчатки.
 - усиление пигментации структур УПК.
495. *Тактика врача при факоморфической глаукоме:*
- применение общей и местной гипотензивной терапии;
 - экстракция катаракты;
 - базальная иридэктомия;
 - синусотрабекулэктомия
 - лазерная трабекулопластика.
496. *В дифференциальной диагностике острого приступа глаукомы и острого иридоциклита с гипертензией важны:*
- жалобы;
 - характер передней камеры;
 - величина зрачка;
 - состояние радужки;
 - преципитаты.
497. *Первичная открытоугольная глаукома наиболее опасна в силу:*
- ее частоты;

- б) внезапного начала;
в) бессимптомного течения;
г) потери остроты зрения
д) снижения темновой адаптации.
498. *Причины развития сегментарной атрофии радужки после острого приступа глаукомы:*
а) коллапс склерального синуса;
б) странгуляция сосудов радужки;
в) паралич аккомодации;
г) развитие синдрома сухого глаза;
д) тромбоз вортикозных вен.
499. *Общее в течении первичной открытоугольной и закрытоугольной глауком:*
а) миопизация рефракции;
б) сужение зрачка;
в) развитие глаукоматозной атрофии зрительного нерва;
г) увеличение пигментации угла передней камеры;
д) выбухания прикорневой части радужки.
500. *«Симптом кобры» указывает на:*
а) повышение внутриглазного давления;
б) нарушение кровообращения в сосудистой аркаде ЦАС;
в) тромбоз ЦВС;
г) гипертоническую ангиопатию;
д) нарушении кровообращения в сосудах цилиарного тела.
501. *Дифференциальная диагностика функциональной и органической блокады угла передней камеры основана на:*
а) томографии; б) гониоскопии;
в) ретроградном заполнении шлеммова канала кровью;
г) гониоскопии с компрессией роговицы;
д) гониоскопии с трансиллюминацией.
502. *Для фактоморфической глаукомы характерна:*
а) корковая катаракта;
б) перезревающая катаракта;
в) набухающая катаракта;
г) ядерная катаракта
д) сублюксация хрусталика.
503. *Чем объясняется наиболее раннее появление скотом парацент-ральной области Бьерума при глаукоме:*
а) особенностями кровообращения сетчатки;
б) особенностями хода аксонов ганглиозных клеток;
в) особенностями расположения нервных волокон на диске зрительного нерва;
г) индивидуальными размерами диска зрительного нерва
д) особенностями биомеханики решетчатой пластинки.
504. *Стадия первичной глаукомы оценивается по показателям:*
а) остроты зрения;
б) уровня внутриглазного давления;
в) площади глаукоматозной экскавации диска зрительного нерва;
г) состояния поля зрения;
д) размаха суточных колебаний ВГД.
505. *Верхняя граница нормы внутриглазного давления при измерении тонометром Маклакова:*
а) 20 мм рт. ст.;
б) 24 мм рт. ст.;
в) 26 мм рт. ст.;
г) 27 мм рт. ст.;
д) 32 мм рт. Ст.;
506. *Верхняя граница истинного внутриглазного давления: а) 19 мм рт. ст.;*
б) 21 мм рт. ст.;
в) 25 мм рт. ст.;
г) 17 мм рт. ст.;
д) 15 мм рт. Ст.;
507. *Нижние границы показателя коэффициента легкости оттока (C) составляют:*
а) 0,17 мм³ / (мм рт. ст.) мин;
б) 0,20 мм³ / (мм рт. ст.) мин;
в) 0,13 мм³ / (мм рт. ст.) мин.
г) 0,25 мм³ / (мм рт. ст.) мин
д) 0,31 мм³ / (мм рт. ст.) мин
508. *Поле зрения в начальной стадии первичной глаукомы сужено до:*
а) до 45°;
б) до 20°;
в) до 10°;
г) до 5°;
д) не сужено.
509. *Типы суточных колебаний внутриглазного давления:*
а) утренний тип;
б) вечерний тип;
в) дневной тип;
г) все выше указанные типы.
д) возможны комбинации
510. *Продукция водянистой влаги осуществляется:*
а) в плоской части цилиарного тела;
б) в отростках цилиарного тела;
в) эпителием радужной оболочки;

	<p>г) всеми выше перечисленными структурами д) пигментным листком радужки.</p> <p>511. В основе патогенеза врожденной глаукомы лежит:</p> <p>а) неправильное положение структур угла передней камеры; б) недостаточная дифференциация корнео-склеральныхтрабекул; в) наличие мезодермальной ткани в углу передней камеры; г) гиперпродукция водянистой влаги цилиарным телом; д) изменение в дренажной системе на уровне интрасклеральной зоны.</p> <p>512. Толерантность зрительного нерва к повышенному ВГД определяется:</p> <p>а) степенью развития опорной ткани в диске зрительного нерва; б) интенсивностью кровоснабжения тканей диска и ретроламинарной области; в) размерами диска зрительного нерва; г) уровнем перфузионного давления Д) уровнем ликворного давления.</p> <p>513. В ранней диагностике глаукомы наименее информативны:</p> <p>а) суточная тонометрия; б) топография; в) исследование поля зрения; г) биомикроскопия переднего отрезка глаза; д) экзофтальмометрия.</p> <p>514. О нестабилизации глаукоматозного процесса свидетельствует:</p> <p>а) снижение остроты зрения; б) появление болей в глазу; в) сужение поля зрения г) покраснение глаза; д) отек роговицы.</p> <p>515. Динамику глаукоматозного процесса характеризуют:</p> <p>а) величина внутриглазного давления; б) величина коэффициента легкости оттока; в) состояние поля зрения; г) состояние гемодинамики; д) уровень метаболизма зрительного нерва.</p> <p>516. Злокачественная форма первичной закрытоугольной глаукомы может возникать:</p> <p>а) при витреальном блоке; б) при хрусталиковом блоке; в) при блоке шлеммова канала; г) не связана с развитием блоков; д) при артификации.</p> <p>517. Различают следующие клинические формы первичной глаукомы:</p> <p>а) закрытоугольная, открытоугольная; б) открытоугольная, псевдоэксфолиативная; в) неоваскулярная, травматическая; г) смешанная, факогенная; д) афакическая, пигментная.</p> <p>518. Ко вторичной сосудистой глаукоме относят:</p> <p>а) неоваскулярную; б) псевдогипертензию; в) глаукомоциклитический криз; г) гетерохромную увеопатию (Фукса); д) эксфрлиативную глаукому.</p> <p>519. Неоваскулярная глаукома возникает при следующих заболеваниях:</p> <p>а) тромбоз центральной вены сетчатки; б) нейроретинит; в) артификация; г) сенильной макулопатии; д) радиационного поражения глаз.</p> <p>520. Одна из форм офтальмогипертензии:</p> <p>а) эссенциальная; б) открытоугольная; в) закрытоугольную; г) ювенильная; д) инфантильная.</p> <p>521. Тактика врача после постановки диагноза «офтальмогипертензия с факторами риска»:</p> <p>а) никаких лечебных назначений, периодический осмотр; б) назначение гипотензивных капель; в) лазерная операция; г) хирургическое вмешательство д) физиотерапевтическое лечение.</p> <p>522. Назначение тимолола больным глаукомой противопоказано при:</p> <p>а) гепатите; б) цистите; в) мочекаменной болезни; г) аденоме простаты; д) бронхиальной астме.</p> <p>523. Побочное действие глазных капель с клофелином включает:</p> <p>а) понижение артериального давления; б) брадикардия; в) бронхиальный спазм; г) возбуждение; д) развитие катаракты.</p>
--	--

ВЫБЕРИТЕ правильный ответ ПО СХЕМЕ.

А) если правильно 1,2,3

Б) если правильно 1 и 3

В) если правильно 2 и 4

Г) если правильно 5

Д) если правильно 1,2,3,4, и 5

524.а *Формы первичной открытоугольной глаукомы включают:*

- 1) псевдоэкссфолиативная глаукома;
- 2) пигментная глаукома;
- 3) глаукома с низким внутриглазным давлением;
- 4) глаукома с повышенным эписклеральным давлением.
- 5) афакическая глаукома.

525.а *Для первичной открытоугольной глаукомы характерны следующие изменения в радужке:*

- 1) диффузная атрофия зрачкового пояса радужки;
- 2) выщелачивание пигмента зрачковой каймы;
- 3) пигментная дисперсия на поверхности.
- 4) секторальная атрофия стромы радужки;
- 5) новообразованные сосуды радужки

526.а *Для первичной закрытоугольной глаукомы характерно:*

- 1) мелкая передняя камера;
- 2) уменьшение передне-заднего размера глазного яблока;
- 3) гиперметропическая или эметропическая рефракция;
- 4) открытый угол передней камеры; 5).

527.а *Гониоскопические исследования при первичной открытоугольной глаукоме показывают:*

- 1) понижение прозрачности корнео-склеральных трабекул;
- 2) наличие экзогенной пигментации в углу передней камеры;
- 3) сужение угла передней камеры
- 4) новообразованные сосуды;
- 5) закрытие угла передней камеры корнем радужной оболочки.

528.а *Для первичной открытоугольной глаукомы характерны:*

- 1) туман перед глазом;
- 2) отсутствие жалоб;
- 3) радужные круги при взгляде на источник света
- 4) секторальное выпадение поля зрения.
- 5) боль в глазу;

529.а *Профиль угла определяется:*

- 1) расположением цилиарного тела;
- 2) соотношением корня радужной оболочки к корнеосклеральным трабекулам;
- 3) расположением шлеммова канала;
- 4) наличием псевдоэкссфолиаций;
- 5) количеством пигмента в радужке.

530.а *Клинические проявления первичной закрытоугольной глаукомы со зрачковым блоком включают:*

- 1) острое начало;
- 2) мелкая передняя камера;
- 3) закрытый угол передней камеры;
- 4) выраженная дистрофия радужки;
- 5) частичный гемофтальм.

531.а *Нагрузочные тесты, используемые для ранней диагностики закрытоугольной глаукомы:*

- 1) позиционная проба Хаймса;
- 2) задняя кольцевая компрессионная проба;
- 3) водная проба
- 4) пилокарпиновый.
- 5) мидриатический;

532.а *Блок угла передней камеры может быть вызван:*

- а) нерассосавшейся мезодермальной тканью;
- б) конем радужной оболочки;
- в) новообразованными сосудами;
- г) инородным телом;
- д) отслоенной десцеметовой мембраной.

533.а *Ведущими признаками гидрофтальма являются:*

- 1) увеличение размеров роговицы;
- 2) увеличение размеров глазного яблока;
- 3) повышение ВГД;
- 4) полимегетиз эндотелия роговицы;
- 5) кератоглобус.

534.а *При каких синдромах развивается юношеская форма глаукомы?*

- 1) синдром Франк-Каменицкого;
- 2) синдром Ригера;
- 3) синдром Стюдж-Вебера;
- 4) синдром Горнера;
- 5) синдром Иценко-Кушинга.

535.а *При «зрачковом блоке» имеют место все перечисленные клинические симптомы:*

- а) повышение внутриглазного давления;
- б) нарушение сообщения между передней и задней камерой;
- в) передняя камера мелкая;
- г) передняя камера глубокая;
- д) угол передней камеры открыт.

536.а *Ко вторичной глаукоме относят:*

	<p>а) послевоспалительную;</p> <p>б) факогенную;</p> <p>в) сосудистую;</p> <p>г) псевдоэкссфолиативную;</p> <p>д) ползучую.</p> <p>557.а <i>Причинами послевоспалительной вторичной глаукомы являются:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) передние увеиты; 2) хориоидиты; 3) склериты; 4) Тромбоз ЦВС; 5) нейроретиниты. <p>538.а <i>Причинами вторичной травматической глаукомы может быть:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) внутриглазные кровоизлияния; 2) дислокация и повреждение хрусталика; 3) рецессия угла передней камеры; 4) периферические витеохориоретинальные дистрофии; 5) разрывы хориоидеи. <p>539.а <i>Признаками эссенциальной офтальмогипертензии являются:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) повышенное внутриглазное давление; 2) нормальное поле зрения; 3) отсутствие глаукоматозной экскавации ДЗН; 4) псевдоэкссфолиации в переднем сегменте глаза. 5) краевая экскавация ДЗН <p>540.а <i>Факторами риска при офтальмогипертензии являются:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) больные глаукомой среди ближайших родственников; 2) офтальмотонус превышает 30 мм рт. ст.; 3) асимметрия в величине офтальмотонуса на двух глазах; 4) катарактальные изменения в хрусталике; 5) «золотой дождь». <p>541.а <i>Глазные гипотензивные лекарственные группы включают:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) холиномиметики; 2) антихолинэстеразные препараты; 3) бета-адреноблокаторы; 4) сердечные гликозиды; 5) антагонисты кальция. <p>542.а <i>Кхолиномиметикам относятся:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пилокарпин; 2) ацеклидин; 3) эзерин; 4) госмилен; 5) фосфакол. <p>543.а <i>Кантихолинэстеразным средствам относятся:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) армии; 2) фосфакол; 3) демекариум бромид (госмилен). 4) эзерин; 5) клофелин; <p>544.а <i>Средства, снижающие продукцию водянистой влаги:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) тимолол; 2) ацетазоламид (диакарб); 3) бетаксалол (бетоптик). 4) эмоксипин; 5) ксалатан; <p>545.а <i>Гипотензивные операции на глазу включают:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) фистулизирующие вмешательства; 2) циклокриодеструкцию; 3) циклодиализ; 4) витреоектомию; 5) кератотомию. <p>546.а <i>Лазерные гипотензивные вмешательства включают:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) лазерную трабекулопластику; 2) лазерную иридэктомию; 3) гониопластику; 4) лазерную кератокоагуляцию; 5) лазерную панкоагуляцию сетчатки. <p>547.а <i>Для общего лечения глаукомы назначают:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) сосудорасширяющие препараты; 2) ангиопротекторы; 3) кортикостероиды; 4) антиоксиданты; 5) цитостатики. <p>548.а <i>К побочным эффектам холиномиметиков относятся:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ухудшение зрения при низкой освещенности; 2) появление рефракционной близорукости; 4) боли в глазу; 3) углубление передней камеры глаза; 5) деструкция стекловидного тела. <p>549.а <i>К побочным эффектам антихолинэстеразных миотиков относятся:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) усиление рефракции глаза;
--	--

	<p>2) развитие катаракты; 3) возникновение сенильной макулопатии; 4) помутнение стекловидного тела; 5) стенокардия.</p> <p>550.а Побочное действие глазных капель с адреналином включает:</p> <p>1) тахикардия; 2) реактивная гиперемия конъюнктивы; 3) аденохромная пигментация конъюнктивы; 4) асцит; 5) понижение артериального давления.</p> <p>551.а При выполнении фистулизирующих операций возможны осложнения:</p> <p>1) фенестрация конъюнктивального лоскута; 2) кровоизлияние в переднюю камеру глаза; 3) свободная тенотомия; 4) выпадение стекловидного тела; 5) повреждение зрительного нерва.</p> <p>552.а После фистулизирующих операций возможны следующие осложнения:</p> <p>1) цилиохориоидальная отслойка; 2) гифема; 3) хориоретинит; 4) иридоциклит; 5) пансинусит.</p> <p>553.а После циклодеструктивных операций возможны следующие осложнения:</p> <p>1) гипотония глаза; 2) субатрофия глазного яблока; 3) неврит зрительного нерва; 4) иридоциклит; 5) развитие альтернирующего косоглазия.</p> <p>554.д Лечение злокачественной глаукомы включает:</p> <p>1) назначение лазикса; 2) удаление хрусталика; 3) назначение адреналина; 4) назначение атропина; 5) назначение осмотических препаратов.</p> <p>555. а Лечение острого приступа глаукомы включает:</p> <p>1) инстилляцию миотиков; 2) назначение бета-адреноблокаторов; 3) инстилляцию симпатомиметиков; 4) назначение кортикостероидов; 5) парацентез.</p> <p>556.а К циклодеструктивным операциям относятся:</p> <p>1) циклокриодеструкция; 2) циклодиатермия; 3) циклодиализ; 4) лазерная циклодеструкция; 5) витреоаспирация.</p>
<p>Б 1.Б.6.9 Раздел 9. Повреждени я органа зрения у лиц различного возраста</p>	<p>Выберите один правильный ответ:</p> <p>557. Сочетанное повреждение глаза характеризуется:</p> <p>а) проникающим ранением глазного яблока с внутриглазным инородным телом; б) повреждением органа зрения и травмой других органов; в) контузией глазного яблока, осложненной гемофтальмом и суб-люксацией хрусталика; г) контузией глазного яблока в сочетании с проникающим ранением; д) всем перечисленным.</p> <p>558. Комбинированное повреждение глаза характеризуется:</p> <p>а) контузией глаза в сочетании с сублюксацией хрусталика; б) проникающим ранением глазного яблока и век; в) одновременным воздействием на глаз нескольких повреждающих факторов; г) повреждением глазного яблока и других органов; д) ожогом конъюнктивы и роговицы.</p> <p>559. Хирургическая обработка раны называется первичной, если проводится:</p> <p>а) в первые 24 часа после травмы; б) через 24-48 часов после травмы; в) через 5 суток после травмы; г) после стихания острых воспалительных явлений; д) в начале активного рубцевания.</p> <p>560. Хирургическая обработка раны называется первичной отсроченной, если проводится:</p> <p>а) в первые 24 часа после травмы; б) через 24 часа после травмы; в) через 3 суток после травмы; г) после стихания острых воспалительных явлений; д) в начале активного рубцевания.</p> <p>561. При первичной хирургической обработке раны края века в первую очередь должно быть соблюдено:</p> <p>а) достижение полной герметизации раны; б) восстановление маргинального края века; в) восстановление иннервации и кровоснабжения травмированного участка века; г) установление дренажа; д) восстановление слезного канала.</p>

562. *Факоденез определяется при:*
- а) дистрофических изменениях в радужной оболочке;
 - б) глаукоме;
 - в) сублюксации хрусталика;**
 - г) отслойке цилиарного тела;
 - д) нарушении циркуляции водянистой влаги.
563. *Берлиновское помутнение характеризуется:*
- а) эпителиально-эндотелиальной дистрофией;
 - б) локальным помутнением хрусталика;
 - в) развитием плавающих и фиксированных помутнений в стекловидном теле;
 - г) ограниченным помутнением сетчатки;
 - д) всем перечисленным.
564. *При корнеосклеральном ранении с выпадением радужки необходимыми условиями операции являются:*
- а) экстракция катаракты
 - б) введение антибиотиков в стекловидное тело;
 - в) иридотомия перед вправлением радужки;**
 - г) криокоагуляция в зоне травмы;
 - д) все перечисленное.
565. *Перелом медиальной стенки глазницы обычно характеризуется:*
- а) экзофтальмом;
 - б) отсутствием кожной чувствительности в надбровной зоне;
 - в) смещением слезного мешка;**
 - г) смещением слезной железы;
 - д) всем перечисленным.
566. *Диагноз сквозного ранения глазного яблока бесспорно устанавливается при:*
- а) наличии внутриорбитального инородного тела;
 - б) гемофтальме;
 - в) наличии входного и выходного отверстия;**
 - г) наличии двух отверстий в глазном яблоке;
 - д) травматической катаракте.
567. *Профилактикой выпадения стекловидного тела входе экстракции катаракты является:*
- а) наложение кольца Флиринга;
 - б) наложение предварительных швов на рану;
 - в) создание медикаментозной гипотонии;
 - г) анестезия и акинезия;
 - д) верно все перечисленное.**
568. *С помощью А-метода ультразвуковой диагностики невозможно определить:*
- а) внутриорбитальное инородное тело;
 - б) толщину хрусталика;
 - в) внутриглазное инородное тело;
 - г) внутриглазное новообразование;
 - д) пузырек воздуха в стекловидном теле.**
569. *Протез Комберга-Болтина служит для:*
- а) исключения внутриглазных инородных тел на рентгеновских снимках;
 - б) рентгенлокализации инородного тела;**
 - в) подшивания к конъюнктиве с целью профилактики выпадения стекловидного тела в ходе операции;
 - г) проведения магнитных проб;
 - д) все перечисленное верно.
570. *Клиническая картина металлоза глаза может быть вызвана:*
- а) внедрившимся в глазное яблоко инородным телом;**
 - б) пищевым отравлением солями тяжелых металлов;
 - в) особенностями работы на вредном производстве;
 - г) последствиями гемолиза при гемофтальме;
 - д) все перечисленное верно.
571. *Фигура «подсолнечника» в хрусталике характерна для:*
- а) хориоретинита;
 - б) сидероза глазного яблока;
 - в) халькоза;**
 - г) длительных дистрофических заболеваний роговицы;
 - д) диабетической катаракты.
572. *Обзорные снимки глазницы при проникающем ранении глазного яблока проводятся:*
- а) во всех случаях;**
 - б) только при наличии в анамнезе данных о внедрении инородного тела;
 - в) только в случаях, где имеются симптомы перелома стенок орбиты;
 - г) при локализации осколка за глазом;
 - д) только в случаях, когда невозможно использовать протез Комберга-Балтина.
573. *Абсолютно достоверным методом определения металлоза на ранних стадиях является:*
- а) гониоскопия;
 - б) эндотелиальная микроскопия;
 - в) ультразвуковая эхоофтальмография;
 - г) электрофизиологическое исследование;
 - д) офтальмоскопия.
574. *Кардинальным клиническим признаком эндофтальмита, отличающим его от травматического иридоциклита, является:*
- а) полная потеря зрения раненого глаза;
 - б) сильные боли в глазу и в половине головы на стороне ранения;**
 - в) умеренный отек век и хемоз конъюнктивы;
 - г) отсутствие рефлекса с глазного дна либо желтоватый рефлекс в области зрачка;
 - д) все перечисленное.

575. СВЧ-поле может приводить к:
- а) хемозу конъюнктивы;
 - б) асептическому увеиту;
 - в) образованию хориоретинальных очагов;
 - г) сморщиванию стекловидного тела;
 - д) развитию катаракты.
576. При правильном подшивании имплантата после энуклеации:
- а) культя неподвижна;
 - б) движение культи ограничено;
 - в) движение культи в полном объеме;
 - г) в каждом случае отмечаются индивидуальные особенности ее движения;
 - д) культя не выражена.
577. Первая помощь в поликлинике при проникающем ранении глазного яблока с выпадением оболочек заключается в:
- а) вправлении выпавших оболочек;
 - б) в обильном промывании раны и инъекции антибиотиков;
 - в) иссечении выпавших оболочек и герметизации раны;
 - г) наложении асептической повязки и срочной транспортировке в офтальмологическое отделение;
 - д) необходимы все перечисленные мероприятия.
578. При энуклеации подшивание имплантата проводится к:
- а) верхней и нижней косой мышцам;
 - б) верхней и нижней прямым мышцам;
 - в) к четырем прямым мышцам;
 - г) внутренней и наружной прямым мышцам;
 - д) ко всем шести глазодвигательным мышцам.
579. Рана роговицы подлежит ушиванию:
- а) атравматической нитью 6.00;
 - б) атравматической нитью 10.00;
 - в) шелковой нитью 8.00;
 - г) кетгутовой нитью 8.00;
 - д) можно использовать весь перечисленный шовный материал.
580. Рана склеры может быть ушита:
- а) шелковой нитью 8.00;
 - б) супраимидной нитью 10.00;
 - в) супраимидной нитью 8.00;
 - г) супраимидной нитью 6.00;
 - д) любой из перечисленных нитей.
581. При проникающих ранениях роговицы с разрушением хрусталика необходимо:
- а) провести миоз, антибактериальную терапию и не удалять хрусталик;
 - б) при хирургической обработке удалить хрусталик;
 - в) можно ограничиться только вымыванием хрусталиковых масс из передней камеры;
 - г) хрусталик удалить после стихания воспалительных процессов;
 - д) проводить рассасывание хрусталика ферментами.
582. Подшивание имплантата в ходе энуклеации противопоказано:
- а) детям;
 - б) больным после проникающего ранения глаза;
 - в) больным с абсолютной болящей глаукомой;
 - г) больным с опухолью глаза;
 - д) больным с тяжелыми соматическими заболеваниями.
583. Иридопластическая операция проводится с целью восстановления:
- а) трофики поврежденного участка радужки;
 - б) иннервации в зоне повреждения;
 - в) зрительных функций и косметики;
 - г) функций стекловидного тела;
 - д) всего перечисленного.
584. Тактика офтальмохирурга при локализации инородного тела в передней камере:
- а) наблюдение с использованием антибактериальной терапии;
 - б) удалению, если это ферромагнитный осколок;
 - в) удалению, если это металлическое инородное тело;
 - г) стеклянный осколок не требует срочного удаления;
 - д) инородное тело подлежит удалению.
585. Окалину, окружающую инородное тело роговицы, лучше всего:
- а) удалить острым инструментом;
 - б) оставить на 2 суток и проводить наблюдение;
 - в) удалить лазерным методом;
 - г) лечить консервативно;
 - д) наложить мягкую контактную линзу.
586. Абсолютным показанием к энуклеации является:
- а) повторный острый приступ глаукомы;
 - б) рецидивирующий гемофтальм на глазу с диабетической ангио-ретинопатией;
 - в) риск развития симпатической офтальмии;
 - г) сквозное осколочное ранение глазного яблока;
 - д) все перечисленное.
587. При проникающем ранении глазного яблока антибиотики назначаются:
- а) в случаях клинически определяемого инфекционного поражения;
 - б) во всех случаях;
 - в) только при внедрении внутриглазных осколков;
 - г) при поражении хрусталика;
 - д) при признаках заднего увеита.

588. *Первичная энуклеация в ходе первичной хирургической обработки проводится:*
- а) для предупреждения симпатического воспаления;
 - б) при разрушении глазного яблока невозможности восстановления целостности поврежденного глаза;**
 - в) при сквозном ранении глазного яблока;
 - г) во всех перечисленных случаях;
 - д) первичная энуклеация проводится не должна.
589. *Смещение хрусталика в переднюю камеру требует:*
- а) гипотензивной терапии;
 - б) хирургического лечения;**
 - в) динамического наблюдения;
 - г) лазерной иридэктомии;
 - д) всего перечисленного.
590. *Отравление метиловым спиртом приводит к:*
- а) развитию дистрофии роговой оболочки;
 - б) развитию катаракты;
 - в) атрофии зрительного нерва;**
 - г) помутнению стекловидного тела;
 - д) рецидивирующему увеиту.
591. *При воздействии ультрафиолетового излучения страдает в первую очередь:*
- а) конъюнктива и роговица;**
 - б) радужка;
 - в) хрусталик;
 - г) стекловидное тело;
 - д) сетчатка.
592. *Первая помощь при химических ожогах глаз включает:*
- а) обильное промывание;**
 - б) применение местно антибиотиков;
 - в) поверхностную анестезию;
 - г) назначение местно стероидов;
 - д) физиотерапевтическое лечение.
593. *Витрэктомия называется задней закрытой, если:*
- а) иссечение выпавшего стекловидного тела производится после герметичного ушивания раны;
 - б) проводится сначала удаление стекловидного тела, а затем хрусталика;
 - в) проводится сначала удаление хрусталика, а затем стекловидного тела;
 - г) операция осуществляется через разрез в плоской части цилиарного тела;
 - д) во всех перечисленных случаях.
594. *При первичной хирургической обработке корнеосклеральногоранения первоначально швы накладывают на:*
- а) рану склеры;
 - б) область лимба;**
 - в) рану роговицы;
 - г) склеру и роговицу ушивают одновременно кيسетным швом;
 - д) все перечисленное верно.
- Выберете правильный ответ по схеме:**
- А) если правильны ответы 1,2 и 3;**
- Б) если правильны ответы 1 и 3;**
- В) если правильны ответы 2 и 4;**
- Г) если правильны ответы 4;**
- Д) если правильны ответы 1, 2,3,4 и 5.**
595. *а Механизм контузионной травмы глаза связан с:*
- 1) повреждением тканей на месте непосредственного воздействия тупого предмета;
 - 2) включением нервно-рефлекторных механизмов;
 - 3) опосредованной травмой глазных структур в зоне контрудара;
 - 4) повышением уровня креатинина в крови;
 - 5) увеличением С-реактивного белка в крови.
596. *д При контузии глазного яблока возможны:*
- 1) субконъюнктивальный разрыв склеры;
 - 2) внутриглазная гипотония;
 - 3) внутриглазная гипертензия;
 - 4) люксация хрусталика;
 - 5) берлиновское помутнение сетчатки.
597. *г Наибольшую вероятность развития воспалительных и гидродинамических осложнений представляет проникающее ранение:*
- 1) роговичной локализации;
 - 2) склеральной локализации;
 - 3) конъюнктивальной локализации;
 - 4) корнеосклеральной локализации;
 - 5) с ранением века.
598. *г При выпадении радужной оболочки в рану вследствие проникающего ранения глазного яблока следует:*
- 1) иссечь нежизнеспособные участки радужки;
 - 2) вправить радужку и провести реконструкцию;
 - 3) оросить раствором антибиотика, вправить радужку и провести реконструкцию;
 - 4) в каждом случае решать индивидуально;
 - 5) иссечь все выпавшие участки радужки.
599. *д При роговичном ранении в ходе первичной хирургической обработки для восстановления передней камеры используется:*
- 1) физиологический раствор;
 - 2) стерильный воздух;
 - 3) хеалон, или другой вискоэластик;

- 4) физиологический раствор с кортикостероидами;
5) сбалансированный солевой раствор.
600. б Энуклеация при первичной хирургической обработке может быть проведена при:
- 1) невозможности восстановления целостности глазного яблока;
 - 2) эндофтальмите;
 - 3) разрушении глазного яблока;
 - 4) сквозных ранениях глазного яблока;
 - 5) всех перечисленных случаях.
601. в Абсолютными признаками нахождения инородного тела в глазу являются:
- 1) травматический гемофтальм;
 - 2) клинически определяемые признаки металлоза;
 - 3) травматическая катаракта;
 - 4) голубовато-золотистые отложения в роговице;
 - 5) травматическая отслойка сетчатки.
602. д Инеродное тело, расположенное в слоях роговицы, подлежит удалению в следующих случаях:
- 1) при расположении в средних слоях;
 - 2) при расположении в поверхностных слоях;
 - 3) если это стеклянный осколок;
 - 4) если это деревянный осколок;
 - 5) если это металлический осколок.
603. б Методика рентгенографии по Фогту проводится:
- 1) для обнаружения неметаллических инородных тел;
 - 2) для определения локализации осколков в заднем полюсе глаза;
 - 3) для локализации слабоконтрастных инородных тел;
 - 4) для определения подвижности осколка;
 - 5) для определения длительности нахождения в глазу инородного тела.
604. д Сидероз глазного яблока характеризуется:
- 1) коричневой пигментацией вокруг осколка;
 - 2) опалесценцией влаги передней камеры;
 - 3) изменением цвета радужки;
 - 4) отложением пигмента в области Шлеммова канала;
 - 5) коричневыми отложениями в хрусталике.
605. а Симптомами травматического иридоциклита являются:
- 1) светобоязнь и слезотечение;
 - 2) перикорнеальная инъекция;
 - 3) болезненность при пальпации и движениях глаза;
 - 4) отек макулярной зоны сетчатки;
 - 5) помутнение стекловидного тела.
606. г В дифференциальной диагностике наофтальмита и эндофтальмита отмечается:
- 1) обильное отделяемое из глаза;
 - 2) умеренный экзофтальм;
 - 3) воспалительный отек век, хемоз;
 - 4) общая интоксикация организма;
 - 5) отсутствие предметного зрения.
607. д При ранении конъюнктивы глазного яблока хирургу следует:
- 1) наложить швы на рану конъюнктивы более 5 мм;
 - 2) произвести ревизию склеры в зоне ранения конъюнктивы;
 - 3) сделать инъекцию антибиотика под конъюнктиву;
 - 4) закапать дезинфицирующие средства;
 - 5) провести профилактику от столбняка.
608. в Лечение прободных ранений глазного яблока должно проводиться:
- 1) в амбулаторных условиях;
 - 2) в условиях специализированного стационара;
 - 3) в стационаре общего профиля;
 - 4) в глазном отделении стационара;
 - 5) все перечисленное верно.
609. г Внутриглазное инородное тело следует удалить:
- 1) диасклерально;
 - 2) через плоскую часть цилиарного тела;
 - 3) через корнеосклеральный разрез;
 - 4) выбор доступа индивидуален;
 - 5) через раневой канал.
610. д Тактика врача при инородном теле, вколоченном в оболочки заднего полюса глаза:
- 1) необходимо немедленное удаление;
 - 2) требует выжидательной тактики на фоне противовоспалительной терапии;
 - 3) подлежит барражированию лазером для создания капсулы;
 - 4) может быть удалено трансквитреально;
 - 5) может быть удалено через передний отрезок.
611. д Субатрофия глазного яблока после травмы может быть обусловлена:
- 1) отслойкой сетчатки или цилиарного тела;
 - 2) результатом воспалительной пролиферации в стекловидном теле;
 - 3) фильтрацией в области раны;
 - 4) рубцовой деформацией глазного яблока;
 - 5) длительной гипотонией.
612. а При лечении ожогов век используются:
- 1) антигистаминные препараты;
 - 2) антибиотики;
 - 3) кортикостероиды;
 - 4) диуретики;

	<p>5) гипотензивные препараты.</p> <p>613.а В диагностике внутриглазных инородных тел используется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) рентгенография; 2) биомикроскопия; 3) гониоскопия; 4) термография; 5) магнитнорезонансная томография. <p>614.а Абсолютным признаком проникающего ранения является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) пузырек воздуха в стекловидном теле; 2) ущемление в ране внутренних оболочек глаза; 3) травматическая колобома радужки; 4) тотальный гемофтальм; 5) пониженное внутриглазное давление. <p>615.а Для повреждения глаз ультрафиолетовым облучением характерно:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) слезотечение; 2) фотофобия; 3) инъекция глазного яблока; 4) помутнение стекловидного тела; 5) воспаление глазодвигательных мышц. <p>616. д Компьютерная томография позволяет:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) определить перелом канала зрительного нерва 2) охарактеризовать объем излившейся крови в стекловидное тело; 3) определить плотность инородного тела и расположение осколка по отношению к оболочкам глаза; 4) охарактеризовать состояние ретробульбарного пространства 5) определить объем внутриглазного новообразования.
<p>Б 1.Б.6.10 Раздел 10. Офтальмологические симптомы при общих заболеваниях организма, синдромах у детей и взрослых</p>	<p>Выберите правильный ответ по схеме:</p> <p>А) если правильны ответы 1,2,3.</p> <p>Б) если правильны ответы 1,3.</p> <p>В) если правильны ответы 2,4.</p> <p>Г) если правильный ответ 4.</p> <p>Д) если правильны ответы 1,2,3,4,5.</p> <p>617.а Врожденный омавроз Лебера характеризуется следующими симптомами:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) кератоконус; 2) слепота; 3) значительное снижение ЭРГ; 4) атрофия зрительного нерва; 5) гипоплазия зрительного нерва. <p>618. а Для синдрома Штурге-Вебера характерны следующие изменения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) капиллярная гемангиома лица; 2) диффузная ангиома хориоидеи; 3) экссудативная отслойка сетчатки; 4) меланоцитарные гамартомы радужки; 5) фиброзные бляшки на лбу. <p>619.а При синдроме Чедиака-Хигаши (Чедиака-Хигаши) имеют место следующие глазные проявления:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) альбинизм сетчатки; 2) светобоязнь; 3) горизонтальный нистагм; 4) птоз верхнего века; 5) помутнение роговицы. <p>620.б Признаками синдрома Уиера 1 и 2 типа являются следующие симптомы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) врожденный пигментный ретинит; 2) глиома зрительного нерва; 3) врожденная глухота; 4) помутнение роговицы; 5) отек диска зрительного нерва. <p>621.г Отсутствие диска зрительного нерва и сосудов на глазном дне встречается при:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гипоплазии диска зрительного нерва; 2) колобоме диска зрительного нерва; 3) ямке диска зрительного нерва; 4) аплазии диска зрительного нерва; 5) синдроме вьюнка. <p>622.в Увеличенные врожденные диски зрительных нервов (мегалопапилла) сопровождаются следующими изменениями:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) значительным снижением зрения; 2) увеличением размеров слепого пятна при периметрии; 3) сужением полей зрения; 4) полной сохранностью зрительных функций; 5) снижением ЭРГ. <p>623.д Врожденные аномалии зрительного нерва включают следующие состояния:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) синдром «вьюнка»; 2) колобома зрительного нерва; 3) ямка диска зрительного нерва; 4) мегалопапилла; 5) аплазия и гипоплазия зрительного нерва. <p>624.д Тактика лечения при врожденных аномалиях зрительного нерва включает следующие методы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) витреоретинальная хирургия; 2) консервативная терапия; 3) коррекция сопутствующих аметропии; 4) лазерное лечение;

- 5) хирургическая коррекция вторичного косоглазия.
- 625.а Для синдрома Ригера характерны:
- 1) переднее расположение линии Швальбе ;
 - 2) аномалии зубов;
 - 3) дефекты радужки;
 - 4) увеличение диска зрительного нерва;
 - 5) отек роговицы.
- 626.б Патогномоничными признаками нейрофиброматоза-2 являются следующие изменения:
- 1) двусторонняя невринома слухового нерва;
 - 2) узлы Лиша;
 - 3) ретинальные гамартомы;
 - 4) дисплазия клиновидной кости;
 - 5) ангиобластома мозжечка.
- 627.д К факоматозам относятся следующие нозологические формы:
- 1) нейрофиброматоз 1 типа (болезнь Реклингхаузена);
 - 2) болезнь Гиппеля - Линдау;
 - 3) болезнь Штурге - Вебера;
 - 4) нейрофиброматоз 2 типа;
 - 5) туберозный склероз (болезнь Бурневилля).
- 628.д Диагностические критерии поражений постгенукулярных зрительных путей включают:
- 1) нормальная ЭРГ;
 - 2) гомонимные дефекты в поле зрения;
 - 3) изменения ЗВП;
 - 4) отсутствие изменений на глазном дне;
 - 5) изменения головного мозга при радиологических исследованиях.
- 629.а Изменения глаз при X-сцепленном врожденном ретиношизисе включают следующие признаки:
- 1) пигментные демаркационные линии;
 - 2) вуали в стекловидном теле;
 - 3) гигантские кисты сетчатки макулярные микрокистозные изменения;
 - 4) ангиомы сетчатки;
 - 5) вителлиформные изменения в макуле.
- 630.а Диагноз болезни Веста правомерен при наличии следующих изменений:
- 1) вителлиформные изменения в макуле;
 - 2) субретинальная неоваскулярная мембрана;
 - 3) снижение ЭОГ;
 - 4) дисплазия диска зрительного нерва;
 - 5) отсутствие ЭРГ.
- 631.а «Плюс-болезнь» у новорожденных с ретинопатией недоношенных характеризуется следующими симптомами:
- 1) извитость сосудов сетчатки в заднем полюсе;
 - 2) экстраретинальная фиброваскулярная ткань в области гребня;
 - 3) наличие гребня над поверхностью сетчатки;
 - 4) помутнение роговицы;
 - 5) помутнение хрусталика.
- 632.в Электрофизиологические исследования в офтальмологии включают следующие методы:
- 1) компьютерная периметрия;
 - 2) регистрация общей электроретинограммы;
 - 3) нейросонография;
 - 4) регистрация зрительных вызванных потенциалов;
 - 5) реоэнцефалография.
633. д Объективными методами исследования зрительных функций у детей в раннем возрасте являются:
- 1) электроретинография;
 - 2) паттерн - ЭРГ;
 - 3) регистрация зрительных вызванных потенциалов;
 - 4) исследование оптокинетического нистагма;
 - 5) метод предпочтительной фиксации взора.
- 634.д Причиной развития церебральных зрительных поражений у детей раннего возраста могут быть:
- 1) черепно - мозговая травма;
 - 2) внутриутробные инфекции ЦНС;
 - 3) хромосомные aberrации;
 - 4) интракраниальные новообразования;
 - 5) перинатальная гипоксически - ишемическая энцефалопатия.
- 635.а Офтальмоскопическими симптомами гипоплазии зрительного нерва являются:
- 1) отсутствие фовеолярного рефлекса;
 - 2) уменьшенный в размерах ДЗН;
 - 3) симптом «двойного кольца»;
 - 4) отсутствие ДЗН;
 - 5) отсутствие сосудов ДЗН.
- 636.а Методы лучевой диагностики, применяемые в неонатальной нейроофтальмологии:
- 1) нейросонография;
 - 2) магнитно — резонансная томография;
 - 3) компьютерная томография;
 - 4) электроэнцефалография;
 - 5) реоэнцефалография.
- 2. Выберите один правильный ответ.**
637. «Сенситивным периодом» развития зрительной системы называется временной интервал:
- а) от рождения до 4 - 5-го мес. жизни;
 - б) со 2-го по 4-й годы жизни;

- в) с рождения по 9-й год жизни;
 г) с 8-го по 14-й годы жизни;
 д) в течение всей жизни.
638. Частичный перекрест аксонов зрительных нервов происходит:
 а) в склерохориоидальном канале;
 б) в хиазме;
 в) в подушках зрительных бугров;
 г) в медиальных колленчатых телах;
 д) в латеральных колленчатых телах.
639. При алазии зрительного нерва отсутствует:
 а) первый нейрон сетчатки;
 б) второй нейрон сетчатки;
 в) третий -»;
 г) четвертый -»;
 д) первые два нейрона сетчатки.
640. Зрительные функции при алазии зрительного нерва:
 а) высокие;
 б) резко снижены;
 в) незначительно снижены;
 г) полностью отсутствуют.
 д) сохраняется центральное зрение при концентрическом сужении полей зрения
641. Увеличенные врожденные диски зрительных нервов < ются:
 а) резким снижением зрения;
 б) отсутствием зрения;
 в) незначительным снижением зрения;
 г) полной сохранностью зрительных функций, д) изменениями полей зрения
642. Псевдоневрит зрительного нерва - это:
 а) воспаление зрительного нерва;
 б) следствие интоксикации; в) врожденная аномалия;
 г) токсико-аллергическое состояние зрительного нерва д)застойные проявления зрительного нерва
643. Псевдозастой зрительного нерва - это:
 а)вариант воспаления зрительного нерва;
 б) следствие повышенного внутричерепного давления;
 в) врожденная аномалия.
 г)токсико-аллергическое состояние зрительного нерва
 д) вариант застойного диска
644. Друзы диска зрительного нерва - это:
 а) нарушение кровоснабжения зрительного нерва;
 б) следствие дистрофических изменений;
 в) последствия травмы
 г) врожденная аномалия. д)последствия воспалительных процессов
645. Задержка зрительного созревания - это:
 а) отсутствие зрительных функций;
 б) органические изменения постгенукулярных зрительных путей;
 в) отставание в развитии зрительных функций;
 г) генетически детерминированное состояние;
 д) вариант развития дистрофии сетчатки.
646. Укажите аномалию зрительного нерва, наиболее часто сочетающуюся с задержкой роста:
 а) удвоение ДЗН;
 б) миелиновые волокна;
 в) гипоплазия зрительного нерва;
 г) друзы ДЗН;
 д) псевдоневрит.
647. Для синдрома «вьюнка» характерны изменения в заднем полюсе:
 а) увеличение ДЗН, нормальные центральные сосуды;
 б) уменьшение ДЗН и симптом «двойного кольца»;
 в) чашеобразное углубление с неизменным ДЗН в глубине;
 г) удвоение ДЗН, центральной артерии и вены;
 д) деформация ДЗН, воронкообразное углубление с проминирующим глиальным пучком.
648. Клиническим критерием, отличающим алазию ЗН от гипоплазии является:
 а) отсутствие центральных сосудов сетчатки;
 б) гиперплазия пигментного эпителия сетчатки;
 в) ступенчатость контуров ДЗН;
 г) глубокая экскавация;
 д) расширение, аномальное ветвление центральных сосудов.
649. Отложение твердого экссудата желтого цвета в макуле характерно для:
 а) диабета;
 б) ретинопатии недоношенных;
 в) первичного персистирующего гиперпластического стекловидного тела;
 г) болезни Коатса;
 д) болезни Ушера.
650. Наличие фиброваскулярного тяжа, отходящего от ДЗН и прикрепляющегося к задней капсуле хрусталика, характерно для:
 а) болезни Коатса;
 б) болезни Гиппеля;
 в) первичного персистирующего гиперпластического стекловидного тела;
 г) ретинобластомы;
 д) ретинопатии недоношенных.
651. Меланоцитаные гамартомы радужки (узлы Лиша) являются специфическим признаком:

	<p>а) нейрофиброматоза 1 типа; б) болезни Гиппель - Линдау; в) нейрофиброматоза 2 типа; г) болезни Бурневилля; д) синдрома Штурге - Вебера.</p> <p>652. Двусторонняя невринома слухового нерва выявляется при: а) болезни Гиппеля; б) болезни Бурневилля; в) нейрофиброматозе 1 типа; г) нейрофиброматозе 2 типа; д) болезни Гиппеля — Линдау.</p> <p>653. Гемангиобластомы ЦНС, кистоз почек и поджелудочной железы выявляются при: а) болезни Гиппеля - Линдау; б) миелиновых волокнах ДЗН; в) мегалопапилле; г) болезни Гиппеля; д) нейрофиброматозе 2 типа.</p> <p>654. Множественные ангиофибромы лица - патогномичный при знак: а) энцефалотригеминального ангиоматоза (синдрома Штурге Вебера); б) туберозного склероза (болезни Бурневилля); в) болезни Ушера 1 типа; г) болезни Коатса; д) семейной экссудативной витреоретинопатии.</p> <p>655. Врожденная ангиома кожи лица («пламевидный невус») является признаком: а) болезни Ушера 2 типа; б) семейной экссудативной витреоретинопатии; в) болезни Норри; г) синдрома Штурге - Вебера; д) болезни Бурневилля.</p> <p>656. Для 1 стадии ретинопатии недоношенных характерно: а) экстраретинальная фиброваскулярная пролиферация; б) частичная отслойка сетчатки; в) демаркационная линия; г) воронкообразная отслойка сетчатки; д) демаркационный вал (гребень).</p> <p>657. Первый осмотр окулистом недоношенного ребенка из группы риска по ретинопатии недоношенных рекомендуется в возрасте: а) 6 мес.; б) на 34 - 37 нед. гестации; в) на 43 - 45 нед. гестации; г) 1 года; д) 3 лет.</p> <p>658. Продолжать осмотры недоношенного ребенка из группы риска по ретинопатии недоношенных рекомендуется до возраста: а) 35 недель гестации; б) 42 — 43 недель гестации; в) 6 мес. жизни; г) 9 мес. жизни; д) 1 года.</p> <p>659. Частота последующих осмотров при выявлении активной ретинопатии недоношенных в 1 стадии составляет: а) ежедневно; б) 1 раз в неделю; в) 1 раз в 3 недели; г) 1 раз в квартал; д) 1 раз в месяц.</p> <p>660. Назовите форму витреоретинальной дистрофии, при которой не встречается отслойки сетчатки: а) болезнь Стиклера; б) болезнь Вагнера; в) синдром Книста; г) семейная экссудативная витреоретинопатия; д) болезнь Йенсена.</p> <p>661. Уменьшение пигментации радужки характерно для: а) болезни Реклинхаузена; б) синдрома Штурге - Вебера; в) болезни Бурневилля; г) альбинизма; д) нейрофиброматоза 2 типа.</p> <p>662. Хориоретинальные строфические изменения венечной конфигурации на глазном дне характерны для: а) атрофии гирате; б) болезни Коатса; в) болезни Штаргардта; г) семейной экссудативной витреоретинопатии; д) болезни Гиппель.</p> <p>663. Симптом «вишневого пятна», окруженного желтовато-серым ободком, в макуле характерен для: а) болезни Штаргардта; б) болезни Тея - Сакса; в) атрофии гирате; г) амавроза Лебера;</p>
--	--

	<p>д) болезни Беста.</p> <p>664. <i>Неправильное пересечение аксонов ганглиозных клеток в хиазме отмечается при:</i></p> <p>а) синдроме Штурге — Вебера; б) гипоплазии зрительного нерва; в) нейрофиброматозе 1 типа; г) амаврозе Лебера; д) альбинизме.</p> <p>665. <i>Двусторонние симметричные субрегиональные скопления липофусцина в макуле характерны для:</i></p> <p>а) альбинизма; б) дистрофии Беста; в) атрофии гирате; г) болезни Тея - Сакса; д) дистрофии Штаргардта.</p> <p>666. <i>Ангиома сетчатки с расширенными приводящими и отводящими сосудами выявляется при:</i></p> <p>а) семейной экссудативной витреоретинопатии; б) болезни Гиппеля; в) туберозном склерозе; г) нейрофиброматозе 1 типа; д) нейрофиброматозе 2 типа.</p> <p>667. <i>Истончение зрительного нерва в его орбитальной части при компьютерной томографии может определяться при:</i></p> <p>а) мегалопапилла; б) синдроме косого вхождения ДЗН; в) гипоплазии ДЗН; г) псевдоневрите; д) миелиновых волоконх ДЗН.</p> <p>668. <i>Ультразвуковое исследование органов брюшной полости рекомендуется назначать при подозрении на:</i></p> <p>а) болезнь Гиппеля — Линдау; б) болезнь Реклинхаузена; в) нейрофиброматоз 2 типа; г) болезнь Коатса; д) синдром Штурге - Вебера.</p> <p>669. <i>Детям с астигматизмом, превышающем 1,0 дптр, необходимо назначать очковую коррекцию в следующей ситуации?</i></p> <p>а) в возрасте 7 лет; б) в возрасте 3 лет; в) в возрасте 6 мес.; г) только в случае развития амблиопии; д) при возникновении косоглазия.</p>
--	--

7.4. Банк ситуационных клинических задач (с ответами)

<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2. Клиническая рефракция, аккомодация, оптическая коррекция зрения, патология глазодвигательного аппарата</p>	<p style="text-align: center;">Задача 1</p> <p>На прием к педиатру мать привела сына 12 лет с жалобами на значительный рост за короткий период в течение 2-летних месяцев: с июля по конец августа мальчик вытянулся на 15 сантиметров, стопа выросла на 2 размера. Летом мальчик читал мало, но много времени уделял электронным гаджетам: компьютеру, планшету, телефону. В течение этого же времени значительно ухудшилось зрение вдаль. Придя на занятия в школу в сентябре, был вынужден пересест с четвертой парты на первую, но затруднения при чтении с доски все же сохраняются. При зрении вдаль мальчик сильно прищуривается. В настоящее время ребенок жалуется на быструю утомляемость, сердцебиение, одышку при физической нагрузке, кроме того, на низкое зрение вдаль, быструю утомляемость при выполнении заданий на близком расстоянии. Из семейного анамнеза: у отца и матери мальчика близорукость слабой степени.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его. 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план обследования. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Назовите основные факторы этиопатогенеза заболевания. <p style="text-align: center;">Ответ</p> <p>Вопрос 1. У пациента имеется миопия обоих глаз, вероятнее всего в сочетании с привычно-избыточным напряжением аккомодации (спазмом аккомодации). Диагноз может быть поставлен на основании жалоб на низкое зрение вдаль, быструю утомляемость при выполнении заданий на близком расстоянии, данных анамнеза (неумеренная зрительная электронно-дисплейная нагрузка на близком расстоянии в течение двух месяцев), семейного анамнеза (у отца и матери ребенка имеется близорукость слабой степени).</p> <p>Вопрос 2. Дифференциальный диагноз должен быть проведен с прогрессирующей миопией. Для его проведения показано наблюдение в динамике через 3 и 6 месяцев с повторным выполнением следующих обследований: визометрия с коррекцией, рефрактометрия в состоянии циклоплегии, ультразвуковая биометрия с измерением переднезаднего размера глазных яблок. Для стационарной миопии типично отсутствие изменения рефракции или ее ослабление на высоте циклоплегии при наличии спазма аккомодации, отсутствие роста глазных яблок по данным УЗИ. Для прогрессирующей миопии характерен прирост рефракции на фоне циклоплегии и увеличение осевого (переднезаднего) размера глазного яблока.</p> <p>Вопрос 3. 1) Офтальмологическое обследование должно включать визометрию с коррекцией, скиаскопию и рефрактометрию в состоянии медикаментозной циклоплегии, определение запаса относительной аккомодации, ультразвуковую биометрию. 2) Данный пациент должен быть обследован невропатологом, эндокринологом,</p>
--	--

	<p>хирургом-ортопедом, офтальмологом, андрологом, психиатром, стоматологом</p> <p>Вопрос 4. Наблюдение и лечение у офтальмолога, соблюдение рационального режима зрительной нагрузки в течение учебного дня и дома, ограничение работы с дисплеями (особенно малого размера) в общей сложности до 2 часов в день, выполнение упражнений для аккомодации в домашних условиях, прием нутриентов, содержащих антоцианоиды (черника) и витамины. При отсутствии противопоказаний ребенку желательно заниматься спортом (плавание, легкая атлетика, теннис и др.), завести привычку делать утреннюю гимнастику и выполнять физические упражнения после длительной зрительной нагрузки.</p> <p>Вопрос 5. Мальчик перешел в период старшего школьного возраста (12-16 лет), который характеризуется усиленным ростом организма, перестройкой эндокринной системы, в части случаев - быстрым половым созреванием. В этом периоде часто отмечаются функциональные расстройства, обусловленные быстрым ростом всего тела, отдельных органов (в том числе - органа зрения), а также неустойчивостью вегетативной, нервной и эндокринной системы. Кроме того, в течение лета ребенок постоянно был занят работой на близком расстоянии (компьютер, планшет и др.), что являлось несоблюдением санитарно-гигиенических нормативов и рекомендаций по рациональной зрительной нагрузке и неминуемо должно было привести к развитию спазма аккомодации, а далее к миопии. Из других факторов риска развития школьной миопии следует отметить наследственный: отец ребенка имеет миопию. Достаточно часто данные процессы начинают бурно проявляться именно летом, так как гелиогенный фактор (избыточная инсоляция) также способствует процессам акселерации и скачкам в росте отдельных органов.</p> <p style="text-align: center;">Задача 2</p> <p>Мальчик К., 8 лет, в школе на перемене подрался с одноклассником, в результате ударился об угол парты. Удар пришелся на область левого глаза и виска. В медпункте произвели обработку ссадины на коже и отправили мальчика домой. Через несколько дней он стал жаловаться на двоение предметов, родители заметили, что он натывается на окружающие предметы, плохо ориентируется в пространстве. Объективно: Vis OD = 1,0; Vis OS = 1,0.</p> <p>Кожа век левого глаза слегка отечна, на коже виска и надбровной области ссадины. Отклонение левого глаза к носу до 10 градусов по Гиршбергу. Подвижность глазного яблока ограничена к виску и несколько кверху. Роговица, среды прозрачны, глазное дно без патологии.</p> <p>Правый глаз – здоров.</p> <p>Со стороны других органов и систем патологии не выявлено. Из детских инфекций мальчик перенес ветряную оспу в возрасте 4 лет. Имеет лекарственную непереносимость антибиотиков пенициллинового ряда.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз. 2. Дифференциальная диагностика данного состояния. 3. Лечение. 4. Прогноз. <p style="text-align: center;">Ответ</p> <p>Вопрос 1. У мальчика имеется посттравматическое паралитическое сходящееся косоглазие левого глаза.</p> <p>Вопрос 2. Это состояние может быть обусловлено как травматическим поражением наружной прямой мышцы, так и ушибом головного мозга (косоглазие центрального генеза). Для дифференциальной диагностики необходима консультация невролога.</p> <p>Вопрос 3. Консервативная терапия заключается в применении ангиопротекторов, противовоспалительных препаратов, прозерина, витаминов группы «В». Электрофорез с ферментными препаратами.</p> <p>Вопрос 4. Прогноз, как правило, благоприятный.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3. Заболевания защитного аппарата глаза (век, конъюнктивы, слезных органов, склеры, орбиты) у лиц различного возраста</p>	<p style="text-align: center;">Задача 3</p> <p>На плановом приеме у педиатра - мать с ребенком (девочка) 2-х недель. Несколько дней назад мать заметила, что веки правого глаза отечны (больше - нижнее), есть явная припухлость близко к переносице справа, у внутреннего угла правого глаза имеется краснота, по краям век имеются гнойные корочки, в конъюнктивальной полости также имеется умеренное количество гнойного отделяемого. Левый глаз ребенка абсолютно спокоен, гнойного отделяемого из конъюнктивальной полости нет.</p> <p>Общее состояние ребенка удовлетворительное. Признаков ОРВИ нет. Мать ребенка до родов наблюдалась в женской консультации, инфекционных заболеваний половой системы не имела. Роды прошли без осложнений.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его. 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план обследования. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Назовите основные факторы этиопатогенеза заболевания. <p style="text-align: center;">Ответ</p> <p>Вопрос 1. Правосторонний дакриоцистит новорожденного. На данное заболевание указывает отечность век правого глаза, наличие гнойных корочек на их краях, а также умеренное количество гнойного отделяемого в конъюнктивальной полости. Симптоматика сходна с таковой при конъюнктивите, однако типичные для данного возраста с предполагаемой передачей возбудителя при прохождении родовых путей гонококковый конъюнктивит и хламидийная офтальмобленнорея с включениями исключаются, так как у матери гонококковой и хламидийной инфекции не было обнаружено до родов, отсутствуют билатеральность поражения и более выраженная клиническая картина, характерная для указанных конъюнктивитов.</p> <p>Вопрос 2. Для дифференциального диагноза следует привлечь следующие заболевания: атрезию слезных точек справа, гнойный бактериальный конъюнктивит, гнойный конъюнктивит гонококковой этиологии, конъюнктивит с включениями хламидийной этиологии правого глаза.</p> <p>Вопрос 3. Простой клинический тест, который необходим для дифференциального диагноза с различными формами конъюнктивитов, и может быть проведен педиатром, - регургитационный тест: при давлении пальцем на область внутреннего угла глаза при дакриоцистите новорожденного в конъюнктивальном мешке увеличивается количество гнойного отделяемого, при конъюнктивитах и атрезии слезных точек такого не наблюдается.</p> <p>Вопрос 4. 1) Промывать конъюнктивальную полость правого глаза раствором фурацилина 1:5000, отваром ромашки. 2) Закапывать 20% раствор сульфацила натрия или витабакта (0,05% раствор пиклосидина).</p>

3) Каждый раз перед дневным кормлением выполнять нисходящий массаж слезного мешка в объеме 6-10 толчкообразных вертикально направленных движений от внутреннего угла глазной щели к крылу носа, прижимая мягкие ткани к кости. Руки перед массажем необходимо помыть с мылом, ногти должны быть коротко острижены.

4) При правильном выполнении массажа он может быть достаточной процедурой для разрешения дакриоцистита новорожденного. Однако если после 3-х месячного возраста симптомы заболевания сохраняются, необходимо будет выполнить зондирование слезных путей на стороне поражения с их промыванием под местной инстилляционной анестезией.

Вопрос 5. Дакриоцистит новорожденных развивается вследствие атрезии нижнего конца носослезного протока. Во внутриутробном периоде развития в этом месте имеется мембрана, которая редуцируется к моменту рождения ребенка или разрывается с его первым криком. При персистенции мембраны содержимое слезного мешка, не имея выхода в нижний носовой ход, застаивается и инфицируется, что приводит к воспалению слезного мешка.

Задача 4

Мать привела на прием к педиатру сына 8-ми лет после майского воскресного дня, проведенного на даче. День был солнечный, мальчик провел его на открытом воздухе, много загорал, помогал матери при посадке растений. Утром в понедельник пожаловался на слабость, усталость, затруднение при открытии глаз, слезотечение, светобоязнь, ощущение инородного тела за веками обоих глаз.

Из анамнеза выяснено, что эпизоды с покраснениями глаз, сопровождающиеся чувством дискомфорта, жжения беспокоят ребенка в весенне-летнее время уже 3 года.

При осмотре: Мальчик вялый, жалуется на утомление, слабость, головную боль и головокружение. Кожные покровы ребенка гиперемированы, температура их на ощупь повышена, потоотделение усилено. Носовое дыхание с обеих сторон слегка затруднено. Признаков гиперемии зева, глотки нет. Глотание не затруднено. АД=100/60 мм.рт.ст. Пульс 94 в мин. ЧДД=20 в мин. Температура тела 37,2°. По совокупности субъективных и объективных симптомов педиатр предположил у мальчика солнечный удар.

В отношении офтальмологического статуса ребенка установлено следующее:

Выраженные слезотечение и светобоязнь обоих глазных яблок. При открытии глазной щели определяется гиперемия конъюнктивы нижнего века и булбарной конъюнктивы. Верхнее веко выворачивается с трудом, на его хряще удаётся сосочковые разрастания, напоминающие по виду "бульжную мостовую". Наличия гнойного или слизистого отделяемого в конъюнктивальной полости не отмечено.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза заболевания.

Ответ

Вопрос 1. Весенний катар (конъюнктивит) обоих глаз. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза (эпизоды с покраснениями глаз, сопровождающиеся чувством дискомфорта, жжения беспокоят ребенка в весенне-летнее время уже 3 года; перед манифестацией заболевания находился без средств защиты на ярком весеннем солнце длительное время, что спровоцировало обострение весеннего катара), данных офтальмологического статуса (при вывороте верхних век видны бледная с молочным оттенком конъюнктивитива, крупные сосочковые разрастания, напоминающие бульжную мостовую; аналогичные разрастания присутствуют на верхнем лимбе).

Вопрос 2. Дифференциальный диагноз следует провести с другими конъюнктивитами: аллергической и хламидийной этиологии. Весенний катар является аллергическим конъюнктивитом, возникающим преимущественно у мальчиков и юношей чаще всего весной, реже летом, вследствие избыточной инсоляции. Данный пациент находился без средств защиты на ярком весеннем солнце длительное время, что спровоцировало развитие весеннего катара.

Вопрос 3. Офтальмологическое обследование: Биомикроскопия конъюнктивы обязательно с выворотом верхнего века и роговицы для выявления типичных для весеннего катара изменений.

Вопрос 4. Назначение общей и местной десенсибилизации. В инстилляциях вначале назначают глюкокортикоиды (дексаметазон, преднизалон), после снятия острых явлений назначают хромогликаты в каплях. Целесообразно ношение солнцезащитных очков с качественным Уф-фильтром. При тяжелом течении заболевания и неэффективности терапии возможна перемена места жительства из южных широт в более холодную климатическую зону. При наличии выраженных разрастаний и опасности травматизации эпителия роговицы выполняют криотерапию.

Вопрос 5. Весенний катар является аллергическим конъюнктивитом, возникающим преимущественно у мальчиков и юношей чаще всего весной, реже летом, вследствие избыточной инсоляции. Данный пациент находился без средств защиты на ярком весеннем солнце длительное время, что спровоцировало развитие весеннего катара.

Задача 5

У новорожденного мальчика в возрасте 10 дней установлено наличие острого гнойного конъюнктивита обоих глаз, первые признаки которого появились на 4-ый день после рождения. При выписке из роддома были рекомендованы инстиллязии 20% альбуцида, однако мать лечение не начинала.

Ребенок из неблагополучной семьи. Мать до родов женскую консультацию посещала нерегулярно.

Офтальмологический статус: Большое количество густого сливкообразного гноя по краям век обоих глаз и в конъюнктивальной полости. Веки плотные на ощупь, раскрыть их удаётся с трудом. Выраженный хемоз булбарной конъюнктивы, на дне которого утопают роговицы, детально их состояние оценить не удаётся из-за покрытия их гнойным секретом и отека конъюнктивы.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза заболевания.

Ответ

Вопрос 1. Диагноз: Гнобленнорея новорожденных обоих глаз

В пользу данного диагноза свидетельствуют следующие признаки: двусторонность поражения конъюнктивы, обильное гнойное отделяемое густой (сливкообразной) консистенции, выраженный хемоз, не позволяющий оценить состояние роговицы. Кроме того, из анамнеза известно, что данное заболевание появилось у ребенка в возрасте 4-х дней, что также типично для начала гонококкового конъюнктивита после контакта с источником заражения.

Вопрос 2. Дифференциальный диагноз, учитывая клинические признаки заболевания, возраст пациента, предполагаемые пути заражения конъюнктивитом, следует провести с офтальмобленнореей новорожденных (паратрахомой).

Можно выделить следующие клинические признаки для дифференциального диагноза:

- 1) Более раннее начало гнобленнореи в соответствии с инкубационным периодом (на 2-4-ий день, при паратрахомах 6-9-ый день).
- 2) Более выраженные признаки воспаления больше гиперемия и хемоз) при гнобленнорее.
- 3) Более обильное и более густое гнойное отделяемое из конъюнктивальной полости при гнобленнорее.
- 4) Гнобленнорея почти всегда имеет двусторонний характер, паратрахома - достаточно часто односторонний.

Вопрос 3. 1) Офтальмологическое обследование (осмотр с боковым освещением, биомикроскопия при помощи ручной щелевой лампы) 2) Посев секрета из конъюнктивальной полости на флору и чувствительность. 3) ИФА соскоба с конъюнктивы.

Вопрос 4. Промывание конъюнктивальной полости и обработка век пациента безопасными для глазной поверхности антисептиками: раствором фурациллина 1:5000 или 0,01% раствором мирамистина). Частые – в первые дни каждый час - инстилляцией разрешенных по возрасту антибиотиков широкого спектра действия: тобрамицина, в крайне тяжелых случаях как резервного антибиотика азитромицина 2 раза в день. Лечение гонорей у матери. Соблюдение в домашних условиях санитарно-гигиенических правил при уходе за ребенком (тщательное мытье и обработка рук, термическая обработка - кипячение при стирке и глажение - постельного белья, носовых платков и др.

Вопрос 5. Учитывая соответствие появления первых признаков заболевания (4-ый день после рождения) и инкубационного периода гонококковой инфекции предполагается гонококковый конъюнктивит. Заражение ребенка могло произойти при прохождении родовых путей при наличии гонококковой инфекции у матери, которая, как известно из анамнеза, нерегулярно посещала женскую консультацию до родов и могла иметь урогенитальную гонококковую инфекцию. Далее контаминация могла произойти при контакте плохо вымытых рук матери, больной гонореей, с веками ребенка или контакта с предметами обихода, белья, инфицированными гонококком.

Задача 6

У новорожденной двухнедельной девочки установлено наличие острого гнойного конъюнктивита левого глаза, который развился после выписки из роддома на 9 день после рождения.

В течение последней недели у родителей ребенка были признаки легкой ОРВИ.

Мать ребенка до родов лечилась у гинеколога по поводу вагинального хламидиоза.

Офтальмоистатус: Правый глаз спокоен, здоров.

Левый глаз: умеренный отек век, резкая гиперемия, отек и инфильтрация конъюнктивы, преимущественно нижнего века и нижней переходной складки, обильное гнойное отделяемое из конъюнктивальной полости. На конъюнктиве нижнего века нежные, легко снимаемые ватным тампоном пленочки.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза заболевания.

Ответ

Вопрос 1. Диагноз: Офтальмобленнорея новорожденных с включениями (паратрахома) левого глаза. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза (возникновение конъюнктивита левого глаза на 9 день рождения, наличие вагинального хламидиоза у матери до родов) и клинических признаков (инфильтрация конъюнктивы, преимущественно нижнего века и нижней переходной складки, обильное гнойное отделяемое, наличие на конъюнктиве нижнего века нежных, легко снимаемых ватным тампоном пленочек).

Вопрос 2. Дифференциальный диагноз следует провести между офтальмобленнореей новорожденных (паратрахомой) и гнобленнореей (гонококковым конъюнктивитом).

Можно выделить следующие клинические признаки для дифференциального диагноза:

- 1) Более позднее начало паратрахомы в соответствии с инкубационным периодом (6-9-ый день, при гнобленнорее - на 2-4-ий день).
- 2) Менее выраженные признаки воспаления (меньше гиперемия и хемоз) при паратрахомах.
- 3) Менее обильное и менее густое отделяемое из конъюнктивальной полости при паратрахомах.
- 4) Наличие при паратрахомах легко снимаемых пленок на конъюнктиве, не типичных для гнобленнореи.
- 5) Достаточно часто паратрахома имеет односторонний характер, гнобленнорея почти всегда - двусторонний.

Вопрос 3. 1) Офтальмологическое обследование (осмотр с боковым освещением, биомикроскопия при помощи ручной щелевой лампы)

2) Посев секрета из конъюнктивальной полости на флору и чувствительность.

3) ИФА соскоба с конъюнктивы.

Вопрос 4. Промывание конъюнктивальной полости и обработка век пациента безопасными для глазной поверхности антисептиками: раствором фурациллина 1:5000 или окомистином (0,01% раствором мирамистина). Инстилляцией до 6-8 раз в день разрешенных по возрасту антибиотиков широкого спектра действия: тобрамицина, в крайне тяжелых случаях как резервного антибиотика азитромицина, при непереносимости - 0,05% раствор пиклоксидина (витабакт) . Закладывание за веки 1% глазной тетрациклиновой мази.

Вопрос 5. Для офтальмобленнореи с включениями характерен контактный путь распространения инфекции, заражение ребенка могло произойти при прохождении родовых путей при наличии хламидийной инфекции у матери или нарушении правил гигиены при уходе за ребенком (плохо вымытые руки, инфицированные предметы ухода, белье).

Мальчик В., 4 дней, находился в родильном доме. Персонал детской комнаты отметил сливкообразное

отделяемое из глазных щелей цвета «мясных помоев», выраженный отек век, гиперемия кожи век, редкий блефароспазм.

Задача 7

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет, беременность первая, протекала с обострением цистита на 30 недели беременности. При обследовании во время беременности реакция Вассермана была отрицательной. Роды срочные, в головном предлежании. Околоплодные воды мутные, с неприятным запахом. Оценка по шкале Апгар 7-8 баллов, масса тела при рождении 2500 г., длина тела 45 см, окружность головы 33 см.

При раскрытии плотных век векоподъемником отмечена резкая гиперемия, обильное гнойное отделяемое «мясных помоев», отек конъюнктивы в виде хемоза.

В родильном блоке проводилась санация верхних дыхательных путей, ингаляция увлажненным кислородом через маску. В глаза закапывали раствор сульфацила натрия 20% 2 раза.

При осмотре на 4 день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, кожные покровы чистые, умеренно иктеричны, пупочная ранка чистая. В легких дыхание пузрыльное, сердечные тоны отчетливые, живот мягкий, безболезненный.

Физиологические рефлексы вызываются.

Общий анализ крови: гемоглобин 196 г/л, эр. $5,9 \times 10$, ретикулоциты 1,5%, цв. П.-0,94, лейкоциты $9,0 \times 10$, нейтрофилы п/я-5%, с-42%, э-1%, л-47%, м-5%, СОЭ-2 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, рещения – кислая, уд. Вес. 1004, белок отсутствует, эпителий плоский, небольшое количество, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроцитов и цилиндров – не обнаружено.

Вопросы:

1. Какое заболевание стоит предположить?
2. Какие дополнительные методы исследования следует предпринять для его уточнения?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Профилактика и лечебные мероприятия.
5. Прогноз.

Ответ

Вопрос 1. Следует предположить гонобленнорею новорожденных.

Вопрос 2. Бактериологическое исследование на флору и чувствительность к антибиотикам. Соскоб с конъюнктивы для исключения наличия внутриклеточных телец Провачека-Хальберштедтера при окрашивании по Романовскому-Гимзе, для исключения хламидиоза – методом флюорисцирующих антител.

Вопрос 3. Дифференциальный диагноз проводится с бленнореей новорожденных, вызываемой хламидиями, инкубационный период которых 10-12 дней.

Вопрос 4. Для профилактики гонобленнорей новорожденных сразу после рождения в конъюнктивальную полость следует закапать раствор азотно-кислого серебра 1% по методу Матвеева-Креде или свежеприготовленный раствор бензилпенициллина или раствор сульфацила натрия 20%. При установлении диагноза лечение проводится совместно с венерологом антибиотиками пенициллинового ряда, сульфаниламидами внутрь или в/м и частыми закапываниями в глаза, каждые 1-2 часа.

Вопрос 5. При своевременном установлении диагноза – прогноз благоприятный, иначе осложняется гнойной язвой роговицы с последующим образованием стойкого бельма (лейкомы).

Задача 8

К вам на прием обратился мальчик П., 10-ти лет, Жалуются на покраснение и утолщение края верхнего века правого глаза, зуд. Свое заболевание ни с чем не связывает.

Из анамнеза установлено, что 2 дня назад имело место значительное переохлаждение организма. После этого появился зуд верхнего века правого глаза. Через день появилась гнойная «головка». Месяц назад переболел ангиной. Страдает хроническим гастродуоденитом. Подобное состояние на нижнем веке левого глаза отмечал полгода назад.

Объективно: острота зрения обоих глаз = 1,0.

Правый глаз: Верхнее веко отечно, кожа гиперемирована, реберный край утолщен. При пальпации определяется болезненность. В области века его ресничного края отмечается гнойная пустула диаметром около 3 мм, окруженная зоной реактивной гиперемии. Глазная щель несколько сужена по сравнению с левым глазом.

Отделяемого из конъюнктивального мешка нет. Конъюнктивит век гиперемирована, отечна. Слезные органы не изменены. Роговица гладкая, прозрачная. Передняя камера средней глубины, влага ее прозрачная. Радужка спокойная, зрачок диаметром 3 мм, живо реагирует на свет. Область зрачка черного цвета.

При осмотре левого глаза – легкое утолщение краев век. Конъюнктивит, слезные органы не изменены. Роговица гладкая, прозрачная. Передняя камера средней глубины, влага ее прозрачная. Радужка спокойная, зрачок диаметром 3 мм, живо реагирует на свет. Область зрачка черного цвета.

Вопросы:

1. Какое заболевание следует предположить?
2. Какие лечебно-диагностические мероприятия должен осуществить врач-педиатр?
3. Возможные исходы.

Ответ

Вопрос 1. Имеется наружный ячмень верхнего века правого глаза.

Ячмень – острое гнойное воспаление сальной железы у корня ресницы или волосяного мешочка (наружный) или при остром воспалении мейбомиевой железы (внутренний). Возбудители – гноеродные микроорганизмы, чаще стафилококк. Ячмень часто возникает на фоне гельминтоза, хронических желудочно-кишечных заболеваний, сахарного диабета, гиповитаминоза, иммунодефицита, некорректируемой скрытой гиперметропии.

Вопрос 2. Педиатру следует назначить общий анализ крови с исследованием лейкоцитарной формулы, кровь на глюкозу, гельминты

Лечение:

- a) В начальной стадии (абортивное): туширование головки ячменя 70% спиртом или 1% спиртовым раствором бриллиантового зеленого.
- b) Капельно: антибиотики или сульфаниламиды (Sol. Sulfacyli-natrii 30%, Sol. Chloramphenicoli (левомецетин) 0,25%)
- c) За веки: 3 раза в день глазная мазь содержащая антибиотики (Ung. Erythromycyni 1%, Ung. Tetracyclini ophthalmia 1%, Колбиоцин, Флоксал (офлоксацин), Вигамокс (левофлоксацин)
- d) Физиотерапия- сухое тепло, УВЧ, тубусный кварц. В домашних условиях лучше всего использовать

	<p>соль, завернутая в носовой платок. При прикладывании пациент должен ощущать не жжение, а приятное тепло.</p> <p>e) При повышении температуры тела показано применение антибиотиков внутрь или внутримышечно.</p> <p>f) При появлении первых симптомов осложнения необходима срочная госпитализация.</p> <p>g) При рецидивирующих ячменях - аутогемотерапия, витаминотерапия (витамины С, группы В, рыбий жир), выявление общих предрасполагающих факторов и их лечение, исключить сахарный диабет, гельминтозы, направление на консультацию к офтальмологу.</p> <p>Вопрос 3. Благоприятный исход – прорыв и опорожнение пустулы. На месте воспалительного инфильтрата формируется нежный рубчик. Неблагоприятный исход – абсцедирование ячменя с формированием абсцесса века. Попытка выдавить ячмень может привести к развитию орбитального целлюлита, тромбоза вен орбиты, тромбоза кавернозного синуса, гнойного менингита.</p>
<p>Б 1.Б.6.4 Раздел 4. Заболевания оптического аппарата глаза (роговицы, хрусталика, стекловидног о тела) у лиц различного возраста</p>	<p style="text-align: center;">Задача 9</p> <p>На плановом приеме у педиатра девочка 13 лет по поводу дискинезии желчевыводящих путей. Проводя обследование ребенка, доктор отметил, что пациентка периодически прикрывает правый глаз и промокивает слезу платочком. На вопрос, что и когда случилось с правым глазом, сопровождающая ее мать ответила, что у дочери близорукость обоих глаз, она носит контактные линзы и вчера вечером долго сидела за компьютером, а затем уснула в линзах. После пробуждения утром и снятия контактных линз девочка стала жаловаться на появление чувства инородного тела за веками правого глаза, невозможность полностью открыть глазную щель, смотреть на источники света. Правым глазом видит только размытые силуэты. Зрение левого глаза не ухудшилось. Во время визита к педиатру к перечисленным жалобам добавилось слезотечение.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его. 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план обследования. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Назовите основные факторы этиопатогенеза заболевания. <p style="text-align: center;">Ответ</p> <p>Вопрос 1. Эрозия роговицы правого глаза. Предположительный диагноз может быть поставлен на основании анамнестических данных (сон в контактных линзах) и типичных жалоб, имеющихся у больной (блефароспазм, фотофобия, слезотечение, чувство инородного тела).</p> <p>Вопрос 2. Дифференциальный диагноз следует провести с инородным телом роговицы, острым конъюнктивитом и кератитом. Решающими в дифференциальном диагнозе являются признаки поражения роговицы в виде эрозии, выявляемые при биомикроскопии с флюоресцеиновой пробой и установкой синего фильтра. Отсутствие инородного тела роговицы и симптомов инфицирования конъюнктивы и роговицы (отсутствие отделяемого из конъюнктивальной полости, хемоза, инфильтрации роговицы) также можно определить биомикроскопически.</p> <p>Вопрос 3. Офтальмологическое обследование: визометрия с коррекцией, биомикроскопия роговицы с проведением флюоресцеиновой пробы для определения обширности и глубины поражения роговицы.</p> <p>Ответ верен.</p> <p>Ответ не точен, обследование следует дополнить исследованием глазного дна.</p> <p>Ответ не верен, больной следует провести помимо указанных методов обследования тонометрию, ультразвуковую биометрию, кератопахиметрию.</p> <p>Вопрос 4. 1) Местная антибактериальная терапия. 2) Нестероидные противовоспалительные средства для купирования роговичного синдрома. 3) Эпителизирующая терапия. 4) Монокулярная повязка для ускорения эпителизации роговицы. 5) Отказ от пользования контактными линзами до полной эпителизации роговицы, ношение очков для коррекции миопии.</p> <p>Вопрос 5. Данное заболевание достаточно часто встречается у носителей контактных линз, нарушающих правила их носки и злоупотребляющих сном в них. За время сна - 7-9 часов - даже так называемые "дышащие", или газопроницаемые, контактные линзы могут привести к расстройству трофики аваскулярной роговицы ввиду возможного несмачивания и механического повреждения эпителия, а также к контаминации роговицы в местах локальных дефектов эпителия бактериальной флорой. Десквамацию эпителия могли усугубить такие механические факторы как сдвигание его при типичном снятии линзы "щипком" и возможное касание роговицы ногтями или пальцами пациентки.</p> <p style="text-align: center;">Задача 10</p> <p>На плановый прием к педиатру явилась мать с пятимесячным сыном. В процессе обследования она пожаловалась доктору на то, что заметила изменение цвета правого зрачка у ребенка: за последний месяц он стал серовато-белым. Ребенок плохо фиксирует предметы правым глазом, который периодически откатывается в сторону от правильного положения к виску или к носу.</p> <p>На четвертой-пятой неделе беременности мать перенесла герпетическую ангину.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его. 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план обследования. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Назовите основные факторы этиопатогенеза заболевания. <p style="text-align: center;">Ответ</p> <p>Вопрос 1. Врожденная катаракта, вторичное косоглазие правого глаза.</p> <p>Диагноз врожденной катаракты левого поставлен на основании наличия лейкокории (белого зрачка), который чаще всего свидетельствует о помутнении хрусталика. О развитии вторичного косоглазия на фоне прогрессирующей катаракты свидетельствуют девиации глазного яблока.</p> <p>Вопрос 2. Дифференциальный диагноз следует провести с</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) фиброзом стекловидного тела - для данного заболевания характерно: <ol style="list-style-type: none"> a) наличие скопления шварт в стекловидном теле, устанавливаемых при осмотре в проходящем свете и подтверждаемых при помощи ультразвукового сканирования, b) отсутствие помутнения хрусталика, что можно установить при биомикроскопии с помощью ручной щелевой лампы. Учитывая возраст пациента, оба обследования следует провести под наркозом. 2) ретинобластомой правого глаза - для данного заболевания характерно:

- а) наличие новообразования сетчатки, определяемого при осмотре глазного дна (офтальмоскопически), и подтверждаемого при помощи ультразвукового сканирования. Появление лейкокории свидетельствует в данном случае о распространенном прорастании новообразования в стекловидное тело.
- б) отсутствие помутнения хрусталика, что можно установить при биомикроскопии с помощью ручной щелевой лампы.
- Учитывая возраст пациента, оба обследования следует провести под наркозом.

Вопрос 3. Офтальмологическое обследование пациента включает выполнение методов бокового освещения и осмотра в проходящем свете, биомикроскопии (при помощи ручной щелевой лампы), а также ультразвукового сканирования глазного яблока.

Вопрос 4. При подтверждении диагноза врожденной катаракты с клинически значимыми признаками (плотная, более 2 мм в диаметре, прогрессирующего характера), будет показано оперативное лечение на первом году жизни пациента для профилактики обскуриционной амблиопии и вторичного косоглазия. Для удаления врожденной катаракты у детей данного возраста используется хирургия малого разреза - факоаспирация мутного хрусталика с одномоментной имплантацией интраокулярной линзы.

При наличии врожденной катаракты неплотной, диаметром помутнения не более 1,5 мм, непрогрессирующего характера возможно наблюдение пациента.

Вопрос 5. Мать ребенка на четвертой-пятой неделе беременности перенесла герпетическую инфекцию. Эта инфекция, перенесенная на ранних сроках беременности (до 8-ой недели), является одним из типичных факторов риска развития врожденной катаракты.

Изменение цвета зрачка с нормально черного на серовато-белый (лейкокория) - это, как правило, следствие помутнения хрусталика. Периодически возникающие девиации глазного яблока возникают из-за низкого зрения правого глаза возникшие из-за низкой остроты зрения правого глаза и невозможности его участвовать в акте бинокулярного зрения и являются предвестниками вторичного косоглазия и обскуриционной амблиопии.

Задача 11

К Вам на прием привезли 4-х летнюю девочку по поводу светобоязни, слезотечения, покраснения левого глаза. Эти симптомы появились вскоре после перенесенного ОРЗ. 2 года назад у девочки было покраснение этого глаза. При осмотре имеются пузырьковые высыпания на крыльях носа.

Правый глаз спокоен, чувствительность роговой оболочки сохранена.

Левый глаз: блефароспазм, явная гипостезия роговой оболочки, умеренная смешанная инъеция с преобладанием перикорнеальной. На поверхности роговой оболочки, в оптической зоне, имеется группа сероватых пузырьковых инфильтратов, сливающихся в виде веточки дерева. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка в цвете и рисунке не изменена, зрачок 3 мм.

Вопросы:

1. Какое заболевание следует предположить? Назовите синдром, характерный для данной патологии.
2. Какую этиологию заболевания следует предположить?
3. Перечислите дополнительные лабораторные методы исследования для его подтверждения.
4. Принципы лечения.

Ответ

Вопрос 1. Имеются признаки острого поверхностного древовидного кератита левого глаза. Кератиты характеризуются признаками корнеального или роговичного синдрома (покраснение, слезотечение, светобоязнь, блефароспазм, перикорнеальная инъеция, чувство инородного тела).

Вопрос 2. Снижение чувствительности роговицы, наличие сероватых инфильтратов древовидной формы без вставания сосудов. Связь с перенесенным ОРЗ, наличие пузырьковых высыпаний на крыльях носа и воспаления данного глаза 2 года назад, свидетельствуют о постпервичном древовидном герпетическом кератите.

Вопрос 3. Для подтверждения этиологии следует сделать соскоб с конъюнктивы для определения антигенов к вирусу простого герпеса методом флюоресцирующих антител (МФА) или полимеразной цепной реакцией (ПЦР), дополнительно определить наличие антител в крови методом НИФА.

Вопрос 4. Лечение проводить в условиях глазного стационара. Внутрь ацикловир по 0,2 г. 5 раз в сутки. Местно капельно 0,1% р-р керцида (офтан иду) 4-5 раз в сутки, офтальмоферон в чередовании с р-р полудана 3 раза в сутки, р-р цитраля 0,1 % 3 раза в сутки и гель актовегин 20% х 3 раза в сутки.

Задача 12

У Вас на приеме девочка 7 лет в сопровождении матери. Девочка жалуется на боль, резь, чувство инородного тела, светобоязнь правого глаза. Со слов мамы 4 дня назад младший годовалый брат девочки случайно попал ей пальцем в левый глаз. Сразу к офтальмологу не обратились, лечения не проводили. Вчера острота зрения правого глаза снизилась, глаз начал сильно болеть.

При осмотре: **Правый глаз.** Vis OD = 0,01 не корригирует (счет пальцев на 50 см.). Веки отечны. Выраженный блефароспазм. Из глазной щели – гнойно-слизистое отделяемое. Выраженная смешанная инъеция глазного яблока с отеком конъюнктивы, вплоть до хемоза. Роговица отечная. В пареооптической зоне роговицы (от 2-х до 5 часов) – желтоватый инфильтрат неправильной формы, размером 3х4 мм, прокрашивается раствором флюоресцеина. Формирующаяся язва имеет два края: один - приподнят, подрыт, под него заходит раствор флюоресцеина; второй – пологий. Передняя камера средней глубины, влага мутная, гипопион высотой 3 мм. Зрачок узкий, на свет не реагирует, фибриновые пленки в просвете зрачка. Радужная оболочка изменена в цвета, отечная. С глазного дна – ослабленный розовый рефлекс. Детали сетчатки не просматриваются.

Левый глаз. Vis OS = 1,0. ВГД норма (пальпаторно) Глаз спокоен, среды прозрачны, с глазного дна – равномерный розовый рефлекс.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз ребенку. Назовите триаду симптомов характеризующих данный диагноз?
2. Какое исследование следует провести для верификации этиологии до начала лечения?
3. Принципы лечения и оказания неотложной помощи.

Ответ

Вопрос 1. У ребенка имеется бактериальный кератит - гнойная язва роговицы правого глаза.

Триада симптомов указывает на ползучую язву роговицы: а) специфический вид язвы и тип ее распространение с угрозой развития десцеметоцеле (грыжевидного выпячивания задней пограничной мембраны); б) гипопион – экссудат в передней камере; в) признаки иридоциклита.

Вопрос 2. Учитывая анамнез (предшествующая травма роговицы), клиническую картину (гнойный характер

	<p>язвы) следует предположить бактериальную инфекцию. Для верификации следует взять мазок из конъюнктивальной полости или соскоб с поверхности язвы и направить на бактериологическое исследование с определением флоры и чувствительности к антибиотикам.</p> <p>Вопрос 3. Принципы лечения: Лечение большинства кератитов проводят в стационаре; Проводят местную и системную этиологическую терапию (антибактериальные, противовирусные, противогрибковые и другие препараты); в тяжелых случаях хирургическое лечение: промывание передней камеры антибиотиками, лечебная кератопластика.</p> <p>- Местно: антибактериальное - частые инстилляции через 15 мин. по часу (р-р Ципрофлоксацина 0,3%, Тобрамицина, Левофлоксацина), и в инъекциях; -антисептическое (р-р Диоксилина, Мирамистина) -противовоспалительное (Глюкокортикоиды и НПВС); -мидриатики (р-р Атропина 1% или Тропикамида 1% с Фенилэфрином 2,5%); -после очищения язвы – эпителизирующее (Дексапантенол(корнерегель 5%, Солкосерил 20%). Электрофорез (лидаза, коллализин).</p> <p>Исходы. Благоприятный - формирование помутнения роговицы (облачко, пятно, бельмо). \ Неблагоприятный: перфорация роговицы с развитием эндофтальмита или панофтальмита ; Развитие вторичной глаукомы.</p>
<p>Б 1.Б.6.5 Раздел 5. Заболевания сетчатки, зрительного нерва, проводящих путей, корковых отделов зрительного анализатора у лиц различного возраста</p>	<p style="text-align: center;">Задача 13</p> <p>На приеме у детского офтальмолога мальчик 9 лет, у которого по словам матери, достаточно быстро в течение 2-х дней возникло выпирание правого глазного яблока из орбиты. При осмотре обнаружен следующий симптомокомплекс: правый глаз – экзофтальм, птоз верхнего века, полная офтальмоплегия, умеренная застойная инъекция глазного яблока, мидриаз. При проверке чувствительности роговицы и конъюнктивы выявлена анестезия. Левый глаз здоров, спокоен.</p> <p>Со слов матери и самого ребенка, травм и других заболеваний, предшествующих данному состоянию, не было.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его. 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план обследования. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Назовите основные факторы этиопатогенеза заболевания. <p style="text-align: center;">Ответ</p> <p>Вопрос 1. Синдром верхней глазничной щели. О наличии данного синдрома свидетельствует типичный симптомокомплекс: экзофтальм справа, птоз верхнего века, полная офтальмоплегия, умеренная застойная инъекция глазного яблока, мидриаз, анестезия роговицы и конъюнктивы.</p> <p>Вопрос 2. Дифференциальный диагноз следует провести с идиопатическим экзофтальмом, при котором будет сохранен подвижность глазного яблока, не будет наблюдаться птоза верхнего века и мидриаза, как правило, не типичны застойная инъекция и нарушения чувствительности роговицы и конъюнктивы.</p> <p>Вопрос 3. 1) Офтальмологическое обследование (визометрия с коррекцией, рефрактометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, тонометрия, периметрия) 2) Специальные методы обследования: УЗИ глазного яблока и УЗИ орбит, рентгенография орбит, МРТ и КТ орбит и черепа. 3) Консультации специалистов: невролог, оториноларинголог</p> <p>Вопрос 4. Лечебная тактика зависит от причины, вызвавшей синдром верхней глазничной щели. Чаще всего это хирургические вмешательства по удалению опухоли, дренированию абсцесса или гематомы орбиты.</p> <p>Вопрос 5. Развитие синдрома верхней глазничной щели обусловлено возникновением объемного процесса в области верхней глазничной щели, соединяющей глазницу со средней черепной ямкой. Основными причинами данного объемного процесса могут быть образование опухоли, исходящей из мозга или тканей глазницы, наличие инородного тела, абсцесса, гематомы, локализующихся в орбите за глазным яблоком. Характерный симптомокомплекс возникает при сдавлении указанными патологическими образованиями анатомических структур в проекции верхней глазничной щели: глазодвигательного, отводящего, блокового, тройничного нервов, верхней глазной вены.</p> <p>Полная офтальмоплегия у ребенка обусловлена сдавлением глазодвигательного, отводящего и блокового нервов, иннервирующих экстраокулярные мышцы. Птоз верхнего века и мидриаз также связаны с поражением глазодвигательного нерва. Снижение чувствительности роговицы и кожи век является следствием поражения тройничного нерва. Экзофтальм и застойная инъекция свидетельствуют о нарушении венозного оттока вследствие сдавления верхней глазной вены, а также может быть обусловлен механическим вытеснением глазного яблока из орбиты за счет появления дополнительного патологического объема за глазом.</p> <p style="text-align: center;">Задача 14</p> <p>К участковому педиатру детской поликлиники на прием отец привел сына 12 лет после полученной травмы на тренировке по восточным единоборствам: вчера мальчик получил удар ногой партнера по спаррингу по голове и правому глазу.</p> <p>После получения травмы пациента беспокоили тошнота, периодически возникала рвота, головокружение. В настоящее время чувствует себя удовлетворительно, однако сегодня утром он заметил, что перед правым глазом появилась темная занавеска, через которую он почти ничего не видит. Зрение левого глаза не изменилось.</p> <p>Педиатр направил ребенка на осмотр к офтальмологу поликлиники. После осмотра в медицинской карте пациента имеются следующие данные:</p> <p>"Правый глаз: VOD=0,01 не корректируется. Слабая конъюнктивальная инъекция глазного яблока. Роговица прозрачна. Передняя камера нормальной глубины, влага прозрачна. Радужка спокойна, зрачок черный, диаметр 3-4 мм, реакции на свет сохранены. Хрусталик прозрачен. Рефлекс с глазного дна отсутствует. Глазное дно: визуализируются пузыри ретиальной ткани.</p> <p>Левый глаз: VOS=1,0. Глаз спокоен, здоров".</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его. 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план обследования. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Назовите основные факторы этиопатогенеза заболевания. <p style="text-align: center;">Ответ</p> <p>Вопрос 1. Диагноз: Тяжелая контузия, травматическая отслойка сетчатки правого глаза. Диагноз поставлен на основании офтальмоскопических данных, свидетельствующих о наличии пузырей ретиальной ткани. Степень контузии как тяжелая оценена по наличию отслойки сетчатки как одного из наиболее тяжелых повреждений</p>

внутренней оболочки глаза и значительному снижению остроты зрения ($VOD=0,01$ не корректируется).

Вопрос 2. Дифференциальный диагноз должен быть проведен с травматической катарактой, для которой типично изменение цвета зрачка и наличие помутнения хрусталика (что отсутствует у пациента), травматическим гемофтальмом, для которого характерно наличие скопления крови в стекловидном теле, о чем нет данных в описании офтальмолога, с контузионным поражением центральной области сетчатки, признаков которого также не отмечено офтальмологом при описании глазного дна.

Вопрос 3. 1) Офтальмологическое обследование (визометрия с коррекцией, рефрактометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, тонометрия, периметрия) 2) Специальные методы обследования: ультразвуковое сканирование глазного яблока, обзорная рентгенография орбиты в двух проекциях на стороне поражения 3) Общесоматическое обследование для подготовки к оперативному вмешательству по наркозом

Вопрос 4. Пациент должен быть срочно направлен в специализированный офтальмологический стационар, так как при подтверждении диагноза травматической отслойки сетчатки правого глаза его необходимо госпитализировать в для выполнения оперативного лечения по поводу данного заболевания.

Вопрос 5. Отслойка сетчатки у пациента имеет травматический характер. Она возникла вследствие контузии глазного яблока при ударе по голове и правому глазу ногой партнера по спаррингу. Как правило, результатом таких мощных ударов является отслойка сетчатки с отрывом от зубчатой линии. Еще одним возможным предрасполагающим фактором для возникновения данного заболевания является предсуществование периферической витреохориоретинальной дистрофии (ПВХРД) с факторами риска развития отслойки сетчатки. Для выявления данного фактора необходимо тщательное обследование периферии глазного дна с линзой Гольдмана не только пораженного, но и парного глаза, так как наличие ПВХРД парного глаза является показанием к неотлагательной профилактической лазеркоагуляции сетчатки.

Задача 15

На прием к педиатру мать привела дочь 13 лет с последствиями перенесенного неделю назад гриппа: у девочки не проходит заложенность носа, имеется выделение гнойного секрета из носовых ходов, сохраняются головные боли, отдающие в орбиту и затылок, которые плохо поддаются воздействию анальгетиков. Два дня назад появились нарушения обоняния и значительно снизилось зрение левого глаза, девочка жалуется на наличие темного пятна перед ним.

При риноскопии доктор определил скопление гнойного отделяемого в обонятельной щели. При осмотре глотки отмечены тонкие полоски гноя, стекающего по ее задней стенке.

При попытке проверить остроту зрения на основе счета пальцев, врачом установлено, что девочка правильно считает пальцы доктора с расстояния 3 метра.

Педиатр направил ребенка на осмотр к офтальмологу поликлиники. После осмотра в медицинской карте пациента имеются следующие данные:

"Правый глаз: $VOS=1,0$. Глаз спокоен, здоров.

Левый глаз: $VOD=0,06$ не корректируется. Передний отрезок без патологии. Рефлекс с глазного дна розовый. Глубокие оптические среды прозрачны. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие. Ход и калибр ретинальных сосудов не изменен. Макулярная область без патологии."

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза заболевания.

Ответ

Вопрос 1. У пациентки имеется интраканаликулярный оптический неврит левого глаза на фоне сфеноидита. Диагноз оптического неврита поставлен на основании выраженных нарушений зрительных функций: снижения остроты зрения до $0,06$ и наличия скотомы в центральной части поля зрения. Отсутствие изменений в области ДЗН типично для начальной стадии оптических невритов ретробульбарной локализации.

Топическая диагностика с присвоением интраканаликулярной локализации проведена с учетом офтальмологического статуса, а также жалоб на заложенность носа, выделение гнойного секрета из носовых ходов, головные боли, отдающие в орбиту и затылок, данных риноскопии и фарингоскопии (скопление гнойного отделяемого в обонятельной щели, тонкие полоски гноя, стекающего по задней стенке глотки), позволяющих поставить диагноз сфеноидита.

Вопрос 2. Дифференциальный диагноз должен быть проведен:

- 1) с **застойным диском зрительного нерва** - в состоянии диска зрительного нерва имеются следующие изменения: выраженный грибовидный отек с проминированием ДЗН в стекловидное тело, серовато-розовый цвет диска и нечеткие границы. Кроме того, при застойном диске нет такого раннего выраженного снижения остроты зрения, не бывает положительной скотомы в центральной части поля зрения;
- 2) с **атрофией зрительного нерва** - нарушения зрительных функций (как остроты, так и поля зрения) при атрофии достаточно выраженные, однако имеется разница в офтальмоскопической картине: границы ДЗН, как правило, четкие, однако он деколорирован либо частично, либо тотально, т.е имеет цвет белый цвет.

Вопрос 3. План обследования пациентки:

- 1) Обследование оториноларинголога. 2) Рентгенография околоносовых пазух, в диагностически неясных случаях - магнитно-резонансная томография и компьютерная томография околоносовых пазух. 3) Обследование невролога.
- 4) Обследование офтальмолога для подтверждения диагноза оптического неврита: визометрия с коррекцией, периметрия, кампиметрия, исследование цветоощущения, офтальмоскопия, электрофизиологическое исследование, оптическая когерентная томография диска зрительного нерва.

Вопрос 4. - Лечение сфеноидита

- 1) Общая антибактериальная терапия.
- 2) Местное применение сосудосуживающих средств
- 3) Зондирование и промывание клиновидной пазухи при затянувшемся (более 2-х недель) процессе или при присоединении осложнений (септических, внутричерепных) .

- Лечение оптического неврита

Глюкокортикостероиды

Вопрос 5. Симптомы сфеноидита, а затем и оптического неврита развились у ребенка после перенесенной

вирусной инфекции. Интраканаликулярная часть зрительного нерва проходит в *canalis nervi optici* клиновидной кости, и при гнойных воспалительных заболеваниях в воздухоносной пазухе данной кости достаточно часто возникают невриты зрительного нерва.

Задача 16

У педиатра обследуется пациент, мальчик 11 лет. Со слов матери, ребенка в течение двух последних месяцев беспокоят головная боль, которая плохо поддается воздействию различных анальгетиков. Ребенок стал вял, апатичен, быстро утомляется на занятиях в школе, плохо восстанавливается после отдыха дома, у него ухудшился аппетит.

При осмотре: Состояние относительно удовлетворительное. В контакт с доктором вступает неохотно, реакции заторможены. Пониженного питания, при росте 154 см весит 40 кг. Кожные покровы обычной окраски, легкий гипергидроз. Температура тела 36,5⁰. Мышечный тонус нормальный, однако движения выполняет замедленно. Регионарные лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД=16 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС=90 в мин. АД=100/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах.

Педиатр назначил пациенту лабораторные тесты (общий анализ крови и мочи, ЭКГ), консультацию офтальмолога и невролога. После консультации офтальмолога педиатр получил следующую информацию, зафиксированную в медицинской карте пациента. «VOU=1,0. Положение глазных яблок в орбитах правильное, объем подвижности полный. Глаза спокойны. Передний отрезок, оптические среды без патологии. **Глазное дно:** *Правый глаз:* Диск зрительного нерва (ДЗН) умеренно гиперемирован, границы несколько ступеваны. Ход и калибр ретинальных артерий изменен, вены полнокровны. Макулярная область без патологии. *Левый глаз:* ДЗН увеличен в размерах, проминирует, серо-розового цвета, границы его нечеткие. Вены сетчатки значительно расширены и извиты. Отмечается перипапиллярный отёк сетчатки, в этой зоне имеются мелкие штрихообразные кровоизлияния Макулярная область без патологии.

Данные кампиметрии:

размеры слепых пятен: справа – 10 × 14 см, слева – 14×16 см.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза заболевания.

Ответ

Вопрос 1. Судя по приведенному описанию глазного дна (ДЗН увеличен в размерах, проминирует, гиперемирован, границы его нечеткие; вены сетчатки значительно расширены и извиты; перипапиллярный отёк сетчатки, мелкие штрихообразные кровоизлияния по границам ДЗН), у пациента имеется **двусторонний застойный диск зрительного нерва**. Данный диагноз подкрепляется результатами оценки зрительных функций. У мальчика нормальная острота зрения, которая сохраняется высокой при застойных дисках достаточно долго, и увеличены размеры слепых пятен – проекций дисков зрительных нервов на плоскость, что типично для застоя.

Вопрос 2. Дифференциальный диагноз должен быть проведен с:

- 1) папиллитом (интрабульбарным оптическим невритом), для которого при наличии таких сходных признаков как увеличение в размерах, нечеткость границ, типичны выраженная гиперемия ДЗН и наполнение экссудатом его сосудистой воронки, а также характерны ранние и выраженные изменения функций (значительное снижение остроты зрения и центральной скотомы)
- 2) псевдозастойным диском зрительного нерва - состоянием, которое характеризуется нечеткостью границ ДЗН вследствие наличия врожденных изменений таких как друзы ДЗН или эпипапиллярная мембрана (гиперглиоз), и не сопровождается снижением зрительных функций и увеличением размеров слепого пятна.

Вопрос 3. Данному пациенту следует назначить магнитно-резонансную томографию головного мозга и орбит, при необходимости оценить возможные костные изменения – компьютерную томографию головного мозга.

Вопрос 4 . При подтверждении наличия опухоли или другого объемного образования головного мозга по данным магнитно-резонансной томографии или компьютерной томографии пациент должен быть направлен к нейрохирургу. При воспалительных заболеваниях мозговых оболочек лечением пациента должен заниматься невролог.

Вопрос 5. Причиной застойного диска зрительного нерва, в том числе и двустороннего, является повышенное внутричерепное давление, которое может быть обусловлено образованием опухоли, абсцесса или гематомы головного мозга, воспалением мозговых оболочек.

Задача 17

Девочка В., родилась на 28-29 неделе гестации с массой тела 1347 г. длиной 36 см., что соответствует 50-ой перцентили для данного срока гестации. Степень зрелости по таблице Дубовица соответствовала 29 лед.

Мать ребенка 32 лет, группа крови А (2), резус-фактор положительный, страдает хроническим бронхитом. Отец 32 года, здоров. Данная беременность вторая, ей предшествовала внематочная беременность. После этого в течение 10 лет отмечалось бесплодие, при обследовании генитальных инфекций у супругов не выявлено. В течение последних 3 лет перед настоящей беременностью женщина получала гормональную терапию для лечения бесплодия.

Беременность протекала с угрозой прерывания с 4 недель (кровянистые выделения), по поводу чего женщина находилась на стационарном лечении. В 26 недель выявлена нефропатия с повышением АД и белком в моче, в связи с чем беременная была повторно госпитализирована. При УЗИ диагностирована двойня, массо-ростовые показатели детей соответствовали сроку гестации.

Роды наступили на 28-29 неделе, самопроизвольные, с длительным безводным периодом, В связи с развитием дыхательных расстройств, через 30 минут после рождения была начата искусственная вентиляция легких с подачей 60% кислорода. У ребенка наблюдались периоды гипероксии, сменяющиеся гипоксемией: колебания насыщения кислородом крови от 97-100 до 70-84 %, в связи с чем не удавалось быстро снизить концентрацию кислорода в кислородно-воздушной смеси, Ребенок был экс্তুрирован на 3-тий день жизни.

В дальнейшем выхаживание девочки проходило относительно успешно: острый период синдрома дыхательных расстройств купировался к 5-6 дню жизни, однако, до 14 дня сохранялись крепитирующие хрипы, что указывало на сохранение рассеянных ателектазов легких, в связи с чем девочка весь этот период получала кислородотерапию с концентрацией не более 40%. Практически в течение 6 суток ребенок получала

дополнительно кислород в кислородной палатке (концентрация 40%) и с 8-х суток – через кислородную маску. В возрасте одного месяца осмотрена офтальмологом в условиях мидриаза методом бинокулярной обратной офтальмоскопии, выявлено: сосуды расширены, слегка извиты, на периферии глазного дна с наружной стороны аваскулярные зоны, отграниченные от васкуляризованной зоны сетчатки демаркационной линией. Повторный осмотр проведен через 2 недели, выявлена отрицательная динамика: на заднем полюсе сосуды стали более извиты, на периферии усилилась их пролиферация, На границе с аваскулярной сетчаткой выявились аркады сосудов.

От предложенного лечения мать воздержалась.

Через 2 недели ребенок осмотрен в динамике: отмечена отслойка сетчатки на правом глазу в форме «открытой воронки». Девочка плохо реагировала на игрушки, лицо матери.

Вопросы:

1. Каков офтальмологический диагноз у этого ребенка, перенесшего хроническую внутриутробную гипоксию, синдром дыхательных расстройств, периоды гипоксии в раннем неонатальном периоде?
2. Какова тактика офтальмолога-неонатолога в отношении недоношенных детей?
3. Каковы современные методы лечения данного заболевания?

Ответ

Вопрос 1. У ребенка диагностирована ретинопатия недоношенных V стадия, злокачественная форма с тотальной отслойкой сетчатки.

Вопрос 2. При анализе данной истории болезни становится очевидным необходимость раннего выявления ретинопатии недоношенных. Первый осмотр не позднее 4-6 нед. жизни, организации строго регламентированной системы офтальмологического наблюдения, своевременного лечения, а так же реабилитации детей с ретинопатией недоношенных.

Офтальмолог, владеющий методом прямой и бинокулярной обратной офтальмоскопии, должен обязательно осматривать недоношенных детей, входящих в группу риска.

При гестационном возрасте (ГВ) до 26 недель, через 5-7 нед. после родов и затем через каждые 2 недели до 36 недель.

При ГВ 26-32 нед. осмотр ч/з 7 нед. и до 36 нед. каждые 3-4 нед. Осмотр периферии глазного дна, только в специализированном отделении.

Вопрос 3. Лечение ретинопатии недоношенных заключается в проведении криопексии или лазер- и фотокоагуляции, местном применении антиоксидантов.

Задача 18

Мальчик, 14 лет, обратился к окулисту с жалобами на резкое снижение зрения правого глаза, которое отметил 2 дня назад. Неделю назад перенес острый правосторонний гайморит.

При осмотре:

Правый глаз: Vis OD = 0,02 не. корр., T = 20 мм рт. ст. Глаз спокоен, оптические среды прозрачные.

Глазное дно: диск зрительного нерва гиперемирован, границы его ступенчаты, отечен, несколько проминирует в стекловидное тело. Артерии расширены, калибр вен не изменен, сосудистая воронка заполнена экссудатом. Макулярная область и периферия – без патологии.

Левый глаз: Vis OS = 1,0, T = 19 мм рт. ст. Глаз спокоен.

Глазное дно: диск зрительного нерва розового цвета, границы его четкие. Сосуды сетчатки не изменены. Макулярная область без патологии.

Вопросы:

1. Какое заболевание следует предположить?
2. Какие дополнительные методы исследования следует предпринять для его уточнения?
3. Каких специалистов необходимо привлечь для консультации и лечения?
4. Дифференциальный диагноз.
5. Лечебные мероприятия.

Ответ

Вопрос 1. Папиллит или неврит зрительного нерва.

Вопрос 2. Обзорная рентгенография черепа, орбиты, придаточных пазух носа.

Вопрос 3. Требуется всестороннее обследование с консультацией педиатра или терапевта, невролога, оториноларинголога и других специалистов.

Вопрос 4. Дифференцировать с застойным диском (соском) зрительного нерва – симптомом внутричерепной гипертензии, при котором долго сохраняются зрительные функции (острота зрения и поля зрения).

Вопрос 5. При установлении диагноза необходимо срочно проводить общую и местную терапию противовоспалительную, антибиотики широкого спектра действия, кортикостероиды (парентерально, парабульбарно); десенсибилизирующие, антигистаминные препараты; дегидратационную терапию: в/м 25% р-р магния сульфата, внутрь: диакарб, фурасемид; дезинтоксикационную терапию: в/в 40% р-р глюкозы, 10% натрия хлорида; рефлекторную терапию – тампонада среднего носового хода с 5% р-ром кокаина и 0,1% р-ром адреналина или эндоназально электрофорез хлористого кальция и адреналина.

Задача 19

Вы направили на консультацию к окулисту ребенка 10 лет и получили следующую запись в истории болезни: глаза спокойные, среды прозрачные. Справа: глазное дно без патологии. На глазном дне слева диск зрительного нерва увеличен в размерах, проминирует в стекловидное тело до 2,0 диоптрий, границы его ступенчаты, Вены значительно расширены, извиты, отмечается перипапиллярный отек сетчатки, в этой зоне видны мелкие штрихообразные кровоизлияния.

Острота зрения обоих глаз = 1,0, ВГД в норме. Поля зрения в норме. Размеры слепых пятен: справа - 8×12 см, слева 18×24 см.

Вопросы:

1. Как расшифровать такую запись?
2. О каком патологическом процессе она свидетельствует?
3. Каких специалистов необходимо привлечь для консультации и лечения?
4. Какие дополнительные методы исследования следует предпринять для его уточнения.
5. Лечение и прогноз.

	<p style="text-align: center;">Ответ</p> <p>Вопрос 1. Запись указывает на застойный диск (сосок) зрительного нерва – отек зрительного нерва невоспалительного характера, симптом повышения внутричерепной гипертензии.</p> <p>Вопрос 2. Этиология застойного диска разнообразна. Необходимо в первую очередь исключить опухоль головного мозга. Однако, застойный диск может быть и при менингитах, арахноидитах, гематомах, травмах черепа, тромбозах мозговых синусов, лимфогранулематозе, болезнях крови, гипертонической болезни, болезни Аддисона и др.</p> <p>Вопрос 3. Требуется консультация невропатолога и нейрохирурга и др. специалистов. Необходимы рентгенография черепа, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, УЗИ глаза и орбиты.</p> <p>Вопрос 4. Дифференцировать с невритом зрительного нерва, при котором внезапно и резко снижается острота зрения, даже до светоощущения; нарушается цветоощущение, появляются скотомы, сужается поле зрения. При застойном диске, в отличие от неврита, наблюдается длительное сохранение зрительных функций (острота зрения, поле зрения).</p> <p>Вопрос 5. Лечение застойного диска состоит в устранении причины, его вызвавшей и поддержании трофических функций. Прогноз зрительных функций зависит от стадии застойного соска, его причины. При неэффективности лечения наступает нисходящая атрофия зрительного нерва.</p> <p style="text-align: center;">Задача 19</p> <p>Студентка медуниверситета, 19 лет, заметила внезапное понижение зрения на правом глазу с темным пятном в центре поля зрения, боли при движении глазного яблока, легкую светобоязнь. Жалобы появились накануне вечером. Только что перенесла на ногах грипп, лечилась дома. Объективно: Vis OD = 0.06 не корр. ВГД = 20 мм рт. ст. Vis OS = 1,0 ВГД = 20 мм рт. ст. Правый глаз: спокоен (белый), не болит, но при надавливании на него отмечается легкая болезненность в глубине орбиты. Оптические среды прозрачны. На глазном дне легкое побледнение височной половины диска зрительного нерва, границы четкие, экскавация физиологическая. Ход и калибр сосудов не изменен, макулярная область и периферия сетчатки без патологии. В поле зрения – центральная скотома. Левый глаз здоров.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какое заболевание следует предположить? Какова локализация очагов поражения? 2. Наиболее частые причины этого заболевания? Основной метод диагностики. 3. Каких специалистов необходимо привлечь для консультации и лечения? 4. Лечение и прогноз? <p style="text-align: center;">Ответ</p> <p>Вопрос 1. Ретробульбарный неврит – воспаление участка зрительного нерва между глазным яблоком и хиазмой.</p> <p>Вопрос 2. Ретробульбарные невриты нередко возникают при множественном или рассеянном склерозе, оптикомиелите, при заболеваниях придаточных пазух носа, вирусной (гриппозной), инфекции и др. Этиология рассеянного склероза имеет связь с наследственностью: обнаружен маркер повышенной предрасположенности к рассеянному склерозу на хромосоме 6. Основной метод диагностики магнито-резонансная томография (МРТ). Предпочтительна МРТ с парамагнитным контрастом на основе гадолиния (омнискан или магневист) для выявления активных очагов демиелинизации.</p> <p>Вопрос 3. Обследование и лечение больных с оптическими невритами проводит офтальмолог совместно с невропатологом.</p> <p>Вопрос 4. Лечение зависит от этиологии воспалительного процесса и проводится по принципам лечения невритов; включает этиотропную терапию, назначение дегидратации (диакарб), противовоспалительных препаратов, нестероидных и кортикостероидных, которые лучше назначать внутривенно. Показаны оксигенотерапия, витамины, различные виды магнитной, лазерной стимуляции зрительного нерва и др. Прогноз всегда серьезен и зависит от этиологии заболевания и формы течения, хуже при хроническом течении.</p>
<p>Б 1.Б.6.6 Раздел 6 Патология сосудистой оболочки глаза у лиц различного возраста</p>	<p style="text-align: center;">Задача 20</p> <p>На прием к детскому офтальмологу мать привела сына 11-ти лет, с жалобами на покраснение правого глаза, боль при движении глазного яблока и при дотрагивании до него, слезотечение, светобоязнь, снижение зрения. Кроме того мать отмечает, что изменился цвет больного глаза с голубого на зеленый. Данные жалобы беспокоят мальчика более недели, появились после перенесенной ОРВИ с высокой температурной реакцией и признаками интоксикации в виде тошноты, рвоты, выраженных диспепсических явлений. В течение недели мать капала в больной глаз альбуцид 4-5 раз.</p> <p>Офтальмоистатус: Правый глаз: VOD=0,3 не корректируется. При открытии глазной щели - слезотечение, светобоязнь. Умеренная гиперемия глазного яблока, с наличием инъекции вокруг роговицы. Роговица прозрачна. В нижнем отделе - на эндотелии мелкие множественные преципитаты. Передняя камера мельче средней, влага слегка опалесцирует. Радужка грязно-зеленого цвета (на здоровом левом глазу - радужка голубая), рисунок ее ступешан. Зрачок узкий, неправильной формы, сероватого оттенка, реакции зрачка на свет отсутствуют. Пальпаторно болезненность в проекции цилиарного тела. Тонус глаза повышен. Левый глаз: VOS=1,0. Глаз спокоен. Роговица прозрачна. Передняя камера нормальной глубины, влага прозрачна. Радужка в цвете и рисунке не изменена. Зрачок диаметр 3-4 мм, черный, круглый, реакции на свет живые. Пальпаторно глаз безболезненный. Тонус глаза нормальный.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его. 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план обследования. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Назовите основные факторы этиопатогенеза заболевания. <p style="text-align: center;">Ответ</p> <p>Вопрос 1. Диагноз: Острый иридоциклит, вторичная гипертензия правого глаза. Ведущими объективными симптомами иридоциклита, имеющимися у данного пациента, являются роговичные преципитаты, приобретенная гетерохромия радужки, ступешанность ее рисунка вследствие воспалительного</p>

отека, узкий неправильной формы зрачок, не реагирующий на свет. Наличие узкого неправильной формы зрачка, не реагирующего на свет, является свидетельством образования задних синехий - сращений радужки с передней капсулой хрусталика, в результате чего нарушается отток внутриглазной жидкости из задней камеры в переднюю и развивается типичное осложнение иридоциклита: вначале вторичная гипертензия, а далее при отсутствии терапии - вторичная глаукома.

Вопрос 2. Дифференциальный диагноз необходимо провести с воспалительными заболеваниями переднего отдела глаза: кератитом, склеритом, конъюнктивитом. Ведущими признаками, отличающими иридоциклит от указанных заболеваний, являются приобретенная гетерохромия радужки, ступенчатость ее рисунка вследствие воспалительного отека, узкий неправильной формы зрачок, не реагирующий на свет.

Вопрос 3. 1) Лабораторное обследование для выявления возможного этиологического фактора: А) развернутый общий анализ крови, лейкограмма Б) серологические реакции для выявления наиболее частых специфических агентов, приводящих к развитию иридоциклита - возбудителей токсоплазмоза, бруцеллеза, токсокароза, сифилиса, туберкулеза, хламидиоза, вируса простого герпеса, Эпштейн-Барра и цитомегаловируса. 2) Рентгенография придаточных пазух носа

3) Рентгенография органов грудной клетки 4) Осмотр педиатра 5) Осмотр оториноларинголога 6) Осмотр стоматолога

Вопрос 4. 1. Инстилляци мидриатиков (раствор атропина сульфат 1%, раствор циклопентолата гидрохлорид 1%, раствор фенилэфрина 2%) 2. Инстилляци глюкокортикоидов (дексаметазон, преднизалон), 3. Инстилляци нестероидных противовоспалительных препаратов (диклофенак, индоколлир) 4. Субконъюнктивальные инъекции мидриатиков и кортикостероидов 5. Специфическая терапия после установления этиологического фактора

Вопрос 5. Развитие острого иридоциклита у ребенка возникло на фоне перенесенной вирусной инфекции и скорее всего имеет вторичный характер вследствие гематогенного распространения. Вторичная гипертензия является следствием формирования задних синехий, блокировавших отток внутриглазной жидкости из задней в переднюю камеру. Сероватый оттенок зрачка не исключает наличия в его проекции зрачковой мембраны, усугубляющей зрачковый блок и затруднение оттока водянистой влаги. Длительное сохранение данного состояния может привести к бомбажу радужки, формированию гониосинехий и передних синехий и развитию симптомокомплекса вторичной глаукомы.

Задача 21¹

На приеме у педиатра мать с дочерью 4 лет с жалобами на наличие у девочки утренней скованности в суставах нижних конечностей, умеренной болезненности и отека преимущественно в проекции коленных суставов, субфебрильной температуры, быстрой утомляемости во второй половине дня. Данные жалобы беспокоят ребенка в той или иной степени в течение полугода, за которые трижды перенесла ОРВИ. Кроме жалоб общего характера в течение последних двух недель у ребенка появились покраснение, светобоязнь, снижение зрения обоих глаз.

При наружном осмотре определяются легкий отек век, умеренные светобоязнь и слезотечение, невыраженная гиперемия обоих глазных яблок, виден узкий, неправильной формы зрачок, почти не реагирующий на свет. Пальпаторно определяется легкая болезненность в проекции цилиарного тела, тонус глазных яблок слегка снижен.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза заболевания

Ответ

Вопрос 1. Диагноз: Двусторонний передний увеит на фоне ювенильного идиопатического олигоартрита. Данное заболевание можно предположить на основании следующих признаков, имеющихся в обоих глазах: наличие узкого, неправильной формы зрачка, почти не реагирующего на свет, болезненности при пальпации в проекции цилиарного тела, снижение тонуса глазных яблок.

Вопрос 2. Дифференциальный диагноз следует провести с воспалительными заболеваниями переднего отдела глаза: кератитом, склеритом, конъюнктивитом. Ведущими признаками, отличающими иридоциклит от указанных заболеваний, являются наличие узкого, неправильной формы зрачка, почти не реагирующего на свет, болезненности при пальпации в проекции цилиарного тела, снижение тонуса глазных яблок.

Вопрос 3. 1) Обследование офтальмолога: - визометрия с коррекцией, биомикроскопия, офтальмоскопия, гониоскопия, тонометрия, ультразвуковое сканирование глазных яблок. 2) Объем обследования, который следует назначить пациентке, учитывая первой атаки увеита: А) Лабораторное обследование для выявления возможного этиологического фактора: серологические реакции для выявления наиболее частых специфических агентов, приводящих к развитию иридоциклита - возбудителей токсоплазмоза, бруцеллеза, токсокароза, сифилиса, туберкулеза, хламидиоза, вируса простого герпеса, Эпштейн-Барра и цитомегаловируса. Б)

Лабораторное обследование для выявления неспецифических изменений, типичных для идиопатического увеита: - Общий анализ крови - СРБ - Ревматоидный фактор - Антинуклеарные антитела

В) Рентгенография коленных и голеностопных суставов в двух проекциях, при необходимости - УЗИ и МРТ суставов

Г) Рентгенография придаточных пазух носа Д) Рентгенография органов грудной клетки

Вопрос 4. Инстилляци мидриатиков с периодической проверкой диафрагмирующей функции зрачка.

Глюкокортикоиды и нестероидные противовоспалительные средства в частых инстилляциях, при их слабой эффективности глюкокортикоиды в парабюльбарных инъекциях, при устойчивости к стероидотерапии - малые дозы цитостатиков (метотрексат). При выявлении специфических этиологических агентов - специфическая терапия.

Вопрос 5. В настоящее время считается, что данное заболевание носит идиопатический характер. Развивается на фоне ювенильного идиопатического артрита, который характеризуется наличием серонегативной реакции к IgM-

¹ Протокол дополнений и изменений ФОС к промежуточной аттестации по дисциплинам, практик, итоговой (государственной итоговой) аттестации на 2018-2019 учебный год.

	<p>ревматоидному фактору и не является синонимом ювенильного ревматоидного артрита.</p> <p style="text-align: center;">Задача 22¹</p> <p>Ребенку 1,5 года. Родители считают, что у него плохое зрение. Сам ребенок отстает в умственном и физическом развитии. Признаки гидроцефалии. У матери это 3-я беременность, 1-ый ребенок (2 предыдущие закончились самопроизвольными выкидышами). У нее самой плохое зрение на правом глазу и в нем есть крупный хориоретинальный очаг. На глазном дне обоих глаз ребенка в макулярной зоне — крупные атрофические очаги, окруженные пигментом. Проживают в частном доме со множеством домашних животных, в том числе кошек.</p> <p>Имеются данные R-графии черепа: кальцификаты. Произведена внутривитреальная диагностическая проба (положительный результат) и исследована очаговая реакция на введение токсоплазмы (положительный результат).</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Воспаление какой части сосудистой оболочки глаза имеет место в указанном клиническом случае? 2. Этиология заболевания. Методы верификации диагноза. 3. Каких специалистов следует привлечь для лечения ребенка? 4. Основные направления лечения. Прогноз в данном случае. <p style="text-align: center;">Ответ</p> <p>Вопрос 1. У ребенка имеется воспаление задней части сосудистого тракта – хориоидеи. Поскольку в воспалительный процесс вовлечена сетчатка, диагноз – острый хориоретинит правого глаза.</p> <p>Вопрос 2. Исходя из анамнеза, клинической картины можно предположить токсоплазмозную этиологию заболевания. Причем, речь идет о реактивации врожденной токсоплазмозной инфекции. На это могут указывать гидроцефалия в младенческом возрасте, старые хориоретинальные очаги круглой формы с четкими границами и пигментацией на обоих глазах. Следует учесть, что ребенок проживает в частном доме со множеством домашних животных, в том числе кошек, являющиеся источником заражения. Для подтверждения этиологии следует провести серологическое исследование, включающее определение специфических антител к токсоплазме с помощью реакции связывания комплемента и флюоресцирующих антител.</p> <p>Вопрос 3. Достаточно совершенных лабораторных методов исследования токсоплазмоза глаза нет. Используются иммуноферментные методы (ИФА Ig M, Индекс авидности, Ig G)</p> <p>Вопрос 4. Лечение ребенка следует проводить в офтальмологическом стационаре совместно с инфекционистом. Основные направления лечения: неспецифическая противовоспалительная терапия (глюкокортикоиды), этиотропное лечение (линкомицин, клиндамицин, ровамицин, азитромицин, сульфадимезин, пириметамин, котримоксазол). Препараты пириметамина и сульфадимезина 2-3 р/д 2-3 курса по 7-10 дней с перерывами (возможно применение Фансидара в таблетках 25 мг пириметанамина и 500 мг сульфадоксина. 1т. 2 р/д 2 раза в неделю 3-6 недель). Препараты фолиевой кислоты. Витамины B6, B12 Учитывая локализацию очага в макулярной области, прогноз для сохранения остроты правого глаза зрения неблагоприятный.</p>
<p>Б 1.Б.6.7 Раздел 7. Новообразование органа зрения у детей и взрослых</p>	<p style="text-align: center;">Задача 23</p> <p>Мать с ребенком (мальчик 2-х лет) обратилась к офтальмологу с жалобами на появление у сына необычного желтого свечения зрачка правого глаза. Данный симптом родители заметили у малыша несколько дней назад, наблюдая за ним во время игры вечером. Кроме того, мать отмечает, что правый глаз все чаще отклоняется в сторону виска.</p> <p>Из анамнеза выяснено, что ребенок первый в семье. Матери 23 года, отцу 27 лет. Беременность и роды протекали нормально. Из детских инфекций мальчик перенес ветряную оспу полгода назад. У родителей глазных заболеваний не отмечено. Информации о случаях косоглазия у родственников нет.</p> <p>Объективные данные Правый глаз: острота зрения 0,01 не корректируется. Девиация к виску глазного яблока до 30°. Объем движений глазного яблока полный. Глаз спокоен. Роговица прозрачна. Передняя камера нормальной глубины, влага прозрачна. Радужка спокойна, зрачок широкий, d=5 мм, реакции на свет резко ослаблены, цвет зрачка желтоватый. Хрусталик, стекловидное тело прозрачны. Рефлекс с глазного дна в центральной области отсутствует, при отведениях глазного яблока сохранен. Офтальмоскопически определяется наличие проминирующего желтоватого образования бугристого характера размером в 5 диаметров диска зрительного нерва, локализирующегося в центральной и парацентральной областях глазного дна. Диск зрительного нерва обычного цвета и размеров, признаков инвазии его новообразованием нет.</p> <p>Левый глаз: острота зрения 0,6. Глаз спокоен, Передний отрезок без патологии. Глубокие среды прозрачны. Глазное дно без патологии.</p> <p>При осмотре регионарных лимфатических узлов увеличения околоушных, подчелюстных и шейных узлов не обнаружено.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его. 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план обследования. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Назовите основные факторы этиопатогенеза заболевания. <p style="text-align: center;">Ответ</p> <p>Вопрос 1. Диагноз: Ретинобластома I стадия (покоя), вторичное косоглазие правого глаза. Диагноз ретинобластомы, вторичного косоглазия правого глаза установлен на основании жалоб на наличие желтого свечения зрачка и значительного снижения зрения правого глаза ("кошачий амавротический глаз"), офтальмоскопических признаков - наличия проминирующего желтоватого образования бугристого характера размером в 3,5-4 диаметра диска зрительного нерва, локализирующегося в центральной и парацентральной областях глазного дна, а также наличия девиации амавротического глаза к виску до 30° при полной сохранности подвижности глазного яблока.</p> <p>Стадия I покоя указывает на отсутствие субъективных симптомов, вторичных проявлений в виде гипопион-иридоциклита и вторичной глаукомы, а также отсутствие регионарных и отдаленных метастазов.</p> <p>Вопрос 2. Дифференциальный диагноз должен быть проведен с состояниями, при которых может возникнуть необычный цвет зрачка - желтый или белый (лейкокория):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) с врожденной катарактой - в объективных данных присутствует информация о прозрачности хрусталика, что установлено офтальмологом при осмотре в проходящем свете и биомикроскопии

	<p>2) с фиброзом стекловидного тела - данное состояние может носить либо врожденный характер, либо быть следствием воспалительного процесса в сосудистой оболочке или - травмы глаза, о чем сведения в анамнезе отсутствуют; в объективных данных присутствует информация о прозрачности стекловидного тела, что установлено офтальмологом при осмотре в проходящем свете. Для уточнения диагноза необходимо проведение ультразвукового исследования глазного яблока.</p> <p>3) с абсцессом стекловидного тела- данное состояние может быть следствием воспалительного процесса в сосудистой оболочке или травмы глаза, о чем сведения в анамнезе отсутствуют; в объективных данных присутствует информация о прозрачности стекловидного тела, что установлено офтальмологом при осмотре в проходящем свете. Для уточнения диагноза необходимо проведение ультразвукового исследования глазного яблока.</p> <p>Вопрос 3. Пациенту следует выполнить ультразвуковое сканирование глазного яблока, оптическую когерентную томографию сетчатки, обзорную рентгенографию орбиты, рентгенографию придаточных пазух носа, КТ и МРТ головного мозга, скинтиграфию печени и остеосцинтиграфию. При планировании беременности в дальнейшем родителям ребенка следует пройти медико-генетическое консультирование.</p> <p>Вопрос 4. Учитывая стадию опухоли I и размер опухоли 3,5-4 диаметра диска зрительного нерва (7-8 мм), возможно проведение криодеструкции или радиотерапии. Учитывая отсутствие массивного интраокулярного роста, инвазии зрительного нерва, регионарных и отдаленных метастазов, терапия цитостатиками в данном случае не показана. В дальнейшем пациент остается под постоянным наблюдением офтальмолога с визитами 2 раза в год.</p> <p>Вопрос 5. Ретинобластома является злокачественным новообразованием, при котором быстро прогрессирующая пролиферация начинается в зернистых слоях сетчатки, формируются узлы, состоящие из розеточных и псевдорозеточных структур. По мере роста узлы могут некротизироваться и обызвестляться. Спорадическая форма составляет около 60 % всех ретинобластом, всегда односторонняя, возникает через 12-30 месяцев после рождения в результате мутаций de novo в обоих аллелях гена RB1, находящихся в клетках сетчатки. Помимо появления спорадических случаев ретинобластомы, известно, что в возникновении заболевания имеет значение такие факторы как ионизирующая радиация и наследственность (передача заболевания идет по доминантному типу). Обнаружение ретинобластомы у ребенка в возрасте до 10 месяцев свидетельствует об ее врожденном характере.</p>
<p>Б 1.Б.6.8 Раздел 8. Нарушения регуляции внутриглазного давления</p>	<p style="text-align: center;">Задача 24</p> <p>На приеме у детского офтальмолога мама с дочкой 5 лет. Мать отмечает, что с рождения у дочери были большие выразительные глаза, но за последний год у матери появилось впечатление выпирания глазных яблок ребенка из орбит, необыкновенного синеватого цвета склер обоих глаз. Девочка учится читать и во время чтения держит книгу очень близко к лицу. Периодически ребенок жалуется на слезотечение. Общее состояние девочки удовлетворительное. Отклонений развития от возрастных нормативов не наблюдается. Беременность и роды (вторые) у матери прошли без осложнений.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его. 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план обследования. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Назовите основные факторы этиопатогенеза заболевания. <p style="text-align: center;">Ответ</p> <p>Вопрос 1. Врожденная глаукома обоих глаз. Предположить данное заболевание возможно на основании таких признаков как значительное увеличение размеров глазного яблока, вследствие чего появился двусторонний экзофтальм, а также синеватый цвет склер, свидетельствующий об истончении склеры вследствие ее растяжения. Дополнительными признаками являются развитие миопической рефракции, о чем косвенно можно судить по приближению зрительной работы близко к глазам, и слезотечение, которое может быть свидетельством вовлечения в патологический процесс роговицы. Оба последних признака также являются следствием растяжения фиброзной оболочки глаза. Для подтверждения первичного клинического диагноза необходимы данные тонометрии - измерения внутриглазного давления.</p> <p>Вопрос 2. Дифференциальный диагноз необходимо провести с :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) врожденным увеличением роговицы (мегалокорнеа) - при данном состоянии наблюдается увеличение диаметра роговицы выше возрастного норматива при отсутствии других признаков врожденной глаукомы; 2) врожденной миопией - увеличение глазных яблок, выявляемое при помощи ультразвуковой биометрии, при данном заболевании не сопровождается симптомокомплексом, типичным для врожденной глаукомы, а именно: нет растяжения лимба, трещин задней пограничной мембраны роговицы с развитием отека стромы, растяжения цинновых связок с появлением факодонеза. Кроме того отсутствуют такие кардинальные признаки врожденной глаукомы как повышенное ВГД и краевая экскавация диска зрительного нерва; 3) экзофтальмом - для данной патологии характерно только выстояние глазного яблока из орбиты при его нормальных размерах и полное отсутствие симптомокомплекса, типичного для врожденной глаукомы; 4) ретинобластомой - для определенной клинической стадии данного заболевания - II стадии - характерно развитие вторичной глаукомы вследствие распространения опухоли в трабекулярный аппарат глаза и возникновения затруднения оттока внутриглазной жидкости с подъемом ВГД; основной дифференциально-диагностический критерий, позволяющий отличить вторичную неопластическую глаукому от врожденной - наличие внутриглазной опухоли, выявляемой офтальмоскопически и методом ультразвукового сканирования. <p>Вопрос 3. Визометрия с коррекцией, биомикроскопия, офтальмоскопия, тонометрия, периметрия, рефрактометрия, гониоскопия, ультразвуковая биометрия, оптическая когерентная томография диска зрительного нерва Методы обследования, необходимые при врожденной глаукоме, определены верно. Перечень методов обследования, необходимых при врожденной глаукоме, избыточен, следует исключить из него гониоскопию, ультразвуковую биометрию, оптическую когерентную томографию диска зрительного нерва Перечень методов обследования, необходимых при врожденной глаукоме, чрезвычайно избыточен, следует исключить из него рефрактометрию, гониоскопию, ультразвуковую биометрию, оптическую когерентную томографию, добавив экзофтальмометрию.</p> <p>Вопрос 4. Местная гипотензивная терапия на время обследования, далее после подготовки - оперативное лечение (гониотомия с учетом сохранения прозрачности роговицы, при неуспехе - имплантация дренажной или клапанной системы).</p>

	<p>Вопрос 5. Развитие врожденной глаукомы обусловлено наличием врожденного дисгенеза угла передней камеры, при котором могут наблюдаться различные варианты анатомических мальформаций: неполное рассасывание эмбриональной мезодермальной ткани в углу передней камеры, неправильное развитие цилиарной мышцы, дефекты в формировании трабекулы и шлеммова канала. Возникающие мальформации закрывают доступ водянистой влаги к трабекуле и шлеммову каналу или/и затрудняют ее отток через данные структуры. Отсутствие или затруднение оттока влаги приводит к подъему внутриглазного давления. У детей фиброзная оболочка растяжима и пластична, поэтому в условиях повышенного офтальмотонуса начинают развиваться симптомы, связанные с растяжением роговицы и склеры, что приводит к прогрессирующему увеличению глазного яблока. Все последующие симптомы, такие как появление трещин в роговице, растяжение лимба, потеря прозрачности роговицы из-за отека стромы и эпителия из-за пропитывания роговичной ткани водянистой влагой являются также последствиями растяжения фиброзной оболочки. В условиях повышенного ВГД и нарушения кровоснабжения зрительного нерва развивается глаукоматозная атрофия с снижением зрительных функций в начальных стадиях и слепотой в терминальной стадии.</p> <p style="text-align: center;">Задача 25</p> <p>Во время вашего ночного дежурства у санитарки – женщины 61 года, внезапно появился приступ головной боли с тошнотой и однократной рвотой, давящей болью в правом глазу. По её словам, правым глазом в последние месяцы стала видеть плохо. При осмотре: Правым глазом считает пальцы на расстоянии 0,5 метра. Офтальмоистатус: Выраженная застойная инъекция глазного яблока, роговица диффузно мутная как «запотевшее стекло», передняя камера мелкая, зрачок широкий овальной формы, рефлекс с глазного дна тускло-розовый. Пальпаторно глаз «твердый как камень». Левый глаз видит далеко. Глаз спокоен, роговица прозрачная сферическая, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Зрачок правильной формы, хорошо реагирует на свет. Область зрачка слегка сероватого цвета. Пальпаторно глаз в нормотонусе. Общее состояние средней тяжести. Отмечается суезливое поведение больной, речь торопливая. Кожные покровы и видимые слизистые бледные сухие. Пульс 64 удара в минуту, ритмичный. АД 160/90 мм рт. ст., что является рабочим давлением для больной.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой диагноз следует предположить? 2. Какие исследования предпринять для его уточнения? 3. Какие лечебные мероприятия провести? 4. С какими заболеваниями следует дифференцировать? 5. Дальнейшая тактика. <p style="text-align: center;">Ответ</p> <p>Наиболее вероятно у санитарки развился острый приступ глаукомы. Для дифференциальной диагностики с острым иридоциклитом необходимо пальпаторно исследовать внутриглазное давление и, если глаз будет твердым как «камень» – нужно срочно проводить через каждые 15 минут закапывания в глаз 1% раствора пилокарпина, назначить диуретики и осевое слабительное, 50% глицерин с сиропом.</p> <p style="text-align: center;">Задача 26</p> <p>К врачу обратилась мать с 6-месячным ребенком с жалобами на увеличение у него размеров глаз, светобоязнь, слезотечение. Ребенок отворачивается от источника света, трет правый глаз; наряду с этим отмечаются беспокойство, нарушения сна и аппетита. При осмотре: Правый глаз. Веки не изменены. Глазное яблоко немного увеличено по сравнению с левым. Застойная инъекция глазного яблока. Диаметр роговицы 13 мм. Строма роговицы отечна, видны разрывы десцеметовой оболочки. Передняя камера глаза глубокая, радужка субатрофичная. Диаметр зрачка – 5 мм, он вяло реагирует на свет. Хрусталик, стекловидное тело прозрачны. При пальпаторном определении внутриглазного давления повышено (+2). Левый глаз. Веки, конъюнктивы, слезные органы не изменены. Роговица прозрачная, диаметром около 11 мм. Передняя камера глубже средней, влага ее прозрачная. Радужка спокойная, зрачок средний, живо реагирует на свет. Область зрачка черного цвета. Внутриглазное давление пальпаторно – норма.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какое заболевание следует предположить? 2. Какие дополнительные методы исследования следует предпринять для его уточнения. Патогенез данного заболевания? 3. В чем принцип хирургического лечения данного заболевания? <p style="text-align: center;">Ответ</p> <p>Вопрос 1. У ребенка следует предположить наличие первичной врожденной глаукомы правого глаза (типичная картина – растяжение глазного яблока, высокое внутриглазное давление).</p> <p>Вопрос 2. Патогенез заключается в задержке развития и дифференцирования угла передней камеры и дренажной системы глаза. Гониодисгенез проявляется в переднем прикреплении корня радужки, чрезмерном развитии гребенчатой связки, частичном сохранении мезодермальной ткани в вухте угла и эндотелиальной мембраны на внутренней поверхности трабекулярного аппарата. Повышенное внутриглазное давление приводит к растяжению всех оболочек глаза, особенно роговицы.</p> <p>Вопрос 3. Лекарственная терапия малоэффективна. незамедлительно направить больного в глазное отделение стационара для хирургического лечения (гониотомия, гониопунктура). лечение. На ранних стадиях производят гонио- или трабекулотомию. На поздних – фистулизирующие операции или деструктивные вмешательства на ресничном теле.</p>
<p>Б 1.Б.6.9 Раздел 9. Повреждения органа зрения у лиц различного возраста</p>	<p style="text-align: center;">Задача 27</p> <p>После перемены между уроками к школьному врачу классный руководитель привел ученика 3-го класса, мальчика 10 лет, который играл в снежки с одноклассниками и получил удар тяжелым мокрым снежком по левому глазу. Мальчик жалуется, что левым глазом он после травмы не видит классную доску и не может читать в учебнике и тетради.</p> <p>При наружном осмотре: Правый глаз спокоен, не изменен. Левый глаз: имеется небольшая гематома и отек век. Определяется подкожная крепитация при пальпации нижнего века. Поверхностная гиперемия глазного яблока. Радужка при поворотах глазного яблока дрожит. Передняя камера глубже, чем на правом глазу. Зрачок левого глаза расширен, диаметр приблизительно 6 мм, цвет его радикально черный, реакции на свет резко ослаблены. Объем движений глазных яблок с обеих сторон полный. При предъявлении мелкого шрифта из книги левым глазом мальчик действительно не читает. Находясь в конце кабинета врача, предметы у входной двери на расстоянии около 5 метров не различает. Может считать пальцы врача на расстоянии 3-4 метров.</p>

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза заболевания.

Ответ

Вопрос 1. Левый глаз: Тяжелая контузия глазного яблока, гематома век, перелом внутренней стенки орбиты, подкожная эмфизема, парез сфинктера зрачка и аккомодации. Вывих хрусталика в стекловидное тело. Задний контузионный синдром (?) Гематома век определяется на основании наличия кровоизлияния под кожу век.

Подкожная эмфизема чаще всего является свидетельством перелома внутренней стенки орбиты, являющейся самой тонкой из четырех ее стенок. При переломе самой тонкой кости, входящей в состав внутренней стенки - бумажной пластинки решетчатой кости - воздух попадает в орбиту и далее под кожу век. Парез сфинктера зрачка определяется по наличию травматического мидриаза до 6 мм и резкому ослаблению реакций на свет. Парез аккомодации предполагается как реакция, аналогичная парезу сфинктера зрачка вследствие нарушения иннервации в системе глазодвигательного нерва. Вывих хрусталика в стекловидное тело позволяют предположить следующие признаки: низкое зрение вблизи и вдаль, невозможность аккомодировать, дрожание радужки (иридодонез), радикально черный цвет зрачка. Задний контузионный синдром с отеком сетчатки в центральной области предполагается, учитывая его частое развитие при мощном противоударе по данной области тяжелым тупым предметом. Весь комплекс симптомов, а также значительное снижение зрения до 0,08 (ребенок считает пальцы врача на расстоянии 3-4 м) позволяет поставить диагноз тяжелой контузии правого глаза.

Вопрос 2. Дифференциальный диагноз следует провести с открытой травмой глазного яблока, так в травматическом агенте могли присутствовать острые ранящие элементы (например, куски льда).

Дифференциальный диагноз проводится на основании поиска абсолютных признаков проникающего ранения, а именно: наличие сквозного раневого канала в роговице или склере, выпадение внутриглазных оболочек через сквозной раневой канал, наличие посттравматического отверстия в радужке, наличие инородного тела внутри глаза.

Вопрос 3. 1) Обследование офтальмолога, включающее проведение визометрии с коррекцией, биомикроскопии, осмотра в проходящем свете, офтальмоскопии, тонометрии, ультразвукового сканирования глаз.

2) Обзорная рентгенография орбиты в двух проекциях на стороне поражения.

3) Осмотр оториноларинголога.

Вопрос 4. 1) Объем первой врачебной помощи: Закапать в левый глаз 30% раствор сульфацила натрия (или раствор фурацилина 1:5000), наложить бинокулярную повязку, срочно отправить в специализированный стационар санитарным транспортом.

2) Объем специализированной помощи будет определяться после полного обследования и наблюдения в динамике в офтальмологическом отделении.

Вопрос 5. Основным повреждающим фактором в данном случае является удар тяжелого тупого предмета - мокрого снежка, летящего с высокой скоростью, что усугубляет его травмирующую способность. Причем при данном варианте тупой травмы различные повреждения развиваются как в придаточном аппарате глаза, так и внутри глаза. Достаточно легко возникают гематомы век, поскольку веки имеют богатое кровоснабжение. Подкожная эмфизема возникает при переломе внутренней стенки орбиты, являющейся самой тонкой из четырех ее стенок. При переломе самой тонкой кости, входящей в состав внутренней стенки - бумажной пластинки решетчатой кости - воздух попадает в орбиту и далее под кожу век. Имеющиеся у ребенка расширение зрачка является следствием контузионного повреждения сфинктера вследствие нарушения парасимпатической иннервации, обеспечиваемой волокнами глазодвигательного нерва. Так как цилиарная мышца иннервируется также из системы этого нерва, логично предположить парез аккомодации. Мощный ударная волна, распространяясь вглубь, разрывает связочный аппарат хрусталика и в результате развивается отрыв хрусталика с вывихом его в стекловидное тело, о чем свидетельствуют такие типичные для афакии признаки как углубление передней камеры, дрожание радужки при движениях глаз и радикально черный цвет зрачка. Вторичный коммоционный удар собственного стекловидного тела при контузии может вызывать повреждения сетчатки, которые обозначаются как задний контузионный синдром.

Ответ верен, основные факторы этиопатогенеза заболевания определены полно.

Ответ содержит неточности. При тупой травме возможны переломы верхней и нижней стенок орбиты с повреждением воздухоносных синусов, что также может привести к формированию подкожной эмфиземы. Расширение зрачка может быть связано с надрывами радужки в области сфинктера. Углубление передней камеры может наблюдаться не только при вывихе, но и подвывихе хрусталика в стекловидное тело.

Ответ неверен. Описанные серьезные изменения с повреждением внутриглазных структур могут наблюдаться только при проникающих ранениях.

Задача 28

Дежурному педиатру центральной районной больницы вечером машиной "Скорой помощи" доставлена пациентка 5 лет в сопровождении матери. 2 часа назад дома во время игры со старшим братом (7 лет) получила удар металлической игрушкой (сабля) по правому глазу. Мать указывает на то, что дочь после травмы не открывает правый глаз, жалуется на боль в нем, часто трет его. На вопрос, как видит травмированный глаз, ребенок отвечает, что видит плохо.

При осмотре: Правый глаз: Выраженный блефароспазм, слезотечение. При попытке открыть глазную щель пальцами отмечается светобоязнь и гиперемия. На роговице - сероватое возвышение линейной формы длиной до 5 мм и шириной до 2 мм. Передняя камера нормальной глубины, влага прозрачна. Радужка спокойна, зрачок центрирован, диаметр его 2,5мм реакции на свет сохранены. Пальпаторно глаз имеет нормальный тонус, со слов девочки при пальпации она ощущает боль. Левый глаз: осмотру доступен, спокоен. Передний отрезок без видимых изменений. Пальпаторно тонус глаза также нормальный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза заболевания.

Ответ

Вопрос 1. Диагноз: Контузия легкой степени, непроникающее ранение роговицы правого глаза. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза (удар металлическим предметом по правому глазу) и офтальмологического статуса, указывающих на признаки механического раздражения переднего отрезка глаза, наличие непроникающего ранения роговицы при полном отсутствии как абсолютных, так и относительных признаков проникающего ранения. Легкая степень контузии определена по отсутствию признаков серьезного повреждения оболочек глазного яблока, низкая острота зрения, на которую указывает пациент, не может быть расценена как критерий контузии тяжелой степени, учитывая возраст и эмоциональное состояние ребенка на момент осмотра.

Вопрос 2. Дифференциальный диагноз следует провести с проникающим ранением глазного яблока. Отсутствие проникающего ранения позволяет исключить отсутствие его абсолютных признаков: сквозной раневой канал в роговице, выпадение внутренних оболочек глазного яблока, дополнительное отверстие в радужке.

Вопрос 3. Пациентке показана срочная госпитализация в офтальмологическое отделение и проведение специального обследования.

1) Офтальмологическое обследование (визометрия, биомикроскопия с флюоресцеиновой пробой, осмотр в проходящем свете, офтальмоскопия, тонометрия, ультразвуковое сканирование глазного яблока).

2) Обзорная рентгенография орбиты на стороне поражения в двух проекциях для исключения наличия инородного тела в орбите или глазном яблоке.

Вопрос 4.

1) Объем первой врачебной помощи.
Инстиллировать в конъюнктивальную полость на стороне поражения однократно глазные капли - антибиотики или сульфаниламиды, наложить монокулярную асептическую повязку, срочно направить ребенка с матерью на консультацию в офтальмологический стационар ОКБ санитарным транспортом.

2) Объем специализированной офтальмологической помощи.
Определяется специалистом после госпитализации в офтальмологическое отделение и включает местную, антибактериальную терапию (капли), противовоспалительную терапию (глюкокортикостероиды или нестероидные средства в каплях), эпителизирующую терапию (глазной гель актовегин или корнерегель).

Вопрос 5. Травмирующий агент в данном клиническом случае обладает достаточной массой для контузионного повреждения глазного яблока, а контакт металлической игрушки, имеющей неострые края, с поверхностью роговицы вызывает непроникающее ранение роговицы. Классификация контузии как легкой обусловлено отсутствием объективных серьезных изменений в переднем отрезке при обследовании. Все описанные изменения являются следствием не очень сильного скользящего удара.

Задача 29

Дежурному педиатру центральной районной больницы вечером в 16.30 часов машиной "Скорой помощи" доставлен пациент 12 лет, ученик 6 класса, обучающийся во вторую смену. Мальчик получил травму правого глаза на уроке полчаса назад: соседка по парте ударила его шариковой ручкой в лицо. Со слов пациента, зрение правого глаза снизилось незначительно. **При осмотре: Правый глаз:** Глазная щель закрыта. У внутреннего угла глазной щели торчит обломок пластиковой ручки длиной до 6 см, выступающий между сомкнутыми веками и не смещающийся при мигательных движениях век, что говорит о том, что он жестко фиксирован. Веки слегка отечны, при пальпации нижнего века определяется симптом крепитации. После открывания глазной щели приблизительно удается определить направление вклинения пластикового обломка ручки во внутреннюю сторону. Во внутреннем отделе бульбарной конъюнктивы имеется гиперемия. В остальном передний отрезок глазного яблока без каких-либо признаков повреждения. Подвижность глазного яблока проверить не удастся из-за боязни пациента двигать им. Пальпаторно тонус глаза нормальный. **Левый глаз:** осмотру доступен, спокоен. Передний отрезок без видимых изменений. Пальпаторно тонус глаза нормальный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования.
4. Составьте и обоснуйте план лечения.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза заболевания.

Ответ

Вопрос 1. Инородное тело орбиты, перелом внутренней стенки орбиты, подкожная эмфизема нижнего века, ранение конъюнктивы правого глаза.

Крепитация при пальпации нижнего века, указывающая на наличие подкожной эмфиземы нижнего века, источником которой являются воздухоносные клетки решетчатого лабиринта: инородное тело (пластиковый отломок ученической ручки) прошло сквозь конъюнктиву и, минуя глазное яблоко, внедрилось через бумажную пластинку в решетчатую кость.

Вопрос 2. Дифференциальный диагноз должен быть проведен с открытой травмой глазного яблока. На ее отсутствие указывает отсутствие абсолютных признаков проникающего ранения, а именно - сквозного раневого канала в роговице или склере, выпадения внутренних оболочек глазного яблока, дополнительного отверстия в радужке, внутриглазного инородного тела.

Вопрос 3. 1) Офтальмологическое обследование, включающее проведение визометрии с коррекцией, биомикроскопии, осмотра в проходящем свете, офтальмоскопии, тонометрии, ультразвукового сканирования глазных яблок.

2) Обзорная рентгенография орбиты в двух проекциях на стороне поражения для уточнения положения инородного тела орбиты, а также наличия других инородных тел и костных повреждений.

3) Осмотр оториноларинголога.

Вопрос 4. 1) Объем первой врачебной помощи. Не пытаться удалять инородное тело. Инстиллировать в конъюнктивальную полость на стороне поражения глазные капли - антибиотики или сульфаниламиды.

Наложить бинокулярную асептическую повязку, выполнив в ней перфорацию для инородного тела.

Срочно направить ребенка с родителями на консультацию в офтальмологический стационар ОКБ санитарным транспортом. 2) Объем специализированной офтальмологической помощи.

Срочная ревизия конъюнктивальной полости и орбиты на стороне поражения под общей анестезией.

Вопрос 5. Имеющаяся у пациента симптоматика обусловлена механическим повреждением конъюнктивы и внутренней стенки орбиты травматическим агентом органической природы (пластмассовый отломок шариковой ручки). Основным симптомом, свидетельствующим о наличии перелома внутренней стенки орбиты, является

наличие подкожной эмфиземы нижнего века, источником которой являются воздухоносные клетки решетчатого лабиринта: инородное тело (пластиковый отломок ученической ручки) прошло сквозь конъюнктиву и, минуя глазное яблоко, внедрилось через бумажную пластинку в решетчатую кость. О целостности оболочек глазного яблока говорит нормальный его тонус и отсутствие признаков открытой травмы.

Задача 30

Мальчик 9 лет во время игры получил удар пластмассовой пулькой из пистолета по правому глазу. Зрение правого глаза сразу после травмы резко снизилось. Родители привезли ребенка в глазной травматологический пункт по месту жительства через 2 часа после травмы.

При осмотре: Правый глаз: Vis OD = 0,08 с sph. +10,0 D = 0,6. Гематома, отек верхнего века. Умеренная инъекция глазного яблока. Роговица отечна. Передняя камера глубокая. Гифема 3 мм. Радужка – мазок крови на 4 часах, иридолиз. Мидриаз 5 мм. Рефлекс с глазного дна розовый, ослабленный. В стекловидном теле хлопьевидные плавающие помутнения. ВГД пальпаторно – (-1). Левый глаз: Vis OD = 1,0. Глаз спокоен, здоров. ВГД пальпаторно – норма.

Вопросы:

1. Какой диагноз на основании данных анамнеза и офтальмологического статуса можно поставить?
2. Какой объем первой врачебной помощи должен оказать пациенту врач травматологического пункта?
3. Какие специальные методы исследования необходимо провести после офтальмологического обследования?
4. Где далее должен лечиться пациент?
5. Какие мероприятия для оптической реабилитации пациента должны быть проведены?
6. Какие отдаленные осложнения травмы могут возникнуть у данного пациента?

Ответ

Вопрос 1. Контузия, гифема, травматический мидриаз, люксия хрусталика в стекловидное тело, частичный гемофтальм правого глаза.

Вопрос 2.1) Инстилляционная антибиотика или сульфаниламидного препарата в конъюнктивальную полость 2) Наложение бинокулярной повязки 3) Госпитализация в специализированный глазной стационар

Вопрос 3. Рентгенологическое исследование (обзорная рентгенография орбиты в 2-х проекциях) для исключения наличия внутриглазного инородного тела.

Вопрос 4. Пациент должен лечиться в специализированном глазном стационаре.

Вопрос 5. Возможно 2 варианта оптической реабилитации пациента:

- 1) При стабильном положении хрусталика и отсутствии вторичной факогенной гипертензии – монокулярная контактная коррекция.
- 2) При смещении люксированного хрусталика с развитием вторичной гипертензии, факогенного иридоциклита необходимо выполнить лентектомию (удаление хрусталика) с имплантацией интраокулярной линзы специальной фиксации.

Вопрос 6. Травматическая отслойка сетчатки, вторичная глаукома.

Задача 31

Девочка 6 лет наблюдала за работой сварщиков, которые по окончании сварки металлических деталей отбивали со швов окалину. Кусочек металла отскочил от детали и ударил по левому глазу девочки. Она почувствовала резкую боль, а затем не смогла открыть глаз, так как у нее появилось ощущение инородного тела вместе с болью колющего характера. Мать привезла ребенка к окулисту в поликлинику через час после травмы. При осмотре: Правый глаз: Vis OD = 0,7 не корр. Умеренные блефароспазм и слезотечение. Передний отрезок, среды без патологии. Глазное дно не офтальмоскопируется из-за беспокойного поведения ребенка. Левый глаз: Остроту зрения проверить не удастся из-за выраженного блефароспазма. Слезотечение, светобоязнь. Геморрагическое отделяемое по краю век. При осмотре с векоподъемниками: во внутреннем отделе в 3 мм от лимба в меридианах 6.0-8.30. инородное тело в склеральном раневом канале, выступающее из фиброзной оболочки на 3-4 мм. Вокруг раны склеры гипосфагма. Роговица прозрачна. Передняя камера глубже средней, гифема 3 мм. Зрачок слегка деформирован, подтянут к 8 часам, диаметр 3-4 мм, реакции на свет сохранены. В проходящем свете – рефлекс с глазного дна розовый, ослабленный во внутреннем отделе. В стекловидном теле в медиальном отделе – массивное полуфиксированное помутнение. Глазное дно осмотреть не удастся из-за поведения ребенка. Пальпаторно ВГД – (-1).

Вопросы:

1. Какой диагноз на основании данных анамнеза и офтальмологического статуса можно поставить?
2. Какой объем первой врачебной помощи должен оказать пациенту врач-окулист поликлиники?
3. Какова должна быть тактика врача поликлиники по отношению к инородному телу, торчащему из склеральной раны?
4. Какие специальные методы исследования должны быть проведены в специализированном стационаре для уточнения диагноза?
5. Какова должна быть лечебная тактика врача офтальмологического стационара в отношении данного пациента?
6. Какие ранние и отдаленные осложнения травмы могут возникнуть у данного пациента?

Ответ

Вопрос 1. Проникающее ранение склеры, внутриглазное инородное тело, гифема, частичный гемофтальм левого глаза.

Вопрос 2. Объем первой врачебной помощи:

- 1) Инстилляционная антибиотика или сульфаниламидного препарата в конъюнктивальную полость.
- 2) Введение антибиотиков широкого спектра действия внутримышечно или перорально,
- 3) Введение противостолбнячной сыворотки.
- 4) Наложение бинокулярной повязки.
- 3) Срочная госпитализация в специализированный глазной стационар.

Вопрос 3. Врач поликлиники ни в коем случае не должен пытаться самостоятельно удалить инородное тело, так как это может привести к тяжелым последствиям, которые невозможно ликвидировать в условиях амбулаторного приема (выпадение внутренних оболочек, стекловидного тела).

Вопрос 4. После офтальмологического обследования в стационаре выполняются обзорная рентгенография орбиты в 2-х проекциях для уточнения размеров и конфигурации инородного тела, рентгенография по Комбергу-Балтину – для выяснения локализации инородного тела.

	<p>Вопрос 5. После офтальмологического и рентгенологического обследования должно быть выполнено срочное оперативное вмешательство – удаление инородного тела, введение в стекловидное тело антибиотиков, ушивание раны склеры левого глаза.</p> <p>Вопрос 6. Ранние осложнения: инфицирование с развитием эндофтальмита и панофтальмита. Отдаленные осложнения: фиброз стекловидного тела, отслойка сетчатки.</p> <p style="text-align: center;">Задача 32</p> <p>В поликлинику обратилась мама с девочкой Н., 6 лет. Ребёнка беспокоит жжение, чувство инородного тела, светобоязнь, слезотечение в правом глазу. Из анамнеза стало известно, что минут 30 назад девочка случайно задела открытый флакон белизны и жидкость попала в глаз. Мама ребенку промыла глаз водой и на попутной машине были доставлены в поликлинику. Vis OD = 0,2; Vis OS = 0,7. При осмотре: гиперемия, легкий отек век, выраженная светобоязнь, слезотечение, блефароспазм правого глаза. Конъюнктивы гиперемированы, отечны, у лимба в нижнем отделе «тусклая» с серым оттенком роговицы отечная, шероховатая. На роговице в параоптической зоне в нижне-внутреннем отделе участок эрозированной поверхности. Общее состояние девочки относительно удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 80 ударов в минуту, АД 80/60 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул, диурез в норме. Лабораторные показатели крови и мочи в пределах возрастной нормы.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какой диагноз следует предположить? 2. Первая врачебная помощь. 3. Ваша тактика и лечебные мероприятия. 4. Какие осложнения данной патологии можно ожидать? <p style="text-align: center;">Ответ</p> <p>Вопрос 1. У ребёнка предположительный диагноз: химический ожог роговицы I-II степени правого глаза. Окончательное определение тяжести поражения при ожогах, особенно щелочью, проводится через 2-3 дня после травмы.</p> <p>Вопрос 2. При проведении первой врачебной помощи необходимо: Обильно промыть глаз проточной водой в течение 15-20 минут с помощью шприца (без иглы), с обязательным выворотом век, тщательным удалением инородных тел. Нейтрализация химического агента: при щелочных ожогах – 2% раствор борной кислоты, при кислотных – 2% раствор бикарбоната натрия. Снятие болевого синдрома закапыванием анестетиков: дикаин, лидокаин, новокаин, инокаин и т.д. Профилактика инфекции: антисептические, антибактериальные капли и мази - 0,3% хлорамфеникол (левомецетин); ципрофлоксацин, офлоксацин; гентамицин, тобрамицин. При ожогах тяжелой степени - п/к 1500-3 000 МЕ противостолбнячной сыворотки. Противовоспалительные средства: ГКС- 0,1% раствор дексаметазон, бетаметазон. Стимуляторы регенерации: 20% солкосерил, декспантенол (корнерегель), таурин 4%, баларпан</p> <p>Вопрос 3. Данная патология лечится в условиях глазного стационара. Необходимо назначение частых инстилляций (до 6-8 раз в день) антибиотиков или сульфаниламидов, таких как: левомецетин, гентамицин, тобрекс, сульфацил натрия 20%. Показана эпителизирующая терапия: солкосерил или актовегиновое желе 3 раза в день, глазные мази эритромициновая, тетрациклиновая на ночь. Инстилляци тауфона 4% или баларпана. Из ФТЛ можно назначить лазерстимуляцию роговицы с кераторпротекторами.</p> <p>Вопрос 4. Одним из грозных осложнений, при присоединении инфекции, является гнойная язва роговицы. Возможно также появление стойкого помутнения роговицы, но в данном случае визуальный исход благоприятный, так как эрозия роговицы располагается в параоптической зоне.</p>
<p>Б 1.Б.6.10 Раздел 10. Офтальмологические симптомы при общих заболеваниях организма, синдромах у детей и взрослых</p>	<p style="text-align: center;">Задача 33</p> <p>На приеме у педиатра мать с сыном, возраст 4 года 8 месяцев. Мать жалуется на длительно существующий у ребенка кашель (в течение месяца) с небольшим количеством мокроты. При начале заболевания самостоятельно без назначения врача давала ребенку антибиотики (флемоклав солютаб) в течение 7 дней, далее лечила ребенка противокашлевыми средствами, отварами грудных сборов. В течение года ребенок часто болел ОРВИ, потерял в весе 1 кг, аппетит плохой, быстро устает во время подвижных игр. Родился в срок, с массой тела 3,2 кг, ростом 57 см. Привит по возрасту до 4 лет, в течение последнего года плановые прививки (БЦЖ) не выполнялись, так как в назначенное время у пациента были отводы по ОРВИ. Из семейного анамнеза выяснено, ребенок живет с матерью и отцом, оба родителя соматически здоровы. Дедушка ребенка переболел туберкулезом, в настоящее время состоит на учете у фтизиатра. Живет отдельно, однако контакты с внуком частые. Во время сбора жалоб и анамнеза доктор отметил, что маленький пациент прячет лицо на груди у матери. На предложение развернуться ребенок ответил отказом. Когда мать повернула лицо ребенка к врачу, оказалось что у него присутствует выраженный блефароспазм, он не может смотреть на источники света, имеется выраженное слезотечение, отек и мацерация кожи век и лица, больше с правой стороны. Мать отметила, что отек век и слезотечение со светобоязнью правого глаза появились неделю назад, по поводу чего капала в правый глаз 20% раствор альбуцида 3 раза в день, считая, что ребенок в садике заразился острым конъюнктивитом.</p> <p>Данные осмотра: При осмотре: Состояние относительно удовлетворительное. Ребенок вялый, старается устроиться на руках у матери и спрятать лицо на ее груди. Пониженного питания, при росте 102 см весит 13 кг. Кожные покровы бледные, сухие. Подкожные вены в верхней части грудной клетки и спины несколько расширены. Подмышечные лимфатические узлы слева увеличены. Во время аускультации отмечен экспираторный стрidor, ослабление дыхания в левом легком в средней его трети. Перкуторно в данном месте определяется притупление паравертебрально. ЧДД=20 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС=94 в мин. АД=95/65 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Температура тела 37,2⁰. При кратковременном раскрытии глазной щели справа доктору удалось заметить выраженную гиперемию бульбарной с конъюнктивы, наличие множественных мелких желтоватых инфильтратов, напоминающих пшеничное зернышко, рассыпанных по лимбу. При наружном осмотре левого глаза установлены аналогичные изменения, выраженные в меньшей степени.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его. 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план обследования. 4. Составьте и обоснуйте план лечения. 5. Назовите основные факторы этиопатогенеза заболевания. <p style="text-align: center;">Ответ</p>

Вопрос 1. Диагноз: Туберкулезно-аллергический фликтенулезный кератит обоих глаз

Диагноз кератита поставлен на основании жалоб (выраженный блефароспазм, слезотечение), данных анамнеза (контакты с пациентом, большим туберкулезом), офтальмопатологии (субъективно - выраженный роговичный синдром, объективно - гиперемия бульбарной конъюнктивы, наличие на лимбе множественных милиарных фликтен). Заключение о этиологии процесса сделано на основании данных анамнеза (контакты с инфицированным туберкулезом бабушкой) и общесоматического статуса, свидетельствующего о наличии бронхоаденита, предположительно туберкулезного происхождения.

Вопрос 2. Туберкулезно-аллергический фликтенулезный кератит следует дифференцировать с:

- 1) лимбальной формой весеннего катаракта - инфильтраты при данном заболевании также располагаются на лимбе роговицы, однако преимущественно в верхнем отделе и не имеют вид фликтен, кроме того важным критерием являются изменения конъюнктивы хряща верхнего века с типичными сосочковыми разрастаниями.
- 2) краевым катаральным кератитом - инфильтрат при данном кератите располагается также на лимбе роговицы, однако он единичный, крупный и имеет полудунную форму. Роговичный синдром при красном кератите менее выраженный, чем при фликтенулезном, и перикорнеальная инъекция возникает очень локально соответственно участку роговичной инфильтрации.

Вопрос 3. 1) Офтальмологическое обследование

- визометрия с коррекцией, биомикроскопия, офтальмоскопия, гониоскопия, тонометрия, ультразвуковое сканирование глазных яблок.

2) Развернутый анализ крови

3) Рентгенография органов грудной клетки

4) Посев мокроты на БК

5) Туберкулиновые пробы

- реакция Манту с оценкой через 24-48 часов

а) местной реакции, которая считается положительной при появлении папулы не менее 5 мм в диаметре;

б) системной (или общей) реакции, сопровождающаяся лихорадкой, недомоганием, артралгией, сдвигами показателей гемограммы (увеличения СОЭ на 3 мм/ч и более, увеличение количества лейкоцитов на $1,0 \times 10^9$ /л, увеличения палочкоядерных нейтрофилов на 6%, снижения лимфоцитов на 10% и более, снижения эозинофилов на 10% и более, моноцитопения, снижение содержания альбуминов и одновременное увеличение уровня глобулинов более чем на 10% по сравнению с исходными показателями).

в) очаговой реакции в виде увеличения количества фликтен, увеличения их размера, прогрессирования распространения по роговице, усиления инъекции глазного яблока и васкуляризации роговицы.

Вопрос 4. При подтверждении туберкулезной этиологии бронхоаденита пациент будет получать специфическую терапию у фтизиатра. По поводу туберкулезно-аллергического кератита левого глаза данный пациент должен лечиться у офтальмолога, работающего в противотуберкулезном диспансере. Местная терапия предполагает применение глюкокортикоидов в виде глазных капель и мазей с последующим переводом на местные антигистаминные средства и кромогликаты.

Вопрос 5. В настоящее время для фликтенулезного кератита общепризнанной считается туберкулезно-аллергическая природа процесса. Появлению фликтен может способствовать ряд факторов, вызывающих упадок питания и усиливающих состояние аллергии. Значительную роль играют витаминная недостаточность, негигиеническое содержание кожи, экссудативный диатез и такие инфекции, как корь, скарлатина, эпидемический паротит. Иногда вспышка фликтенулезного кератита возможна под влиянием парааллергена, т. е. неспецифического агента.

Задача 34

Мальчик В., 14 лет, по данным общего осмотра резко выраженной астенической конституции, грудная клетка воронкообразной формы, резко выраженный сколиоз. Конечности длинные с тонкими пальцами («пальцы паука»), отмечается недоразвитие мышечной ткани, подкожной клетчатки. Умственное развитие соответствует возрасту. Рентгенологически обнаружен диффузный остеопороз метафизарных костей. По данным УЗИ почек: эктопия почек. По данным лабораторных исследований: в моче повышенное количество гидроксипролина – аминокислоты, входящей в состав коллагена. По данным офтальмопатологии: острота зрения обоих глаз снижена до 0,08, с коррекцией сфера -8,0dpt. = 0,6. При осмотре отмечается нистагм, анизокория. Иридоноз на обоих глазах.

Вопросы:

1. Какой синдром соответствует обнаруженному симптомокомплексу?

2. Каков этиопатогенез заболевания?

3. Какое офтальмологическое обследование необходимо провести, если по данным субъективного исследования рефракция выявлена миопии?

4. Что такое иридоноз и о чем свидетельствует его наличие?

5. Дайте определение понятию «анизокория».

Ответ

Вопрос 1. У ребенка синдром Марфана – врожденная гипопластическая мезодермальная дистрофия.

Вопрос 2. В развитии заболевания играют значение нарушения обменных процессов. Характерно накопление свободных кислых мукополисахаридов в эластических и коллагеновых волокнах. Нарушается обмен гидроксипролина. В процессе роста значительное количество коллагеновых волокон развивается не полностью или дегенерирует, вследствие этого страдает развитие скелета, связочного аппарата, поражаются эластические ткани.

Вопрос 3. Кроме субъективного определения рефракции, необходимо применить объективные методы определения рефракции: скиаскопию и рефрактометрию. Исследование проводится в условиях циклоплегии (медикаментозного паралича аккомодации), применяются мидриатики: раствор атропина сульфата 1%, цикломед или тропикамид 1%. Для синдрома Марфана характерно наличие у больного миопии высокой степени.

Вопрос 4. Иридоноз – дрожание радужки при резких движениях глаза, наблюдаемое при афакии (отсутствие хрусталика), вывихе или подвывихе хрусталика. При синдроме Марфана наблюдается как следствие дислокации хрусталика из-за поражения цинновых связок.

Вопрос 5. Анизокория – неравенство диаметров зрачков правого и левого глаза.

Задача 35

Вы направили на консультацию к окулисту девочку 16 лет и получили следующую запись в истории болезни: Vis OU = 0,9 не корр. TOU = 20 мм рт. ст., Поля зрения в норме. Объективно: глаза спокойны, роговица прозрачная, сферичная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Радужка в цвете. рисунке не

	<p>изменена, зрачок правильной формы, реакция на свет “живая”. Рефлекс с глазного дна розовый во всех направлениях. На глазном дне обоих глаз отмечается неравномерное расширение вен, начальная штопорообразная извитость макулярных венул – симптом Гвиста. Артерии – ход и калибр не изменен. В макулярной области микроаневризмы и единичные округлые кровоизлияния. По ходу носовых сосудистых аркад видна сеть новообразованных сосудов.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Как расшифровать такую запись? 2. Каких специалистов необходимо привлечь в первую очередь? 3. О каком патологическом процессе она свидетельствует? 4. Лечение и профилактика. <p style="text-align: center;">Ответ</p> <p>Вопрос 1. Неравномерное расширение ретинальных вен, извитость макулярных венул, микроаневризмы, ретинальные округлые геморрагии, появление сети новообразованных сосудов сетчатки указывают на признаки препролиферативной диабетической ангиоретинопатии.</p> <p>Вопрос 2. В первую очередь необходима консультация эндокринолога и исследование уровня гликемии и гипергликемического профиля.</p> <p>Вопрос 3. Учитывая подростковый возраст, характер изменений на глазном дне можно думать о длительно текущем сахарном диабете I типа (инсулинозависимом).</p> <p>Вопрос 4. Лечение сахарного диабета и профилактика прогрессирования поздних осложнений микроангиопатии проводится эндокринологом и включают меры по коррекции углеводного обмена, препараты инсулина, антидиабетические препараты, диетотерапию.</p> <p>В данном случае, под наблюдением окулиста, следует подключить ангиопротекторы (аскорутин, доксиум), ретинопротекторы (эмоксипин, мекседол), витаминотерапию.</p> <p>Дополнительно выполнить флюоресцентную ангиографию глазного дна для решения вопроса о необходимости проведения фото- или лазеркоагуляции.</p>
--	--

7.6. Перечень практических навыков:

<p><i>Б 1.Б.6.1</i> Раздел 1. Анатомия и физиология органа зрения</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Техника исследования глаза при боковом освещении; 2. Техника исследования глаза в проходящем свете; 3. Техника исследования глаза при биомикроскопии; 4. Техника исследования глаза офтальмоскопии; 5. Исследование остроты зрения; 6. Исследование цветового зрения; 7. Исследование поля зрения; 8. Исследование светоощущения; 9. Исследование бинокулярного метода;
<p><i>Б 1.Б.6.2</i> Раздел 2. Клиническая рефракция, аккомодация, оптическая коррекция зрения, патология глазодвигательного аппарата</p>	<ol style="list-style-type: none"> 10. Техника скиаскопии; 11. Принципы диагностики астигматизма; 12. Определение ближайшей точки ясного видения, вычисление объема аккомодации; 13. Определение положительной и отрицательной части относительной аккомодации; 14. Правила подбора очков при гиперметропии; 15. Правила подбора очков при миопии; 16. Правила подбора очков при астигматизме; 17. Исследование характера зрения на приборе «Цветотест»; 18. Осмотр лицевых структур и оценка положения глаз по отношению к ним; 19. Определение угла косоглазия по методу Гиршберга; 20. Определение угла косоглазия на синаптофоре; 21. Определение угла косоглазия на периметре; 22. Исследование конвергенции; 23. Исследование глазодвигательного аппарата; 24. Исследования фузионной способности и фузионных резервов; 25. Определение зрительной фиксации;
<p><i>Б 1.Б.6.3</i> Раздел 3. Заболевания защитного аппарата глаза (век, конъюнктивы, слезных органов, склеры, орбиты) у лиц различного возраста</p>	<ol style="list-style-type: none"> 26. Техника внешнего осмотра век при естественном освещении; 27. Техника простого выворота век; 28. Осмотр век боковым освещением и комбинированным методом; 29. Биомикроскопическое исследование края век; 30. Наружный осмотр слезных органов; 31. Пальпация области слезной железы, каналцев, слезного мешка; 32. Проба Ширмера; 33. Носовая проба; 34. Промывание слезоотводящих путей; 35. Зондирование слезных каналцев и слезно-носового канала; 36. Рентгенография слезоотводящих путей – анализ рентгенограмм; 37. Наружный осмотр слезопроизводящих органов; 38. Подготовка ребенка к осмотру слезных органов, методика фиксации; 39. Наружный осмотр, пальпация области слезного мешка новорожденного;

	<p>40. Методика массажа слезного мешка</p> <p>41. Методика зондирования и промывания слезных путей</p> <p>42. Подготовка ребенка к осмотру конъюнктивы, методика фиксации;</p> <p>43. Исследование конъюнктивы при боковом освещении, биомикроскопия;</p> <p>44. Методика применения векоподъемников</p> <p>45. Подготовка ребенка к осмотру склеры, методика фиксации;</p> <p>46. Исследование склеры при боковом освещении, биомикроскопия;</p> <p>47. Методика применения векоподъемников для осмотра склеры;</p> <p>48. Лучевые методы исследования орбиты: рентгенография, орбитография, ангиография, компьютерная томография, ядерная магнитно-резонансная томография, радиоизотопное исследование. Методика определения подвижности глазного яблока;</p> <p>49. Методика экзофтальмометрии;</p>
<p><i>Б 1.Б.6.4</i> Раздел 4. Заболевания оптического аппарата глаза (роговицы, хрусталика, стекловидног о тела) у лиц различного возраста</p>	<p>50. Методика осмотра роговицы при боковом освещении, в проходящем свете, при биомикроскопии у детей и взрослых;</p> <p>51. Определение чувствительности роговицы;</p> <p>52. Методика офтальмометрии, кератометрии и кератографии;</p> <p>53. Методика осмотра хрусталика при боковом освещении, в проходящем свете, при биомикроскопии у детей и взрослых;</p>
<p><i>Б 1.Б.6.5</i> Раздел 5. Заболевания сетчатки, зрительного нерва, проводящих путей, корковых отделов зрительного анализатора у лиц различного возраста</p>	<p>54. Методика прямой и обратной офтальмоскопии у детей и взрослых;</p> <p>55. Биомикроофтальмоскопия с линзой Гольдманна, бесконтактной линзой;</p> <p>56. Методика проведения флюоресцентной ангиографии глазного дна;</p> <p>57. Методика проведения оптической когерентной томографии диска зрительного нерва;</p> <p>58. Методика измерения слепого пятна;</p> <p>59. Электрофизиологическое исследование органа зрения;</p>
<p><i>Б 1.Б.6.6</i> Раздел 6 Патология сосудистой оболочки глаза у лиц различного возраста</p>	<p>60. Методика биомикроскопии радужки у детей и взрослых;</p> <p>61. Методика пальпации глаза в проекции ресничного тела;</p> <p>62. Биомикроофтальмоскопия с линзой Гольдманна, бесконтактной линзой;</p>
<p><i>Б 1.Б.6.7</i> Раздел 7. Новообразов ания органа зрения у детей и взрослых</p>	<p>63. Техника импрессионного цитологического исследогвания конъюнктивы;</p> <p>64. Флюоресцентная ангиография органа зрения;</p> <p>65. УЗИ и УБМ глаза;</p> <p>66. Лучевые методы исследования (КТ, МРТ);</p>
<p><i>Б 1.Б.6.8</i> Раздел 8. Нарушения регуляции внутриглазно го давления</p>	<p>67. Методика тонометрии. суточная тонометрия;</p> <p>68. Методика тонографии;</p> <p>69. Методика гониоскопии;</p> <p>70. Методики исследования поля зрения и слепого пятна (периметрия, кампиметрия) при глаукоме;</p> <p>71. Методика проведения нагрузочных проб;</p> <p>72. Методика оценки состояния диска зрительного нерва при офтальмоскопии, биомикроофтальмоскопии;</p> <p>73. ОКТ, НРТ ДЗН;</p>
<p><i>Б 1.Б.6.9</i> Раздел 9. Повреждения органа зрения у лиц различного возраста</p>	<p>74. Методика фиксации ребенка для осмотра органа зрения;</p> <p>75. Техника наложения векоподъемников;</p> <p>76. Техника биомикроскопии и офтальмоскопии у детей;</p> <p>77. Техника выворота верхнего века;</p> <p>78. Техника промывания конъюнктивальной полости;</p> <p>79. Техника удаления поверхностных инородных тел конъюнктивы и роговицы;</p> <p>80. Техника наложения различных видов повязок.</p>

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	11. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	12. Знание алгоритма решения
	13. Уровень самостоятельного мышления
	14. Аргументированность решения
	15. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов

критериям Отлично (5)	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
---------------------------------	---

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Оценка освоения практических навыков

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Отлично	Самостоятельно освоил практические навыки предусмотренные программой. Отрабатывал практические навыки на муляжах во внеучебное время. При демонстрации практических навыков точно соблюдал алгоритм выполнения.
Хорошо	Самостоятельно освоил практические навыки предусмотренные программой. Отрабатывал практические навыки на муляжах во внеучебное время. При демонстрации практических навыков допустил незначительные погрешности в алгоритме и технике выполнения навыка исправленные по указанию преподавателя.
Удовлетворительно	Освоил не все практические навыки предусмотренные программой. Отрабатывал практические навыки на муляжах в учебное время и только по указанию преподавателя. При демонстрации практических навыков допустил грубые ошибки и погрешности в алгоритме и технике выполнения навыка.

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами
компетенций рабочей программы дисциплины «Офтальмология»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки и их перечня
УК	1	1-669	1-35	1-198	1-568	1-80
ПК	1	1-669	1-35	1-198	1-568	1-80
	2	121-669	1-35	11-198	93-568	1-80
	4	482-556, 617-669	-	84-107, 108-130, 166-198	341-429	-
	5	1-669	1-35	1-198	1-568	1-80
	6	48-669	1-35	1-198	1-568	1-80
	8	48-120, 617-669	1-35	1-10, 166-198	1-92, 514-568	-
	9	121-616	1-35	11-198	93-513	-
	10	1-120, 617-669	-	1-10, 84- 107, 166- 198	1-92, 341-369, 514-568	-

7.7. Темы рефератов

Раздел	Темы рефератов
<p align="center">Б 1.Б.6.1 Раздел 1. Анатомия и физиология органа зрения</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Влияние различных внешних факторов на формирование глаза. 2. Роль наследственных факторов в развитии органа зрения. 3. Стадии развития органа зрения у эмбриона и плода. 4. Нейронная система палочек. 5. Нейронная система колбочек. 6. Тракт «карликовых» клеток и цветовое зрение. 7. Одно-, двух- и трехстадийная концепции цветового зрения. 8. Методы определения симуляции слепоты. 9. Нейрофизиологические основы контрастной чувствительности. 10. Основные варианты и причины снижения остроты зрения 11. Анатомия дренажного аппарата глаза. 12. Микроскопическое строение хрусталика. 13. Анатомия ресничного пояса. 14. Топографические особенности строения сетчатки. 15. Топографическая анатомия придаточных пазух носа 16. Микроскопическое строение различных отделов конъюнктивы 17. Методы исследования кровообращения глаза 18. Гейдельбергская ретинальная томография. 19. Методика проведения нистагмометрии 20. Методика проведения адаптометрии.
<p align="center">Б 1.Б.6.2 Раздел 2. Клиническая рефракция, аккомодация, оптическая коррекция зрения, патология глазодвигательного аппарата</p>	<ol style="list-style-type: none"> 21. Физические основы рефрактометрии. 22. Привычно избыточное напряжение аккомодации. 23. Компьютерная аккомодография. 24. Возможности интраокулярной коррекции аметропий. 25. Оптическое действие контактных линз при аметропиях, абсолютные и относительные противопоказания к назначению контактных линз. 26. Виды контактных линз и материалы для их изготовления. Жесткие и мягкие линзы (корректирующие, косметические и диафрагмирующие), лечебные контактные линзы. Показания к назначению контактных линз профессиональные и медицинские. 27. Влияние компьютеров на орган зрения, оптическая коррекция пользователя компьютеров. Хирургические и эксимерлазерные методы лечения при аметропиях их сроки в зависимости от возраста. 28. Тактика офтальмолога при осложненной миопии у беременных. 29. Склеропластика в лечении прогрессирующей миопии. 30. Астигматизм. Понятие о главных меридианах астигматического глаза. Клиническая классификация астигматизма. Неправильный астигматизм. 31. Рефракционная амблиопия. Астенопия. Анизометропия и ее связь с анизейконией. Клинические особенности анизометропии (признаки, течение и клинические варианты), анизометропическая амблиопия, нарушение бинокулярного зрения. 32. Этиологическая роль аметропии, снижения зрения, анизейконии, напряжения аккомодации и других факторов в возникновении косоглазия. 33. Амблиопия и ее величина, характер зрительной фиксации при амблиопии. 34. Электростимуляция глазодвигательных мышц, показания, методика. 35. Профилактика содружественного косоглазия. 36. Роль неврологических исследований в диагностике паралитического косоглазия. 37. Виды, причины нистагма у детей и взрослых. 38. Состояние зрительных функций при нистагме. 39. Методы лечения нистагма. Возможные исходы.
<p align="center">Б 1.Б.6.3 Раздел 3.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 40. Аномалии развития и положения век (лагофтальм, заворот и выворот века, эпикантус, криптофтальм, анкилоблефарон, челюстно-лицевые дизостозы, колобома, птоз).

<p>Заболевания защитного аппарата глаза (век, конъюнктивы, слезных органов, склеры, орбиты) у лиц различного возраста</p>	<ol style="list-style-type: none"> 41. Невоспалительный отек, элфантиаз. 42. Ретракция верхнего века, врожденный птоз, приобретенный птоз, синкинетические движения верхнего века. 43. Лечение различных видов птоза у взрослых и детей в зависимости от выраженности и влияния на зрение. 44. Методы исследования слезопродукции (пробы Ширмера I-II, Норна, Джонеса). 45. Структура слезной пленки и методы ее исследования. 46. Тиаскопия, кристаллография слезной пленки. 47. Офтальмологические проявления болезни Микулича. 48. Врожденная патология слезоотводящих путей. 49. Заболевания слезных точек и канальцев (сужение и облитерация слезных точек и слезных канальцев, грибковые каналликулиты). 50. Нейрогенные расстройства слезообразования. 51. Офтальмологические проявления болезни Стивенса-Джонсона. 52. Конъюнктивиты при общих вирусных инфекционных заболеваниях (корь, ветрянка, натуральная оспа, пемфигус и др.) и инфекционных заболеваниях другой этиологии (туляремия, болезнь Лайма, лептоспироз и др.). Комплексное лечение. Продолжительность. Исходы. 53. Хронический сухой конъюнктивит при синдроме Сьегрена. 54. Прободная склеромалия. Этиология, клиника, лечение. 55. Розацеа-эписклерит. Этиология, клиника, лечение. 56. Стафиломы и псевдостафиломы склеры. 57. Тенонит, пульсирующий экзофтальм. 58. Грибковые заболевания орбиты (актиномикоз, аспергиллез). 59. Паразитарные заболевания (эхинококкоз, цистицеркоз, аскаридоз, трихинеллез, филяриатоз, онхоцеркоз). Лечение. Консервативное и хирургическое лечение.
<p>Б 1.Б.6.4 Раздел 4. Заболевания оптического аппарата глаза (роговицы, хрусталика, стекловидного тела) у лиц различного возраста</p>	<ol style="list-style-type: none"> 60. Семейно-наследственная дистрофия роговицы Гренуа. 61. Пятнистая дистрофия роговицы Фера и решетчатая дистрофия роговицы Диммера. 62. Краевая эктазия роговицы Террьеана. Старческая дуга. 63. Атипичные формы сифилитического кератита. Гумма роговицы. 64. Особенности скрофулезного туберкулезно-аллергического кератита. 65. Диагностика герпетического кератита. 66. Современные способы лечения кератоконуса: кросслинкинг, имплантация роговичных колец и сегментов. 67. Ауто- и гомокератоаластика. 68. Хирургическое лечение при перфоративных язвах роговицы. 69. Катаракты при наследственных заболеваниях, вызываемых хромосомными, геномными и генными мутациями (болезнь Блоха-Сульцберга, синдром Ротмунда, Марфана, Марчезани). 70. Катаракты при наследственных заболеваниях, вызываемых хромосомными, геномными и генными мутациями (хондродистрофия, гомоцистинурия синдром Лоу, болезнь Дауна). 71. Катаракты при наследственных заболеваниях, вызываемых хромосомными, геномными и генными мутациями (синдром Ригера, Халлермана, Кокейна, Элрса-Данлоса, синдром Лобштейна, Конради-Хюнерманна, синдром Аксенфельда). 72. Лечение амблиопии, устранение косоглазия и другой патологии после экстракции врожденной катаракты. 73. Хирургия катаракты с применением фемтосекундного лазера. 74. Экспульсивная геморрагия: этиопатогнез, диагностика, профилактика. 75. Ленсэктомия. 76. Коррекция афакии с использованием мультифокальных интраокулярных линз: возможности и проблемы. 77. Витрэктомия при эндофтальмитах. 78. Витрэктомия при отслойке сетчатки. 79. Витрэктомия при травме. 80. Витрэктомия при гемофтальме.

	81. Витректомиа при диабетической ретинопатии.
Б 1.Б.6.5 Раздел 5. Заболевания сетчатки, зрительного нерва, проводящих путей, корковых отделов зрительного анализатора у лиц различного возраста	82. Желтопятнистая дегенерация сетчатки Франческетти. 83. Решетчатая дегенерации сетчатки, дегенерация сетчатки «след улитки». 84. Периферическая дегенерация сетчатки «белое без вдавления». 85. Периферическая дегенерация сетчатки инееподобная, «булыжная мостовая». 86. Изменения сетчатки при ретролентальной фиброплазии. 87. Наружный экссудативный ретинит Коатса. Дифференциальная диагностика. 88. Ангиоматоз сетчатки и головного мозга (болезнь Гиппель-Линдау). 89. Особенности картины глазного дна при токсикозе беременности. 90. Дифференциальная диагностика передней ишемической оптической нейропатии и гипертонической нейропатии. 91. Дифференциальная диагностика задней ишемической оптической нейропатии и ретробульбарного неврита. 92. Изменения поля зрения при оптических нейропатиях. 93. Дифференциальная диагностика застойного диска с псевдоневритом, 94. Дифференциальная диагностика застойного диска с невритом. 95. Дифференциальная диагностика застойного диска с отеком сосудистого генеза. 96. Дифференциальная диагностика застойного диска с друзами диска. 97. Электрофизиологические методы диагностики атрофии зрительного нерва. 98. Оптическая когерентная томография в диагностике атрофии зрительного нерва. 99. Патология зрительного нерва при отравлении метиловым спиртом. 100. Поражения хиазмы при опухолях sellarной локализации. 101. Поражения хиазмы при оптохиазмальном лептоменингите, 102. Поражения хиазмы при патологии сосудов головного мозга.
Б 1.Б.6.6 Раздел 6 Патология сосудистой оболочки глаза у лиц различного возраста	103. Микрокория: клиническая картина, осложнения. 104. Мезодермальный дисгенез роговицы и радужки (болезнь Ригера). 105. Аномалии развития хориоидеи. 106. Экстрамакулярные колобомы сосудистой оболочки. 107. Ангиома сосудистой оболочки. 108. Возможная этиология увеитов (бактериальные инфекции, вирусы, риккетсии, гельминты, простейшие, системные заболевания и коллагенозы, болезни обмена и эндокринные заболевания). 109. Состояние гипофизарно-гипоталамо-надпочечниковой системы, гормональные расстройства как причины увеитов. 110. Лечение постувеальной глаукомы. 111. Увеит при красной волчанке. 112. Увеит при узелковом периартериите. 113. Увеит при склеродермии. 114. Увеит при болезни Бехтерева. 115. Увеит болезни Бехчета. 116. Увеит Фогта-Коянаги-Харада. 117. Увеит при саркоидозе, при лимфогранулематозе. 118. Окуло-уретросиновеальный синдром Рейтера. 119. Увеит при синдроме Геерфордта, гистоплазмозе, токсокарозе.
Б 1.Б.6.7 Раздел 7. Новообразования органа зрения у детей и взрослых	120. Новообразования век: папиллома, кожный рог, аденома. Клиническая картина и лечение. 121. Новообразования век: фиброма, липома, ангиома, нейрофиброма. Клиническая картина и лечение. 122. Дифференциальная диагностика пигментного невуса и злокачественной меланомы кожи век. 123. Саркома века. Клиническая картина и лечение. 124. Пигментная ксеродерма конъюнктивы. Клиника и лечение. 125. Меланома конъюнктивы. Клиника и лечение.

	<p>126.Невусы лимбальной области. Клиника и лечение. 127.Методика проведения флюоресцентной ангиографии 128.Возможности флюоресцентной ангиографии для диагностики опухолей сосудистой оболочки. 129.Оптическая когерентная томография и ультразвуковая биомикроскопия в диагностике опухолей сосудистой оболочки. 130.Вторичные опухоли сосудистой оболочки. 131.Морфологические характеристики ретинобластомы. Экзо- и эндофитный рост. 132.Современные методы лечения опухолей зрительного нерва. 133.Возможности магнитно-резонансной томографии в диагностике опухолей орбиты. 134.Возможности позитронно-эмиссионной томографии в диагностике опухолей орбиты. 135.Стереотаксическая хирургия при опухолях орбиты.</p>
<p>Б 1.Б.6.8 Раздел 8. Нарушения регуляции внутриглазного давления</p>	<p>136.Оптическая когерентная томография диска зрительного нерва в ранней диагностике глаукомы. 137.Гейдельбергская ретинальная томография в ранней диагностике глаукомы. 138.Скрининг открытоугольной глаукомы. 139.Хирургическое лечение глаукомы с использованием имплантов и дренажей. 140.Хирургическое лечение терминальной болящей глаукомы. 141.Этиология, патогенез, клиника и лечение неопластической глаукомы. 142.Этиология, патогенез, клиническая картина ювенильной глаукомы. 143.Хирургическое лечение врожденной глаукомы с использованием имплантов и дренажей. 144.Осложнения хирургического лечения врожденных глауком.</p>
<p>Б 1.Б.6.9 Раздел 9. Повреждения органа зрения у лиц различного возраста</p>	<p>145.Реконструктивная хирургия глазницы. 146.Реконструкция слезоотводящих путей. 147.Симпатическая офтальмия. 148.Различные методики удаления глазного яблока. 149.Кератопротезирование после тяжелых ожогов глаза. 150.Фотогенные повреждения глаз (солнечная ретинопатия, световая макулопатия в ходе хирургического лечения, ретинопатия, повреждение сетчатки лазерным излучением). 151.Профилактика столбняка и бешенства при травмах органа зрения у детей. 152.Синдром встряхивания младенца. 153.Профилактика детского глазного травматизма. 154.Ретинопатия Вальсальва, Пурчера. Изменения органа зрения при хлыстовой травме. 155.Острые отравления фосфорорганическими соединениями.</p>
<p>Б 1.Б.6.10 Раздел 10. Офтальмологические симптомы при общих заболеваниях организма, синдромах у детей и взрослых</p>	<p>156.Этиология, патогенез, клиническая картина болезни Такаясу. 157.Этиология, патогенез, клиническая картина синдрома Гренблада-Страдберга. 158.Этиология, патогенез, клиническая картина нейрофиброматоза Реклингаузена. 159.Диагностика нейрофиброматозов I и II типов. 160.Этиология, патогенез, клиническая картина синдрома Фогта-Коянаги-Харада. 161.Этиология, патогенез, клиническая картина болезни Бехтерева-Штрюмпеля-Мари. 162.Этиология, патогенез, клиническая картина болезни Бенье-Бек-Шаумана. 163.Рассеянный склероз: патогенез, клиника, течение, прогноз, методы лечения. 164.Экспозиционный кератит после общей анестезии 165.Лекарственные препараты, вызывающие патологические изменения в роговице.</p>

	<p>166. Побочные эффекты противовоспалительных препаратов, применяемых при артрите, на орган зрения.</p> <p>167. Побочные эффекты пероральных противозачаточных средств на орган зрения.</p> <p>168. Лекарственные средства, вызывающие изменения цветовосприятия.</p> <p>169. Лекарственные средства, вызывающие изменения диплопию.</p> <p>170. Токсическое действие тамоксифена на орган зрения.</p>
--	---

Критерии и шкала оценивания

Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

8. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕВРОЛОГИЯ»

8.1 Перечень вопросов для устного собеседования:

<p style="text-align: center;">Б</p> <p>1.В.ОД.1.1 Раздел 1. Клиническая анатомия, физиология нервной системы. Топическая диагностика</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дайте характеристику зрительному нерву. 2. Что такое острота зрения, амавроз, амблиопия. 3. Какие возможны нарушения полей зрения (скотомы, виды гемианопсий и другие нарушения полей зрения). 4. Какие возможны изменения на глазном дне. 5. Дайте характеристику глазодвигательным нервам. Глазодвигательный III пара; блоковый –IV пара; отводящий VI пара. 6. Опишите возможные нарушения движения глазных яблок, птоз, сходящееся и расходящееся косоглазие, диплопия, расстройства конвергенции, паралич аккомодации, прямая и содружественная реакция зрачков на свет, миоз, мидриаз, экзофтальм, виды анизокории. 7. Охарактеризуйте понятия полной и частичной; наружной и внутренней офтальмоплегии. Система заднего продольного пучка. 8. Охарактеризуйте содружественные движения глаз. Нарушения взора. Нервы мосто-мозжечкового угла. 9. Опишите тройничный нерв – V пара; Невралгия тройничного нерва. 10. Опишите лицевой нерв и промежуточный нерв – VII пара. Периферический паралич мимической мускулатуры. Симптомы поражения отдельных сегментов. 11. Опишите мозговые оболочки. 12. Что такое субарахноидальное пространство. 13. Опишите желудочковую систему. Ликвородинамика. Желудочки мозга, сильвиев водопровод, отверстия Мажанди и Лушка. 14. Что такое менингеальный синдром. 15. Техника проведения люмбальной пункции.
---	--

	<p>16. Охарактеризуйте синдром повышения внутричерепного давления. Дислокационный синдром.</p> <p>17. Что такое синдром тенториального намета Бурденко-Крамера.</p> <p>18. Что такое гидроцефалия внутренняя и наружная, открытая и окклюзионная.</p>
<p>Б 1.В.ОД.1.2 Раздел 2. Общая и частная неврология</p>	<p>19. Опишите методику выполнения рентгеновской компьютерной томографии (КТ). Преимущества метода. Основные показания при заболеваниях ЦНС. Метод КТ с контрастным усилением изображения.</p> <p>20. Охарактеризуйте такой метод исследования как магнитно-резонансная томография (МРТ). Преимущества МРТ перед Т-диагностикой. МР-ангиография. Радионуклидные методы нейровизуализации.</p> <p>21. Что такое позитронная эмиссионная томография?</p> <p>22. Опишите механизм повышение внутричерепного давления. Ликворные системы мозга. Регуляция внутричерепного давления. Ликворопродукция и ликворорезорбция.</p> <p>23. Какова клиническая картина повышения внутричерепного давления. Этиология: увеличение внутричерепного объема, изменения венозного давления, нарушение тока и абсорбции ликвора.</p> <p>24. Каковы принципы лечения повышенного внутричерепного давления и гидроцефалии?</p> <p>25. Опишите эпидемиологию, пути передачи, первичные очаги при инфекции нервной системы.</p> <p>26. Охарактеризуйте гемато-энцефалический барьер и его проницаемость.</p> <p>27. Опишите типы возбудителей (бактериальные, вирусные, спирохеты, грибы, паразитарные, ретровирусные (СПИД), прионовые).</p> <p>28. Охарактеризуйте менингиты: гнойные и серозные; острые и хронические (арахноидиты).</p> <p>29. Каковы особенности поражения центральной и периферической нервной системы при сифилисе, дифтерии, ботулизме.</p> <p>30. Расскажите о паразитарных заболеваниях нервной системы (цистицеркоз, эхинококкоз, токсоплазмоз).</p> <p>31. Опишите варианты течения рассеяного склероза (ремиттирующее, первично-прогрессирующее, вторично-прогрессирующее, прогрессирующее течение с обострениями).</p> <p>32. Какие клинические критерии диагностики рассеянного склероза: по Позеру – достоверный, вероятный, возможный.</p> <p>33. Расскажите о шкале инвалидности Куртцке.</p> <p>34. Какие особенности лечения в период обострений и профилактика обострений методами длительной иммунокоррекции.</p> <p>35. Каково симптоматическое лечение спастичности, боли, тазовых расстройств, тремора, пароксизмальных, эмоциональных и других проявлений.</p> <p>36. Расскажите дифференциальный диагноз рассеянного склероза: острые рассеянные энцефаломиелиты (первичный и вакцинальный), лейкоэнцефалиты (лейкоэнцефалит Шильдера), панэнцефалит (Ван-Богарта). Лейкодистрофии и лейкоэнцефалопатии.</p> <p>37. Опишите виды черепно-мозговой травмы (ЧМТ) (закрытая, открытая; проникающая и непроникающая).</p> <p>38. Какие основные факторы патогенеза (прямой удар, противоудар, гидродинамический удар, диффузное аксональное повреждение, отек и набухание головного мозга, гипоксия, иммунологические нарушения, внутричерепная гипертензия, дислокация и ущемление).</p> <p>39. Расскажите классификацию черепно-мозговых травм.</p> <p>40. Что такое сотрясение мозга.</p> <p>41. Что такое ушиб мозга легкой степени. Ушиб мозга средней степени. Тяжелый ушиб головного мозга. Сдавление мозга на фоне его ушиба. Сдавление мозга без сопутствующего ушиба.</p> <p>42. Какова периодизация ЧМТ (острый период, промежуточный, период отдаленных последствий). Тяжесть ЧМТ (рубрификация).</p> <p>43. Охарактеризуйте градации состояния сознания при ЧМТ (сознание ясное,</p>

	<p>умеренное оглушение, глубокое оглушение, сопор, умеренная кома, глубокая кома, запредельная кома).</p> <p>44. Опишите тяжесть состояния больного (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое, терминальное) и критерии ее оценки (состояние сознания, степень нарушения витальных функций, выраженность неврологической симптоматики).</p> <p>45. Опишите системный цереброретиновисцеральный ангиоматоз (б-нь Гиппель – Линдау): с преимущественным поражением мозжечка «опухоль Линдау» и сетчатки «опухоль Гиппеля».</p> <p>46. Что такое атаксия – тельангиоэктазия (с – м Луи – Бар).</p> <p>47. Охарактеризуйте острую наружную офтальмоплексию</p> <p>48. Снижение остроты зрения вплоть до слепоты, включая выпадение полей зрения.</p> <p>49. Опишите принципы анализа: амавроз - амблиопия; на оба глаза - на один глаз; волнообразное или прогрессирующее течение, наличие или отсутствие сопутствующих неврологических и соматических нарушений.</p>
--	---

8.2 Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.В.ОД.1.1 Раздел 1. Клиническая анатомия, физиология нервной системы. Топическая диагностика</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Зрительный нерв. 2. Острота зрения, амавроз, амблиопия. 3. Нарушения полей зрения (скотомы, виды гемианопсий и другие нарушения полей зрения). 4. Изменения на глазном дне. 5. Глазодвигательные нервы. Глазодвигательный III пара; блоковый –IV пара; отводящий VI пара. 6. Нарушения движения глазных яблок, птоз, сходящееся и расходящееся косоглазие, диплопия, расстройства конвергенции, паралич аккомодации, прямая и содружественная реакция зрачков на свет, миоз, мидриаз, экзофтальм, виды анизокории. 7. Понятия полной и частичной; наружной и внутренней офтальмоплегии. 8. Система заднего продольного пучка. 9. Содружественные движения глаз. Нарушения взора. Нервы мостомозжечкового угла. 10. Тройничный нерв – V пара; Невралгия тройничного нерва. 11. Лицевой нерв и промежуточный нерв – VII пара. Периферический паралич мимической мускулатуры. Симптомы поражения отдельных сегментов. 12. Твердая, паутинная и мягкая мозговые оболочки. 13. Субарахноидальное пространство. 14. Базальные цистерны. Желудочковая система. Ликвородинамика. 15. Желудочки мозга, сильвиев водопровод, отверстия Мажанди и Лушка. 16. Сосудистые сплетения. 17. Менингеальный синдром. 18. Синдром повышения внутричерепного давления. 19. Дислокационный синдром. Синдром тенториального намета Бурденко-Крамера. 20. Гидроцефалия внутренняя и наружная, открытая и окклюзионная.
<p>Б 1.В.ОД.1.2 Раздел 2. Общая и частная неврология</p>	<ol style="list-style-type: none"> 21. Рентгеновская компьютерная томография (КТ) Преимущества метода. Основные показания при заболеваниях ЦНС. Метод КТ с контрастным усилением изображения. 22. Магнитно-резонансная томография (МРТ). Преимущества МРТ перед КТ-диагностикой. МР-ангиография. 23. Повышение внутричерепного давления. Ликворные системы мозга. Регуляция внутричерепного давления. Ликворпродукция и ликворорезорбция. 24. Клиническая картина повышения внутричерепного давления. Этиология: увеличение внутричерепного объема, изменения венозного давления, нарушение тока и абсорбции ликвора. 25. Гидроцефалия. Наружная и внутренняя. Открытая и закрытая. Нормотензивная гидроцефалия. 26. Принципы лечения повышенного внутричерепного давления и гидроцефалии. 27. Эпидемиология, пути передачи, первичные очаги.

	<p>28. Гемато-энцефалический барьер и его проницаемость.</p> <p>29. Типы возбудителей (бактериальные, вирусные, спирохеты, грибы, паразитарные, ретровирусные (СПИД), прионовые).</p> <p>30. Менингиты: гнойные и серозные; острые и хронические (арахноидиты).</p> <p>31. Паразитарные заболевания нервной системы (цистицеркоз, эхинококкоз, токсоплазмоз).</p> <p>32. Рассеянный склероз Варианты течения (ремиттирующее, первично-прогрессирующее, вторично-прогрессирующее, прогрессирующее течение с обострениями).</p> <p>33. Клинические критерии диагностики рассеянного склероза: по Позеру – достоверный, вероятный, возможный.</p> <p>34. Шкала инвалидности Куртцке.</p> <p>35. Параклинические критерии – МРТ, иммуно-ликвородиагностика, вызванные потенциалы.</p> <p>36. Особенности лечения в период обострений и профилактика обострений методами длительной иммунокоррекции.</p> <p>37. Симптоматическое лечение спастичности, боли, тазовых расстройств, тремора, пароксизмальных, эмоциональных и других проявлений.</p> <p>38. Дифференциальный диагноз рассеянного склероза: острые рассеянные энцефаломиелиты (первичный и вакцинальный), лейкоэнцефалиты (лейкоэнцефалит Шильдера), панэнцефалит (Ван-Богарта). Лейкодистрофии и лейкоэнцефалопатии.</p> <p>39. Виды черепно-мозговой травмы (ЧМТ) (закрытая, открытая; проникающая и непроникающая). Сотрясение мозга. Ушиб мозга.</p> <p>40. Сдавление мозга на фоне его ушиба.</p> <p>41. Периодизация ЧМТ (острый период, промежуточный, период отдаленных последствий).</p> <p>42. Тяжесть ЧМТ (рубрификация). Градации состояния сознания при ЧМТ. Тяжесть состояния больного.</p> <p>43. Острая наружная офтальмоплегия.</p> <p>44. Острое ухудшение зрения.</p> <p>45. Системный цереброретиновисцеральный ангиоматоз (б-нь Гиппель – Линдау): с преимущественным поражением мозжечка «опухоль Линдау» и сетчатки «опухоль Гиппеля».</p> <p>46. Атаксия – тельангиоэктазия (с-м Луи-Бар).</p>
--	--

8.3 Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.В.ОД.1.1 Раздел 1. Клиническая анатомия, физиология нервной системы. Топическая диагностика</p>	<p><i>1)Мышечный тонус при поражении периферического двигательного нейрона:</i></p> <p>1.Снижается 2.Повышается 3.Не изменяется</p> <p><i>2)Мышечный тонус при поражении центрального двигательного нейрона:</i></p> <p>1.Снижается 2.Повышается 3.Не изменяется</p> <p><i>3)Область ствола мозга, где располагается ядро глазодвигательного нерва:</i></p> <p>1.Варолиев мост 2.Ножка мозга 3.Продолговатый мозг</p> <p><i>4)Птоз наблюдается при поражении пары черепных нервов:</i></p> <p>1.IV</p>
--	---

2.V

3.III

5) *Косоглазие наблюдается при поражении пары черепных нервов:*

1.III

2.XII

3.VII

4.V

6) *Признаки, характерные для поражения глазодвигательного нерва:*

1. Сходящееся косоглазие

2. Мидриаз

3. Ограничение движения глазного яблока вверх

4. Ограничение движения глазного яблока кнаружи

5. Расходящееся косоглазие

6. Птоз

7. Диплопия

7) *Диплопия возникает при поражении пары черепных нервов:*

1.VII

2.X

3.VI

4.V

8) *Иннервацию сфинктера зрачка осуществляет нерв:*

1.III

2.IV

3.VI

9) *Признаки, характерные для поражения лицевого нерва:*

1. Дисфагия

2. Сглаженность лобных и носогубных складок

3. Лагофтальм

4. Симптом Белла

5. Затруднение высовывания языка

6. Симптом "паруса"

7. Невозможность свиста

8. Гиперакузия

9. Снижение надбровного рефлекса

10) *Для синдрома Горнера характерны:*

1. Экзофтальм

2. Птоз

3. Миоз

4. Энофтальм

5. Диплопия

6. Мидриаз

11) *Какой из перечисленных симптомов не является менингеальным симптомом?*

1. симптом Кернига;

2. ригидность мышц затылка;

3. симптом Брудзинского;

4. светобоязнь;

5. симптом Ласега.

12)Какой симптом не возникает при менингите?

- 1.головная боль;
- 2.рвота;
- 3.паралегия;**
- 4.ригидность затылочных мышц;
- 5.симптом Кернига.

13)Уровень прокола при проведении спинномозговой пункции:

- 1) L3-L4**
- 2) L1-L2
- 3) T12-L1
- 4) S1 – S2
- 5) S3 – S4

14)Нормальные показатели ликвора:

- 1) цитоз 2-8, белок 250-330, сахар 0,9-1,0
- 2) цитоз 5-10, белок 250-330, сахар 0,55-0,65
- 3) цитоз .2-8, белок 250-330, сахар 0,55-0,65**
- 4) цитоз .1-2, белок 250-330, сахар 1,2-2,3
- 5) цитоз .10-22, белок 26-36, сахар 0,55-0,65

15)Ликвородинамические пробы:

- 1) Ромберга, Нери
- 2) Даньини-Ашнера
- 3) Стукея, Квеккенштедта**
- 4) Дежерина
- 5) Белла, Горнера

16)Диагноз менингита устанавливают на основании:

- 1.общееинфекционного синдрома;
- 2.менингеального (оболочечного) синдрома;
- 3.синдрома воспалительных изменений цереброспинальной жидкости;
- 4.общемозгового синдрома;
- 5.всех вышеперечисленных.**

17)Какие клинические синдромы входят в менингеальный синдромокомплекс?

- 1 Общенифекционный**
- 2 Очаговый
- 3 Менингеальный**
- 4 Общемозговой**

18)Какие из перечисленных признаков выявляются при внутрижелудочковых кровоизлияниях?

- 1 Внезапное начало**
- 2 Подострое начало
- 3 Витальные функции и сознание нарушены негрубо
- 4 Грубые нарушения витальных функций и сознания**
- 5 Общемозговые симптомы преобладают над очаговыми**
- 6 Очаговые симптомы преобладают над общемозговыми
- 7 Фокальные припадки
- 8 Горметонические судороги**
- 9 Кровь в ликворе**
- 10 Ликвор не изменен

19)Какие из перечисленных признаков выявляются при субарахноидальных

	<p><i>кровоизлияниях?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Этиология (атеросклероз, сахарный диабет, ревматизм) 2 Этиология (гипертоническая болезнь, сосудистые мальформации) 3 Молодой возраст 4 Пожилой возраст 5 Острое начало 6 Подострое начало 7 Общемозговые симптомы 8 Очаговые симптомы 9 Менингеальные симптомы 10 Кровь в ликворе 11 Ликвор не изменен <p><i>20)Какие из перечисленных признаков выявляются при субдуральных кровоизлияниях?</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Этиология (травма, атеросклероз, васкулиты) 2 Этиология (гипертоническая болезнь, сосудистые мальформации) 3 Чаще у мужчин 4 Чаще у женщин 5 Наличие светлого промежутка 6 Общемозговые симптомы 7 Очаговые симптомы 8 Менингеальные симптомы 9 Кровь в ликворе 10 Ликвор не изменен или ксантохромный
<p>Б 1.В.ОД.1.2 Раздел 2. Общая и частная неврология</p>	<p><i>21)Диагностические возможности компьютерной томографии головы определяются тем, что при этом методе рентгенологического исследования</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1)четко выявляются различия между костной тканью черепа и мозга 2)визуализируются сосуды мозга 3)можно сравнить показатели поглощения рентгеновских лучей разными структурами мозга 4)легко определяются петрификаты в ткани мозга 5)визуализируются оболочки мозга <p><i>22)Для выявления патологических процессов в задней черепной ямке целесообразно применить</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1)компьютерную томографию 2)компьютерную томографию с контрастированием 3)магнитно-резонансную томографию 4)позитронно-эмиссионную томографию 5)все методы одинаково информативны <p><i>23)Компьютерная томография выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта от начала заболевания через</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1)1 час 2)2 часа 3)4 часа 4)6 и более часов 5)только на вторые сутки <p><i>24)Компьютерная томография позволяет диагностировать гиперденсивные участки геморрагических экстравазатов при субарахноидальном кровоизлиянии спустя</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1)1 ч от начала кровоизлияния 2)3 ч от начала кровоизлияния

- 3) 6 ч от начала кровоизлияния
- 4) 12 ч от начала кровоизлияния
- 5) 24 ч от начала кровоизлияния

25) Противопоказанием для проведения магнитно-резонансной томографии является

- 1) аллергия к йоду
- 2) открытая черепно-мозговая травма
- 3) выраженная внутричерепная гипертензия
- 4) наличие инородных металлических тел**
- 5) кровоизлияние в опухоль мозга

26) Электрическую активность отдельных мышечных волокон при проведении электромиографии можно зарегистрировать с помощью

- 1) поверхностных электродов
- 2) игольчатых электродов**
- 3) мультиполярных электродов
- 4) поверхностных и игольчатых электродов
- 5) мультиполярных и поверхностных электродов

27) Диагностические возможности компьютерной томографии головы определяются тем, что при этом методе рентгенологического исследования

- 1) четко выявляются различия между костной тканью черепа и мозга
- 2) визуализируются сосуды мозга
- 3) можно сравнить показатели поглощения рентгеновских лучей разными структурами мозга**
- 4) легко определяются петрификаты в ткани мозга
- 5) визуализируются оболочки мозга

28) Для выявления патологических процессов в задней черепной ямке целесообразно применить

- 1) компьютерную томографию
- 2) компьютерную томографию с контрастированием
- 3) магнитно-резонансную томографию**
- 4) позитронно-эмиссионную томографию
- 5) все методы одинаково информативны

29) Для наблюдения за динамикой ангиоспазма у больного со спонтанным субарахноидальным кровоизлиянием наиболее целесообразно использовать

- 1) ангиографию
- 2) реоэнцефалографию
- 3) компьютерную томографию
- 4) транскраниальную ультразвуковую доплерографию**
- 5) магниторезонансную томографию

30) Наиболее информативным методом дополнительного исследования для диагностики опухоли ствола мозга является

- 1) компьютерная томография
- 2) магнитно-резонансная томография**
- 3) электроэнцефалография
- 4) радионуклидная g-сцинтиграфия
- 5) эхоэнцефалография

31) Какой признак не характерен для внутричерепной гипертензии?

- 1) диффузная распирающая головная боль;
- 2) мозговая рвота;

- 3) головокружение;
- 4) отек дисков зрительных нервов;

5) амавроз.

32) Для острой гипертонической энцефалопатии характерно все перечисленное, кроме:

- 1) диффузной головной боли;
- 2) тошноты, рвоты;
- 3) эпилептических приступов;
- 4) нарушения сознания;

5) очаговых неврологических симптомов.

33) Как классифицируется гидроцефалия по этиологическому принципу?

1 Резорбтивная

2 Приобретенная

3 Внутренняя

4 Наружная

5 Гиперпродуктивная

6 Врожденная

7. Оклюзионная

34) Как классифицируется гидроцефалия по патогенетическому принципу?

1 Гиперпродуктивная

2 Приобретенная

3 Резорбтивная

4 Наружная

5 Врожденная

6 Внутренняя

7. Оклюзионная

35) Как классифицируется гидроцефалия по проходимости ликворных путей?

1 Сообщающаяся

2 Приобретенная

3 Внутренняя

4 Наружная

5 Гиперпродуктивная

6 Резорбтивная

7. Оклюзионная

36) Какие клинические признаки характерны для гидроцефалии?

1 Задержка психомоторного развития

2 Раннее закрытие швов и родничков

3 Преобладание мозгового черепа над лицевым

4 Преобладание лицевого черепа над мозговым

5 Расхождение швов, напряжение родничков

6 Немотивированное беспокойство

7 Симптом заходящего солнца

8 Усиление венозного сосудистого рисунка на голове

37) К серозным менингитам не относится:

1) туберкулезный;

2) грибковый;

3) вирусный;

4) менингококковый;

5) острый асептический менингит при ВИЧ-инфекции.

38) Укажите симптом, позволяющий установить диагноз энцефалита:

- 1) воспалительные изменения в спинномозговой жидкости;
- 2) очаговые неврологические симптомы;
- 3) общемозговой синдром;
- 4) общеинфекционный синдром;
- 5) все вышеперечисленные.**

39) Как подразделяются энцефалиты по этиологии в классификации М.Б.Цукер ?

- 1 Инфекционные**
- 2 Токсические
- 3 Аллергические**
- 4 Инфекционно-аллергические**

40) Какие клинические синдромы входят в клинический синдромокомплекс энцефалитов?

- 1 Общеинфекционный**
- 2 Очаговый**
- 3 Менингеальный
- 4 Общемозговой**

45) Какое из проявлений поражения ЦНС при СПИДе (нейро-СПИДе) не является первичным процессом?

- 1 ВИЧ-ассоциированная деменция;
- 2 ВИЧ-ассоциированная миелопатия;
- 3) герпетический энцефалит;**
- 4) дистальная сенсорная полинейропатия;
- 5) острый асептический менингит.

46) Какие изменения в ликворе выявляются при менингитах?

- 1 Белково-клеточная диссоциация
- 2 Понижение сахара**
- 3 Эритроциты
- 4 Клеточно-белковая диссоциация**
- 5 Повышение сахара
- 6 Повышение давления ликвора**

47) Какие изменения в ликворе выявляются при менингизме?

- 1 Белково-клеточная диссоциация
- 2 Понижение сахара
- 3 Ликвор не изменен**
- 4 Клеточно-белковая диссоциация
- 5 Повышение сахара
- 6 Повышение давления**

48) Какие изменения в ликворе выявляются при серозных менингитах?

- 1 Высокий цитоз (1000-15000 в мкл.)
- 2 Мутный
- 3 Лимфоцитарный цитоз**
- 4 Прозрачный**
- 5 Сегментарный цитоз
- 6 Молочного или зеленого цвета
- 7 Бесцветный**
- 8 Невысокий цитоз (200-700 в мкл.)**

49) Какие изменения в ликворе выявляются при гнойных менингитах?

- 1 Бесцветный
- 2 Мутный**
- 3 Лимфоцитарный цитоз
- 4 Прозрачный
- 5 Сегментарный цитоз**
- 6 Молочного или зеленого цвета**

50) При менингите цереброспинальная жидкость:

1. не изменяется;
2. изменяется с развитием белково-клеточной диссоциации;
- 3. изменяется с развитием клеточно-белковой диссоциации;**
4. изменяется с повышением содержания только белка;
5. изменяется с повышением содержания только клеток.

51) Какой симптом не характерен для обострения рассеянного склероза?

- 1) параличи конечностей;
- 2) нарушения чувствительности;
- 3) акинетико-ригидный синдром;**
- 4) оптический неврит;
- 5) парез лицевого нерва.

52) Какие структуры головного и спинного мозга не поражаются при рассеянном склерозе?

- 1) ядра черепных нервов;**
- 2) перивентрикулярное белое вещество;
- 3) ножки мозжечка;
- 4) белое вещество спинного мозга;
- 5) мозолистое тело.

53) Какие препараты используются для длительного иммуномодулирующего лечения рассеянного склероза?

- 1) антикоагулянты;
- 2) кортикостероиды;
- 3) антиконвульсанты;
- 4) миорелаксанты;
- 5) β -интерфероны.**

54) Какие препараты используются для лечения обострения рассеянного склероза?

- 1) антикоагулянты;
- 2) кортикостероиды внутривенно в пульс-дозе;**
- 3) антиконвульсанты;
- 4) миорелаксанты;
- 5) кортикостероиды per os длительное время.

55) Перечислите клинические диагностические признаки рассеянного склероза:

- 1 Возраст начала заболевания от 10 до 50 лет**
- 2 Возраст начала заболевания после 50 лет
- 3 Быстрое прогрессирование без ремиссий
- 4 Медленное прогрессирование с ремиссиями**
- 5 Очаговые симптомы обусловленные поражением нескольких систем ЦНС**
- 6 Очаговые симптомы обусловленные поражением одной из систем ЦНС
- 7 Общемозговые симптомы

56) Перечислите возможные варианты течения рассеянного склероза:

- 1 Прогрессирующий-рецидивный**

2 Первично-прогрессирующий

3 Стационарный

4 Рецидивно- ремиссионный

5 Вторично –прогрессирующий

6 Регрессивный

57) Укажите цели патогенетической терапии рассеянного склероза:

1 Наступление ремиссии

2 Выздоровление

3 Сохранение ремиссии

4 Изменение течения болезни (торможение прогрессирования)

58) Показаниями для госпитализации в отделение нейрореанимации являются все заболевания, кроме:

1) первые сутки ишемического инсульта;

2) первые сутки субарахноидального кровоизлияния;

3) миастенический криз;

4) синдром Гийена-Барре;

5) обострение рассеянного склероза.

59) Феномен "клинической диссоциации" при рассеянном склерозе характеризуется наличием

1) горизонтального нистагма в сочетании с отсутствием брюшных рефлексов

2) центральных парезов в конечностях и отсутствием расстройств чувствительности

3) расстройств чувствительности сегментарного или проводникового типа на фоне легкого центрального пареза конечностей

4) центральных парезов в конечностях в сочетании с мышечной гипотонией

5) клонусом стоп без патологических стопных рефлексов

60) Какой симптом не характерен для сотрясения головного мозга?

1) утрата сознания;

2) рвота;

3) афазия;

4) головокружение;

5) головная боль.

61) При каком из перечисленных видов черепно-мозговой травмы не выявляется примесь крови в спинномозговой жидкости?

1) эпидуральная гематома;

2) субарахноидальное кровоизлияние;

3) сотрясение головного мозга;

4) субдуральная гематома;

5) ушиб головного мозга.

62) При каком виде черепно-мозговой травмы наблюдается «светлый» промежуток?

1) субарахноидальное кровоизлияние;

2) сотрясение головного мозга;

3) ушиб головного мозга;

4) эпидуральная гематома;

5) внутримозговое кровоизлияние.

63) Согласно современной классификации черепно-мозговой травмы не выделяют

1) ушиб головного мозга легкой степени тяжести

2) сдавление головного мозга вследствие эпидуральной гематомы

3) сотрясение головного мозга тяжелой степени

- 4)сдавление головного мозга на фоне его ушиба
- 5)сотрясение головного мозга

64)*Диффузное аксональное повреждение головного мозга при черепно-мозговой травме характеризуется*

- 1)длительным коматозным состоянием с момента травмы**
- 2)развитием комы после "светлого" периода
- 3)отсутствием потери сознания
- 4)кратковременной потерей сознания
- 5)кратковременной потерей сознания с ретроградной амнезией

65)*К открытой черепно-мозговой травме относится травма*

- 1)с ушибленной раной мягких тканей без повреждения апоневроза
- 2)с повреждением апоневроза**
- 3)с переломом костей свода черепа
- 4)с переломом костей основания черепа без ликвореи
- 5)с развитием эпидуральной гематомы

66)*Сотрясение головного мозга в сочетании с повреждением мягких тканей относится к черепно-мозговой травме*

- 1)легкой открытой
- 2)легкой закрытой**
- 3)открытой средней тяжести
- 4)закрытой средней тяжести
- 5)Тяжелой

67)*Если после черепно-мозговой травмы развиваются ригидность затылочных мышц и светобоязнь при отсутствии очаговых симптомов, то наиболее вероятен диагноз*

- 1)сотрясение мозга
- 2)субарахноидальное кровоизлияние**
- 3)ушиб мозга
- 4)внутричерепная гематома
- 5)диффузное аксональное повреждение

68)*Осложнение черепно-мозговой травмы кровоизлиянием в желудочки мозга характеризуется появлением в клинической картине*

- 1)плавающего зрения
- 2)горметонического синдрома**
- 3)гиперкатаболического типа вегетативных функций
- 4)нарушения сознания
- 5)двусторонних пирамидных стопных знаков

69)*Проникающей называют черепно-мозговую травму*

- 1)при ушибленной ране мягких тканей
- 2)при повреждении апоневроза
- 3)при переломе костей свода черепа
- 4)при повреждении твердой мозговой оболочки**
- 5)при всех перечисленных вариантах

70)*Чем могут быть обусловлены пороки развития ЦНС?*

- 1 Изменением наследственных структур (мутациями)**
- 2 Воздействием тератогенных факторов**
- 3 Воздействием мутаций и тератогенных факторов (мультифакториальные)**

	<p>71) На каком уровне нарушения развития возникают наиболее тяжелые пороки?</p> <p>1 Клеточном 2 Тканевом 3 Органном</p> <p>72) Перечислите характерные черты наследственных болезней нервной системы:</p> <p>1 Постепенное, прогрессирующее течение 2 Острое начало 3 Преимущественное поражение ЦНС, периферической нервной системы и мышц 4 Преимущественное поражение ЦНС, периферической нервной и внутренних органов</p> <p>73) Для болезни Реклингхаузена характерно появление на коже</p> <p>1) папулезной сыпи 2) телеангиэктазий 3) "кофейных" пятен 4) витилиго 5) розеолезной сыпи</p>
--	---

8.3 Банк ситуационных клинических задач (с ответами)

<p>Б 1.В.ОД.1.2 Раздел 2. Общая и частная неврология</p>	<p style="text-align: center;">Клинические задачи:</p> <p>Задача №1 Больная М., 26 лет. Ранее страдала периодическими головными болями. При подъеме тяжести возникла резкая головная боль. Успела сказать «как будто ударили по голове». Потеряла сознание. Доставлена в стационар.</p> <p>Неврологически: больная в коматозном состоянии. Выявляются положительные менингеальные симптомы: ригидность мышц затылка, симптом Кернига, симптомы Брудзинского. В остальном неврологический статус без патологии. Выполнена люмбальная пункция. Спинномозговая жидкость в двух пробирках равномерно окрашена кровью. Цитоз - лимфоциты 8-10 в поле зрения, эритроциты на все поле зрения.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Назначьте план лечения, согласно со стандартами медицинской помощи. 4. Назначьте план обследования. <p>Эталон ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Субарахноидальное кровоизлияние. 2. Необходимо проведение дифференциального диагноза с менингитом, так как имеются симптомы поражения мозговых оболочек. При менингите отмечаются общеинфекционные симптомы, спинномозговая жидкость не окрашена кровью, значительно повышено количество клеток (нейтрофилов или лимфоцитов). 3. Строгий постельный режим, поднятие головного конца кровати на 30 градусов, анальгезия (кетопрофен) и седация (диазепам) при возбуждении и проведении манипуляций, поддержание нормотермии, аминокaproновая кислота (предотвращение повторного кровоизлияния), нимодипин (предотвращение церебрального ангиоспазма и ишемии мозга). 4. Необходима КТ- ангиография для диагностики источника кровотечения (аневризмы). <p>Задача №2 Больной Р., 38 лет. По профессии - водитель автомобиля. В течение 5 лет периодически после физической нагрузки ощущал кратковременные боли в пояснице, которые проходили после отдыха и местноанестезирующих мазевых растираний. Накануне обращения поднял груз. Возникла резкая боль в пояснице с иррадиацией в правую ногу, не мог «разогнуться».</p> <p>Неврологически: напряжение мышц поясничной области. Сколиоз. Движения в поясничном отделе позвоночника резко ограничены из-за боли. Болезненность при</p>
---	--

пальпации паравертебральных точек L4- L5- S1 справа. Ахиллов рефлекс справа снижен. Выявляется снижение болевой чувствительности по наружной поверхности правой голени. Положителен симптом Ласега справа под углом 30 градусов.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Назначьте план обследования.

Эталон ответа

1. Обострение хронической вертеброгенной пояснично- крестцовой радикулопатии.
2. Необходимо дифференцировать с метастатическим поражением позвоночника, туберкулёзным спондилитом.
3. Нестероидные противовоспалительные средства, миорелаксанты, местноанестезирующие растирания, физиотерапевтическое лечение (диадинамические токи).
4. Рентгенография пояснично- крестцового отдела позвоночника, общий анализ крови, общий анализ мочи.

Задача №3

Больная Ж., 45 лет, заболела остро, 3 дня назад. После переохлаждения, вечером, почувствовала боли в заушной области. Утром развилась асимметрия лица.

Неврологически: лицо асимметрично. Слева не может наморщить лоб, нахмурить брови. Глазная щель справа полностью не смыкается. Положителен симптом Белла.

Слезотечение из левого глаза. Грубая сглаженность левой носогубной складки. Движения угла рта слева резко ограничены. Нарушений вкуса, гипераккузии нет.

1. Поставьте диагноз
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Назначьте план обследования.

Эталон ответа

1. Острая невропатия левого лицевого нерва.
2. Необходимо исключить симптоматический характер невропатии /при заболевании ЛОР-органов, сахарном диабете /.
3. Нестероидные противовоспалительные средства, преднизолон, сосудорасширяющие препараты, с 7-го дня антихолинэстеразные средства, вит. группы В, фонофорез с гидрокортизоном, лечебная физкультура, массаж, ИРТ.
4. Осмотр ЛОР- врача, исследование крови на сахар.

Задача №4

Больной Т., 18 лет. Заболел остро. Внезапно, среди полного благополучия возникла сильная диффузная головная боль, тошнота, рвота, боли в мышцах, озноб. Температура повысилась до 39,5 градусов по Сельсию.

Неврологически: несколько заторможен. Резко выражена ригидность мышц затылка, отмечены положительные симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний и нижний). Объем, сила, скорость движений рук и ног достаточная. Сухожильные и надкостничные рефлексы симметричны. Патологических рефлексов нет. Наблюдается световая, тактильная и болевая гиперестезия.

Анализ крови: СОЭ-29 мм/час, лейкоциты $18,2 \times 10^9$.

Люмбальная пункция: ликвор вытекает под повышенным давлением. Жидкость мутная, белок-0,99 г/л, цитоз-2000 в 1 куб.мм. При микроскопии спинномозговой жидкости в нейтрофилах обнаружены менингококки.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Назначьте план обследования.

Эталон ответа

1. Эпидемический менингококковый менингит.
2. Дифференцировать с субарахноидальным кровоизлиянием (есть общеинфекционные симптомы, нет крови в ликворе, высокий нейтрофильный цитоз с обнаружением менингококков).
3. Антибиотики, дезинтоксикация, антигистаминные препараты, диуретики.
4. Контрольная люмбальная пункция перед отменой антибиотиков.

	<p>Задача №5 Больной Ш., 28 лет. Был избит. Кратковременно терял сознание. При поступлении в стационар больной в сознании, однако, вял, заторможен. Пульс 58 ударов в минуту. Отмечалась неоднократная рвота. Неврологически: выявляется легкий левосторонний центральный гемипарез. На рентгенограммах черепа - трещина теменной кости справа. Через 4 часа после поступления состояние больного резко ухудшилось: впал в коматозное состояние, появилась анизокория (справа зрачок шире, чем слева), в левых конечностях двигательные нарушения narосли до пlegии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Определите тактику обследования. 3. Назначьте лечение. <p>Эталон ответа</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Травматическая эпидуральная гематома справа. 2. ЭХО-энцефалоскопия, компьютерная томография головного мозга. 3. При подтверждении диагноза показано экстренное оперативное лечение (удаление гематомы).
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
Удовлетворительно (3) - 76 – 90%	
Хорошо (4) -91-100	
Отлично (5)	

Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	16. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	17. Знание алгоритма решения
	18. Уровень самостоятельного мышления
	19. Аргументированность решения
	20. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)</p> <p>- четырем критериям Хорошо (4)</p> <p>-пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	<p>1. Краткость</p> <p>2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала</p> <p>3. Содержательная точность, то есть научная корректность</p> <p>4. Полнота раскрытия вопроса</p> <p>5. Наличие образных или символических опорных компонентов</p> <p>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)</p> <p>- четырем критериям Хорошо (4)</p> <p>-пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	<p>1. Краткость</p> <p>2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала</p> <p>3. Содержательная точность, то есть научная корректность</p> <p>4. Полнота раскрытия вопроса</p> <p>5. Наличие образных или символических опорных компонентов</p> <p>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Неврология»

Формируемые компетенции	Т – тестирование	ЗС – решение ситуацион	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным	Пр – оценка освоения практики
--------------------------------	-------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---	--------------------------------------

и по ФГО С			ных задач		вопроса м.	ческих навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки и из перечня
У К	1	1-73	1-5	1-46	1-49	-
П К	1	1-73	1-5	1-46	1-49	-
	2	3-12,17-20,36-52,54-56,58-73	1-5	1-46	1-49	-
	5	3-70,	1-5	21-46	19-49	-
	8	13-14,53,	1-5	21-46	19-49	-

8.4 Темы рефератов:

Раздел	Тема реферата
<i>Б 1.В.ОД.1.1</i> Раздел 1. Клиническая анатомия, физиология нервной системы. Топическая диагностика	<ol style="list-style-type: none"> 1. Синдром Горнера. 2. Синдром Аргайла Робертсона, синдром Эйди. 3. Люмбальная пункция. Измерение давления ликвора и ликвородинамические пробы: Квеккенштедта, Пуссепе, Стукея. Субокципитальная пункция.
<i>Б 1.В.ОД.1.2</i> Раздел 2. Общая и частная неврология	<ol style="list-style-type: none"> 4. Радионуклидные методы нейровизуализации. Позитронная эмиссионная томография – метод прижизненного количественного исследования метаболизма и кровотока в ЦНС. 5. Доброкачественная внутричерепная гипертензия. 6. Оптикомиелит Девика. 7. Концентрический склероз Бало. 8. Особенности поражения центральной и периферической нервной системы при сифилисе, дифтерии, ботулизме. 9. Сдавление мозга на фоне его ушиба. 10. Мукополисахаридозы, муколипидозы, болезнь Морфана. 11. Факоматозы. Нейрофиброматоз Реклингаузена: периферическая и центральная формы. 12. Болезнь Штурге-Вебера.

Критерии и шкала оценивания

Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

9. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДИАТРИЯ»

9.1. Перечень вопросов для устного собеседования:

<p style="text-align: center;">Б 1.В.ОД.2.1 Раздел 1. Патология новорожде нных и детей раннего возраста</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Каковы причины, приводящие к поражению нервной системы? 2. Опишите клинические проявления поражения нервной системы (неврологическая симптоматика). Современные методы диагностики. Лечение. 3. Каковы отдаленные последствия поражений нервной системы? 4. Каковы клинические особенности острой ревматической лихорадки и гемодинамических нарушений при формировании приобретенных пороков сердца у детей разных возрастных групп? 5. Охарактеризуйте диагностические критерии Киселя-Джонсона. 6. Опишите проведение дифференциальной диагностики острой ревматической лихорадки с реактивными артритами, инфекционно-аллергическим миокардитом и др. 7. Какова этапность лечения данной патологии – стационар, местный санаторий, поликлиника. Проведение профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения.
<p style="text-align: center;">Б 1.В.ОД.2.2 Раздел 2. Инфекцио нные и паразитар ные болезни. Неотложн ые состояния в педиатрии</p>	<ol style="list-style-type: none"> 8. Какие новорожденные относятся к группам высокого риска? 9. Каковы особенности физиологии и патологии недоношенного новорожденного? 10. Каковы клинические проявления последствий перинатальной цитомегаловирусной инфекции? 11. Каковы клинические проявления последствий перинатальной токсоплазмозной инфекции? 12. Каковы клинические проявления последствий перинатальной хламидийной инфекции? 13. Каковы клинические проявления последствий перинатальной микоплазменной инфекции? 14. Каковы клинические проявления последствий перинатальной краснухи? 15. Каковы клинические проявления последствий перинатальной герпетической инфекции? 16. Опишите этиологию, патогенез, патогенетическую классификацию крапивницы 17. Опишите неотложную помощь детям с отеком Квинке и крапивницей. 18. Дайте определение понятию анафилактического шока у детей, диагностика, неотложная помощь. 19. Опишите острые токсидермии у детей, многоформную экссудативную

	<p>эритему - Синдром Лайела, синдром Стивена-Джонсона.</p> <p>20. Опишите профилактику возникновения и рецидивирования острых аллергических реакций у детей.</p> <p>21. Каковы особенности вакцинации детей с аллергическими реакциями?</p> <p>22. В чем заключается неотложная помощь при инфекционно-токсическом шоке?</p> <p>23. В чем заключается неотложная помощь при нейротоксическом синдроме?</p> <p>24. В чем заключается неотложная помощь при токсикозе с обезвоживанием?</p> <p>25. В чем заключается неотложная помощь при синдроме крупа?</p> <p>26. Охарактеризуйте эпидемиологию, этиологию, клинику, лечение и профилактику гриппа и парагриппа.</p> <p>27. Охарактеризуйте эпидемиологию, этиологию, клинику, лечение и профилактику аденовирусной инфекции.</p> <p>28. Охарактеризуйте эпидемиологию, этиологию, клинику, лечение и профилактику респираторно-синцитиальной инфекции.</p> <p>29. Каковы клинические проявления коклюша и паракоклюша?</p> <p>30. Опишите эпидемиологию, этиологию, клинику, лечение и профилактику микоплазменной инфекции: характеристика возбудителя. Клинические проявления в различные возрастные периоды. Диагностика и дифференциальная диагностика.</p> <p>31. Охарактеризуйте эпидемиологию, этиологию, клинику, лечение и профилактику дифтерии.</p>
--	---

9.2 Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.В.ОД.2.1 Раздел 1. Патология новорожденных и детей раннего возраста</p>	<p>1. Клинические проявления поражения нервной системы (неврологическая симптоматика). Современные методы диагностики. Лечение.</p> <p>2. Клиника острой ревматической лихорадки.</p> <p>3. Диагностические критерии Киселя-Джонсона.</p> <p>4. Этапность лечения ревматической лихорадки – стационар, местный санаторий, поликлиника.</p> <p>5. Проведение профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения.</p>
<p>Б 1.В.ОД.2.2 Раздел 2. Инфекционные и паразитарные болезни. Неотложные состояния в педиатрии</p>	<p>6. Группы высокого риска новорожденных.</p> <p>7. Особенности физиологии и патологии недоношенного новорожденного.</p> <p>8. Последствия перинатальной хламидийной инфекции.</p> <p>9. Последствия перинатальной микоплазменной инфекции.</p> <p>10. Последствия перинатальной краснухи.</p> <p>11. Последствия перинатальной герпетической инфекции.</p> <p>12. Неотложная помощь детям с отеком Квинке и крапивницей.</p> <p>13. Анафилактический шок у детей, диагностика, неотложная помощь.</p> <p>14. Острые токсидермии у детей, многоформная экссудативная эритема - Синдром Лайела, синдром Стивена-Джонсона.</p> <p>15. Профилактику возникновения и рецидивирования острых аллергических реакций у детей.</p> <p>16. Особенности вакцинации детей с аллергическими реакциями.</p> <p>17. Неотложная помощь при инфекционно-токсическом шоке.</p> <p>18. Неотложная помощь при нейротоксическом синдроме.</p> <p>19. Неотложная помощь при токсикозе с обезвоживанием.</p> <p>20. Клиническая картина проявления коклюша и паракоклюша.</p> <p>21. Эпидемиология, этиология, клиника, лечение и профилактика микоплазменной инфекции: характеристика возбудителя.</p> <p>22. Эпидемиология, этиология, клиника, лечение и профилактика дифтерии.</p>

9.3 Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.В.ОД.2.1 Раздел 1. Патология новорожденн ых и детей раннего возраста</p>	<p>Патология нервной системы новорожденных</p> <p>1. У детей к менингеальным симптомам относятся все кроме: А. синдрома Лессанса Б. ригидность затылочных мышц В. симптома Кернига Г. симптома Ортнера</p> <p>2. Для подтверждения диагноза внутричерепного кровоизлияния новорожденному необходимо провести все виды обследования, кроме: А. уровень сахара в крови Б. рентгенограмма черепа В. нейросонография Г. люмбальная пункция Д. исследование глазного дна</p> <p>3. У новорожденных с субарахноидальным кровоизлиянием выявляются: А. менингеальные симптомы Б. очаговая симптоматика В. расстройство стула Г. расстройство дыхания Д. беспокойство</p> <p>16. При исследовании спинномозговой жидкости у новорожденных с внутрижелудочковым кровоизлиянием выявляется: А. повышение уровня сахара Б. присутствие макрофагов В. снижение уровня белка Г. появление эритроцитов Д. повышение уровня белка</p> <p>4. При внутричерепных кровоизлияниях у новорожденных отмечается все кроме: А. ослабление сосательного рефлекса Б. кривошеи, "симптома короткой шеи" В. очаговой симптоматики Г. нарушения терморегуляции Д. снижения мышечного тонуса</p> <p>5. В какой группе новорожденных чаще развиваются внутрижелудочковые кровоизлияния (ВЖК) третьей степени: А. у доношенных новорожденных с нормальной массой тела; Б. у недоношенных с экстремально низкой массой тела; В. у новорожденных с ЗВУР; Г. у новорожденных со сроком гестации 40-42 недели; Д. у недоношенных с массой тела менее 2500 г.</p> <p>6. Признаком церебральной ишемии первой степени являются: А. судороги; Б. симптом Греффе; В. синдром возбуждения; Г. кома; Д. выбухание большого родничка.</p> <p>7. У доношенных новорожденных, перенесших асфикцию в родах, самым частым вариантом поражения ЦНС является А. субдуральное кровоизлияние</p>
--	---

Б. перивентрикулярное кровоизлияние

В. отек мозга

Г. перивентрикулярная лейкомаляция

Болезни органов кровообращения у детей раннего возраста

8. Основными критериями ревматизма являются все, кроме:

А. анасарка

Б. кардит

В. полиартрит

Г. хорея

9. Заболеванию ревматизмом чаще предшествует:

А. ангина

Б. герпетическая инфекция

В. Обструктивный бронхит

Г. фурункулез

10. При ревматических поражениях нервной системы у детей обычно наблюдается:

А. диэнцефалит

Б. нарушение мозгового кровообращения

В. малая хорея

Г. формы с тиками

Д. церебральные васкулиты

11. Лечение острой атаки ревматизма с явлениями кардита и высокой активностью обязательно включает в себя всё, кроме:¹

А. антибактериальные препараты пенициллинового ряда

Б. препараты ацетилсалициловой кислоты

В. глюкокортикостероиды

Г. седативные препараты

12. При ревматизме поверхностной и обратимой стадией дезорганизации соединительной ткани является:¹

А. Гранулематоз

Б. Фибриноидное набухание

В. Мукоидное набухание

Г. Склероз

13. В план обследования при подозрении на ревматизм входит всё, кроме:¹

А. общий анализ крови

Б. пункция коленного сустава

В. биохимический анализ крови (протеинограмма, СРБ и др.)

Г. ЭХО-кардиография

Д. ЭКГ

14. При ревматоидном артрите может наблюдаться:¹

А. высокая лихорадка;

Б. перикардит;

В. увеличение лимфоузлов;

Г. СОЭ 60 мм/ч;

Д. все перечисленное.

15. Для диагностики ревматизма по Киселю-Джонсу-Нестерову основными критериями являются:¹

А. повышение титра антистрептолизина "О" (АСЛО);

	<p>Б. абдоминальный синдром; В. полиартрит; Г. снижение зубца Т на ЭКГ; Д. увеличение QT на ЭКГ.</p> <p>16. Одним из основных диагностических критериев ревматизма является: ¹ А. очаговая инфекция; Б. кардит; В. общее недомогание; Г. артралгия; Д. лихорадка.</p> <p>17. В начальный период ревматической атаки показано применение: ¹ А. пенициллина; Б. цепорина; В. левомецетина; Г. бициллина; Д. фортума (цефтазидима).</p>
<p>Б 1.В.ОД.2.2 Раздел 2. Инфекционн ые и паразитарны е болезни. Неотложны е состояния в педиатрии</p>	<p>Анатомо-физиологические особенности доношенного и недоношенного ребенка</p> <p>18. При I степени недоношенности срок гестации составляет: А. 35-37 недель Б. 32-34 недели В. 29-31 неделя Г. до 29 недель</p> <p>19. Температура в кювезе для глубоконедоношенного ребенка должна быть: А. 30-35 С Б. 20-25 С В. 35-40 С Г. 25-30 С</p> <p>20. При II степени недоношенности ребенка можно начинать кормить после рождения через: А. 6-9 часов Б. 9-12 часов В. 12-18 часов Г. 24-36 часов</p> <p>21. Здорового недоношенного выписывают домой при достижении им массы тела: А. более 1500 г Б. 1800 г В. 2000 г Г. 2300 и более</p> <p>22. Недоношенные дети - это дети родившиеся на сроке гестации: А. 38-40 недель Б. 28-37 недель В. 28-32 недели Г. менее 28 недель</p> <p>23. Показаниями к кормлению недоношенного ребенка через зонд является всё, кроме: А. наличие синдрома срыгивания Б. масса тела менее 1250 г В. пороки развития мягкого и твердого неба</p>

¹ Протокол дополнений и изменений ФОС к промежуточной аттестации по дисциплинам, практик, итоговой (государственной итоговой) аттестации на 2021-2022 учебный год.

	<p>Г. отсутствие сосательного и глотательного рефлекса</p> <p>24. При II степени недоношенности срок гестации составляет: А. 35-37 недель Б. 32-34 недели В. 29-31 неделя Г. до 29 недель</p> <p>25. Сколько всего имеются групп риска у новорожденных детей: А. три Б. четыре В. пять Г. шесть Д. семь</p> <p>26. При II степени недоношенности ребенка можно начинать кормить после рождения через: А. 6-9 часов Б. 9-12 часов В. 12-18 часов Г. 24-36 часов</p> <p>27. Степень высокого риска заболеваемости имеют недоношенные дети:¹ А. с внутриутробной гипотрофией Б. после асфиксии и родовой травмы В. с физиологической желтухой Г. внутриутробно инфицированные Д. с умеренным нагрубанием молочных желез Е. после гемолитической болезни новорожденных Ж. с мочекислым диатезом</p> <p>28. При недоношенности IV степени срок гестации составляет: ¹ А. 35-37 недель Б. 32-34 недели В. 29-31 неделя Г. до 29 недель</p> <p><i>Внутриутробные инфекции</i></p> <p>29. Внутриутробные инфекции - это инфекционно-воспалительные заболевания, при которых инфицирование произошло: ¹ А. исключительно в антенатальный период; Б. исключительно в интранатальный период; В. в перинатальный период; Г. в антенатальный и/или интранатальный периоды; Д. в первом триместре беременности.</p> <p>30. Клиническими проявлениями врожденной цитомегаловирусной инфекции могут быть: ¹</p>
--	---

¹ Протокол дополнений и изменений ФОС к промежуточной аттестации по дисциплинам, практик, итоговой (государственной итоговой) аттестации на 2021-2022 учебный год.

<p>А. пузырьчатка на ладонях и стопах Б. глухота, катаракта, врожденный порок сердца В. желтуха, гепатоспленомегалия Г. желтуха, гепатоспленомегалия, гипотрофия, интерстициальная пневмония, геморрагии</p> <p>31. Препаратом выбора для лечения врожденной цитомегаловирусной инфекции является:¹ А. ремантадин Б. ацикловир В. цитотект Г. тиндурит</p> <p>32. Абсолютными критериями для постановки диагноза врожденная цитомегаловирусная инфекция является обнаружение в крови:¹ А. анти ЦМВ-Ig M Б. самого возбудителя (виремия) В. анти ЦМВ-Ig Y Г. генома вируса (ДНК-емия)</p> <p>33. Клиническими формами внутриутробной бактериальной инфекции могут быть А. аспирационная пневмония Б. язвенно-некротический эзофагит, гастроэнтерит, перитонит В. гнойный лептоменингит, остеомиелит Г. все перечисленные</p> <p>34. К бактериальным внутриутробным инфекциям относятся: А. листериоз Б. краснуха В. врожденный сифилис Г. микоплазмоз Д. цитомегалия</p> <p>35. К клиническим признакам раннего врожденного сифилиса относятся все кроме: А. гепатомегалии Б. хориоретинита В. пузырьчатки Г. ринита Д. розеолезно-папулезной сыпи Е. очаговой неврологической симптоматики</p> <p>36. Абсолютными диагностическими критериями верификации этиологии врожденной инфекции у новорожденного ребенка являются: А. клинические признаки; Б. высокие титры специфических антител класса IgG; В. выявление высокой концентрации общего IgM; Г. выявление возбудителя (его антигенов или генома) и/или наличие специфических антител класса IgM; Д. высокая концентрация секреторного IgA.</p> <p>37. Высокий риск развития синдрома врожденной краснухи имеется в случаях: А. если не привитая против краснухи женщина во время беременности контактирует с больным краснухой; Б. если женщина во время беременности переносит краснуху; В. если у женщины новая беременность наступает в течение шести месяцев после</p>

	<p>рождения ребенка с врожденной краснухой; Г. если имеется фетоплацентарная недостаточность; Д. во всех перечисленных случаях.</p> <p>38. Наличие кальцификатов в головном мозге характерно для внутриутробной инфекции: А. листериоз; Б. токсоплазмоз; В. хламидиоз; Г. гепатит В; Д. ВИЧ-инфекция.</p> <p>39. Наиболее частым путем инфицирования плода при вирусных инфекциях является: А. трансплацентарный Б. контаминационный</p> <p><i>Острые респираторные вирусные инфекции</i></p> <p>40. Характерным для гриппа симптомом является А. высокая лихорадка Б. боль при мочеиспускании В. Увеличение печени Г. желтуха</p> <p>41. Катаральный синдром при парагриппе характеризуется ¹ А. обильными слизистыми выделениями из носа Б. упорным, грубым, сухим кашлем В. Частым навязчивым коклюшподобным кашлем Г. яркой отграниченной гиперемией зева, гнойным выпотом в лакунах</p> <p>42. Аденовирусная инфекция характеризуется ¹ А. конъюнктивитом Б. артритом В. миозитом Г. уретритом</p> <p>43. Тяжелая форма респираторно-синциальной вирусной инфекции проявляется ¹ А. острым бронхитом, фарингитом, тонзилитом, бронхолитом, ДН 0-1 Б. бронхолитом, обструктивным бронхитом, бронхопневмонией, ДНII-III В. назофарингитом, повышением температуры тела до субфебрильных цифр Г. синуситами, простым бронхитом, лакунарной ангиной</p> <p>44. Специфическое лечение гриппа представляет собой ¹ А. сульфаниламидные препараты Б. противовирусные (озельтамивир) В. Антибиотики (цефотаксим) Г. Ацетилсалициловая кислота</p> <p>45. К симптомам аденовирусной инфекции относятся ¹ А. узловатая эритема и импетиго Б. боли в суставах, мышцах В. менингеальные знаки</p>
--	---

¹ Протокол дополнений и изменений ФОС к промежуточной аттестации по дисциплинам, практик, итоговой (государственной итоговой) аттестации на 2021-2022 учебный год.

Г. катаральные явления в ротоглотке, конъюнктивит

46. Аденовирусную инфекцию от инфекционного мононуклеоза отличает наличие ¹

А. пленчатого конъюнктивита

Б. увеличение шейных лимфатических узлов

В. заложенности носа

Г. симптомов интоксикации

47. К симптомам респираторно-синциальной инфекции относится ¹

А. гепатомегалия

Б. кашель

В. конъюнктивит

Г. спленомегалия

48. Фарингоконъюнктивальная лихорадка характерна для ¹

А. аденовирусной инфекции

Б. парагриппе

В. гриппа

Г. респираторно-синциальной инфекции

49. Риноконъюнктивальная лихорадка характерна для

А. аденовирусной инфекции

Б. парагриппе

В. гриппа

Г. респираторно-синциальной инфекции

Острые респираторные бактериальные инфекции

50. Механизм передачи коклюща является

А. трансмиссивный

Б. контактный

В. фекально-оральный

Г. аэрозольный

51. Наиболее частым осложнением коклюща является

А. орхит, бесплодие

Б. пневмония, ателектаз легкого

В. менингит, менигоэнцефалит

Г. миокардит, полинейропатия

52. Возбудителем коклюща является палочка

А. Коха

Б. Борде-Жангу

В. веретенообразная

Г. Леффнера

53. Проявления микоплазменной инфекции отличают от коклюща

А. наличием короткой температурной реакции

Б. характерной рентгенологической картиной

В. отсутствием симптомов интоксикации

Г. наличием спазматического кашля

54. Для микоплазменного бронхита характерно выявление

- А.грубого «лающего» кашля
- Б. нормальной температуры тела
- В. асимметрии хрипов в легких**
- Г. притупления перкуторного звука

55. К клиническим проявлением микоплазменной пневмонии относят

- А.пневмоторакс
- Б.выраженную одышку
- В. мелкопузырчатые влажные хрипы в легких**
- Г. нормальную температуру тела

56. При микоплазменном бронхите у детей применяют

- А.пеницилины
- Б.фторхинолоны
- В. макролиды**
- Г. аминогликозиды

57.Вероятным признаком дифтерии ротоглотки является

- А. резкая болезненность в горле (тризм)
- Б. отек на нижних конечностях
- В. отек в зеве**
- Г. рыхлые налеты

58.Вероятным признаком дифтерии гортани является ларингит

- А. с высокой температурой и интоксикацией
- Б. при нормальной или субфебрильной температуры тела**
- В. без афонии
- Г. с внезапно развившимся стенозом в первые часы болезни и с выраженными катаральными явлениями

59. Возбудитель дифтерии является

- А.вирусом
- Б. коринобактерией**
- В. диплококком
- Г. коклюшом

Неотложные состояния при инфекционных заболеваниях у детей

60. Круп при ОРЗ проявляется всеми следующими клиническими симптомами, кроме

- А. грубого кашля
- Б. навязчивого кашля**
- В. стенотического дыхания
- Г. измененного голоса

61. Неотложная помощь при стенозе гортани (ложном крупе) включает в себя все, кроме:

- А. ультразвуковые ингаляции
- Б. щелочные ингаляции
- В. спазмолитики**
- Г. бета2-агонисты
- Д. преднизолон

62. Стенозирующий ларингит (ложный круп) клинически характеризуется всем, кроме:

- А. дистантные хрипы

- Б. инспираторной одышкой
- В. осиплостью голоса
- Г. эмфизематозным вздутием**
- Д. грубым лающим кашлем

63. Нейротоксикоз при гриппе характеризуется

- А. болью в мышцах
- Б. головной болью, фебрильными судорогами**
- В. носовыми кровотечениями
- Г. вялостью, снижением аппетита

64. Для токсикоза с эксикозом по воддефицитному типу характерны

- А. адинамия, отсутствие жажды, пастозность, олигоурия
- Б. высокая лихорадка, отеки, гематурия
- В. лихорадка, жажда, сухость слизистых, олигурия**
- Г. рвота, боли в животе, жидкий стул с кровью

65. Для токсикоза с эксикозом по соледефицитному типу характерны

- А. адинамия, отсутствие жажды, пастозность, олигоурия**
- Б. высокая лихорадка, отеки, гематурия
- В. лихорадка, жажда, сухость слизистых, олигурия
- Г. рвота, боли в животе, жидкий стул с кровью

66. Симптомом эксикоза у детей первого года жизни является

- А. шелушение кожных покровов
- Б. западение большого родничка**
- В. влажный кашель
- Г. полиурия

67. Клиническими проявлениями эксикоза у детей является

- А. взбухание краев большого родничка
- Б. сухость кожных покровов**
- В. полиурия
- Г. бледность кожных покровов

68. Пероральная регидратация показана при

- А. эксикозе**
- Б. токсикозе
- В. инфекционно-токсическом шоке
- Г. нейротоксикозе

Острые аллергические состояния

69. Анафилактический шок у детей чаще вызывают аллергены

- А. бытовые
- Б. пищевые**
- В. лекарственные
- Г. пылевые

70. При лечении крапивницы у детей применяют

- А. антигистаминные препараты 2 поколения**
- Б. кромоны
- В. пробиотики
- Г. ребиотики

	<p>71. При анафилактическом шоке А. могут отсутствовать симптомы со стороны кожных покровов Б. всегда имеется ангиоотеки (отек Квинке) В. всегда имеется гиперемия кожи лица Г. всегда имеются уртикарные высыпания</p> <p>72. При крапивнице сыпь локализуется на А. любых участках тела Б. конечностях В. лице Г. туловище</p> <p>73. Резкое падение артериального давления наблюдается при А. анафилактическом шоке Б. сывороточной болезни В. крапивнице Г. ангиоотеке</p> <p>74. Положительный симптом Никольского отмечается при А. аллергическом хейлите Б. синдроме Лайелла В. себорейной экземе Г. ожоге 3 степени</p> <p>75. При острой крапивнице без ангионевротических отеков показано лечение А. антигистаминным препаратом второго поколения Б. инфузионная терапия с целью детоксикации В. атигистиминный препарат первого поколения Г. преднизалон коротким курсом</p> <p>76. Анафилактический шок является противопоказанием для назначения А. супрастина Б. дипразина В. эpineфрин Г. преднизалон</p>
--	--

9.4 Банк ситуационных клинических задач (с ответами)

Б 1.В.ОД.2.1 Раздел 1. Патология новорожде нных и детей раннего возраста	<p>Задача 1</p> <p>У мальчика 13 лет при углубленном медосмотре в школе выявлен «хлопающий» I тон и грубый диастолический шум на верхушке сердца. Шум проводится в аксиллярную область. Из анамнеза известно, что ребенок страдает хроническим тонзиллитом. Последний раз осматривался педиатром 1,5 года назад, но подобных изменений со стороны сердца не было. Ребенок направлен на госпитализацию.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте предположительные диагнозы. 2. Назначьте обследование. 3. Дайте определение острой ревматической лихорадки (ОРЛ). 4. Что является этиологическим фактором заболевания и как его доказать?
---	---

5. Как Вы понимаете выражение, что ОРЛ развивается у предрасположенных лиц?

Эталон ответа к задаче № 1

1. Острая ревматическая лихорадка, инфекционный эндокардит, миокардит, функциональные кардиопатии.
2. Клинический анализ крови – определение гуморальной активности; биохимический анализ крови (СРБ – определение гуморальной активности процесса, КФК, ЛДГ – миокардиальные ферменты, др.общеклинические показатели); серологические анализ (АСЛ-О, стрептокиназа); ЭКГ – регистрация нарушений ритма (миокардит); ЭхоКГ – диагностика кардита (эндо-, мио-, перикардита); рентгенография легких при необходимости (кардиомегалия); УЗИ суставов (диагностика артрита); бактериологический посев с миндалин на флору.
3. ОРЛ – системное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе, развивающееся в связи с острой А-стрептококковой инфекцией у предрасположенных к нему лиц, главным образом 7-15 лет.
4. Бета-гемолитический стрептококк группы А (для ОРЛ характерна предшествующая стрептококковая инфекция именно носоглоточной локализации), ревматогенные штаммы (М-5, М-6, М-18, М-24). Выявление инфекции: высеив с ротоносоглотки + нарастание титра антистрептококковых антител (антистрептолизин-О, антистрептокиназа и др.).
5. Речь идет о генетической предрасположенности (феномен антигенной мимикрии, антистрептококковые антитела перекрестно реагируют с тканями самого организма).

Задача 2.

Ребенок 11 лет (масса 30 кг) поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при ходьбе; боли в коленных, голеностопных и локтевых суставах, их отечность. Это состояние развилось через 12 – 14 дней после перенесенной ангины. Объективно: симптомы интоксикации, температура тела 37,8°. Названные выше суставы горячие и ошупь, кожа над ними слегка гиперемирована, отечна. Границы сердца расширены до 1 см влево, тоны ритмичные, приглушены, особенно I тон на верхушке, ЧСС 80 в мин, мягкий систолический шум на верхушке. АД 105/60. Печень не пальпируется. Отеков нет. Мочится достаточно.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Какие большие критерии заболевания имеются у ребенка.
3. Назначьте и обоснуйте обследование.
4. Назначьте лечение.
5. Распишите меры вторичной профилактики.

Ответ к задаче 2.

1. Острая ревматическая лихорадка. Кардит, артрит. СН I, ФК II.
2. Артрит и кардит.
3. Клинический анализ крови – определение гуморальной активности; биохимический анализ крови (СРБ – определение гуморальной активности процесса, КФК, ЛДГ – миокардиальные ферменты, др.общеклинические показатели); серологические анализ (АСЛ-О, антистрептокиназа); ЭКГ – регистрация нарушений ритма (миокардит); ЭхоКГ – диагностика кардита (эндо-, мио-, перикардита); рентгенография легких при необходимости (кардиомегалия); УЗИ суставов (диагностика артрита); бактериологический посев с миндалин на флору.
4. Лечение:
 - 1) Режим постельный.
 - 2) Стол №10.
 - 3) Пенициллин по 750000 ЕД 4 раза в день внутримышечно 10-14 дней.
 - 4) Диклофенак 0,025 по 1 таб 3 раза в день.

	<p>5) Преднизолон 0,8 мг/кг = 25 мг/сутки (в связи с миокардитом) 8 час – 2 таб (10 мг) 11 час - 1½ таб (7,5 мг) 14 час - 1½ таб (7,5 мг)</p> <p>6) Рибоксин 0,2 по 1 таб x 2 р в день внутрь.</p> <p>5. Бензатинбензилпенициллин 1,2 млн ЕД 1 раз в 3 недели пожизненно</p>
<p>Б 1.В.ОД.2.2 Раздел 2. Инфекцион ные и паразитари ые болезни. Неотложн ые состояния в педиатрии</p>	<p>Задача 3</p> <p>Мальчик Л., 8 месяцев, направлен в стационар в связи с фебрильной лихорадкой до 39,8°C и выраженным возбуждением. Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро 2 дня назад, когда появились катаральные явления со стороны носоглотки, отмечался подъем температуры тела до 37,4-37,7°C, появились вялость, ребенок стал отказываться от еды и питья. В доме старшая сестра больна ОРВИ. На третьи сутки от начала заболевания температура тела повысилась до 39,8°C.</p> <p>При осмотре врачом «скорой помощи» отмечаются бледность кожи, резкое возбуждение ребенка, конечности холодные; на осмотр реагирует негативно. Из носа слизистые выделения, зев ярко гиперемирован, разрыхлен, налетов нет. ЧД — 54 в минуту. Над всей поверхностью легких перкуторно — звук легочный. Аускультативно дыхание жесткое, проводится с обеих сторон, хрипы в легких не выслушиваются. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии, верхняя -II ребро, левая — на 1,0 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены, ЧСС — 138 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень +2 см ниже реберной дуги. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется. Стул, мочеиспускание не нарушены.</p> <p>Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии</p> <p>Общий анализ крови: НЬ — 112 г/л, Эр — 3,8x10¹²/л, Ц.п. — 0,83, Лейк — 9,8x 10⁹/л, п/я — 4%, с — 32%, э — 1 %, л — 56%, м — 7%, СОЭ — 11 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, удельный вес — 1010, белок — нет, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок — 72 г/л, мочевины — 4,7 ммоль/л, холестерин — 3,3 ммоль/л, калий — 4,3 ммоль/л, натрий — 138 ммоль/л, АЛТ — 23 Ед/л (норма — до 40), АСТ — 19 Ед/л (норма — до 40), серомукоид — 0,180 (норма — до 0,200).</p> <p>Ответ к задаче 3.</p> <p>ОРВИ, гипертермический синдром.</p> <p>Тяжесть состояния, обусловлена интоксикацией, одышкой (ЧД 54 при н 30-40), тахикардией.</p> <p>Механизм развития гипертермического синдрома: эндотоксин -> ЛПС + CD4 -> МФ выделяет ФНО, ИЛ-1, 6, 8, O₂, H₂O₂, NO, ПГЕ₂, ФАТ, TR-A2. При избытке: гипотензия, ДВС, гипертермия, шок и смерть. Низкие концентрации – гибель МФ, умеренная лихорадка – стимуляция имм. С. Выздоровление. чувствительности к холодным R и ⁻ к тепловым (перестройка Ц терморегуляции. Во время лихорадки в спинномозг. Ж. ПГЕ₂(спецмедиатор).</p> <p>Этиология: инфекционная (на фоне ОРВИ).</p> <p>ЛАБОР. тесты: бак. анализ мазка из ротоглотки и смыва из носоглотки. Имм. методы: на ИЛ-1, 6, 8, ПГЕ₂.</p> <p>Предрасполагающие факторы: несовершенство терморегуляции: больше теплопродукции, резко ограниченная способность повышать теплоотдачу при перегревании и теплопродукцию при охлаждении (несократительный термогенез). Неспособность давать тип. лихорадку (слабая чувств. нейронов гипоталамуса к лейкоцитарному пирогену). Лихорадка при инфекциях за счёт стимуляции обмена. (повышение теплопродукции).</p>

Дополнительные исследования: ОАК, ОАМ, БХ крови, БАК-посев крови и мочи, копрограмма и посев кала на флору. Биохимия (ЦРБ и трансаминаза).

Тактика ведения: диета (доп. кол-во жидк. и легко усв. пища), физ. методы охлаждения, жаропонижающие (парацетамол 10-15 мг/кг, в/м анальгин 50% 5-10 мг/кг + димедрол 1 мл/год).

Ребёнка нужно показать ЛОР, невропатолог.

Осложнения: бронхит, судорож. с-м.

Диф. д.:нейфекц. лихорадка.

Вариант гипертермич. система: тепловой, солнечный удар, перегревание, злокачественная гипертермия, фебрильные судороги.

Задача № 4

Больная Т., 14 лет, доставлена «скорой помощью» в инфекционное отделение с жалобами

на боли в горле при глотании, повышение температуры тела.

Из анамнеза: заболела остро 2 дня назад. Началось заболевание с общего недомогания и болей в горле при глотании. Принимала аспирин, состояние не улучшилось, больная вызвала скоруюпомощь. При осмотре врач «скорой помощи» выявил гиперемию и отечность в зеве, гипертрофиюминдалин. Температура во время осмотра 39°C. Сделаны инъекции анальгина и димедрола,

рекомендовано обратиться в поликлинику.На следующий день состояние больной ухудшилось. Присоединилась слабость, однократнаярвота. Вновь вызвана «скорая помощь» и больная доставлена в инфекционное отделение.

При осмотре: состояние тяжелое, адинамия, выраженная бледность кожных покровов, плотный диффузный отек шейной клетчатки до уровня ключицы. Гиперемия слизистой ротоглоткис цианотичным оттенком, зев отечен, на поверхности гипертрофированных миндалин плотныйблестящий белого цвета налет, распространяющийся на мягкое и твердое небо. Регионарный лимфаденит.

Тахикардия до 100/мин., АД - 100/60 мм рт.ст.

На 15-ый день пребывания в стационаре у больной появилась гнусавость голоса и поперхивание

при приеме жидкой пищи. В последующие дни отметила онемение пальцев кистей и стоп.

При осмотре выявлено слабовыраженное снижение сухожильных рефлексов.

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте обследование для подтверждения диагноза.
3. Назначьте специфическое лечение.
4. Укажите возбудитель заболевания, его биовары.
5. Укажите механизм передачи инфекции при данном заболевании.

Ответ к задаче № 4

1. Дифтерия ротоглотки, токсическая, II ст., тяжелое течение, осложненное полирадикулоневропатией.

Обоснование: острое начало, интоксикация, характерное поражение ротоглотки, отек подкожной клетчатки шеи до ключицы, онемение пальцев, снижение сухожильных рефлексов,

гнусавость голоса, поперхивание.

2. Микроскопия мазка из ротоглотки и носа на возбудителя дифтерии.
3. Противодифтерийная сыворотка 50-60 МЕ по методу Безредко.
4. *Corynebacterium diphtheriae*: mitis, gravis, intermedius.
5. Воздушно-капельный.

Задача № 5

Больная Р., 15 лет, доставлена машиной «скорой помощи» в инфекционное отделение с жалобами на боли в горле при глотании, лихорадку.

	<p>Из анамнеза: заболела остро 2 дня назад с общего недомогания и болей в горле при глотании.</p> <p>Вызвала скорую помощь, доставлена в инфекционное отделение с диагнозом: Острый тонзиллит.</p> <p>При осмотре: состояние тяжелое, адинамия, выраженная бледность кожных покровов, плотный диффузный отек шейной клетчатки до середины шеи. Гиперемия слизистой ротоглотки с цианотичным оттенком, зев отечен, на поверхности гипертрофированных миндалин плотный блестящий налет белого цвета, распространяющийся на мягкое и твердое небо. Регионарный лимфаденит. Пульс - 90/мин., АД - 90/60 мм рт.ст.</p> <p>На 10-ый день пребывания в стационаре у больной появились жалобы на боли в области сердца, усиленное сердцебиение. При осмотре: адинамия, вялость, выраженная бледность кожных покровов. Границы сердца расширены на 1,5-2,0 см, тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке. АД - 90/50 мм рт.ст., тахикардия до 120/мин.</p> <p>При ЭКГ-обследовании выявлено снижение вольтажа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установите и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Можно ли было избежать заболевания? 3. Назначьте лечение исходя из тяжести заболевания. 4. Укажите формы заболевания согласно классификации. 5. Укажите сроки инкубационного периода при данном заболевании. <p>Ответ к задаче № 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дифтерия ротоглотки, токсическая форма I ст., тяжелое течение, осложненное миокардитом. <p>Диагноз выставлен на основании острого начала, интоксикации, характерных изменений в</p> <p>зеве, отека подкожной клетчатки до середины шеи, кардиалгий, тахикардии, гипотонии, аускультативных и ЭКГ-изменений в сердце.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Да, если проводить плановую вакцинацию и ревакцинацию согласно национальному календарю прививок вакцинами, содержащими адсорбированный дифтерийный анатоксин (АКДС, АКДС-М, АДС-М, АД-М). 3. При развитии миокардита необходим полный покой; назначение антибиотиков цефалоспоринового, тетрациклинового ряда; пентоксифиллин, или триметазидин, или мельдоний. 4. Локализованная (катаральная, островчатая, пленчатая), распространенная, субтоксическая, токсическая (I,II,III степени, гипертоксическая); по локализации (ротоглотки, гортани, глаз, носа, половых органов). 5. 2-12 суток, чаще 5-7 суток.
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС	
ВолГМУ:	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
-61 – 75%	61 – 75
Удовлетворительно (3)	76– 90
- 76 – 90%	91 – 100
Хорошо (4)	
-91-100	
Отлично (5)	

Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	21. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	22. Знание алгоритма решения
	23. Уровень самостоятельного мышления
	24. Аргументированность решения
	25. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических

-пяти или шести критериям Отлично (5)	опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
---	--

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Педиатрия»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки и из перечня
УК	1	1-74	1-5	1-22	1-31	-
ПК	1	1-74	1-5	1-22	1-31	-
	2	1-10,14-18,30-43,45-49,53-67	1-5	1-22	1-31	-
	5	1-16,29-30,32-43,45-60,62-67,69,71-74,	1-5	1-5, 8-22	1-7, 10-31	-
	8	17,31,44,61, 68,70,75	1-5	1-22	1-31	-

9.5 Темы рефератов

Раздел	Тема реферата
<i>Б1.В.ОД.2.1 Раздел 1. Патология новорожденных и детей раннего возраста</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отдаленные последствия поражений нервной системы. 2. Дифференциальная диагностика острой ревматической лихорадки с реактивными артритами, инфекционно-аллергическим миокардитом и др. 3. Гемодинамические нарушения при формировании приобретенных пороков сердца у детей разных возрастных групп.

<p><i>Б 1.В.ОД.22</i> Раздел 2. Инфекционные и паразитарные болезни. Неотложные состояния в педиатрии</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Последствия перинатальной цитомегаловирусной инфекции. 5. Последствия перинатальной токсоплазмозной инфекции. 6. Этиологию, патогенез, патогенетическая классификация крапивницы 7. Эпидемиология, этиология, клиника, лечение и профилактика гриппа и парагриппа. 8. Эпидемиология, этиология, клиника, лечение и профилактика аденовирусной инфекции. 9. Эпидемиология, этиология, клиника, лечение и профилактика респираторно-синцитиальной инфекции. 10. Синдром Лайела, 11. Синдром Стивена-Джонсона. 12. Неотложная помощь при синдроме крупа.
---	--

Критерии и шкала оценивания

Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)</p> <p>- четырем критериям Хорошо (4)</p> <p>-пяти критериям Отлично (5)</p>	1.Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

10. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ»

10.1 Перечень вопросов для устного собеседования:

<p><i>Б</i> 1.В.ОД.3.1 Раздел 1. Клиническая анатомия и физиология ЛОР-органов</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Опишите нормальную анатомию околоносовых пазух. 2. Опишите клиническую анатомию носа. 3. Опишите анатомию среднего носового хода. 4. Каковы иннервация носа и околоносовых пазух, кровоснабжение и лимфообращение полости носа? 5. Назовите особенности строения слизистой оболочки полости носа. 6. Охарактеризуйте обонятельный анализатор. 7. Опишите топографию, возрастные особенности околоносовых пазух, их значения в клинике. 8. Опишите клиническую анатомию височной кости. 9. Охарактеризуйте клиническую анатомию наружного, среднего и внутреннего уха. 10. Каково клиническое значение особенностей строения детского уха? 11. Опишите развитие наружного, среднего и внутреннего уха. 12. Расскажите строение наружного слухового прохода, барабанной перепонки у взрослых и детей различного возраста.
--	---

	<p>13. Опишите анатомию барабанной полости, топографию, стенки.</p> <p>14. Каковы возрастные особенности строения слуховой трубы?</p> <p>15. Опишите развитие сосцевидного отростка, связь его пневматизации с состоянием питания ребенка.</p> <p>16. Опишите топографию лицевого нерва.</p> <p>17. Каково строение и связь внутреннего уха с задней черепной ямкой.</p> <p>18. Охарактеризуйте дыхательную, обонятельную, защитную, резонаторную функции носа и их механизмы.</p> <p>19. Каково значение слизистой оболочки носа в формировании местного иммунитета?</p> <p>20. Охарактеризуйте понятие мукоцилиарного клиренса.</p> <p>21. Охарактеризуйте физиологическое значение перегородки носа.</p> <p>22. Опишите физиологическое значение околоносовых пазух.</p> <p>23. Какова аэродинамика в полости носа, ее значение.</p> <p>24. Опишите методику выполнения передней, средней и задней риноскопии.</p> <p>25. Опишите методику пункции и зондирования околоносовых пазух. Микрориноскопия.</p> <p>26. Как выполняется фиброскопия носа и околоносовых пазух?</p> <p>27. Дайте определение риноманометрии.</p> <p>28. Опишите метод рентгенологического исследования носа и околоносовых пазух.</p> <p>29. Опишите методику выполнения диафаноскопии.</p>
<p>Б 1.В.ОД.3.2 Раздел 2. Патология ЛОР-органов</p>	<p>30. Дайте определение понятия фурункул носа. Этиология, патогенез, клинические формы, лечение и профилактика.</p> <p>31. Каковы клиника, диагностика, лечение карбункула носа?</p> <p>32. Охарактеризуйте гематому и абсцесс носовой перегородки..</p> <p>33. Какова методика вскрытия гематомы и абсцесса носовой перегородки?</p> <p>34. Каковы клинические проявления острого насморка у взрослых и детей старшего возраста, лечение и профилактика.</p> <p>35. Опишите синдромы острого ринита при инфекционных заболеваниях.</p> <p>36. Расскажите диагностику и лечение острого ринофарингита у детей грудного возраста.</p> <p>37. Дайте классификацию воспалительных заболеваний ОНП.</p> <p>38. Острый верхнечелюстной синусит. Какова диагностика, дифференциальная диагностика и лечение в зависимости от степени тяжести заболевания.</p> <p>39. Опишите показания и методику выполнения пункции верхнечелюстной пазухи.</p> <p>40. Охарактеризуйте клиническую картину острого этмоидита у взрослых и у детей.</p> <p>41. Каково хирургическое и медикаментозное лечение остеомиелита верхней челюсти у детей?</p> <p>42. Опишите острый фронтит. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Показания к хирургическому лечению.</p> <p>43. Охарактеризуйте острый сфеноидит. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика.</p> <p>44. Опишите орбитальные осложнения синуситов и их патогенез.</p> <p>45. Опишите клиническую картину отека век и клетчатки глазницы, периостита, субпериостальный абсцесса, абсцесса век, флегмоны глазницы, ретробульбарного неврита. Диагностика. Лечение.</p> <p>46. Охарактеризуйте риносинусогенные внутричерепные осложнения: базальный лепто-менингит, оптохиазмальный арахноидит, гнойный менингит, абсцесс мозга, тромбоз кавернозного синуса. Патогенез, симптоматология, клиническая диагностика, лечение (хирургическая тактика и интенсивная терапия).</p> <p>47. Дайте определению понятия ангиомы.</p> <p>48. Охарактеризуйте остеоому полости носа.</p> <p>49. Опишите классификацию злокачественных новообразований носа.</p> <p>50. Опишите повреждения костного скелета носа, хрящевого остова, сочетанное повреждение пирамиды носа, носовой перегородки.</p> <p>51. Охарактеризуйте тупую травму носа (ушиб).</p> <p>52. Расскажите про открытые и закрытые переломы костей носа.</p> <p>53. Опишите переломы костей носа со смещением (боковым и в сагиттальной плоскости – «проваленный» нос) и без смещения. Симптомы. Клиническое течение. Сочетанные травмы носа. Тактика оказания помощи при сочетанной травме. ПХО раны.</p> <p>54. Какова техника в зависимости от механизма травмы при репозиции костей носа. Ведение больных после хирургического вмешательства.</p>

	<p>55. Охарактеризуйте травму лобной кости. Клиника, общие и местные проявления повреждения лобной кости.</p> <p>56. Каковы сочетанные повреждения головного мозга, орбиты, решетчатой области. Классификация осложнений после ранения ЛП. (Н.С.Благовещенской).</p> <p>57. Какова тактика оказания неотложной помощи при поражении верхней челюсти. Открытые и закрытые поражения верхней челюсти.</p> <p>58. Дайте определение такому понятию как гемосинус. Клиника. Диагностика. Тактика оказания помощи.</p> <p>59. Опишите диагностику инородных тел носа и придаточных пазух. Неотложная помощь при них.</p> <p>60. Опишите методику удаления инородных тел у детей и взрослых. Виды хирургических вмешательств при инородных телах придаточных пазух.</p> <p>61. Охарактеризуйте риносинусогенные внутричерепные осложнения: базальный лептоменингит, оптохиазмальный арахноидит, гнойный менингит, абсцесс мозга, тромбоз кавернозного синуса. Патогенез, симптоматология, клиническая диагностика, лечение (хирургическая тактика и интенсивная терапия).</p>
--	---

10.2 Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.В.ОД.3.1 Раздел 1. Клиническая анатомия и физиология ЛОР-органов</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Полость носа, анатомия среднего носового хода. 2. Иннервация носа и околоносовых пазух. 3. Кровоснабжение, лимфообращение полости носа. 4. Особенности строения слизистой оболочки полости носа. 5. Обонятельный анализатор. 6. Околоносовые пазухи, топография, возрастные особенности, их значения в клинике. 7. Топографическая анатомия носа и его придаточных пазух. 8. Клиническая анатомия височной кости. 9. Клиническая анатомия наружного, среднего и внутреннего уха. 10. Клиническое значение особенностей строения детского уха. 11. Строение наружного слухового прохода, барабанной перепонки у взрослых и детей различного возраста. 12. Барабанная полость, топография, стенки. 13. Слуховая труба. Возрастные особенности строения слуховой трубы. 14. Сосцевидный отросток. Развитие сосцевидного отростка, связь его пневматизации с состоянием питания ребенка. 15. Лицевой нерв, топография, ветви. 16. Внутреннее ухо, его строение, связи с задней черепной ямкой. 17. Дыхательная, обонятельная, защитная, резонаторная функции носа, их механизмы. 18. Значение слизистой оболочки носа в формировании местного иммунитета. Физиологическое значение перегородки носа. 19. Физиологическое значение околоносовых пазух. 20. Аэродинамика в полости носа, ее значение. 21. Риноскопия передняя, средняя, задняя. 22. Пункция и зондирование околоносовых пазух. Микрориноскопия. Фиброскопия носа и околоносовых пазух. 23. Определение дыхательной, обонятельной функции носа. Риноманометрия. 24. Определение мукоцилиарного клиренса. 25. Рентгенологическое исследование носа и околоносовых пазух - обзорная и контрастная рентгенография, томография послойная, компьютерная, магнитнорезонансная. 26. Диафаноскопия. УЗИ околоносовых пазух.
---	--

<p>Б 1.В.ОД.3.2 Раздел 2. Патология ЛОР-органов</p>	<p>27. Фурункул носа. Этиология, патогенез, клинические формы, лечение и профилактика.</p> <p>28. Карбункул носа. Диагностика и лечение осложненной формы фурункула носа.</p> <p>29. Гематома, абсцесс носовой перегородки. Клиника, диагностика, лечение. Методика вскрытия гематомы и абсцесса носовой перегородки.</p> <p>30. Острый насморк у взрослых и детей старшего возраста. Этиология, патогенез, клиника (стадии), лечение и профилактика.</p> <p>31. Синдромы острого ринита при инфекционных заболеваниях.</p> <p>32. Острый ринофарингит у детей грудного возраста. Диагностика, лечение, профилактика осложнений.</p> <p>33. Классификация воспалительных заболеваний ОНП.</p> <p>34. Острый верхнечелюстной синусит. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение в зависимости от степени тяжести заболевания. Пункция верхнечелюстной пазухи. Показания к проведению пункции. Методика выполнения.</p> <p>35. Острый этмоидит. Клиническая картина острого этмоидита у взрослых и у детей.</p> <p>36. Хирургическое и медикаментозное лечение остеомиелита верхней челюсти у детей.</p> <p>37. Острый фронтит. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Показания к хирургическому лечению. Виды оперативного вмешательства.</p> <p>38. Острый сфеноидит. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика.</p> <p>39. Орбитальные осложнения синуситов. Патогенез орбитальных осложнений. Классификация орбитальных осложнений.</p> <p>40. Ангиомы. Патогенез и патологическая анатомия. Симптомы и клиническое течение. Диагностика. Лечение ангиом.</p> <p>41. Остеома полости носа. Симптомы и клиническое течение. Диагностика. Хирургическое лечение.</p> <p>42. Повреждения костного скелета носа, хрящевого остова, сочетанное повреждение пирамиды носа, носовой перегородки.</p> <p>43. Тупая травма носа (ушиб). Открытые и закрытые переломы костей носа. Переломы костей носа со смещением (боковым и в сагиттальной плоскости – «проваленный» нос) и без смещения. Симптомы. Клиническое течение.</p> <p>44. Травмы околоносовых пазух. Травма лобной кости. Клиника, общие и местные проявления повреждения лобной кости.</p> <p>45. Сочетанные повреждения головного мозга, орбиты, решетчатой области.</p> <p>46. Классификация осложнений после ранения ЛП. (Н.С.Благовещенской).</p> <p>47. Тактика оказания неотложной помощи.</p> <p>48. Поражение верхней челюсти.</p> <p>49. Открытые и закрытые поражения верхней челюсти. Гемосинус. Клиника. Диагностика. Тактика оказания помощи.</p> <p>50. Инородные тела носа и околоносовых пазух. Диагностика инородных тел носа и придаточных пазух. Неотложная помощь при них. Методика их удаления у детей и взрослых.</p> <p>51. Виды хирургических вмешательств при инородных телах придаточных пазух.</p>
--	---

10.3 Банк тестовых заданий (с ответами):

<p>Б 1.В.ОД.3.1 Раздел 1. Клиническая и анатомия и физиология ЛОР-органов</p>	<p>001. Хоана – это: а) задние отделы верхнего носового хода б) отверстие из полости носа в носоглотку в) задние отделы нижнего носового хода г) задние отделы общего носового хода Правильный ответ: б</p> <p>002. Отток крови наружного носа происходит в: а) глазничную вену б) переднюю лицевую вену в) щитовидную вену г) язычную вену Правильный ответ: б</p> <p>003. Глабелла – это: а) точка над передней носовой осью б) зона перехода корня носа к уровню бровей в) область спинки носа г) зона передней выступающей части подбородка</p>
---	---

	<p>Правильный ответ: б</p> <p>004. Сошник входит в состав стенки полости носа:</p> <p>а) верхней б) нижней в) латеральной г) медиальной</p> <p>Правильный ответ: г</p> <p>005. Толщина продырявленной пластинки решетчатой кости:</p> <p>а) 1 мм б) 2 – 3 мм в) 4 – 5 мм г) 5 – 6 мм</p> <p>Правильный ответ: б</p> <p>006. Носовые раковины находятся на стенке полости носа:</p> <p>а) верхней б) нижней в) латеральной г) медиальной</p> <p>Правильный ответ: в</p> <p>007. В состав наружной стенки полости носа входит:</p> <p>а) носовая кость б) лобная, теменные кости в) основная кость г) небная кость</p> <p>Правильный ответ: а</p> <p>008. В состав верхней стенки полости носа не входит:</p> <p>а) лобная кость б) небная кость в) носовая кость г) основная кость</p> <p>Правильный ответ: б</p> <p>009. В полости носа имеются носовые раковины:</p> <p>а) верхняя, нижняя, средняя б) верхняя, нижняя, латеральная в) только верхняя, нижняя г) медиальная, латеральная</p> <p>Правильный ответ: а</p> <p>010. При передней риноскопии чаще можно осмотреть:</p> <p>а) только нижнюю носовую раковины б) только среднюю носовую раковины в) верхнюю носовую раковину г) нижнюю и среднюю носовую раковины</p> <p>Правильный ответ: г</p> <p>010. Наиболее крупными из околоносовых пазух носа являются:¹</p> <p>а) лобные б) решетчатые в) верхнечелюстные г) клиновидные</p> <p>Правильный ответ: в</p> <p>011. У взрослого человека обычно бывает развито придаточных пазух: ¹</p> <p>а) 4 б) 6 в) 8 г) 10</p> <p>Правильный ответ: в</p> <p>012. У новорожденного ребенка имеется околоносовых пазух: ¹</p> <p>а) 1 б) 2 в) 3 г) 4</p> <p>Правильный ответ: г</p> <p>013. С крылонебной ямкой граничит придаточная пазуха: ¹</p> <p>а) клиновидная б) лобная в) верхнечелюстная г) решетчатый лабиринт</p> <p>Правильный ответ: в</p> <p>014. В состав остиомаатального комплекса входят околоносовые пазухи носа: ¹</p> <p>а) решетчатые, гайморовы и основная б) гайморовы, лобная и клиновидная в) гайморовы и клетки решетчатого лабиринта г) все пазухи носа</p> <p>Правильный ответ: г</p>
--	--

¹ Протокол дополнений и изменений ФОС к промежуточной аттестации по дисциплинам, практик, итоговой (государственной итоговой) аттестации на 2021-2022 учебный год.

015. «Собачья» ямка в верхнечелюстной пазухе находится: ¹
- а) на верхней стенке
 - б) на нижней стенке
 - в) на передней стенке
 - г) на задней стенке
- Правильный ответ: в
016. Носослезный канал находится в стенке верхнечелюстной пазухи: ¹
- а) верхней
 - б) нижней
 - в) медиальной
 - г) передней
- Правильный ответ: в
017. Воздухоносными являются околоносовые пазухи: ¹
- а) только верхнечелюстные
 - б) только решетчатые
 - в) только передние и средние клетки решетчатой кости
 - г) все придаточные пазухи носа
- Правильный ответ: г
018. Решетчатый лабиринт отделен от передней черепной ямки: ¹
- а) ситовидной пластинкой
 - б) бумажной пластинкой
 - в) горизонтальной пластинкой небной кости
 - г) носовой раковины
- Правильный ответ: а
019. Ячейки решетчатого лабиринта расположены симметрично:
- а) да
 - б) нет
 - в) только у детей
 - г) только у взрослых
- Правильный ответ: б
020. Решетчатый лабиринт граничит с черепной ямкой:
- а) передней
 - б) средней
 - в) задней
 - г) передней и средней
- Правильный ответ: а
021. Наиболее толстой из стенок лобной пазухи является:
- а) передняя
 - б) нижняя
 - в) медиальная
 - г) задняя
- Правильный ответ: а
022. Не содержит губчатого вещества и является компактной пластинкой стенка лобной пазухи:
- а) задняя
 - б) передняя
 - в) нижняя
 - г) медиальная
- Правильный ответ: а
023. Самая тонкая стенка лобной пазухи:
- а) задняя
 - б) медиальная
 - в) нижняя
 - г) передняя
- Правильный ответ: в
024. Лобная пазуха граничит с черепной ямкой:
- а) передней
 - б) средней
 - в) нижней
 - г) передней и средней
- Правильный ответ: а
025. С орбитой граничит стенка лобной пазухи:
- а) передняя
 - б) задняя
 - в) медиальная
 - г) нижняя
- Правильный ответ: г
026. Нижняя стенка орбиты граничит:
- а) с верхнечелюстной пазухой
 - б) с решетчатой пазухой
 - в) с лобной пазухой
 - г) с клиновидной пазухой
- Правильный ответ: а
027. Верхняя стенка орбиты граничит с:
- а) решетчатым лабиринтом
 - б) лобной пазухой
 - в) клиновидной пазухой
 - г) передней черепной ямкой
- Правильный ответ: б
028. Связь полости носа и полости черепа обеспечивает:

	<p>а) бумажная пластинка б) ситовидная пластинка в) лобноносовой канал 029. Выводное отверстие основной пазухи располагается: а) на верхней стенке б) на нижней стенке в) на задней стенке г) на передней стенке Правильный ответ: г</p> <p>030. Основная пазуха располагается: а) в теле лобной кости б) в теле клиновидной кости в) в теле височной кости г) в теле верхней челюсти Правильный ответ: б</p> <p>031. Средний объём клиновидной пазухи: а) до 2 см³ б) 3 – 4 см³ в) 5 – 10 см³ г) 10 – 20 см³ Правильный ответ: б</p> <p>032. Толщина передней стенки основной пазухи:¹ а) до 1 мм б) 1 – 2 мм в) 2 – 6 мм г) 6 – 10 мм Правильный ответ: б</p> <p>033. Верхняя стенка наружного слухового прохода граничит с:¹ а) передней черепной ямкой б) средней черепной ямкой в) задней черепной ямкой г) сосцевидным отростком Правильный ответ: б</p> <p>034. Не осуществляют чувствительную иннервацию наружного уха:¹ а) шейное сплетение б) блуждающий нерв в) лицевой г) тройничный Правильный ответ: в</p> <p>035. Двигательным нервом для мышц ушной раковины является:¹ а) лицевой б) тройничный в) блуждающий г) затылочный Правильный ответ: а</p> <p>036. Участок ушной раковины не имеет хряща:¹ а) завиток б) противозавиток в) мочка г) противокозелок Правильный ответ: в</p> <p>037. На ушной раковине кожа плотно сращена с надхрящницей в области:¹ а) выпуклой поверхности б) вогнутой в) мочки г) не сращена Правильный ответ: б</p> <p>038. Длина наружного слухового прохода у взрослого:¹ а) 1,5 см б) 2,0 см в) 2,5 см г) 3,0 см Правильный ответ: в</p> <p>039. Просвет слухового прохода в диаметре у взрослого:¹ а) 0,5 – 0,6 см б) 0,6 – 0,7 см в) 0,7 – 0,9 см г) 1,0 – 1,1 см Правильный ответ: в</p> <p>040. Наружный слуховой проход состоит только:¹ а) из перепончато-хрящевого отдела б) из костного и фиброзного в) из фиброзно-соединительной ткани</p>
--	--

¹ Протокол дополнений и изменений ФОС к промежуточной аттестации по дисциплинам, практик, итоговой (государственной итоговой) аттестации на 2021-2022 учебный год.

г) из перепончато-хрящевого и костного
 Правильный ответ: г

041. Барабанная перепонка является стенкой барабанной полости: ¹
 а) передней
 б) задней
 в) наружной
 г) нижней
 Правильный ответ: в

042. Слои барабанной перепонки от наружного слухового прохода расположены в последовательности: ¹
 а) кожный, слизистый, соединительнотканый
 б) кожный, соединительнотканый, слизистый
 в) соединительнотканый, кожный, слизистый
 г) соединительнотканый, слизистый, кожный
 Правильный ответ: б

043. Наибольшее расстояние барабанной перепонки от медиальной стенки полости: ¹
 а) в ее центре
 б) в нижнепереднем квадранте
 в) в задненижнем
 г) в задневерхнем квадранте
 Правильный ответ: в

044. Барабанная перепонка у детей раннего возраста толще, чем у взрослых за счет: ¹
 а) фиброзного - среднего слоя
 б) только эпидермального слоя
 в) за счет всех трех слоев
 г) за счет эпидермального и слизистого слоев
 Правильный ответ: г

045. Размеры барабанной перепонки у взрослого:
 а) 5–6 мм длинный, 2–3 мм короткий
 б) 7–8 мм длинный, 5–6 мм короткий
 в) 9,5–10 мм длинный, 8,5–9 мм короткий
 г) 11–12 мм длинный, 9–10 мм короткий
 Правильный ответ: в

046. Парацентез барабанной перепонки производится в квадранте:
 а) в передненижнем
 б) в передневерхнем
 в) в задненижнем
 г) в задневерхнем
 Правильный ответ: в

047. Костный лабиринт внутреннего уха не включает:
 а) улитку
 б) внутренний слуховой проход
 в) преддверие
 г) полукружные каналы
 Правильный ответ: б

048. Информация не верна:
 а) в каждом полукружном канале имеется гладкое и расширенное колено
 б) у переднего и заднего каналов гладкие колена слиты в одно общее
 в) все пять колен обращены к эллиптическому карману преддверия
 г) все пять колен обращены к сферическому карману
 Правильный ответ: г

049. Перепончатые полукружные каналы сообщаются с:
 а) улиткой
 б) с эллиптическим мешочком
 в) с эдололимфатическим протоком
 г) со сферическим мешочком
 Правильный ответ: б

050. Улитка – костный спиральный канал имеющий у человека:
 а) 1 оборот вокруг костного стержня – modiolus
 б) 1,5
 в) 2
 г) 2,5
 Правильный ответ: г

051. Адекватным раздражителем рецептора улитки является:
 а) вибрация
 б) звук
 в) вращение
 г) ускорение
 Правильный ответ: б

052. При передаче звуковых колебаний с барабанной перепонки на подножную пластинку стремени происходит:
 а) увеличивается амплитуда звуковых колебаний и увеличивается их сила
 б) амплитуда остается постоянной и сила давления остается постоянной
 в) уменьшается амплитуда колебаний, но увеличивается их сила
 г) уменьшается амплитуда колебаний и уменьшается их сила
 Правильный ответ: в

053. Сила звука при передаче звуковых колебаний с барабанной перепонки на подножную пластинку стремени увеличивается примерно:
 а) на 10 дБ
 б) на 25 дБ

в) на 50 дБ
г) на 100 дБ
Правильный ответ: б

054. Звукопроводение больше страдает от:
а) нарушения колебаний основной мембраны
б) нарушения подвижности стремени
в) толщины барабанной перепонки
г) ограничения подвижности жидкостей лабиринта
Правильный ответ: б

055. Диапазон частот, характеризующий разговорную речь:
а) от 2500 герц и выше
б) от 250 до 2500 герц
в) от 16 до 250 герц
г) от 4000 герц и выше
Правильный ответ: б

057. Этот показатель не характеризует любой звук:
а) высота
б) резонанс
в) сила
г) тембр
Правильный ответ: б

058. Единицы измерения силы звука в клинической практике:
а) ватты
б) децибелы
в) герцы
г) октавы
Правильный ответ: б

059. Человеческое ухо способно воспринимать звуки частотой:
а) от 1 до 10 тыс. герц
б) от 16 до 40 тыс. герц
в) от 16 до 20 тыс. герц
г) от 0 до 5 тыс. герц
Правильный ответ: в

060. При сравнительном исследовании воздушной и костной проводимости опыт называется:
а) Бинга
б) Федериче
в) Ринне
г) Швабаха
Правильный ответ: в

061. При сравнительном камертональном исследовании слуха с сосцевидного отростка и козелка мы выполняем:
а) опыт Желле
б) опыт Федеричи
в) опыт Вебера
г) опыт Швабаха
Правильный ответ: б

062. Отрицательные пробы Желле, Ринне и Федеричи наиболее характерны для:
а) нейросенсорной тугоухости
б) внезапной глухоты
в) отосклероза
г) эпитимпанита
Правильный ответ: в

063. Латеризация звука (опыт Вебера) при нарушении звукопроводения:
а) в здоровую сторону
б) в большую сторону
в) в лучше слышащее ухо при 2-х стороннем поражении
г) в оба уха при одностороннем поражении
Правильный ответ: б

064. Явление отражения звуковой волны от встречающихся на ее пути препятствий называется:
а) эхом
б) дифракцией
в) реверберацией
г) интерференцией
Правильный ответ: а

065. К основным свойствам слухового анализатора не относится его способность различать звук по:
а) высоте (понятие частоты)
б) громкости (интенсивности)
в) тембру (включающий тон и обертоны)
г) скорости распространения
Правильный ответ: г

066. Порогом слухового ощущения называется энергия звуковых колебаний:
а) минимальная энергия, способная вызвать ощущение звука
б) средней степени, устойчиво воспринимаемая
в) интенсивная, воспринимаемая как звук
г) интенсивная, вызывающая уже боль
Правильный ответ: а

	<p>067. Ототописка - это:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) способность определять интенсивность звука б) способность определять направление звука в) способность определять частоту тона г) способность адаптироваться к тишине <p>Правильный ответ: б</p> <p>068. К восходящим слуховым путям не относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) спиральный узел и кохлеарные ядра б) верхняя олива и нижние холмики пластинки крыши в) внутреннее коленчатое тело и височная доля г) мозжечок <p>Правильный ответ: г</p> <p>069. Адекватным раздражителем рецепторов полукружных каналов является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) вибрация б) звук в) угловое ускорение г) прямолинейное ускорение <p>Правильный ответ: в</p> <p>070. Рецепторный аппарат полукружных каналов адекватно реагирует на:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) прямолинейное ускорение б) центробежную силу в) силу земного притяжения г) угловое ускорение <p>Правильный ответ: г</p> <p>071. Прессорный нистагм вызывается:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) компрессией и декомпрессией воздуха в слуховом проходе б) вливанием воды в слуховой проход в) раздражением электрическим током г) вращением больного <p>Правильный ответ: а</p> <p>072. Не является симптомом раздражения вестибулярного анализатора:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) головокружение б) изменение тонуса поперечно-полосатой мускулатуры в) снижение слуха г) тошнота, рвота <p>Правильный ответ: в</p> <p>073. Лабиринтные расстройства равновесия направлены в сторону:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) медленного компонента нистагма б) быстрого компонента нистагма в) медленного и быстрого компонентов нистагма г) ни медленного ни быстрого компонентов нистагма <p>Правильный ответ: а</p> <p>074. Для выяснения функции вестибулярного анализатора не исследуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) устойчивость в позе Ромберга б) прямая и фланговая походка в) указательная проба г) акуметрия <p>Правильный ответ: г</p> <p>075. У здорового человека нистагма не будет:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) при калорической пробе б) пневматической пробе в) вращательной пробе г) гальванической пробе <p>Правильный ответ: б</p> <p>076. Исследование отолитового аппарата проводят для определения:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) профессиональной пригодности б) выявления арефлексии вестибулярного аппарата в) остроты слуха г) уровня поражения проводящих путей вестибулярного анализатора <p>Правильный ответ: а</p> <p>077. К характеристике нистагма по плоскости не относится нистагм:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) горизонтальный б) вертикальный в) мелкоразмашистый г) ротаторный <p>Правильный ответ: в</p>
<p>Б 1.В.ОД.3.2 Раздел 2. Патология ЛОП-органов</p>	<p>078. В этиопатогенезе фурункула носа основное значение имеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) наличие атрофического процесса в полости носа б) воспаление слизистой оболочки полости носа в) местное снижение устойчивости кожи и всего организма к инфекции г) климатический фактор <p>Правильный ответ: в</p> <p>079. Возникновению фурункула носа способствует наличие:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) сердечнососудистой патологии б) патологии почек в) врожденных аномалий носа г) сахарного диабета <p>Правильный ответ: г</p>

	<p>080. Возникновению фурункула носа способствует:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) хронический тонзиллит б) гиповитаминоз в) пиелонефрит г) гастрит <p>Правильный ответ: б</p> <p>081. Чаще фурункул носа возникает у больных с:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) нарушением обмена веществ б) патологией нервной системы в) врожденной аномалией носа г) гипертонической болезнью <p>Правильный ответ: а</p> <p>082. Фурункул носа может быть первым проявлением:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) язвы желудка б) рака гортани в) сахарного диабета г) гломерулонефрита <p>Правильный ответ: в</p> <p>083. Острое воспаление волосяной сумки или сальной железы носа это не:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) сикоз (остиофолликулит) б) фурункул в) оза г) корбункул <p>Правильный ответ: в</p> <p>084. Этиологическим фактором фурункула носа является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) стафилококк б) вульгарный протей в) вирус герпеса г) аллергия <p>Правильный ответ: а</p> <p>085. Фурункул носа - это:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) хроническое воспаление сальной железы б) острое воспаление волосяной сумки в) острое воспаление подслизистой железы г) острое воспаление слизистой оболочки <p>Правильный ответ: б</p> <p>086. В патогенезе фурункула носа важную роль играет:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) экссудация б) снижение проницаемости сосудов в) тромбоз мелких кровеносных сосудов г) увеличение проницаемости сосудов <p>Правильный ответ: в</p> <p>087. Наличие ограниченного гноиника в преддверии носа характерно для фурункула носа в стадии:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) инфильтрации б) абсцедирования в) разрешения г) не характерно <p>Правильный ответ: б</p> <p>088. Возникновение фурункулов не только в области носа, но и на других участках тела это:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) фурункулез б) карбункул в) сикоз г) фолликулит <p>Правильный ответ: а</p> <p>089. Слияние двух или более фурункулов называется:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) фурункулез б) карбункул в) сикоз г) остиофолликулит <p>Правильный ответ: б</p> <p>090. Дифференциальный диагноз фурункула носа проводится:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) с гематомой носовой перегородки б) с ринофимой в) с рожистым воспалением г) со склеромой <p>Правильный ответ: в</p> <p>091. Признак тромбоза кавернозного синуса при фурункуле носа:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) увеличение инфильтрации б) болезненность угловой вены в) ознобы г) усиление болей в носу <p>Правильный ответ: в</p> <p>092. Осложнением фурункула носа не является: а) искривление перегородки носа</p> <ul style="list-style-type: none"> б) тромбоз вен лица в) тромбоз вен орбиты г) тромбоз кавернозного синуса <p>Правильный ответ: а</p> <p>093. При фурункуле носа целесообразно исследовать кровь на:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) сахар
--	--

	<p>б) стерильность в) свертываемость г) гормоны Правильный ответ: г</p> <p>094. У больных с фурункулом носа в первую очередь необходимо: а) исследовать кровь и мочу на сахар б) исследовать кал на я/глистов в) провести R - графию придаточных пазух носа г) контролировать артериальное давление Правильный ответ: а</p> <p>095. При фурункуле носа в стадии инфильтрации применяют: а) хирургическое лечение б) антибактериальную терапию в) акупунктуру г) витаминотерапию Правильный ответ: б</p> <p>096. Тактика лечения фурункула носа: а) консервативное у всех больных б) вскрытие фурункула в стадии абсцедирования в) выдавливание г) раннее вскрытие у всех больных Правильный ответ: б</p> <p>097. При лечении фурункула носа не применяется: а) эритромицин б) аспирин в) супрастин г) нафтизин Правильный ответ: г</p> <p>098. Вскрытие фурункула носа проводится: а) в стадии инфильтрации б) в стадии абсцедирования в) в стадии разрешения_ г) во всех стадиях Правильный ответ: б</p> <p>099. Основной метод лечения фурункула носа в стадии инфильтрации: а) выдавливание б) вскрытие в) антибиотики и мазевые аппликации г) витаминотерапия Правильный ответ: в</p> <p>100. Вскрытие фурункула носа не проводится:¹ а) стадии инфильтрации б) стадии абсцедирования в) в стадии абсцедирования и тромбозе вен лица г) при возникновении карбункула Правильный ответ: а</p> <p>101. Основной метод лечения фурункула носа в стадии абсцедирования:¹ а) вскрытие и антибактериальная терапия б) антибактериальная терапия и мазевые аппликации в) выдавливание г) иммуностимуляция Правильный ответ: а</p> <p>102. После вскрытия фурункула носа целесообразно применять влажные повязки:¹ а) с 70 % спиртом б) с изотоническим (0,9%)раствором хлорида натрия в) с гипертоническим раствором хлорида натрия г) с полуспиртовым раствором Правильный ответ: в</p> <p>103. Стадия раздражения при остром рините обычно продолжается:¹ а) от нескольких часов до 1 – 2 суток б) от 30 минут до 2 часов в) 3 – 4 суток г) до недели Правильный ответ: а</p> <p>104. В клинике острого ринита выделяют:¹ а) 2 стадии б) 3 стадии в) 4 стадий г) 5 стадий Правильный ответ: б</p> <p>105. 1 стадия острого ринита называется:¹ а) сухого раздражения б) серозной экссудации</p>
--	--

¹ Протокол дополнений и изменений ФОС к промежуточной аттестации по дисциплинам, практик, итоговой (государственной итоговой) аттестации на 2021-2022 учебный год.

- в) слизисто – гнойного отделяемого
г) бессимптомных проявлений
Правильный ответ: а
106. В первые дни abortивное течение острого катарального ринита можно вызывать путем назначения: ¹
а) антибиотиков широкого спектра действия
б) антигистаминных препаратов
в) сосудосуживающих препаратов
г) тепловых и потогонных процедур
Правильный ответ: г
107. Основой медикаментозной терапии острого катарального ринита у взрослых является назначение: ¹
а) антигистаминных и жаропонижающих средств
б) противомикробных и сосудосуживающих средств
в) сосудосуживающих и жаропонижающих средств
г) физиолечение и акупунктуры
Правильный ответ: б
108. В первую стадию острого катарального ринита у взрослых назначают: ¹
а) согревающий компресс на область носа
б) сосудосуживающие капли
в) препараты серебра
г) орошение слизистой антибиотиками
Правильный ответ: б
109. У детей грудного возраста восстановление носового дыхания обеспечивает только:
а) нормальное питание
б) предупреждение воспаления слуховых труб и среднего уха
в) спокойный сон
г) все вышеперечисленное
Правильный ответ: г
110. К методу диагностики синусита не относится:
а) эндоскопия полости носа
б) компьютерная томография носа и околоносовых пазух
в) пневмоэнцефалография
г) диафаноскопия
Правильный ответ: в
111. Для диагностики фронтита применяется:
а) рентгенография височной кости по Шюллеру
б) рентгенография височной кости по Майеру
в) рентгенография околоносовых пазух в прямой и боковой проекциях
г) цитологическое исследование
Правильный ответ: в
112. Для диагностики этмоидита применяется:
а) рентгенография височной кости по Стенверсу
б) пункция верхнечелюстной пазухи
в) импедансометрия
г) рентгенография околоносовых пазух
Правильный ответ: г
113. Для диагностики сфеноидита применяется:
а) компьютерная томография околоносовых пазух
б) магниторезонансная томография головного мозга
в) перкуссия передней стенки верхнечелюстной пазухи
г) лазерная доплеровская флоуметрия
Правильный ответ: а
114. Для диагностики полипозного синусита и полипов носа достаточна:
а) передняя риноскопия
б) спирография
в) реовазография
г) баралгезиметрия
Правильный ответ: а
115. Для диагностики синусита применяется:
а) исследование мазков – отпечатков
б) бактериологическое исследование носовой слизи
в) риноманометрия
г) синусоскопия
Правильный ответ: г
116. Наиболее частый путь распространения инфекции в околоносовые пазухи:
а) гематогенный
б) лимфогенный
в) одонтогенный
г) риногенный
Правильный ответ: г
117. Причиной одонтогенного синусита является патология зубов верхней челюсти:
а) 2,3
б) 4,5,6
в) 7
г) 8
Правильный ответ: б
118. Это лечение фронтита ошибочно:
а) зондирование через лобноносовый канал
б) пункция лобной пазухи через медиальную стенку

в) пункция лобной пазухи через нижнюю стенку
г) трепанопункция
Правильный ответ: б

119. Наиболее оптимальный доступ при гнойном сфеноидите при операции на клиновидной пазухе:
а) эндоскопический
б) по Денкеру
в) по Калдвелл-Люку
г) по Иванову
Правильный ответ: а

120. Наиболее частым симптомом при остром верхнечелюстном синусите является только:
а) отек слизистой полости носа
б) гнойные выделения по среднему носовому ходу
в) головная боль
г) все вышеперечисленное
Правильный ответ: г

121. Направление движения иглы Куликовского при пункции верхнечелюстной пазухи:
а) вверх
б) вниз
в) в направлении наружного угла глаза
г) перпендикулярно полости носа
Правильный ответ: в

122. Морфологическая форма не характерная для синусита:
а) экссудативная
б) пристеночногиперпластическая
в) папилломатозная
г) полипозная
Правильный ответ: в

123. При лечении острых синуситов не применяются:
а) деконгестанты
б) антигистаминные средства
в) физиотерапия
г) диуретики
Правильный ответ: г

124. К общим предпосылкам развития острого синусита относится только:
а) состояние иммунитета
б) неблагоприятные факторы окружающей среды
в) конституционные особенности
г) все вышеперечисленное
Правильный ответ: г

125. К местным предрасполагающим факторам развития синусита относится только:
а) искривление перегородки носа
б) инородное тело полости носа
в) вазомоторный ринит
г) все вышеперечисленное
Правильный ответ: г

126. Пункция верхнечелюстной пазухи проводится через:
а) нижний носовой ход
б) средний носовой ход
в) верхний носовой ход
г) дно полости носа
Правильный ответ: а

127. Наименее инвазивным методом лечения синусита является:
а) «синус-катетер ЯМИК»
б) пункция верхнечелюстной пазухи
в) метод диализа околоносовых пазух
г) метод постоянного дренажа
Правильный ответ: а

128. Стеkanie гноя по верхнему носовому ходу характерно для:
а) вазомоторного ринита
б) верхнечелюстного синусита
в) сфеноидита
г) фронтита
Правильный ответ: в

129. Основной путь распространения инфекции при развитии риногенных орбитальных осложнений:
а) контактный
б) отогенный
в) травматический
г) лимфогенный
Правильный ответ: а

130. При развитии риногенных орбитальных осложнений невозможен путь распространения инфекции:
а) гематогенный
б) лимфогенный
в) транстимпанальный
г) контактный
Правильный ответ: в

131. Осложнение не относится к орбитальным риногенным:
а) тромбоз вен клетчатки глазницы
б) синустромбоз

в) диффузное негнойное воспаления клетчатки глазницы
г) ретробульбарный абсцесс
Правильный ответ: б

132. Риногенное осложнение не относится к орбитальным:
а) реактивный отек клетчатки век
б) ретробульбарный абсцесс
в) флегмона глазницы
г) субдуральный абсцесс
Правильный ответ: г

133. К нарушению подвижности глазного яблока ведет парез нерва:
а) лицевого
б) отводящего
в) блуждающего
г) зрительного
Правильный ответ: б

134. Слезотечение (вероятнее всего) может возникнуть при воспалении пазухи:
а) лобной
б) верхнечелюстной
в) клиновидной
г) решетчатой
Правильный ответ: г

135. При прорыве гноя в ретробульбарную клетчатку при супериоральном абсцессе орбиты возникает:
а) абсцесс мозжечка
б) флегмона глазницы
в) абсцесс мозга
г) синустромбоз
Правильный ответ: б

136. Для флегмоны орбиты не характерны:
а) озноб
б) подвижность глазного яблока
в) потеря зрения
г) экзофтальм
Правильный ответ: б

137. Риногенное осложнение не относится к орбитальным:
а) эпидуральный абсцесс
б) ретробульбарный абсцесс
в) абсцесс век
г) флегмона глаза
Правильный ответ: а

138. Осложнением этого риногенного заболевания чаще всего является флегмона орбиты:
а) обострение хр. гайморита
б) острый гнойный ринит
в) фурункул носа
г) абсцесс перегородки носа
Правильный ответ: а

139. Супериоральный абсцесс глазницы может осложниться:
а) ретробульбарным абсцессом
б) менингитом
в) энцефалитом
г) абсцессом мозжечка
Правильный ответ: а

140. Происходит нарушение обоняния при экстрадуральном абсцессе в связи:
а) сдавление обонятельной луковицы:
б) сдавление гипоталамуса
в) нарушение кровообращения центров обоняния
г) нарушение лимфотока
Правильный ответ: а

141. При риногенном экстрадуральном абсцессе не может нарушаться нерв:
а) отводящий
б) лицевой
в) возвратный
г) языкоглоточный
Правильный ответ: в

142. Судуральный абсцесс вероятнее всего может возникнуть при:
а) остромините
б) фурункуле носа
в) обострении хр. фронтита
г) абсцессе перегородки носа
Правильный ответ: в

143. При экстрадуральном абсцессе нет изменения нерва:
а) отводящего
б) языкоглоточного
в) лицевого
г) зрительного
Правильный ответ: г

144. Риногенные внутричерепные осложнения не возникают этим путем:
а) гематогенным
б) отогенным
в) контактный

<p>г) лимфогенный Правильный ответ: б</p> <p>145. Это внутричерепное осложнение не может быть риногенным:</p> <p>а) арахноидит б) субдуральный абсцесс в) менингит г) внутричерепная гематома Правильный ответ: г</p> <p>146. Синустромбоз чаще возникает при</p> <p>а) паратонзиллярном абсцессе б) остром верхнечелюстном синусите в) остром фронтите г) фурункуле носа Правильный ответ: г</p> <p>147. Синустромбоз от флегмоны глазницы отличается:</p> <p>а) отсутствие боли при надавливании на глазное яблоко б) полная или частичная слепота в) снижение подвижности глазного яблока г) экзофтальм Правильный ответ: а</p> <p>148. Путь наиболее частого проникновения инфекции в кавернозный синус:</p> <p>а) контактный б) гематогенный в) лимфогенный г) риногенный Правильный ответ: б</p> <p>149. Осложнением тромбоза кавернозного синуса не может быть:</p> <p>а) менингит б) менингоэнцефалит в) абсцесс мозга г) мастоидит Правильный ответ: г</p> <p>150. Плоские инородные тела из полости носа удаляются:</p> <p>а) пинцетом б) крючком в) проталкиванием в носоглотку г) петлей Правильный ответ: а</p> <p>151. К правилам удаления инородных тел из полости носа у детей не относится:</p> <p>а) фиксация ребенка б) круглые инородные тела удаляют тупым крючком в) плоские инородные тела удаляются пинцетом г) проталкивание инородных тел в носоглотку Правильный ответ: г</p> <p>152. Инородное тело в полости носа чаще локализуется в:</p> <p>а) верхнем носовом ходе б) среднем носовом ходе в) общем носовом ходе г) нижнем носовом ходе Правильный ответ: в</p> <p>153. Гемианопсия, чаще гомонимная (выпадение обеих одноименных половин зрения каждого глаза) бывает при абсцессе:</p> <p>а) мозжечка б) лобной доли мозга в) височной доли мозга г) экстрадурально Правильный ответ: в</p> <p>154. Головная боль при отогенных абсцессах мозга и мозжечка чаще:</p> <p>а) интенсивная, локализованная, приступообразная б) диффузная, интенсивная, распирающая в) отсутствует г) иррадиирующая в глотку Правильный ответ: а</p> <p>155. Амнестическая афазия является ведущим симптомом у правшей для:</p> <p>а) субдурального абсцесса б) менингита в) абсцесса левой височной доли мозга у правшей г) абсцесса мозжечка Правильный ответ: в</p> <p>156. Характерный симптом абсцесса левой височной доли мозга у правшей:</p> <p>а) нарушение сознания б) амнестическая афазия в) ригидность затылочных мышц г) симптом Кернига Правильный ответ: б</p> <p>157. При отогенном абсцессе височной доли головная боль чаще всего локализуется:</p> <p>а) на стороне поражения б) в затылочной области в) в теменной области</p>
--

	<p>г) на противоположной стороне Правильный ответ: а</p> <p>158. Двигательные нарушения при абсцессе левой височной доли мозга возникают: а) на стороне поражения б) на противоположной стороне в) на обеих сторонах г) не возникают Правильный ответ: б</p> <p>159. При абсцессе левой височной доли мозга у правшей может быть: а) только амнестическая афазия б) только сенсорная афазия в) только моторная афазия г) все перечисленное Правильный ответ: г</p> <p>160. При абсцессе правой височной доли мозга головная боль наиболее часто локализуется: а) в височнотемпальной области справа б) в височнотемпальной области слева в) в затылочной области г) в лобной области Правильный ответ: а</p> <p>161. Основным локальным симптомом абсцесса правой височной доли является: а) афазия б) гемианопсия в) появление спонтанного нистагма г) нарушение координации Правильный ответ: б</p> <p>162. Наиболее точным методом диагностики абсцессов мозга является: а) ангиография б) рентгенография черепа и височных костей в) компьютерная томография, магнитно-ядерный резонанс г) вентрикулография Правильный ответ: в</p>
--	---

10.4 Банк ситуационных клинических задач (с ответами)

<p>Б 1.В.ОД.3.2 Раздел 2. Патология ЛОР-органов</p>	<p>ЗАДАЧА № 1</p>
	<p>Объясните, почему фурункул носа считается смертельно опасным заболеванием? Какие грозные осложнения могут быть у пациента с фурункулом носа? Куда и каким путем инфекция может распространяться из очага инфекции при этом заболевании?</p> <p style="text-align: center;">Ответ</p> <p>Фурункул носа является смертельно опасным заболеванием в связи с тем, что он может привести к опасному внутричерепному осложнению - тромбозу кавернозного синуса и сепсису. Инфекция из гнойного очага в мягких тканях наружного носа распространяется гематогенно по ветвям лицевой вены через угловую и орбитальную вены в кавернозный синус и/или по ветвям лицевой вены через внутреннюю яремную вену в общий кровоток.</p>
	<p>ЗАДАЧА № 2</p>
	<p>Больной жалуется на отечность и боль в области правого крыла носа, век правого глаза, слабость, лихорадку, головную боль, рвоту. Несколько дней тому назад во время бритья поранил кожу носа. На следующий день в этом месте появились боль и уплотнение. Пытался выдавить гной. Через несколько часов появились отек век, тошнота, рвота. Объективно: состояние больного тяжелое, сознание спутанное, выраженный отек век и конъюнктивы справа, экзофтальм, офтальмоплегия. В области правого крыла носа - инфильтрат с кратерообразным углублением в центре. Предварительный диагноз. Составьте план обследования и лечения.</p> <p style="text-align: center;">Ответ</p> <p>Предварительный диагноз - фурункул носа, подозрение на флегмону орбиты и тромбоз кавернозного синуса. План обследования - консультация окулиста и невропатолога, МРТ головного мозга, общий анализ крови и</p>

мочи, рентгенография органов грудной клетки. План лечения - дезагреганты, интенсивная антибактериальная и противовоспалительная терапия, дезинтоксикация с дегидратацией, при необходимости - хирургическое вскрытие очагов инфекции в мягких тканях наружного носа и орбиты.

ЗАДАЧА № 3

Больной жалуется на ограничение подвижности глазного яблока, резкую боль в глазу, гнойные выделения из носа, лихорадку. Много лет страдает хроническим гнойным гайморитом. Объективно: отек, инфильтрация кожи век и конъюнктивы глаза, экзофтальм. Глазное яблоко смещено кнаружи и вверх, ограничение подвижности во все стороны. В полости носа - обилие гнойного отделяемого. Предположительный диагноз. Что необходимо для уточнения диагноза? Лечение.

Ответ

Предположительный диагноз - хронический гнойный гайморит, подозрение на флегмону орбиты. Для уточнения диагноза необходимы общий анализ крови и мочи, консультация окулиста и невропатолога, рентгенограмма носа и околоносовых пазух. Лечение - радикальная операция на верхнечелюстной пазухе (гайморотомия), вскрытие флегмоны орбиты и дренаж орбитальной клетчатки, дезагреганты, дезинтоксикация с дегидратацией, интенсивная антибактериальная и противовоспалительная терапия.

ЗАДАЧА № 4

Больной жалуется на сильную боль в области носа и деформацию наружного носа. Четыре часа тому назад во время игры в хоккей его клюшкой ударили по носу. После удара было обильное кровотечение из носа, которое остановилось самостоятельно. Сознание не терял. Тошноты и рвоты не было. Объективно: спинка носа смещена вправо, мягкие ткани здесь умеренно инфильтрованы, при пальпации ощущается крепитация. На боковом скате носа слева - гематома. Слизистая оболочка полости носа гипертрофирована и инфильтрирована. В просвете носовых ходов - сгустки крови. Диагноз. Какие дополнительные методы исследования необходимы? Лечение.

Ответ

Диагноз: закрытый перелом костей носа со смещением, ушиб мягких тканей наружного носа. Методы исследования: осмотр
ЛОР - органов, рентгенография околоносовых пазух в прямой проекции и боковой проекциях. Лечение: редрессация (восстановление нормального положения смещенных отломков) костей носа, передняя и/или задняя тампонада носа, противовоспалительная и симптоматическая терапия.

ЗАДАЧА № 5

Больная жалуется на периодические сукровичные выделения из левой половины носа, затруднение носового дыхания слева в течение 2 лет. При передней риноскопии в передненижнем отделе перегородки носа (в месте перехода кожи в слизистую оболочку) виден инфильтрат с изъязвлением, легко кровоточащий при дотрагивании зондом. Остальные ЛОР - органы без патологии. Предположительный диагноз. Тактика врача общей практики.

Ответ

Предположительный диагноз: новообразование перегородки носа. Тактика врача общей практики: направить больного к оториноларингологу для биопсии образования и гистологического исследования.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ
Удовлетворительно (3) - 76 – 90%	
	61 – 75
	76 – 90
	91 – 100

Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	
--	--

Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала

<p>- четырем критериям Хорошо (4)</p> <p>-пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	<p>3. Содержательная точность, то есть научная корректность</p> <p>4. Полнота раскрытия вопроса</p> <p>5. Наличие образных или символических опорных компонентов</p> <p>6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)</p>
--	---

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Оториноларингология»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки и из перечня
УК	1	1-162	1-5	1-51	1-61	-
ПК	1	11-162	1-5	1-51	1-61	-
	2	1-162	1-5	1-51	1-61	-
	5	78-162	1-5	27-51	30-61	-
	8	78-162	1-5	27-51	30-61	-

10.5. Темы рефератов:

Раздел	Тема реферата
<i>Б 1.В.ОД.3.1</i> Раздел 1. Клиническая анатомия и физиология ЛОР-органов	<ol style="list-style-type: none"> 1. Значение слизистой оболочки носа в формировании местного иммунитета. Лимфо-эпителиальный симбиоз. Понятие хоуминга. Функция информации. Мукоцилиарный клиренс. 2. Значение остеомеатального комплекса в развитии патологии околоносовых пазух. 3. Эстетическая функция носа.
<i>Б 1.В.ОД.3.2</i> Раздел 2. Патология ЛОР-органов	<ol style="list-style-type: none"> 4. Перихондрит перегородки носа. Клиника. Диагностика. Лечение. 5. Клиническая картина различных клинических форм - отек век и клетчатки глазницы, периостит, субпериостальный абсцесс, абсцесс век, флегмона глазницы, ретробульбарный неврит. Диагностика. Лечение. 6. Риносинусогенные внутричерепные осложнения: базальный лепто-менингит, оптохиазмальный арахноидит, гнойный менингит, абсцесс мозга, тромбоз кавернозного синуса. Патогенез, симптоматология, клиническая диагностика, лечение (хирургическая тактика и интенсивная терапия). 7. Классификация злокачественных новообразований носа. Злокачественные опухоли внутреннего носа. Классификация. Эпителиомы (рак). Саркомы. Фибросаркомы. Остеосаркомы. Лимфосаркомы. Стадии течения: латентная, экстерриториальности, метастазирования. Трудности диагностики на ранних стадиях. 8. Сочетанные травмы носа. Тактика оказания помощи при сочетанной травме. ПХО раны. Репозиция костей носа. Техника в зависимости от механизма травмы. Ведение больных после хирургического вмешательства. 9. Риносинусогенные внутричерепные осложнения: базальный лептоменингит, оптохиазмальный арахноидит. 10. Риносинусогенные внутричерепные осложнения: гнойный менингит, 11. Риносинусогенные внутричерепные осложнения: абсцесс мозга. 12. Риносинусогенные внутричерепные осложнения: тромбоз кавернозного синуса. Патогенез, симптоматология, клиническая диагностика, лечение (хирургическая тактика и интенсивная терапия).

Критерии и шкала оценивания

Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)</p> <p>- четырем критериям Хорошо (4)</p> <p>- пяти критериям Отлично (5)</p>	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

11. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОНКОЛОГИЯ»

11.1 Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.В.ДВ.1.1. 1.Раздел 1. Общая онкология</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Перечислите основы теоретической и экспериментальной онкологии.2. Каковы современные теории канцерогенеза?3. Дайте морфологическую классификацию опухолей.4. Дайте клиническую классификацию опухолей.5. Дайте определения понятиям «предраковые заболевания» и «начальные формы рака».6. Какова роль опухолевых маркеров в диагностике рака?7. Перечислите лабораторные методы индивидуального прогнозирования в онкологии.8. Какие причины запущенности у онкологических больных вы знаете?9. Охарактеризуйте организацию специализированной онкологической помощи.10. Как осуществляется ведение отчетно-учетной документации? Понятия о клинических группах в онкологии.11. Какова организация и основные задачи онкологического диспансера?12. Перечислите диагностические возможности, эффективность и показания к использованию различных методов рентгенодиагностики.13. Перечислите диагностические возможности, эффективность и показания к использованию радиоизотопных методов.14. Перечислите диагностические возможности, эффективность и показания к использованию ультразвуковых методов.15. Перечислите диагностические возможности, эффективность и показания к использованию эндоскопических методов.16. Перечислите диагностические возможности, показания и эффективность методов инструментальной диагностики в оценке функционального состояния больных перед началом и на этапах специального лечения (электрокардиография, в т.ч. с проведением функциональных нагрузочных проб, функция внешнего дыхания с проведение билатерального теста по Бергану, экскреторная функция почек).17. Опишите следующие показатели лабораторной диагностики (общий клинический анализ крови, общий клинический анализ мочи (по показаниям: анализ мочи по Земницкому, по Нечипоренко т.п.), анализ гликемического профиля, биохимический анализ крови, исследование уровня гормонов крови (половые гормоны, гормоны щитовидной железы, гипофиза).18. Какие современные возможности хирургического лечения опухолей вы знаете?19. Каковы современные возможности лучевой терапии? Виды ионизирующего излучения. Аппаратное оснащение. Радиобиологические основы лучевой терапии, способы и средства радиомодификации.20. Каковы подходы к лекарственному лечению злокачественных опухолей. Показания, противопоказания, борьба с осложнениями.21. Опишите органосохраняющее и функционально-щадящее направления в лечении онкологических больных.22. Охарактеризуйте современные возможности лучевой терапии злокачественных опухолей. Виды ионизирующего излучения. Аппаратное оснащение.23. Каковы радиобиологические основы лучевой терапии, способы и средства радиомодификации?24. Перечислите новые методы лучевого лечения в онкологии: лучевая терапия как компонент комбинированного и комплексного лечения злокачественных опухолей; внутрисполостная лучевая терапия; интраоперационная лучевая терапия.25. Дайте понятие о радикальной, паллиативной и симптоматической лучевой терапии.26. Опишите современное состояние лекарственной терапии в онкологии.27. Перечислите классификацию противоопухолевых препаратов.28. Каковы принципы проведения лекарственной терапии?29. Перечислите осложнения и реакции на проведение лекарственного лечения, их профилактика и лечение.
--	--

Б
1.В.ДВ.1.1.
2Раздел 2.
Частная
онкология

30. Перечислите современные классификации злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти.
31. Охарактеризуйте клинические проявления ранних и распространенных форм злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти.
32. Проведите дифференциальную диагностику злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти с другими заболеваниями.
33. Перечислите оптимальные методы диагностики злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти и дифференциальной диагностики и порядок их использования.
34. Перечислите современные принципы лечения злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти, показания и противопоказания к использованию различных методов.
35. Перечислите основные ошибки в диагностике и лечении.
36. Каковы факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти.
37. Перечислите современные классификации злокачественных опухолей щитовидной железы.
38. Какова частота и связь злокачественных опухолей щитовидной железы с доброкачественными изменениями данного органа и различными факторами риска.
39. Перечислите и охарактеризуйте оптимальные методы диагностики злокачественных опухолей щитовидной железы и дифференциальной диагностики и порядок их использования.
40. Перечислите современные принципы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов.
41. Перечислите основные ошибки в диагностике и лечении.
42. Каковы факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения злокачественных опухолей щитовидной железы.
43. Охарактеризуйте заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей различных органов репродуктивной сферы. Их место в структуре онкологических заболеваний.
44. Каковы современные представления о причинах возникновения различных опухолей женских половых органов? Первичная и вторичная профилактика.
45. Перечислите предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли женских половых органов.
46. Охарактеризуйте топографическую и клиническую анатомию органов малого таза.
47. Перечислите и опишите особенности кровообращения и лимфооттока в данной области, вероятные пути метастазирования.
48. Перечислите современные методы обследования больных с опухолями женской репродуктивной сферы.
49. Перечислите диагностические возможности и показания к использованию различных методов рентгенодиагностики.
50. Перечислите диагностические возможности и показания к использованию радиоизотопных методов.
51. Перечислите диагностические возможности и показания к использованию ультразвуковых методов.
52. Перечислите диагностические возможности и показания к использованию эндоскопических методов.
53. Что такое онкомаркеры?
54. Опишите методы морфологической верификации диагноза.
55. Перечислите современные методы лечения больных со злокачественными опухолями женских половых органов.
56. Охарактеризуйте и перечислите основные виды оперативных вмешательств, показания и противопоказания к их использованию.
57. Перечислите различные методы физического воздействия: лазерное, ультразвуковое, плазменное, криодеструкция. Показания и противопоказания к их применению.
58. Охарактеризуйте лучевую терапию: виды излучения, механизмы их действия и особенности применения при данных заболеваниях, показания и противопоказания к их использованию.
59. Охарактеризуйте химиотерапию: различные варианты применения, основные лекарственные препараты, показания и противопоказания к их применению.

60. Охарактеризуйте лучевую терапию особенности комбинированного и комплексного лечения различных опухолей женских половых органов.
61. Охарактеризуйте гормонотерапию: препараты, механизмы действия, показания.
62. Дайте определение рака кожи: заболеваемость, смертность, запущенность.
63. Перечислите современные классификации рака кожи.
64. Перечислите и опишите основные клинические проявления рака кожи в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.
65. Перечислите оптимальные методы современной диагностики рака кожи и порядок их использования.
66. Опишите и перечислите современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию. Закономерности метастазирования.
67. Перечислите основные ошибки в диагностике и лечении рака кожи.
68. Каковы факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
69. Дайте определение меланомы кожи: заболеваемость, смертность, запущенность.
70. Перечислите современные классификации пигментных невусов.
71. Перечислите и опишите основные клинические проявления меланомы кожи в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.
72. Перечислите оптимальные методы современной диагностики меланомы кожи и порядок их использования.
73. Опишите и перечислите современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию. Закономерности метастазирования.
74. Перечислите основные ошибки в диагностике и лечении меланомы кожи.
75. Каковы факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
76. Какие основные вопросы медицинской реабилитации больных меланомой кожи.
77. Перечислите и опишите предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желез.
78. Охарактеризуйте и перечислите дисгормональные гиперплазии молочных желез, сущность гормональных нарушений в развитии гиперплазии молочных желез и доброкачественных опухолей.
79. Перечислите и опишите морфологическую классификацию гиперплазий и доброкачественных опухолей молочных желез.
80. Перечислите методы обследования больных с патологией молочных желез, их значение, роль самообследования в диагностике ранней онкопатологии.
81. Перечислите основные принципы лечения диффузных форм кистозно-фиброзной мастопатии.
82. Перечислите основные принципы лечения больных с узловыми формами мастопатии и доброкачественными опухолями молочных желез.
83. Охарактеризуйте лечение интрапротоковых папиллом молочных желез.
84. Опишите диспансерное наблюдение больных с доброкачественными и предопухолевыми заболеваниями молочных желез.
85. Какова частота развития рака молочной железы на фоне гиперплазии и доброкачественной опухоли молочных желез.
86. Опишите заболеваемость и биологические особенности рака молочной железы.
87. Охарактеризуйте роль гормональных нарушений в развитии рака молочной железы, понятие о рецепторах стероидных гормонов.
88. Расскажите морфологическую классификацию рака молочной железы.
89. Расскажите международную и отечественную классификацию рака молочной железы.
90. Каковы закономерности метастазирования рака молочной железы.
91. Опишите раннюю диагностику рака молочной железы, роль профилактических осмотров в диагностике.
92. Охарактеризует клиническую картину узловых и диффузных форм рака молочной железы.
93. Охарактеризует клиническую картину редких и атипических форм рака молочной железы.
94. Перечислите особенности клинического течения рака молочной железы у мужчин.
95. Дайте значение маммографии в диагностике рака молочной железы, показания.
96. Какая роль ультразвуковых методов в диагностике рака молочной железы.
97. Какая роль цитологических методов в диагностике рака молочной железы, методики забора материала для цитологического исследования.

	<p>98. Охарактеризуйте хирургическую биопсию (секторальная резекция) как лечебно-диагностический этап.</p> <p>99. Проведите дифференциальную диагностику рака молочной железы с узловыми формами мастопатии, гемобластомами, метастазами в молочные железы, маститами, специфическими воспалительными заболеваниями молочных желез.</p> <p>100. Перечислите общие принципы лечения больных раком молочной железы</p> <p>101. Перечислите показания к хирургическому методу лечения, понятие о радикальных и паллиативных операциях, осложнения хирургического лечения, их профилактика и лечение.</p> <p>102. Охарактеризуйте понятие об органосохранных операциях при раке молочной железы, радикальная резекция молочной железы, показания, объем операции.</p> <p>103. Опишите радикальные операции (Холстеда, Пейти), расширенная мастэктомия (операция Урбана-Холдинга), показания, объем операции.</p> <p>104. Опишите паллиативные операции (простая мастэктомия), показания.</p> <p>105. Охарактеризуйте комбинированное лечение при раке молочной железы, показания, пред- и послеоперационная лучевая терапии, лучевая терапия рецидивов и метастазов рака молочной железы.</p> <p>106. Что такое полихимиотерапия, показания, осложнения, показания к предоперационной и послеоперационной полихимиотерапии?</p> <p>107. Основные принципы гормонотерапии, определение чувствительности рецепторов стероидных гормонов и гормонального баланса, показания.</p> <p>108. Перечислите показания к овариоэктомии при раке молочной железы.</p>
--	---

11.2 Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.В.ДВ.1.1. Раздел 1. Общая онкология</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Морфологическая классификация опухолей. 2. Клиническая классификация опухолей. 3. Предраковые заболевания и начальные формы рака. 4. Лабораторные методы индивидуального прогнозирования в онкологии. 5. Организация специализированной онкологической помощи. 6. Ведение отчетно-учетной документации. 7. Понятия о клинических группах. 8. Организация и основные задачи онкологического диспансера. 9. Диагностические возможности, эффективность и показания к использованию радиоизотопных методов. 10. Диагностические возможности, эффективность и показания к использованию ультразвуковых методов. 11. Диагностические возможности, эффективность и показания к использованию эндоскопических методов. 12. Диагностические возможности, показания и эффективность методов инструментальной диагностики в оценке функционального состояния больных перед началом и на этапах специального лечения. 13. Радиобиологические основы лучевой терапии, способы и средства радиомодификации. 14. Современные возможности лучевой терапии. 15. Подходы к лекарственному лечению злокачественных опухолей. 16. Показания, противопоказания, борьба с осложнениями. 17. Органосохраняющее и функционально-щадящее направление в лечении онкологических больных. 18. Лучевая терапия как компонент комбинированного и комплексного лечения злокачественных опухолей. 19. Внутриволостная лучевая терапия. 20. Понятие о радикальной, паллиативной и симптоматической лучевой терапии. 21. Современное состояние лекарственной терапии в онкологии. 22. Классификация противоопухолевых препаратов. 23. Принципы проведения лекарственной терапии. 24. Лекарственная терапия опухолей основных локализаций.
<p>Б 1.В.ДВ.1.1. Раздел 2. Частная онкология</p>	<ol style="list-style-type: none"> 25. Современные классификации злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти. 26. Дифференциальная диагностика злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти с другими заболеваниями.

27. Оптимальные методы диагностики злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти и дифференциальной диагностики и порядок их использования.
28. Современные принципы лечения злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти, показания и противопоказания к использованию различных методов.
29. Основные ошибки в диагностике и лечении злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти.
30. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти.
31. Заболеваемость, смертность при злокачественных опухолях щитовидной железы.
32. Оптимальные методы диагностики и дифференциальной диагностики злокачественных опухолей щитовидной железы и порядок их использования.
33. Современные принципы лечения злокачественных опухолей щитовидной железы, показания и противопоказания к использованию различных методов.
34. Основные ошибки в диагностике и лечении злокачественных опухолей щитовидной железы.
35. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
36. Заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей различных органов репродуктивной сферы; их место в структуре онкологических заболеваний.
37. Современные методы обследования больных с опухолями женской репродуктивной сферы.
38. Диагностические возможности и показания к использованию различных методов рентгенодиагностики.
39. Диагностические возможности и показания к использованию радиоизотопных методов.
40. Диагностические возможности и показания к использованию ультразвуковых методов.
41. Диагностические возможности и показания к использованию эндоскопических методов.
42. Онкомаркеры. Методы морфологической верификации диагноза.
43. Современные методы лечения больных со злокачественными опухолями женских половых органов: хирургический, различные методы физического воздействия лазерное, ультразвуковое, плазменное, криодеструкция; показания и противопоказания к их применению.
44. Лучевая терапия. Химиотерапия. Гормонотерапия: препараты, механизмы действия, показания.
45. Заболеваемость, смертность, запущенность при раке кожи.
46. Оптимальные методы современной диагностики рака кожи и порядок их использования.
47. Современные методы лечения рака кожи, показания и противопоказания к их использованию. Закономерности метастазирования рака кожи.
48. Основные ошибки в диагностике и лечении рака кожи. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
49. Заболеваемость, смертность, запущенность при меланоме кожи.
50. Современные классификации пигментных невусов.
51. Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы меланомы кожи и особенности дифференциальной диагностики.
52. Оптимальные методы современной диагностики меланомы кожи и порядок их использования.
53. Основные ошибки в диагностике и лечении. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
54. Вопросы медицинской реабилитации больных меланомой кожи.
55. Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желез.
56. Дисгормональные гиперплазии молочных желез, сущность гормональных нарушений в развитии гиперплазии молочных желез и доброкачественных опухолей.
57. Заболеваемость и биологические особенности рака молочной железы.
58. Морфологическая классификация рака молочной железы.
59. Международная и отечественная классификация рака молочной железы.
60. Закономерности метастазирования рака молочной железы.
61. Ранняя диагностика рака молочной железы, роль профилактических осмотров в диагностике.

	<p>62. Общие принципы лечения больных раком молочной железы.</p> <p>63. Паллиативные операции (простая мастэктомия), показания.</p> <p>64. Комбинированное лечение при раке молочной железы, показания, пред- и послеоперационная лучевая терапии, лучевая терапия рецидивов и метастазов рака молочной железы.</p> <p>65. Полихимиотерапия, показания, осложнения, показания к предоперационной и послеоперационной полихимиотерапии;</p> <p>66. Современные возможности паллиативной помощи. Лечение хронического болевого синдрома.</p>
--	--

11.3 Банк тестовых заданий (с ответами):

<p style="text-align: center;">Б</p> <p>1.В.ДВ.1.1.1</p> <p>Раздел 1. Общая онкология</p>	<p style="text-align: center;">ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ</p> <p>1) При естественном течении опухолевого процесса возможными путями метастазирования могут быть:</p> <p>А) лимфогенный Б) гематогенный В) лимфогематогенный Г) имплантационный Д) распространение по протяженности</p> <p>2) Паренхиму новообразования составляют:</p> <p>А) собственно опухолевые клетки Б) соединительная ткань В) кровеносные и лимфатические сосуды Г) нервные и клеточные элементы стромы</p> <p>3) Строма опухоли:</p> <p>А) является необходимой поддерживающей структурой Б) обеспечивает подведение к опухолевым клеткам питательных веществ и кислорода В) обеспечивает удаление продуктов метаболизма опухолевых клеток Г) в ряде случаев не является обязательным компонентом новообразования Д) все правильно, кроме г)</p> <p>4) Вновь образованные сосуды злокачественных опухолей:</p> <p>А) редко приближаются по строению к нормальным венам и артериям Б) могут быть представлены в виде каналов, выстланных эндотелием В) на уровне капилляров могут быть выстланы самими опухолевыми клетками Г) все ответы верные Д) правильные ответы а) и в)</p> <p>5) Рак <i>in situ</i> отличается от микроинвазивного тем, что</p> <p>А) инфильтрирует и разрушает базальную мембрану Б) инфильтрирует ткани в пределах слизистой оболочки В) инфильтрирует и слизистую и подслизистую оболочки органа Г) не распространяется глубже базальной мембраны и не разрушает ее</p> <p>6) Рак <i>in situ</i> по Международной классификации TNM относится</p> <p>А) к раку Б) к предраку В) к доброкачественным опухолям Г) отношение не определено</p>
---	---

	<p>7) <i>Массивное врастание опухоли в жизненно важный орган (органы) является исключительным признаком</i></p> <p>А) IIIa стадии Б) IIIб стадии В) IVa стадии Г) IVб стадии</p> <p>8) <i>Полное прорастание опухолью всех слоев полого органа желудочно-кишечного тракта, как правило, соответствует</i></p> <p>А) I стадии Б) IIIa стадии В) IIIб стадии Г) III стадии</p> <p>9) <i>Основной целью международной классификации злокачественных опухолей является</i></p> <p>А) разработка методики единообразного представления клинических данных Б) унификация подходов к лечению злокачественных опухолей В) попытка определить дальнейшие пути развития клинической онкологии Г) все ответы верные</p> <p>10) <i>При определении анатомической распространенности заболевания классификация TNM основывается на данных следующих видов обследования</i></p> <p>А) клинического Б) инструментального В) патогистологического Г) хирургического вмешательства Д) все ответы верные</p> <p>ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ</p> <p>11) <i>Термографический метод наиболее информативен при обследовании больных с опухолями¹</i></p> <p>А) легких Б) органов брюшной полости В) молочной железы Г) щитовидной железы Д) правильные ответы в) и г)</p> <p>12) <i>К эндоскопическим исследованиям с применением фиброволоконной оптики, используемым в настоящее время в клинике, относятся¹</i></p> <p>А) лапароскопия Б) торакоскопия В) цистоскопия Г) артроскопия Д) все перечисленные</p> <p>13) <i>Компьютерная томография может помочь клиницисту поставить¹</i></p> <p>А) морфологический диагноз Б) топический диагноз В) клинический диагноз Г) все ответы правильные Д) правильного ответа нет</p>
--	--

¹ Протокол дополнений и изменений ФОС к промежуточной аттестации по дисциплинам, практик, итоговой (государственной итоговой) аттестации на 2021-2022 учебный год.

	<p>14)Инструментальным методом, позволяющим дифференцировать магистральные сосуды без их контрастирования, может быть ¹</p> <p>А)ультразвуковая томография Б)ангиография В)обзорная рентгенография Г)правильного ответа нет</p> <p>15)На поперечных срезах грудной клетки при рентгеновской компьютерной томографии нельзя ¹</p> <p>А)точно локализовать опухоль Б)рассчитать ее размеры В)оценить плотность и однородность опухоли Г)определить доброкачественный или злокачественный характер новообразования</p> <p>16)Свойством, не характерным для электрорентгенографии, является ¹</p> <p>А)получение скрытого изображения на селеновой пластинке Б)быстрота изготовления снимков В)невозможность визуального контроля при производстве электрорентгенограмм Г)нечеткое изображение контуров отдельных органов и деталей Д)отсутствие необходимости затемнения помещения</p> <p>17)К инвазивным методам рентгенологического исследования относятся ¹</p> <p>А)компьютерная томография Б)ирригоскопия В)ангиография Г)флюорография</p> <p>18)К неинвазивным методам рентгенологического исследования относятся ¹</p> <p>А)аортография Б)лимфография В)компьютерная томография Г)илиокавография Д)венозигография</p> <p>19)Радиофосфорный тест применяют для диагностики ¹</p> <p>А)поверхностных опухолей Б)опухолей полостных органов, доступных для введения датчика В)только для опухолей, имеющих тропность к фосфору Г)все ответы правильные Д)правильные ответы а) и б)</p> <p>20)Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухолей ¹</p> <p>А)поджелудочной железы Б)желудка В)щитовидной железы Г)все ответы правильные Д)правильного ответа нет</p> <p>ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ</p>
--	---

¹ Протокол дополнений и изменений ФОС к промежуточной аттестации по дисциплинам, практик, итоговой (государственной итоговой) аттестации на 2021-2022 учебный год.

21) *Главной целью симптоматической операции является*

А) удаление пораженного опухолью органа

Б) удаление регионарных лимфатических метастазов опухоли

В) устранение осложнений, которые могут привести больного к смерти

Г) все ответы верные

22) *Недостатком метода электрокоагуляции опухоли являются*

А) пригорание фрагментов опухоли к электроду

Б) опасность глубокого поражения стенки органа

В) отторжение коагулированных тканей в течение нескольких дней

Г) все ответы правильные

Д) верные ответы а) и в)

23) *К антибластике не имеет отношения*

А) удаление опухоли единым блоком с регионарными лимфатическими узлами и другими анатомическими структурами в пределах здоровых тканей

Б) предоперационная лучевая терапия

В) использование электрохирургического метода

Г) применение лекарственных средств (химиопрепараты и другие)

Д) перевязка магистральных сосудов до начала мобилизации пораженного опухолью органа

24) *Соблюдение принципов анатомической зональности и футлярности лежит в основе*

А) понятия "антибластики" при операциях по поводу злокачественных опухолей

Б) понятия "абластики" при операциях по поводу злокачественных опухолей

В) мер профилактики ортоградного лимфогенного метастазирования

Г) мер профилактики гематогенного метастазирования

25) *Повторные хирургические вмешательства оправданы при рецидивах следующих злокачественных новообразований средостения*

А) нейрофибросаркомы

Б) фибросаркомы

В) липосаркомы

Г) лимфоцитарной тимомы

Д) лимфогранулематоза

26) *К расширенной операции следует относить*

А) удаление опухоли в пределах здоровых тканей

Б) удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером

В) удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции

Г) удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или полным удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс

Д) правильного ответа нет

27) *К комбинированной операции следует относить*

А) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером

Б) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции

В)удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс

Г)удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого-либо другого заболевания
Д)все ответы правильные

28)Факторами, которые могут влиять на объем операции, являются

А)стадия заболевания
Б)возраст больного
В)сопутствующие заболевания

Г)все ответы верные

29)При центральных доброкачественных опухолях могут выполняться следующие виды реконструктивно-пластических операций

А)окончатая резекция бронха
Б)циркулярная резекция бронха с формированием межбронхиального анастомоза
В)циркулярная резекция бронха с удалением одной-двух долей с формированием межбронхиального анастомоза

Г)все виды перечисленных операций

Д)только б) и в)

30)При злокачественных первичных опухолях костей к сохранным операциям относятся

А)ампутация конечности
Б)сегментарная резекция кости с замещением трансплантата
В)экзартикуляция конечности
Г)межлопаточно-грудная ампутация
Д)межподвздошно-брюшное вычленение

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ

31)Лучевая терапия в лечении злокачественных опухолей используется

А)как самостоятельный метод
Б)в комбинации с хирургическим методом
В)в комбинации с лекарственной терапией (химио- и иммунотерапией)

Г)все ответы правильные

Д)правильные первые два ответа

32)Основная цель радикальной лучевой терапии

А)подведение максимально возможной дозы излучения
Б)снижение биологической активности опухолевых клеток
В)вызов гибели наиболее чувствительных опухолевых клеток
Г)достижение частичной регрессии опухоли

Д)достижение полной регрессии опухоли

33)Задачами короткого интенсивного курса предоперационной лучевой терапии являются

А)повышение операбельности
Б)повышение резектабельности
В)достижение значительного уменьшения опухоли
Г)получение полной регрессии опухоли
Д)понижение жизнеспособности опухолевых клеток

34)К радиочувствительным могут быть отнесены все перечисленные ниже опухоли, кроме

А)лимфогранулематоза

- Б)лимфосаркомы
- В)семиномы
- Г)аденокарциномы желудка**
- Д)мелкоклеточного рака легкого

35)Наиболее радиорезистентной опухолью из перечисленных является

- А)плоскоклеточный неороговевающий рак
- Б)семинома
- В)опухоль Юинга

Г)остеогенная саркома

- Д)все перечисленные опухоли

36)Послеоперационная лучевая терапия может быть проведена в случае

- А)нерадикальности операции
- Б)неабластичности операции
- В)выявленных во время операции регионарных метастазов

Г)все ответы верные

- Д)правильные ответы а) и б)

37)На радиочувствительность опухоли оказывают влияние

- А)напряжение кислорода опухоли
- Б)дифференцировка опухолевых клеток
- В)форма роста опухоли
- Г)правильные первые два фактора

Д)все перечисленные факторы

38)Следующие факторы модификации радиочувствительности опухоли и нормальных тканей используют в лучевой терапии

- А)локальную гипертермию
- Б)искусственную гипергликемию
- В)гипербарическую оксигенацию

Г)все ответы правильные

- Д)правильного ответа нет

39)Расщепленный курс лучевой терапии применяют

- А)для повышения радиочувствительности опухоли

Б)для защиты нормальных тканей

- В)для снижения числа рецидивов
- Г)для повышения дозы облучения

40)Абсолютным противопоказанием к лучевому лечению является

- А)пожилой возраст
- Б)молодой возраст

В)активный туберкулез

- Г)все перечисленные факторы
- Д)ни один из перечисленных факторов

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

41)Механизм действия алкилирующих препаратов состоит

А)в реакции алкилирования

- Б)в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
- В)в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
- Г)в денатурации тубулина - белка микротрубочек

Д)в образовании сшивок молекул ДНК

42)Механизм действия противоопухолевых антибиотиков состоит

А)в реакции алкилирования молекул ДНК

Б)в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты

В)в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы

Г)в денатурации тубулина - белка микротрубочек

Д)в образовании сшивок молекул ДНК

43)Механизм действия антиметаболитов состоит

А)в реакции алкилирования молекул ДНК

Б)в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты

В)в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы

Г)в денатурации тубулина - белка микротрубочек

Д)в образовании сшивок молекул ДНК

44)Наиболее часто лекарственная терапия может считаться самостоятельным высокоэффективным методом при лечении

А)рака почки

Б)мелкоклеточного рака легкого

В)рака мочевого пузыря

Г)рака желудка

Д)рака яичников

45)Эффективная предоперационная химиотерапия в ряде случаев может привести

А)к уменьшению объема опухоли

Б)к переводу больного в операбельное состояние

В)к возможному сокращению объема оперативного вмешательства

Г)ко всему перечисленному

Д)верных ответов нет

46)Противопоказанием для назначения антрациклинов является

А)диссеминация опухолевого процесса

Б)сердечно-сосудистая недостаточность

В)повышение температуры тела до 37,5-С

Г)отсутствие одной почки

47)Противопоказанием для применения ифосфамида является

А)геморрагический цистит

Б)инфаркт в анамнезе

В)повышение трансаминаз в 2 раза

Г)аллергия в анамнезе

48)Целью I фазы клинического изучения противоопухолевого препарата является

А)определение допустимой для человека разовой и суммарной дозы цитостатика и спектра токсичности

Б)изучение противоопухолевой активности цитостатика при разных видах опухоли

В)сравнительное изучение нового агента с другими цитостатиками

Г)изучение возможных сочетаний с другими цитостатиками

49)Целью II фазы клинического изучения противоопухолевого препарата является

А)определение максимально переносимой дозы цитостатика

Б)изучение противоопухолевой активности цитостатика и ее спектра при "сигнальных опухолях" - десяти наиболее часто встречающихся опухолей человека

	<p>В)сравнительное изучение с другими цитостатиками Г)изучение возможных сочетаний с другими цитостатиками</p> <p>50)Целью III фазы клинического изучения противоопухолевого препарата является А)определение максимально переносимой дозы цитостатика Б)изучение противоопухолевой активности цитостатика и ее спектра при "сигнальных опухолях" В)сравнительное изучение с другими цитостатиками Г)изучение возможных сочетаний с другими цитостатиками</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.1.2 Раздел 2. Частная онкология</p>	<p>ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПОЛОСТИ НОСА, ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ И ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ</p> <p>51)При наличии у больного меланомы слизистой мягкого неба предпочтительнее проводить А)хирургическое лечение Б)лучевое лечение В)химиотерапию Г)химиолучевое лечение Д)комбинированное лечение (операция и лучевая терапия)</p> <p>52)Лучевая терапия в лечении рака слизистой полости рта может быть применена А)как самостоятельный радикальный метод Б)как паллиативный метод В)как этап комбинированного лечения Г)правильные ответы б) и в) Д)все ответы правильные</p> <p>53)В полости носа из перечисленных злокачественных опухолей встречаются А)аденокарцинома Б)плоскоклеточный рак В)мягкотканые саркомы Г)меланома Д)цилиндрома Е)эстезионробластома Ж)все перечисленное</p> <p>54)У больного 65 лет плоскоклеточный рак нижней носовой раковины I стадии. Из методов лучевой терапии ему наиболее целесообразна А)дистанционная g-терапия Б)внутриканевая лучевая терапия В)внутриполостная лучевая терапия Г)сочетанная лучевая терапия (дистанционная g-терапия + внутриполостная лучевая терапия)</p> <p>55)Облучение регионарных зон при лучевой терапии рака носоглотки А)обязательно во всех случаях Б)проводится только при верификации метастазов в лимфатических узлах шеи В)проводится только при подозрении на наличие метастазов в лимфатических узлах шеи Г)облучение регионарных зон нецелесообразно Д)правильные ответы б) и в)</p> <p>56)Наиболее радиочувствительной среди опухолей носоглотки является А)плоскоклеточный ороговевающий рак Б)плоскоклеточный рак с высокой степенью лимфатической инфильтрации</p>

- В) лимфосаркома
Г) правильные ответы а) и б)
Д) **правильные ответы б) и в)**

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

57) К наиболее часто встречающимся морфологическим формам рака щитовидной железы относятся:

- А) **Папиллярная аденокарцинома**
Б). Фолликулярная аденокарцинома
В). Медуллярный рак
Г). Плоскоклеточный и недифференцированный рак
Д). Правильный ответ В) и Г)

58) Медуллярный рак щитовидной железы развивается из:

- А). А-клеток
Б). В-клеток
В) **С-клеток**
Г). Любой вышеуказанной
Д). D-клеток

59) Частота высокодифференцированных аденокарцином щитовидной железы составляет:

- А). 10%
Б). 20%
В). 50%
Г) **70%**
Д). 80%

60) Частота медуллярного рака щитовидной железы составляет:

- А) **10%**
Б). 30%
В). 70%
Г). 80%
Д). более 85%

61) При медуллярном раке щитовидной железы в крови отмечается:

- А). Повышение уровня ТТГ
Б) **Повышение уровня кальцитонина**
В). Повышение уровня раково-эмбрионального антигена
Г). Повышение уровня тиреоидных гормонов
Д). Повышение серотонина

62) Наиболее часто метастазами рака щитовидной железы поражаются:

- А) **Лимфоузлы вдоль внутренней яремной вены**
Б). Надключичные
В). Паратрахеальные
Г). Претрахеальные
Д). Загрудинные

63) К «сигналам тревоги» подозрительным на возникновение рака щитовидной железы следует относить:

- А). Появление узлового образования в щитовидной железе, особенно с бугристой поверхностью и плотной консистенцией у человека старше 35 лет
Б). Ускоренный рост, уплотнение и появление бугристости ранее существовавшего узлового или диффузного зуба

- В). Появление безболезненных лимфатических узлов на боковой и передне-боковой поверхности шеи
Г). Появление затруднения питания и осиплости голоса у здорового ранее человека
Д). Все ответы верные

64) Для медуллярного рака щитовидной железы характерно:

- А). Наличие «каменистых» узлов в щитовидной железе
Б). Диарея
В). Синдром Сиппла
Г). Все вышеперечисленное
Д). Ничего из перечисленного

65) Функция щитовидной железы при раке:

- А). Снижается
Б). Не меняется
В). Повышается
Г). Все ответы возможны
Д). Нет правильного ответа

66) Для диагностики рака щитовидной железы применяются:

- А). Пункция узлового образования щитовидной железы
Б). Пункция увеличенных лимфоузлов шеи
В). Изучение уровня Т3, Т4, ТТГ
Г). Открытая биопсия узлового образования щитовидной железы
Д). Правильно все, кроме Г)

ОНКОГИНЕКОЛОГИЯ

67) Для диагностики дисплазии ведущим методом исследования является

- А) цитологическое исследование
Б) гистологическое исследование
В) осмотр в зеркалах
Г) кольпоскопия
Д) лимфография

68) К предраку шейки матки относится

- А) эндоцервикоз
Б) эндометриоз
В) эктропион
Г) дисплазия
Д) карцинома in situ

69) Рак шейки матки у женщин молодого возраста чаще локализуется

- А) на влагалищной порции шейки матки**
Б) в нижней трети цервикального канала
В) в средней трети цервикального канала
Г) в верхней трети цервикального канала
Д) одинаково часто

70) При раке шейки матки наиболее часто встречается следующая морфологическая форма рака

- А) плоскоклеточный**
Б) аденокарцинома
В) светлоклеточный
Г) недифференцированный
Д) мелкоклеточный

71) Регионарными лимфоузлами I этапа метастазирования при раке шейки матки являются, все кроме

- А) запиральные
- Б) наружные и внутренние подвздошные
- В) общие подвздошные
- Г) крестцовые
- Д) парааортальные**

72) К отдаленным лимфогенным метастазам при раке шейки матки, классифицированным как М, относятся метастазы в лимфатические узлы

- А) запиральные
- Б) внутренние подвздошные
- В) наружные подвздошные
- Г) общие подвздошные
- Д) парааортальные**

73) Для лечения ранних форм рака шейки матки чаще используются

- А) хирургический метод**
- Б) комбинированный метод с предоперационным облучением
- В) комбинированный метод с послеоперационным облучением
- Г) сочетанный лучевой метод
- Д) лекарственный метод

74) При расширенной экстирпации матки с придатками удаляются все перечисленные лимфоузлы, кроме

- А) парааортальных
- Б) запиральных
- В) с наружной и внутренней подвздошной артерий
- Г) с общей подвздошной
- Д) парааортальных**

75) Истинным предраком эндометрия следует считать

- А) железистую гиперплазию
- Б) фиброзный полип
- В) железистый полип
- Г) аденомиоз
- Д) атипическую гиперплазию (аденоматоз)**

76) При раке тела матки наиболее часто встречается следующая морфологическая форма

- А) аденокарцинома.**
- Б) плоскоклеточный рак
- В) светлоклеточная рак
- Г) железисто-плоскоклеточный рак
- Д) недифференцированный рак

РАК КОЖИ

77) Рак кожи в структуре заболеваемости злокачественными опухолями составляет:

- А). Около 1%
- Б). 2-3%
- В). 4-8%**
- Г). Около 15%
- Д). Около 20%

78)К факультативным предракам кожи относят:

- А). Кожный рог
- Б). Лейкоплакию
- В). Старческую кератому
- Г). Гемангиому
- Д). Правильно А), Б), В)**

79)К гистологическим вариантам рака кожи относят:

- А). Базальноклеточный рак
- Б). Мелкоклеточный рак
- В). Плоскоклеточный рак
- Г). Светлоклеточный рак
- Д). Правильно А) и В)**

80)Базальноклеточный рак кожи составляет:

- А). 20%
- Б). 40%
- В). 70%**
- Г). 90%
- Д). 95 %

81)К внутриэпидермальному раку *cancer in situ* относится:

- А). Болезнь Боуэна
- Б). Базалиома
- В). Эритроплазия Кейра
- Г). Папилломатозный внутридермальный невус
- Д). Правильные ответы А) и В)**

82)Базальноклеточный рак кожи чаще метастазирует:

- А). В лимфоузлы
- Б). В печень
- В). В легкие
- Г) В почки
- Д) Не дает метастазов**

83)Частота регионарного метастазирования при плоскоклеточном раке кожи составляет:

- А). 2-2,5 %**
- Б). 4-5 %
- В). 6-10 %
- Г). 11-15 %
- Д). 20- 25%

84)Отдаленные метастазы плоскоклеточного рака кожи в первую очередь поражают:

- А). Легкие
- Б). Головной мозг
- В). Кости
- Г). Печень
- Д) Правильные ответы А) и В)**

85)Рак кожи может иметь все перечисленные виды, кроме:

- А). Быстрорастущего плотного бугристого узла**
- Б). Язвы с плотными вывороченными краями
- В). Разрастаний типа цветной капусты с мягкой влажной поверхностью

- Г). Разрастаний типа цветной капусты с гиперкератотическими наслоениями
Д). Ограниченного очага типа нумулярной экземы

86) Для получения материала с целью морфологической верификации при подозрении на рак кожи возможно проведение:

- А). Пункции образования
Б). Скарификации
В). Взятие мазков-отпечатков
Г). Краевой биопсии
Д). **Всего перечисленного**

МЕЛАНОМА КОЖИ

87) Заболеваемость меланомой кожи составляет:

- А). 0,2 – 0,5 / 0000
Б). 1,50 – 2,0 / 0000
В). **2,00 – 4,0 / 0000**
Г). 5 0 / 0000
Д). Правильного ответа нет

88) К меланомо-неопасным невусам относят:

- А). Синий (голубой) невус
Б). **Внутридермальный невус**
В). Пограничный пигментный невус
Г). Гигантский пигментный невус
Д). Все ответы верны

89) Из ниже перечисленных невусов, как правило, трансформируется в меланому:

- А). Меланоз Дюбрея
Б). Папилломатозный невус
В). Невус Оста
Г). Пигментная ксеродерма
Д). **Правильно А) и В)**

90) Меланома кожи относится к опухолям:

- А). **Нейроэктодермальной природы**
Б). Эктодермальной природы
В). Мезенхимальной природы
Г). Дисэмбриональной природы
Д). Нет правильного ответа

91) Ведущим методом диагностики меланомы кожи является:

- А). Радиофосфорная проба
Б). Лучевая меланурия (реакция Якша)
В). Термография
Г). **Морфологический метод**
Д). Все ответы верны

92) При подозрении на меланому кожи нежелательно проводить:

- А). Взятие мазков-отпечатков
Б). **Краевую биопсию**
В). Иссечение опухоли
Г). Правильного ответа нет
Д). Все ответы верны

93) Трансформация пигментного невуса в злокачественную меланому может

роявляться:

- А). Неравномерной зоной гиперемии вокруг невуса
- Б). Увеличением или неравномерностью пигментации
- В). Увеличением или неравномерностью плотности
- Г). Изъязвлением, кровоточивостью, увеличением размеров
- Д). Всем перечисленным**

94) Ведущим методом лечения меланомы кожи является:

- А). Хирургический**
- Б). Лучевая терапия
- В). Электрокоагуляция
- Г). Комбинированный
- Д). Все ответы верны

95) Худший прогноз при локализации меланомы на коже:

- А). Головы
- Б). Верхних конечностей
- В). Туловища
- Г). Нижних конечностей**
- Д). Органов половой зоны

96) При хирургическом лечении меланомы кожи лица от краев следует отступать в пределах:

- А). На 0,5 см
- Б). На 1,5 см**
- В). На 3,0 см
- Г). На 5,0 см
- Д). На 6,5 см

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

97) В структуре смертности женского населения рак молочной железы занимает:

- А). 1 место**
- Б). 2 место
- В). 3 место
- Г). 4 место
- Д). 5 место

98) Для массовой диагностики патологии молочной железы применима:

- А). Термография**
- Б). Маммография
- В). Флюорография
- Г). Пункционная биопсия
- Д). Пальпация

99) Для ранней диагностики РМЖ наиболее приемлема:

- А). Маммография**
- Б). Флюорография
- В). Пункционная биопсия
- Г). Секторальная резекция
- Д). Пальпация

100) Основным методом диагностики РМЖ является:

- А). Маммография
- Б). Пальпация молочной железы
- В). УЗИ молочной железы

Г). Морфологический

Д). Термография

101)Рак молочной железы развивается из:

- А). Лимфатических узлов
- Б). Кровеносных сосудов
- В). Гладко или поперечно-полосатой мускулатуры

Г). Железистого эпителия протоков

Д). Незрелой соединительной ткани

102)РМЖ может метастазировать только:

- А). Гематогенно
- Б). Лимфогенно
- В). Имплантиционно
- Г). Гематогенно и лимфогенно

Д). Всеми перечисленными путями

103)Наиболее часто встречающейся клинической формой РМЖ является:

- А). Маститоподобная
- Б). Панцирная
- В). Рожеподобная
- Г). Рак Педжета

Д). Узловая

104)К гистологическим формам РМЖ относятся:

- А). Аденокарцинома
- Б). Медулярный рак
- В). Папиллярный рак
- Г). Слизистый рак

Д). Все ответы верные

105)В молочной железе «болезнь Педжета» относится к:

- А). Узловой мастопатии
- Б). Внутрипротоковой папилломе
- В). Раку кожи
- Г). Узловой форме рака

Д). Внутрипротоковому раку

106)Послеоперационная химиотерапия целесообразна после радикального хирургического лечения РМЖ:

- А). I стадии
- Б). IIa стадии
- В). IIb стадии
- Г). III стадии

Д). Верны ответы В) и Г)

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В ОНКОЛОГИИ

107)Для решения организационных вопросов в онкологии необходимы

- А)научно-обоснованная система организации специализированной помощи
- Б)материально-техническая база
- В)своевременное и широкое внедрение в практику достижений медицинской науки

Г)все ответы правильны

	<p>108)Срок обследования больных I клинической группы не должен превышать:</p> <p>А) – 7 дней Б) – 10 дней В) – 14 дней Г) – 20 дней</p> <p>109)Критерием излеченности в онкологии является срок:</p> <p>А) – 2 года Б) – 3 года В) – 4 года Г) – 5 лет</p> <p>110)Лечение больных II и III клинических групп должно быть начато в течение ближайших:</p> <p>А) – 5 дней Б) – 7 дней В) – 10 дней Г) – 14 дней</p> <p>111)К какой клинической группе относятся люди, излеченные от рака (практически здоровые)</p> <p>А) Ia Б) Ib В) II Г) IIIa Д) III</p> <p>112)Какая стадия является предельной границей ранней диагностики рака?</p> <p>А) 0 стадия Б) I В) IIIa Г) IIIb</p> <p>113)Цель проведения профилактических мед. осмотров</p> <p>А) Ранняя диагностика злокачественных опухолей Б) Отбор больных, подлежащих наблюдению у онколога В) Лечение предраковых заболеваний</p> <p>114)К методам вторичной профилактики злокачественных опухолей относятся</p> <p>А) лечение предраковых состояний Б) проведение диспансерного наблюдения за больными с предраковыми состояниями В) проведение мероприятий по улучшению экологии Г) проведение проф. осмотров с использованием скрининговых тестов</p>
--	---

11.4 Банк ситуационных клинических задач (с ответами)

Б
1.В.ДВ.1.1.2
Раздел 2.
Частная
онкология

Задача 1

Больная М., 47 лет обратилась к врачу с жалобами на наличие образования в правой молочной железе. Считает себя больной в течение 5 месяцев, за медицинской помощью не обращалась. При осмотре в верхнее - наружном квадранте правой молочной железы отмечается симптом «лимонной корочки», и пальпируется узловое образование 4 на 5 см слабо подвижное, в правой аксиллярной области отмечается конгломерат плотных, малоподвижных, безболезненных лимфоузлов, в правой надключичной области - единичный плотный лимфатический узел.

Вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Стадия процесса.
3. Методы обследования
4. Дифференциальный диагноз
5. Схема лечения.

ОТВЕТ

1. Рак молочной железы
2. T4 N2 M1
3. Маммография, УЗИ молочных желез, зон регионарного лимфооттока, печени, органов малого таза, пункционная биопсия молочной железы и лимфоузлов с цитологическим исследованием.
4. Дифференциальный диагноз необходимо проводить между маститом, актиномикозом и туберкулезом.
5. При верификации диагноза - комплексное лечение: лучевая терапия, затем мастэктомия и химиотерапия.

Задача 2

Больная 31 года 2 месяца назад обнаружила у себя узел в щитовидной железе, обратилась к онкологу. При осмотре: область щитовидной железы визуально не изменена, при пальпации в правой доле обнаруживается узловое образование округлой формы, эластической консистенции, подвижное 2,5 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. В пунктате - группы клеток фолликулярного эпителия.

Вопросы

1. Назовите предположительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования для верификации диагноза.
4. Определите лечебную тактику.
5. Назовите возможные лучевые реакции, осложнения.

ОТВЕТ

1. Опухоль щитовидной железы (возможно фолликулярный рак).
2. Аденома, узловой зоб.
3. УЗИ, КТ, радиоизотопное исследование с йодом, ангиография щитовидной железы.
4. Радикальная операция с интраоперационным гистологическим исследованием, внутренняя лучевая терапия с Йод-131.
5. Возможны лучевые реакции (радиоэзофагит, радиоэндолярингит), рецидив заболевания, послеоперационные осложнения.

Задача 3

Больная М., 39 лет. Жалобы на наличие новообразования на наружной поверхности правого плеча, которое увеличилось в размерах за последние 2 месяца. При осмотре: на латеральной поверхности плеча имеется узловое образование, размерами 3х4 см, на широком основании, с выраженным сосудистым компонентом, бордово-коричневого цвета, легко кровоточит при пальпации, безболезненно. В правой подмышечной впадине пальпируются увеличенные до 2 см лимфоузлы. Отдаленных метастазов не выявлено.

ЗАДАНИЯ

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какова ваша схема лечения данного больного?
3. Какие пути метастазирования данной опухоли?

ОТВЕТ

1. Меланома кожи плеча. T_xN₂M_x.
2. Лечение: широкое иссечение опухоли в пределах здоровых тканей, регионарная лимфаденэктомия при «+» сторожевом л/у.
3. Лимфогенно, транзиторно (внутрикожно), гематогенно (кости, легкие, головной мозг).

Задача 4

Больная 71 года обратилась с жалобами на образование кожи в области правого плеча, болезненность при поднятии правой верхней конечности. Из анамнеза известно, что образование в этой области существует 3 года. Появилось в зоне ожога, полученного 10 лет назад. В последний год отметила уплотнение образования, увеличение его в размере. При осмотре: на коже правого плеча образование 4х3 см, слегка выступающее над поверхностью кожи, с наличием гиперкератоза по его периферии. Отмечено значительное увеличение подмышечных лимфатических узлов справа, которые сливаются в конгломерат до 5 см в диаметре. При пальпации имеют плотно-эластическую консистенцию. Безболезненны.

Задания

- 1 Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
- 2 Назовите необходимые дополнительные исследования.
- 3 Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

ОТВЕТ

1. У больной плоскоклеточная карцинома кожи правого плеча с метастазами в подмышечные лимфатические узлы. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с базалиомой. Обоснование: Наличие ожога в анамнезе, клиническая картина, метастатическое поражение региональных лимфоузлов.
2. Соскоб с поверхности опухоли, пункция увеличенных подмышечных лимфоузлов с цитологическим исследованием
3. Хирургическое лечение в виде иссечения опухоли кожи правого плеча и правосторонней подмышечной лимфаденэктомией. Аджьювантно – лучевая терапия.

Задача 5

Больная К.Т.М. - 70 лет, считает себя больной с декабря 2008 года, когда впервые отметила появление кровянистых выделений из половых путей на фоне менопаузы. В январе 2009 года больную госпитализировали. Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая шейки матки и влагалища не изменена. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободны.

ЗАДАНИЕ

- А) Ваш предварительный диагноз?
- Б) Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза?
- В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

ОТВЕТ

- А) рак тела матки,
- Б) тщательный анализ анамнеза, двуручное гинекологическое исследование, включая ректовагинальный осмотр, цитологическое исследование аспирата из полости матки, УЗИ, КТ, МРТ, гистероскопия и гистологическое исследование материала, полученного при отдельном диагностическом выскабливании матки, определение

	содержания опухолевого маркера СА – 125 В) хирургический.
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	26. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	27. Знание алгоритма решения
	28. Уровень самостоятельного мышления
	29. Аргументированность решения
	30. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов

критериям Отлично (5)	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)
---------------------------------	---

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость
- четырем критериям Хорошо (4)	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
-пяти или шести критериям Отлично (5)	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Онкология»

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
--	-------------------------	--	---------------------------------	---	---

		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки и их перечня
УК	1	1-114	1-5	1-66	1-108	-
ПК	1	1-114	1-5	1-66	1-108	-
	2	1-114	1-5	1-66	1-108	-
	5	5-10, 11-20, 51-114	1-5	9-12, 25-66	5-17, 30-108	-
	8	21-114	1-5	13-66	18-108	-

11.5. Темы рефератов:

Раздел	Тема реферата
Б <i>1.В.ДВ.1.1.</i> 1Раздел 1. Общая онкология	<ol style="list-style-type: none"> 1. Роль опухолевых маркеров в диагностике рака 2. Причины запущенности у онкологических больных 3. Диагностические возможности, эффективность и показания к использованию различных методов рентгенодиагностики. 4. Современные возможности хирургического лечения. 5. Интраоперационная лучевая терапия. 6. Виды ионизирующего излучения. Аппаратное оснащение. 7. Осложнения и реакции на проведение лекарственного лечения, их профилактика и лечение.
Б <i>1.В.ДВ.1.1.</i> 2Раздел 2. Частная онкология	<ol style="list-style-type: none"> 8. Клинические проявления ранних и распространенных форм злокачественных опухолей полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти. 9. Современные классификации злокачественных опухолей щитовидной железы. 10. Частота и связь с доброкачественными изменениями данного органа и различными факторами риска. 11. Современные представления о причинах возникновения различных опухолей женских половых органов, первичная и вторичная профилактика. 12. Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли женских половых органов. 13. Современные классификации рака кожи. 14. Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики. 15. Современные методы лечения меланомы кожи, показания и противопоказания к их использованию. 16. Закономерности метастазирования меланомы кожи. 17. Понятие об органосохранных операциях при раке молочной железы, радикальная резекция молочной железы, показания, объем операции. 18. Радикальные операции (Холстеда, Пейти), расширенная мастэктомия (операция Урбана-Холдинга), показания, объем операции.

Критерии и шкала оценивания

Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
- четырем критериям Хорошо (4)	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
- пяти критериям Отлично (5)	5. Грамотность

12. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»

12.1 Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.В.ДВ.1.2. I Раздел 1. Общая эндокринология</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дайте определение понятию «гормоны». 2. Опишите систему «гипоталамус - гипофиз». 3. Расскажите анатомию, эмбриогенез гипоталамуса, аденогипофиза и нейрогипофиза. 4. Охарактеризуйте топографию гипоталамуса и гипофиза. Гипофизотропная зона гипоталамуса. 5. Перечислите и опишите кровоснабжение гипофиза. 6. Опишите строение гипоталамуса. Структура ткани (гипоталамические ядра). 7. Строение гипофиза. Структура ткани гипофиза (базофилы, эозинофилы, хромофобные клетки). 8. Дайте понятие о нейроэндокринологии. 9. Охарактеризуйте реализующие гормоны (либерины). Ингибирующие гормоны (статины). Нейрогормоны. Опиатные гормоны. Биогенные амины. Тропные гормоны гипофиза. 10. Каково биологическое значение гипоталамических и гипофизарных гормонов? 11. Опишите взаимосвязь гипоталамо-гипофизарной системы с ЦНС и железами внутренней секреции. Механизм формирования циркадных ритмов. 12. Перечислите методы исследования функции гипоталамо-гипофизарной системы. 13. Охарактеризуйте анатомо-физиологические особенности системы «гипоталамус - гипофиз - кора надпочечников». 14. Охарактеризуйте принцип обратной связи в системе «ЦНС-гипоталамус - гипофиз - кора надпочечников». 15. Перечислите и опишите гормоны коры надпочечников, химическое строение, биологическое действие. 16. Каково биологическое действие глюкокортикоидов? 17. Биологическое действие андрогенов. Биологическое действие минералокортикоидов. 18. Опишите мозговое вещество надпочечников. 19. Охарактеризуйте симпато-адреналовую систему. 20. Какова структура мозгового вещества надпочечников? 21. Перечислите гормоны мозгового вещества надпочечников – катехоламины. Физиологическое действие катехоловых аминов. 22. Охарактеризуйте анатомическое и гистологическое строение поджелудочной железы. Физиология поджелудочной железы. 23. Опишите эндокринную функцию островкового аппарата: альфа-, бета- и дельта-клетки. 24. Секрция глюкагона, соматостатина и их роль в гомеостазе глюкозы. Метаболизм гормонов поджелудочной железы. 25. Как осуществляется регуляция функции островкового аппарата, взаимосвязь эндокринной функции поджелудочной железы и энтерогормонов.
---	---

	<p>26. Охарактеризуйте анатомо-физиологические особенности системы «гипоталамус - гипофиз - щитовидная железа».</p> <p>27. Назовите основной механизм регуляция функции щитовидной железы. Обмен йода в организме.</p> <p>28. Биосинтез тиреоидных гормонов, их характеристика. Периферическая конверсия Т4 в Т3. Реверсивный Т3.</p> <p>29. Каково влияние тиреоидных гормонов на обмен веществ?</p> <p>30. Охарактеризуйте кальцитонин, его строение, биологическое действие, участие в гомеостазе кальция.</p> <p>31. Охарактеризуйте систему «гипоталамус - гипофиз - гонады».</p> <p>32. Расскажите про эмбриогенез полового аппарата. Анатомия и гистология половых желез и гениталий. Формирование пола. Физиология половых желез.</p> <p>33. Охарактеризуйте биосинтез и метаболизм половых гормонов.</p> <p>34. Основной принцип регуляции функции половых желез, роль гормонов гипофиза и гипоталамуса. Физиологический эффект гормонов половых гормонов.</p> <p>35. Какова физиология пубертатного возраста?</p> <p>36. Какое влияние оказывает наследственность на этапы развития вторичных половых признаков?</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.2. 2Раздел 2. Частная эндокринология</p>	<p>37. Дайте определение понятию «пубертатно-юношеский диспитуитаризм».</p> <p>38. Охарактеризуйте диэнцефальный синдром, его нейроэндокринную форма. Этиология. Роль хронических инфекций и интоксикаций. Травмы черепа. Патогенез.</p> <p>39. Расскажите про основные изменения секреции гормонов коры надпочечников. Нарушение секреции гонадотропинов и половых стероидов.</p> <p>40. Охарактеризуйте метаболические нарушения и опишите их клинику(симптомы гиперкортицизма, психоэмоциональные расстройства, артериальная гипертензия, ожирение, пубертатно-юношеский диспитуитаризм).</p> <p>41. Перечислите основные клинко-лабораторное обследования при диэнцефальном синдроме. Данные гормонального исследования. Функциональные пробы (малая проба с дексаметазоном). Данные офтальмологического и неврологического исследования. УЗИ надпочечников. Данные рентгенологического исследования.</p> <p>42. Перечислите основные методы лечения и профилактики диэнцефального синдрома. Санация очагов инфекции. Нормализация массы тела. Заместительная гормональная терапия.</p> <p>43. Охарактеризуйте опухоли гипофиза и параселлярной области (активные и неактивные). Этиология. Облучения гипоталамо-гипофизарной области.</p> <p>44. Опишите принцип хирургической гипофизэктомии.</p> <p>45. Охарактеризуйте апоплексию гипофиза.</p> <p>46. Перечислите и опишите гранулематозные образования гипофиза. Патогенез.</p> <p>47. Первичный и вторичный гипопитуитаризм. Перечислите гормональные и метаболические нарушения. Патоморфология. Данные клинко-лабораторного обследования. Изменения гормонального профиля. Данные иммунологических исследований. Перечислите основные офтальмологические и неврологические исследования.</p> <p>48. Охарактеризуйте анатомию, эмбриогенез, топографию, кровоснабжение, иннервацию, гистологию, структуру клеток (А, В, D, PP и др.) в островках Лангерганса, их процентное соотношение.</p> <p>49. Какова физиология эндокринной части (островков Лангерганса): β-клетки – инсулин, α-клетки – глюкагон, панкреатический полипептид. Патофизиология.</p> <p>50. Основные методы исследования функций островкового аппарата поджелудочной железы.</p> <p>51. Перечислите современные методы определения глюкагона, соматостатина в биологических жидкостях. Современные методы определения инсулина, С-пептида и проинсулина в крови.</p> <p>52. Перечислите методы исследования энтерогормонов, участвующих в регуляции гемостаза глюкозы. Функциональные тесты, применяемые для определения эндокринной функции поджелудочной железы.</p> <p>53. Назовите роль ангиографии, УЗИ, компьютерной томографии, сканирования и ядерно-магнитного резонанса в топической диагностике процессов в поджелудочной железе</p> <p>54. Расскажите этиологическую классификацию нарушений гликемии (ВОЗ).</p> <p>55. Перечислите степени тяжести сахарного диабета.</p> <p>56. Перечислите острые осложнения сахарного диабета. Поздние осложнения</p>

	<p>сахарного диабета. Осложнения терапии.</p> <p>57. Охарактеризуйте эпидемиологию, патогенез сахарного диабета.</p> <p>58. Охарактеризуйте сахарный диабет типа 1.</p> <p>59. Охарактеризуйте сахарный диабет типа 2.</p> <p>60. Перечислите и опишите другие специфические типы сахарного диабета (генетические дефекты β-клеточной функции, генетические дефекты в действии инсулина).</p> <p>61. Перечислите и опишите болезни экзокринной части поджелудочной железы (воспаление, опухоль, гемохроматоз, резекция и др.), сопровождающиеся снижением секреции инсулина.</p> <p>62. Охарактеризуйте и перечислите эндокринопатии: синдром Иценко - Кушинга, акромегалия, диффузно-токсический зоб, феохромоцитомы и другие, при которых повышается концентрация контринсулярных гормонов с развитием инсулинорезистентности.</p> <p>63. Охарактеризуйте диабет, индуцированный лекарствами или химикалиями. Клиника. Дифференциальная диагностика с другими клиническими классами сахарного диабета. Диагностика.</p> <p>64. Основные методы лечения сахарного диабета типа 1. Диетотерапия. Инсулинотерапия. Самоконтроль и социальная адаптация. Иммунокорригирующая терапия при впервые выявленном сахарном диабете типа 1. Критерии компенсации сахарного диабета типа 1.</p> <p>65. Основные методы лечения сахарного диабета типа 2. Диетотерапия. Пероральные сахароснижающие препараты. Инсулинотерапия при сахарном диабете типа 2. Самоконтроль и социальная адаптация больных сахарным диабетом типа 2. Критерии компенсации сахарного диабета типа 2.</p> <p>66. Перечислите алгоритм тактики лечебных мероприятий при впервые выявленном сахарном диабете.</p> <p>67. Какое ведение больных сахарным диабетом при хирургических вмешательствах. Лечение и профилактика диабетических сосудистых осложнений.</p> <p>68. Дайте определение - микроангиопатия. Патоморфология. Патогенез.</p> <p>69. Охарактеризуйте диабетическая ретинопатия. Факторы риска, частота. Классификация (ВОЗ), профилактика, лечение. Прогноз.</p> <p>70. Охарактеризуйте диабетическую нефропатию. Факторы риска, частота. Классификация, патоморфология, профилактика, лечение. Прогноз.</p> <p>71. Охарактеризуйте диабетическая нейропатию. Факторы риска, частота. Классификация, патогенез, патоморфология, клиника, профилактика, лечение. Прогноз.</p> <p>72. Охарактеризуйте синдром диабетической стопы (СДС). Классификация клинических форм. Дифференциальная диагностика. Профилактика. Лечение. Прогноз.</p> <p>73. Дайте определение - макроангиопатия. Частота. Патогенез. Патоморфология.</p> <p>74. Дайте определение понятию «диффузный токсический зоб». Охарактеризуйте патологическую анатомию. Патогенез клинических симптомов.</p> <p>75. Перечислите клинические проявления диффузного токсического зоба: кожные покровы, нервная система, сердечно-сосудистая система, желудочно-кишечный тракт, половые органы, глазные симптомы.</p> <p>76. Дайте определение и опишите понятия аутоиммунная офтальмопатия, претибиальная микседема.</p> <p>77. Дайте определение - Т3-тиротоксикоз. Особенности течения тиротоксикоза у лиц пожилого возраста. Особенности течения тиротоксикоза у детей.</p> <p>78. Основные методы диагностики диффузного токсического зоба. Программа дифференциально-диагностического поиска.</p> <p>79. Перечислите и охарактеризуйте методы лечения ДТЗ: консервативная терапия, хирургическое лечение, лечебное применение I131. Прогноз трудоспособности больных диффузным токсическим зобом.</p> <p>80. Дайте определение - тиротоксическая аденома. Частота. Соотношение по полу, возрасту. Перечислите основные патогенетические механизмы возникновения. Охарактеризуйте клинику. Основные методы лечения: хирургическое, медикаментозное, терапия</p> <p>81. Охарактеризуйте многоузловой токсический зоб. Частота возникновения. Патогенетические механизмы возникновения. Охарактеризуйте клиническую картину. Диагностика.</p> <p>82. Охарактеризуйте этиологию, патогенез врожденного гипотиреоза. Патогенез</p>
--	---

	<p>приобретенных форм. Патоморфология. Дайте классификацию.</p> <p>83. Охарактеризуйте клинику гипотироза взрослых. Особенности гипотироза в пожилом и старческом возрасте. Охарактеризуйте клинику вторичного и третичного гипотироза.</p> <p>84. Охарактеризуйте клинику эндокринной офтальмопатии. Охарактеризуйте диагностику и дифференциальная диагностику. Опишите лечение. Иммунокоррекция. Медикаментозное лечение (глюкокортикоиды и др. препараты). Рентгенотерапия орбит. Другие виды терапии. Прогноз.</p> <p>85. Дайте определение понятий: пременопауза, перименопауза, постменопауза, климактерический синдром.</p> <p>86. Опишите патогенез климактерического синдрома.</p> <p>87. Перечислите функциональные и гормональные изменения в системе «гипоталамус - гипофиз-гонады» при климактерического синдрома.</p> <p>88. Охарактеризуйте клинические проявления климактерического синдрома. Диагностика и дифференциальная диагностика климактерического синдрома. Лечение. Симптоматическая терапия.</p> <p>89. Перечислите показания и противопоказания к заместительной гормональной терапии. Показания к монотерапии эстрогенами, прерывистому и непрерывному режиму приема гормональных препаратов.</p>
--	---

12.2 Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.В.ДВ.1.2. Раздел 1. Общая эндокринология</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Определение понятия «гормоны» 2. Система «гипоталамус - гипофиз». Анатомия. 3. Строение гипоталамуса. Структура ткани (гипоталамические ядра). 4. Строение гипофиза. Структура ткани гипофиза (базофилы, эозинофилы, хромофобные клетки). 5. Реализующие гормоны (либерины). 6. Ингибирующие гормоны (статины). 7. Нейрогормоны. Опиатные гормоны. Биогенные амины. Тропные гормоны гипофиза. 8. Биологическое значение гипоталамических и гипофизарных гормонов. 9. Взаимосвязь гипоталамо-гипофизарной системы с ЦНС и железами внутренней секреции. 10. Анатомо-физиологические особенности системы «гипоталамус - гипофиз - кора надпочечников». 11. Принцип обратной связи в системе «ЦНС-гипоталамус - гипофиз - кора надпочечников» Циркадный ритм в секреции гормонов. 12. Биологическое действие глюкокортикоидов. 13. Биологическое действие андрогенов. 14. Биологическое действие минералокортикоидов. 15. Мозговое вещество надпочечников. 16. Симпато-адреналовая система. 17. Физиологическое действие катехоловых аминов. 18. Биосинтез, депонирование и секреция инсулина (проинсулин, С-пептид) и его биологический эффект. 19. Секреция глюкагона, соматостатина и их роль в гомеостазе глюкозы. Метаболизм гормонов поджелудочной железы. 20. Регуляция функции островкового аппарата, взаимосвязь эндокринной функции поджелудочной железы и энтерогормонов. 21. Анатомо-физиологические особенности системы «гипоталамус - гипофиз - щитовидная железа». 22. Обмен йода в организме. Биосинтез тиреоидных гормонов, их характеристика. 23. Периферическая конверсия Т4 в Т3. Реверсивный Т3. 24. Влияние тиреоидных гормонов на обмен веществ. 25. Кальцитонин, строение, биологическое действие, участие в гомеостазе кальция. Классификация тестов для оценки функционального состояния системы «гипоталамус -гипофиз - щитовидная железн» 26. Система «гипоталамус - гипофиз - гонады». 27. Биосинтез и метаболизм половых гормонов. Регуляция функции половых желез, роль гормонов гипофиза и гипоталамуса.
---	--

	<p>28. Физиологический эффект половых гормонов.</p> <p>29. Физиология пубертатного возраста. Влияние наследственности на этапы развития вторичных половых признаков.</p>
<p>Б 1.В.ДВ.1.2. 2Раздел 2. Частная эндокринология</p>	<p>30. Диэнцефальный синдром, нейроэндокринная форма. Этиология. Роль хронических инфекций и интоксикаций. Травмы черепа.</p> <p>31. Данные офтальмологического и неврологического исследования. УЗИ надпочечников. Данные рентгенологического исследования. Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика. Санация очагов инфекции. Нормализация массы тела. Заместительная гормональная терапия.</p> <p>32. Облучения гипоталамо-гипофизарной области.</p> <p>33. Хирургическая гипофизэктомия.</p> <p>34. Апоплексия гипофиза. Аборт, осложненные роды, тромбоэмболии, массивная кровопотеря. Нейроинфекции и септические состояния. ЧМТ. Поражение гипоталамуса или других отделов ЦНС. Гранулематозные образования. Патогенез.</p> <p>35. Первичный и вторичный гипопитуитаризм. Гормональные и метаболические нарушения. Патоморфология. Данные клинико-лабораторного обследования. Изменения гормонального профиля. Данные иммунологических исследований. Офтальмологические и неврологические исследования</p> <p>36. Этиологическая классификация нарушений гликемии (ВОЗ).</p> <p>37. Степень тяжести сахарного диабета. Состояние компенсации.</p> <p>38. Поздние осложнения сахарного диабета. Осложнения терапии. Эпидемиология сахарного диабета.</p> <p>39. Патогенез сахарного диабета. Сахарный диабет типа 1. Сахарный диабет типа 2.</p> <p>40. Болезни экзокринной части поджелудочной железы (воспаление, опухоль, гемохроматоз, резекция и др.), сопровождающиеся снижением секреции инсулина.</p> <p>41. Эндокринопатии: синдром Иценко - Кушинга, акромегалия, диффузно-токсический зоб, феохромоцитома и другие, при которых повышается концентрация контринсулярных гормонов с развитием инсулинорезистентности.</p> <p>42. Диабет, индуцированный лекарствами или химикалиями. Клиника. Дифференциальная диагностика с другими клиническими классами сахарного диабета. Диагностика.</p> <p>43. Лечение сахарного диабета типа 1.</p> <p>44. Лечение сахарного диабета типа 2.</p> <p>45. Алгоритм тактики лечебных мероприятий при впервые выявленном сахарном диабете.</p> <p>46. Ведение больных сахарным диабетом при хирургических вмешательствах.</p> <p>47. Лечение и профилактика диабетических сосудистых осложнений.</p> <p>48. Микроангиопатии. Патоморфология. Патогенез.</p> <p>49. Диабетическая нейропатия: (факторы риска, частота. Классификация, патогенез, патоморфология, клиника, профилактика, лечение. Прогноз.</p> <p>50. Синдром диабетической стопы (СДС). (Классификация клинических форм. Дифференциальная диагностика. Профилактика. Лечение. Прогноз).</p> <p>51. Макроангиопатии. Частота. Патогенез. Патоморфология.</p> <p>52. Критерии оценки степени тяжести тиротоксикоза.</p> <p>53. Классификация зоба по Николаеву.</p> <p>54. Аутоиммунная офтальмопатия.</p> <p>55. Особенности течения тиротоксикоза у лиц пожилого возраста.</p> <p>56. Особенности течения тиротоксикоза у детей.</p> <p>57. Диагностика диффузного токсического зоба. Программа дифференциально-диагностического поиска. Л</p> <p>58. ечение: консервативная терапия, хирургическое лечение, лечебное применение I131. Прогноз трудоспособности больных диффузным токсическим зобом.</p> <p>59. Тиротоксическая аденома. Патогенетические механизмы возникновения. Клиника. Лечение: хирургическое, медикаментозное, терапия I131.</p> <p>60. Многоузловой токсический зоб. Частота возникновения. Патогенетические механизмы возникновения. Клиническая картина. Диагностика.</p> <p>61. Эндокринная офтальмопатия.Этиология. Генетическая предрасположенность. Патогенез. Классификация. Клиника. Глазные симптомы. Сочетание с заболеваниями щитовидной железы.</p> <p>62. Диагностика и дифференциальная диагностика эндокринной офтальмопатии. Лечение. Иммунокоррекция. Медикаментозное лечение (глюкокортикоиды и др.</p>

	<p>препараты). Рентгенотерапия орбит. Другие виды терапии. Прогноз.</p> <p>63. Определение понятий: пременопауза, перименопауза, постменопауза, климактерический синдром.</p> <p>64. Патогенез климактерического синдрома. Функциональные и гормональные изменения в системе «гипоталамус - гипофиз-гонады».</p>
--	--

12.3 Банк тестовых заданий (с ответами);

<p>Б 1.В.ДВ.1.2. I раздел 1. Общая эндокринология</p>	<p>Тема 1.1 Гормоны. Общие вопросы</p> <p>1) Соматотропный гормон (гормон роста) синтезируется в:</p> <p>а) гипофизе; б) щитовидной железе в) надпочечниках; г) паращитовидных железах.</p> <p>2) К гормонам аденогипофиза относятся:</p> <p>а) вазопрессин, окситоцин; б) тиреотропин, кортикотропин; в) адреналин, норадреналин; г) инсулин, глюкагон.</p> <p>3) К гормонам, накапливающимся в нейрогипофизе, относятся:</p> <p>а) вазопрессин, окситоцин; б) тиреотропин, кортикотропин; в) адреналин, норадреналин; г) инсулин, глюкагон.</p> <p>4) Гипоталамус выделяет следующие вещества:</p> <p>а) инсулин, глюкагон; б) тироксин, паратгормон; в) катехоламины; г) либерины, статины.</p> <p>5) Гормон мелатонин синтезируется в:</p> <p>а) эпифизе; б) аденогипофизе; в) гипоталамусе; г) нейрогипофизе.</p> <p>6) Фолликулостимулирующий и лютеинизирующий гормоны влияют на деятельность:</p> <p>а) половых желез б) паращитовидных желез в) поджелудочной железы; г) печени.</p> <p>7) Какие гормоны усиливают основной обмен?</p> <p>а) инсулин, глюкагон; б) меланотропин, соматотропин; в) тироксин, трийодтиронин; г) вазопрессин, окситоцин.</p> <p>8) Физиологическое действие паратгормона:</p> <p>а) снижает уровень кальция в крови; б) повышает уровень кальция в крови; в) повышает уровень калия в крови; г) снижает уровень натрия в крови.</p> <p>9) Гормоны ренин и эритропоэтин производятся в:</p> <p>а) печени; б) почках</p>
---	--

- в) гипофизе;
- г) шишковидной железе.

10) К белково-пептидным гормонам относятся:

- а) катехоламины, тироксин;
- +б) инсулин, соматотропин, глюкагон;**
- в) простагландины, тромбоксаны, лейкотриены;
- г) глюкокортикоиды, половые гормоны.

Тема 1.2 Система «гипоталамус-гипофиз-надпочечники»

11) Клубочковая (гломерулярная) зона надпочечника вырабатывает

- а) глюкокортикоиды
- б) катехоламины
- в) минералокортикоиды**
- г) половые гормоны

12) Пучковая зона надпочечника вырабатывает

- а) глюкокортикоиды**
- б) катехоламины
- в) минералокортикоиды
- г) половые гормоны

13) Сетчатая зона (ретикулярную) надпочечника вырабатывает

- а) глюкокортикоиды
- б) катехоламины
- в) минералокортикоиды
- г) половые гормоны**

14) Мозговое вещество надпочечника вырабатывает

- а) глюкокортикоиды
- б) катехоламины**
- в) минералокортикоиды
- г) половые гормоны

15) Кортизол является представителем

- а) глюкокортикоидов**
- б) катехоламинов
- в) минералокортикоиды
- г) половых гормонов

16) Альдостерон, дезоксикортикостерон являются представителями

- а) глюкокортикоидов
- б) катехоламинов
- в) минералокортикоидов**
- г) половых гормонов

17) Андрогены, эстрогены, прогестерон являются представителями

- а) глюкокортикоидов
- б) катехоламинов
- в) минералокортикоидов
- г) половых гормонов**

18) Адреналин, норадреналин входят в группу

- а) глюкокортикоидов
- б) катехоламинов**
- в) минералокортикоидов
- г) половых гормонов

19) Глюкокортикоиды взаимодействуют с

- а) внутриклеточными рецепторами**
- б) мембранными рецепторами

20) Минералокортикоиды взаимодействуют с

- а) внутриклеточными рецепторами

б) мембранными рецепторами

Тема 1.3 Поджелудочная железа и ее инкреторная функция

21) Инсулин синтезируется

- а) альфа-клетками поджелудочной железы
- б) бета-клетками поджелудочной железы**
- в) дельта-клетками поджелудочной железы
- г) эпителием выводных протоков поджелудочной железы

22) Глюкагон синтезируется

- а) альфа-клетками поджелудочной железы**
- б) бета-клетками поджелудочной железы
- в) дельта-клетками поджелудочной железы
- г) эпителием выводных протоков поджелудочной железы

23) Панкреатический соматостатин синтезируется

- а) альфа-клетками поджелудочной железы
- б) бета-клетками поджелудочной железы
- в) дельта-клетками поджелудочной железы**
- г) эпителием выводных протоков поджелудочной железы

24) Координация эндокринной функций поджелудочной железы осуществляется путём

- а) аутокринной регуляции
- б) нейроэндокринной регуляции
- в) паракринной регуляции
- г) эндокринной регуляции**

25) Инсулин является гормоном

- а) анаболического ряда**
- б) катаболического ряда

26) К гормонам белково-пептидного ряда относят

- а) глюкокортикоиды, кальцитриол
- б) инсулин, глюкагон**
- в) тиреоидные гормоны и адреналин

27) Механизм действия инсулина на клетку -

- а) мембранный**
- б) цитозольный (внутриклеточный)

28) При взаимодействии инсулина с рецепторами происходит активация

- а) аденилатциклазы
- б) гуанилатциклазы
- в) протеинкиназы
- г) тирозинкиназы**

29) При высоких уровнях инсулина в крови отмечается

- а) повышающая регуляция рецепторов
- б) понижающая регуляция рецепторов**

30) При увеличении уровня глюкозы в крови образование инсулина

- а) увеличивается**
- б) уменьшается

Тема 1.4 Система «гипоталамус-гипофиз-щитовидная железа»

31) Тиреоидные гормоны вырабатываются в одной из нижеуказанных желез:

- а) паращитовидных железах
- б) щитовидной железе**
- в) гипофизе
- г) поджелудочной железе
- д) эпифизе

32) Биосинтез тиреоидных гормонов находится под контролем одного из

нижеуказанных гормонов:

- а) кортикотропина
- б) тиротропина**
- в) кортизола
- г) пролактина
- д) соматотропина

33) Функция щитовидной железы находится под контролем одного из ниже перечисленных веществ:

- а) тиротропин**
- б) тирозин
- в) тиролиберин
- г) трийодтиронин
- д) тироксин

34) Острый гнойный тиреоидит требует назначения одного из принципов терапии:

- а) антибактериальная**
- б) противовоспалительная
- в) заместительная
- г) тиреостатическая
- д) физиотерапия

35) Щитовидная железа вырабатывает один из ниже перечисленных гормонов:

- а) тироксин**
- б) глюкагон
- в) адреналин
- г) тиротропин
- д) паратгормон

36) Предшественником тиреоидных гормонов является одна из нижеуказанных аминокислот:

- а) аргинин
- б) тирозин**
- в) валин
- г) лейцин
- д) триптофан

37) Дефицит йода в окружающей среде способствует развитию одного из ниже перечисленных заболеваний:

- а) диффузный токсический зоб
- б) вторичный гипотиреоз
- в) аутоиммунный тиреоидит
- г) эндемический зоб**
- д) острый тиреоидит

38) Массовая профилактика йодной недостаточности осуществляется йодированием одного из ниже перечисленных продуктов:

- а) сахар
- б) мука
- в) соль**
- г) молоко
- д) масло

39) Для биосинтеза тиреоидных гормонов необходим один из ниже перечисленных элементов:

- а) фтор
- б) хлор
- в) йод**
- г) бром
- д) селен

40) Физиологическое действие тиреоидных гормонов в организме:

- а) снижают уровень сахара в крови

- б) формируют пол ребенка
- в) Оказывают влияние на формирование головного мозга**
- г) влияют на калиево-натриевый баланс
- д) усиливают пигментный обмен

Тема 1.5 Система «гипоталамус-гипофиз-гонады»

41)Секреция гонадотропинов при первичной патологии гонад (гипогонадизме):

- а) снижена
- б) повышена**
- в) не изменена
- г) не выяснена
- д) нормальная

42)В каком возрасте отсутствие вторичных половых признаков у мальчиков позволяет диагностировать гипогонадизм?

- а) 10 лет
- б) 12 лет
- в) 13 лет
- г) 14 лет
- д) 15 лет**

43)Для первичных форм гипогонадизмахарактерны:

- а) высокий уровень гонадотропных гормонов и низкий уровень половых гормонов
- б) низкий уровень гонадотропных гормонов и низкий уровень половых гормонов
- в) низкий уровень гонадотропных гормонов и резко положительная проба с хорионическим гонадотропином
- г) высокий уровень гонадотропных гормонов и нормальный уровень половых гормонов

44)В каком возрасте отсутствие вторичных половых признаков у девочки позволяет диагностировать синдром гипогонадизма?

- а) в 10 лет
- б) в 12 лет
- в) в 13 лет
- г) в 14 лет**
- д) в 15 лет

45)Какие гормоны влияют на выработку и выделение молока:

- а) тироксин, кальцитонин;
- б) инсулин, глюкагон;
- в) пролактин, окситоцин;**
- г) катехоламины.

46)Фолликулостимулирующий и лютеинизирующий гормоны влияют на деятельность:

- а) половых желез**
- б) паращитовидных желез
- в) поджелудочной железы;
- г) печени.

47)К женским половым гормонам относятся:

- а) тестостерон, андрогены;
- б) прогестерон, эстрогены;**
- в) альдостерон, кортизол;
- г) андрогены, эстрогены.

48)В эндокринной части яичек синтезируется:

- а) прогестерон;
- б) глюкокортикоиды,
- в) катехоламины;
- г) тестостерон.**

<p>Б 1.В.ДВ.1.2. 2Раздел 2. Частная эндокринология</p>	<p>Тема 2.1 Дизэнцефальный синдром, нейроэндокринная форма</p> <p>49)Симптомы, характерные для гипоталамического синдрома пубертатного периода:</p> <p>а) ожирение и ускорение полового созревания; б) ожирение, стрии, гиперпигментация кожи; в) ожирение, дислипотеинемия, гипертензия; г) ожирение, стрии, гипертензия</p> <p>50)Девушка 16 лет страдает значительным ожирением (вес 116 кг, рост 172 см). Нерегулярные менструации, головные боли, на коже узкие розовые полосы. Избыточный вес с 5 лет. Диеты не придерживалась. АД-160/100 мм рт. ст. Предположительный диагноз:</p> <p>а) микропролактинома; б) ожирение; в) болезнь Иценко-Кушинга; г) синдром Иценко-Кушинга; д) гипоталамический синдром пубертатного периода.</p> <p>51)Поражение костно-суставного аппарата при тотальном гиперкортицизме включает все, кроме:</p> <p>а) Болевого синдрома б) Задержки роста в) Гиперостоза г) Остеопороза д) Переломов костей</p> <p>52)Болезнь Симмондса это:</p> <p>а)Послеродовой пангипопитуитаризм как результат массивной кровопотери б)Пангипопитуитаризм, возникший в результате инфекционного процесса в)Гипофизарная недостаточность, возникшая после проведения лучевой терапии г)Клинический синдром, возникший после двусторонней адреналэктомии д)Все перечисленное неверно</p> <p>53)Пангипопитуитаризм не затрагивает функцию:</p> <p>а)Щитовидной железы б)Коры надпочечников в)Половых желез г)Углеводного обмена д)Околощитовидных желез</p> <p>54)Поражение репродуктивной системы при пангипопитуитаризме проявляется всем, кроме:</p> <p>а)Снижения либидо б)Нарушения менструального цикла в)Гирсутизма и гипертрихоза г)Атрофии яичек, простаты у мужчин д)Алопеции</p> <p>55)Причинами гипопитуитаризма могут являться:</p> <p>а)Опухоли гипоталамо-гипофизарной области б) Саркоидоз в) Послеродовые кровотечения г) все верно</p> <p>56)Для вторичного гипокортицизма характерно:</p> <p>а)Значительно более тяжелое течение по сравнению с первичным гипокортицизмом б)Не развивается дефицит минералокортикоидов в)Характерными клиническими признаками являются меланодермия и пристрастие к соленой пище г)Является наиболее частым осложнением черепно-мозговых травм д)Диагноз устанавливается преимущественно на основании рентгенографии черепа</p> <p>57)При первичном гипокортицизме выявляются все перечисленные изменения за</p>
--	---

исключением:

а) Гиперкалиемия

б) Повышение объема циркулирующей плазмы

в) Повышение активности ренина плазмы

г) Гипонатриемия

д) Гиперкалиурия

58) Специфичным для первичного гипокортицизма аутоиммунного генеза является:

а) Отсутствие кальцинатов в надпочечниках по данным компьютерной томографии

б) Высокий уровень длинноцепочечных жирных кислот

в) Антитела к 21-гидроксилазе (P450c21)

г) Низкий уровень кортизола и высокий АКТГ

д) Высокий уровень гамма-глобулина и М-градиент при электрофорезе белков плазмы

Тема 2.2 Гипоталамо-гипофизарная недостаточность

59) Наиболее распространенной аденомой гипофиза является:

а) Соматотропинома

б) Тиреотропинома

в) Гонадотропинома

г) Кортикотропинома

д) Пролактинома

60) Клиническая картина акромегалии в активной фазе характеризуется всем перечисленным, кроме:

а) Поражения суставов

б) Развития отеков

в) Роста мягких тканей (дерма, мышцы и пр.)

г) Тяжелыми гипогликемическими состояниями

д) Потливостью

61) Основным способом лечения акромегалии, вызванной аденомой гипофиза с экстраселлярным ростом является:

а) Лучевая терапия

б) Оперативное вмешательство (гипофизэктомия)

в) Длительный прием стимуляторов дофамина

г) Применение соматостатина

д) Комбинация А и Г

62) Перечислите косвенные признаки микроаденомы гипофиза на краниограмме:

а) Двухконтурность дна турецкого седла

б) Истончение стенок турецкого седла

в) Остеопороз спинки турецкого седла

г) Усиление сосудистого рисунка

63) Возможными факторами формирования синдрома «пустого» турецкого седла являются:

а) Врожденная несостоятельность диафрагмы турецкого седла

б) Повышение внутричерепного давления

в) Применение агонистов дофамина

г) все верно

Тема 2.3 Сахарный диабет: классификация, этиология, патогенез, лечение

64) При сахарном диабете 1 типа с заместительной целью назначается один из ниже перечисленных препаратов:

а) преднизолон

б) глюкагон

в) инсулин

г) соматотропин

- д) диуретин
- 65) При симптомокомплексе включающем обезвоживание, слабость, похудание, полиурию, какое заболевание наиболее вероятно из предложенных ниже:
- а) нарушенная гликемия натощак
б) нарушенная толерантность к глюкозе
в) сахарный диабет 1 типа
г) сахарный диабет 2 типа
д) другой тип сахарного диабета
- 66) Выберите признак, не характерный для сахарного диабета 1-го типа:
- а) склонность к кетоацидозу
б) низкая чувствительность к экзогенному инсулину
в) молодой возраст
г) высокая чувствительность к экзогенному инсулину
д) связь с вирусной инфекцией
- 67) Повышение гликемии натощак более или равное 6,1 ммоль/л и (или) через два часа после глюкоза-толерантного теста более или равное 11,1 ммоль/л свидетельствует о наличии одного из следующих состояний:
- а) здоров
б) нарушенная гликемия натощак
в) нарушенная толерантность к глюкозе
г) сахарный диабет
д) предиабет
- 68) Повышение гликемии натощак менее 6,1 ммоль/л и через два часа после глюкозотолерантного теста от 7,8 до 11,1 ммоль/л свидетельствует о наличии одного из следующих состояний:
- а) здоров
б) нарушенная гликемия натощак
в) нарушенная толерантность к глюкозе
г) сахарный диабет 1 типа
д) сахарный диабет 2 типа
- 69) Укажите наиболее характерное изменение кожи при декомпенсированном сахарном диабете:
- а) депигментация
б) петехии
в) гиперпигментация
г) сухость
д) потливость
- 70) Полиурия в сочетании с жаждой или сухостью во рту в первую очередь обусловлены:
- а) бактериурией
б) цилиндрурией
в) глюкозурией
г) протеинурией
д) лейкоцитурией
- 71) Симптомокомплекс, включающий жажду, полиурию, слабость, повышение аппетита, сухость кожи, похудание вызывает дефицит одного из ниже предложенных гормонов:
- а) глюкагон
б) тироксин
в) кальцитонин
г) паратгормон
д) инсулин
- 72) Определение гликолизированного гемоглобина в крови у пациента с сахарным диабетом необходимо для:
- а) повседневной коррекции доз инсулина

б) оценки уровня компенсации заболевания

- в) определения типа диабета
- г) выявления диабетической нефропатии
- д) выявления диабетической нейропатии

73) Когда у больного гипогликемия, он должен сразу:

- а) ввести определенное количество инсулина
- б) отдохнуть

в) съесть сахар в любом виде

- г) сделать 10 приседаний
- д) лечь спать

Тема 2.4 Поздние осложнения сахарного диабета

74) К частым осложнениям при сахарном диабете не относят:

- а) ретинопатия
- б) катаракта
- в) нефропатия
- г) нейропатия
- д) артрит

75) Основу патоморфологических изменений при диабетической нефропатии составляет одно из указанных ниже изменений:

- а) наличие атеросклеротических бляшек на интиме микрососудов
- б) расширение и дилатация макрососудов
- в) избыточное накопление ионов кальция
- г) фиброз с формированием кист и псевдокист
- д) **пролиферация эпителия с утолщением базальной мембраны**

76) В генезе поздних осложнений сахарного диабета ведущее значение имеет один из перечисленных ниже факторов:

- а) активация мозгового слоя надпочечников
- б) нарушения в работе паравентрикулярных ядер гипоталамуса
- в) ослабление связи аденогипофиз - эндокринные железы
- г) снижение выработки эндорфинов
- д) **неферментное гликирование с оксидативным стрессом**

77) К диабетической нейропатии относится:

- а) радикулопатия;
- б) полинейропатия;
- в) амиотрофия;
- г) энцефалопатия;
- д) **все перечисленное.**

Тема 2.5 Гипертиреоз (ДТЗ, токсическая аденома)

78) У мальчика 2 лет выявлен гипертиреоидный криз. Что из перечисленного наиболее характерно для данной ситуации?

- а) повышенное выделение с мочой катехоламинов
- б) **гиперкальциемия, гипофосфатемия, гипокалиемия**
- в) повышенный уровень в крови альдостерона, гипокалиемия
- г) низкий уровень в крови тиреоидных гормонов, гиперхолестеринемия
- д) снижение 17-окс (оксикортикостероид) в суточной моче, гипохлоремия. Гиперкалиемия

80) Одним из ниже перечисленных клинических проявлений диффузного токсического зоба является:

- а) пастозность голеней
- б) сухость во рту
- в) отсутствие аппетита
- г) **стойкая тахикардия**
- д) полиурия

81) Экзофтальм при диффузном токсическом зобе сопровождается одним из

нижеуказанных проявлений:

а) болезненное мигание

б) светобоязнь

в) двоение в глазах

г) тусклость взгляда

д) редкое мигание

82) Диффузный токсический зоб наиболее чаще встречается среди девочек в возрасте:

а) 1-3 года

б) 3-5 лет

в) 6-8 лет

г) 8-11 лет

д) **12-14 лет**

83) Симптомокомплекс диффузного токсического зоба не проявляется ниже приведенным симптомом:

а) тремор

б) тахикардия

в) апатия

г) похудание

д) потливость

84) При типичном диффузном токсическом зобе секреция тиреотропного гормона:

а) нормальная;

б) подавлена;

в) повышена.

85) Наиболее информативным дифференциально-диагностическим критерием тиреотоксикоза и нейроциркуляторной дистонии является:

а) уровень трийодтиронина и тироксина в крови;

б) содержание в крови холестерина.

Тема 2.6 Эндокринная офтальмопатия

86) Причиной слепоты у больных сахарным диабетом может послужить одно из указанных ниже:

а) отслойка сетчатки

б) конъюнктивит

в) миопия

г) гиперметропия

д) астигматизм

87) Симптомами эндокринной офтальмопатии являются:

а) периорбитальная пигментация и отечность век

б) отечность век и двоение

в) двоение и сужение полей зрения

г) сужение полей зрения и периорбитальная пигментация

88) При прогрессирующей эндокринной офтальмопатии необходимо назначить

а) мерказолил

б) препараты йода

в) глюкокортикостероиды

г) тиреоидные гормоны

д) блокаторы

89) Экзофтальм при диффузном токсическом зобе сопровождается одним из нижеуказанных проявлений:

а) болезненное мигание

б) светобоязнь

в) двоение в глазах

г) тусклость взгляда

д) редкое мигание

90) Эндокринная офтальмопатия наиболее часто сочетается с одним из ниже перечисленных заболеваний щитовидной железы:

- а) острый тиреодит
- б) подострый тиреодит
- в) послеродовой тиреодит
- г) узловой эутиреоидный зоб
- д) **диффузный токсический зоб**

Тема 2.7 Климактерический синдром

91) Физиологическое течение климактерического периода обычно характеризуется

- а) **прогрессирующей инволюцией половых органов**
- б) **прекращением менструальной функции**
- в) **прекращением репродуктивной функции**
- г) не резко выраженными «приливами»

92) К основным фазам климактерия относятся

- а) **пременопауза**
- б) **менопауза**
- в) **постменопауза**
- г) перименопауза

93) Перименопауза – это период

- а) начинающегося снижения функции яичников
- б) увеличения частоты ановуляторных циклов
- в) изменения длительности менструального цикла
- г) изменения количества крови, теряемой во время менструации
- д) **все правильно**

94) При климактерическом синдроме у женщин в пременопаузе наблюдаются следующие клинические симптомы

- а) вегетососудистые
- б) психо-эмоциональные
- в) обменно-эндокринные
- г) **все перечисленные**
- д) ничего из перечисленного

95) Действие больших доз экзогенных эстрогенов на яичник

- а) увеличивается выработка яичником эстрогенов
- б) увеличивается выработка яичником прогестерона
- в) **происходит атрофия яичниковой ткани**
- г) верно а) и б)
- д) все перечисленное неверно

96) Для клинических проявлений типичной формы климактерического синдрома наиболее характерно

- а) **сухость слизистых**
- б) **боли в области сердца**
- в) **остеопороз**
- г) ларингит

97) Для атипичной формы климактерического синдрома характерно

- а) симпатoadреналовые кризы
- б) трансформированный предменструальный синдром
- в) тяжелое течение бронхиальной астмы
- г) тяжелое течение сахарного диабета
- д) **все верно**

98) У больных с климактерическим синдромом в постменопаузе, как правило, наблюдается повышение уровня

- а) АКТГ
- б) кортизола

	в) ЛГ г) ФСГ д) все верно
--	--

12.4 Банк ситуационных клинических задач (с ответами)

<p>Б 1.В.ДВ.1.2. 2Раздел 2. Частная эндокринология</p>	<p>Задача 1: При обследовании больного было выявлено: гликемия натощак – 5,2 ммоль/л, через 2 часа после еды – 9,0 ммоль/л. Решено провести оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ). Дайте заключение по результатам данного исследования (норма, сахарный диабет, нарушенная гликемия натощак, нарушенная толерантность к глюкозе) 9 первая цифра – гликемия натощак, вторая – через 2 часа после нагрузки глюкозой (капиллярная кровь):</p> <p>1.5,5 — 10,5 ммоль/л 2.7,7 — 6,9 ммоль/л 3.4,4 — 10,0 ммоль/л 4.5,9 — 7,7 ммоль/л 5.6,9 — 13,3 ммоль/л</p> <p>ОТВЕТ</p> <p>1.Нарушение толерантности к глюкозе. 2.Сахарный диабет. 3.Нарушение толерантности к глюкозе. 4.Нарушенная гликемия натощак. 5. Сахарный диабет.</p> <p>Задача 2. Больная К., 22 года. Страдает сахарным диабетом с 13 лет. Находится на инсулинотерапии – Протафан в 800 — 16 ЕД и в 2200— 14 ЕД, а также Актрапид перед завтраком — 10 ЕД, обедом — 10 ЕД, ужином — 8 ЕД. В анамнезе частые случаи кетоацидоза. Гликемия в течение дня 9 – 11 – 6 – 12 ммоль/л. В настоящее время беременность на сроке 10 нед., прерывать не желает. При объективном обследовании обращают на себя внимание колебания АД от 130/90 до 150/100 мм. рт. ст. (тенденция к повышению последние 2 года). Дополнительно: Гликемия натощак – 7,8 ммоль/л, постпрандиальная – 10 ммоль/л. HbA1c:11,0 %. ОАМ: мутная, уд. вес 1010, белок – 1,6 г/л, лейкоциты – 698, Эр939290 в поле зрения. Консультация окулиста. Глазное дно — множественные точечные геморрагии, множественные дегенеративные очаги, вены сетчатки расширены.</p> <p>Вопросы:</p> <p>1.Оцените состояние глазного дна. Какую стадию диабетической ретинопатии Вы поставите? 2.Охарактеризуйте изменения мочи. 3.Сформулируйте правильно предварительный диагноз. 4.Дайте рекомендации относительно вынашивания беременности. 5.Каковы критерии компенсации сахарного диабета в период беременности?</p> <p>ОТВЕТ</p> <p>1.Диабетическая препролиферативная ретинопатия обоих глаз. 2.Есть подозрение на инфекционно воспалительный процесс мочевыводящих путей. Для уточнения дополнительно анализ мочи по Нечипоренко. В норме в моче белок отсутствует, но у пациентки по результатам ОАМ выраженная протеинурия. Для уточнения дополнительно анализ на суточную протеинурию. Чтобы определить стадию ХБП и подсчитать СКФ необходим б/х анализ крови (креатинин, мочевины, альбумин, натрий, калий). 3.Сахарный диабет 1 тип, тяжелое течение, декомпенсация. Диабетическая препролиферативная ретинопатия обоих глаз. ХБП ? Диабетическая нефропатия, стадия протеинурии. Артериальная гипертензия I степени, риск 4 (СД). Беременность 10недель. 4.У данной пациентки беременность нежелательна из-за наличия осложнений. При беременности микроангиопатии прогрессируют (нефропатия и ретинопатия).</p>
--	---

5. Критерии компенсации сахарного диабета при беременности: глюкоза крови натощак 3,395,5 ммоль/л. Через 2 часа после еды до 7,8 ммоль/л. HbA1c < 6,0%.

Задача 3. Больной Р., 56 лет. Поступил с жалобами на сухость во рту, сжимающую боль в области сердца с иррадиацией в левую руку, усиливающуюся при быстрой ходьбе, одышку, боли в икроножных мышцах, усиливающиеся при ходьбе. В течение 10 лет болен сахарным диабетом, принимает глибенкламид (манинил) 9 3,5 мг (2 таблетки утром и 1 таблетку вечером). Рекомендованный режим не соблюдает — нарушает диету, курит, периодически злоупотребляет алкоголем, самоконтроль проводит не регулярно (гликемия 10 – 12 ммоль/л). Стационарное лечение получал 3 года назад. Объективно: рост 176 см, вес 98 кг. На коже голени трофические изменения. Пульс 84 уд/мин. Тоны сердца ритмичны, приглушены, АД 180/100 мм. рт. ст. Пульсация на артериях стоп ослаблена с обеих сторон. Дополнительно: Гликемия натощак 9 12 ммоль/л, после еды до 16 ммоль/л, суточный диурез 9 2,5 л. УЗДГ сосудов нижних конечностей: Заключение 9 Склероз Менкеберга. Снижение количественных показателей кровотока по артериям тыла стопы с обеих сторон. Осмотр окулиста: Глазное дно 9 диски зрительного нерва розовые, границы четкие, м/о 9 не изменены, множественные микроаневризмы на концевых отделах капилляров, интратретиальные геморрагии в межсосудистых зонах.

Вопросы:

1. Сформулируйте правильно и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить.
3. Какое лечение осложнений сахарного диабета Вы можете предложить больному.

ОТВЕТ

1. Сахарный диабет 2 типа, тяжелой степени тяжести, декомпенсация. Диабетическая сенсомоторная полинейропатия, дистальный тип. Диабетическая препролиферативная ретинопатия обоих глаз. Диабетическая макроангиопатия нижних конечностей: стеноз артерий тыла стопы с обеих сторон. Хроническая ишемия нижних конечностей. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения 2 фк. Артериальная гипертензия III степени, риск 4 (СД, возраст). ХСН 2. ФК 2.

2. Дополнительные исследования:

- Гликированный гемоглобин
- ОАК
- Биохимический анализ крови: АЛТ, общий билирубин, креатинин, мочевины, АСТ, общий белок, К, Na, альбумин.

• СКС

• ОАМ

• Нечипоренко (при необходимости после ОАМ)

• Тест на МАУ при отсутствии инфекции

• Консультация невролога и ангиохирурга

3. К лечению осложнений:

• Инсулинотерапия по схеме: Хумулин НПХ (Протафан, Инсуман базал) 800 – 8 ЕД 22009 8 ЕД Хумулин регуляри (Актрапид) за 30 минут до еды по 8 ЕД

• Нейрометаболическая терапия:

1. Тиоктовая кислота (Тиоктацид БВ, Берлитион, Тиогама):

2. Мильгамма (Комбилипен) 2,0 в/м No 10, затем Бенфолипен по 1 драже 2 раза в сутки 2 месяца 2 раза в год

• Сулодексид (вессел 9 дуэ 9 ф) 2,0 в/м No 10, затем по 1 капсуле 2 рвд в течение 2 месяцев курсами 2 раза в год.

• Лазерная фотокоагуляция.

• Липиднормализующая терапия – статины, фибраты.

• Гипотензивная терапия (ингибиторы АПФ препараты выбора).

Задача 4. Больной К., 25 лет. В течение 2 лет жалуется на нарастание слабости, головных болей, зябкость, апатию, снижение аппетита, запор, импотенцию. Объективно: Рост — 174 см, масса тела — 78 кг. Кожа бледная, холодная, отсутствует рост бороды, усов, нет роста волос на теле. Адинамичен. Пальпаторно 9 щитовидная железа не увеличена, мягкая, безболезненная. Пульс — 62 в 1 мин, АД — 80/40 мм. рт. ст. Тоны сердца ослаблены. Другие данные без отклонений от нормы. Дополнительные исследования: ОАК: гемоглобин — 105 г/л, эритроциты 9 3,1 на 10¹², лейкоциты 9 5,8 на 10¹², СОЭ 9 12 мм/час. Б/х крови: холестерин — 7,6 ммоль/л. Рентгенография черепа: турецкое седло размером 9 2,2 на 1,6 см, контуры его четкие.

	<p style="text-align: center;">Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Сформулируйте предварительный диагноз, укажите этиологию заболевания. 2.Какие клинические синдромы можно выделить у больного. 3.Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза и назначения лечения. 4.Какой уровень гормонов Вы ожидаете. 5.Какое лечение следует назначить. 6.Какие параметры Вы будете контролировать во время лечения. <p style="text-align: center;">ОТВЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Аденома гипофиза, гормональная активность? Вторичный гипотиреоз, декомпенсация. Вторичный гикортицизма, декомпенсация. Вторичный гипогонадизм, декомпенсация. 2.Синдром гипотиреоза 9 слабость, зябкость, апатия, снижение аппетита, запор; кожа бледная, холодная, анемия. Синдром гипогонадизма – импотенция, отсутствует рост бороды, усов, нет роста волос на теле. Синдром гикортицизма – слабость, АД— 80/40 мм.рт.ст. 3.Гормональный статус: ТТГ, св.Т4, АКТГ, кортизол, ФСГ, ЛГ, тестостерон; МРТ головного мозга. Осмотр окулиста с полями зрения. 4.ТТГ снижен, св.Т4 снижен, АКТГ снижен, кортизол снижен, ФСГ снижен, ЛГ снижен, тестостерон снижен. 5.При гормональной активности аденомы гипофиза или больших размерах гормонально неактивной опухоли со сдавлением хиазмы и выпадением полей зрения проведение трансназальной трансфеноидальной аденомэктомии. Заместительная терапия вторичного гипотиреоза – препаратами левотироксина (тироксин, эутирокс, баготирокс), вторичного гипокортицизма – глюкокортикостероидами (кортеф, преднизолон), вторичного гипогонадизма андрогенами (сустанон, андриол, анрогель, небидо) 6.Уровень периферических гормонов: св.Т4, кортизол, тестостерон. <p style="text-align: center;">Задача 5. У женщины 33 лет спустя полгода после струмэктомии(по поводу многоузлового нетоксического зоба II степени) появились слабость, апатия, сонливость, запор, нарушения менструального цикла (обильные, нерегулярные менструации). Объективно: Рост—167 см, масса тела—74 кг. Кожа сухая, волосы сухие, ломкие, выпадение волос наружных частей бровей. Пульс — 56 в 1 мин, ритмичный. АД — 120/80 мм.рт.ст. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца резко ослаблены. Другие данные без отклонения от нормы. Отеков нет.</p> <p style="text-align: center;">Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Сформулируйте предварительный диагноз, укажите этиологию заболевания. 2.Какие клинические синдромы можно выделить у больного. 3.Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза и назначения лечения. 4.Какой уровень гормонов Вы ожидаете. 5.Какое лечение следует назначить. 6.Какие параметры Вы будете контролировать во время лечения. <p style="text-align: center;">ОТВЕТ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Послеоперационный гипотиреоз (струмэктомия, в «год» по поводу многоузлового зоба), манифестная форма, декомпенсация 2.Астенический синдром (слабость, апатия, сонливость), дисменорея (нарушения менструального цикла), поражение ЖКТ (запор), гипотиреоидная дермопатия и синдром эктодермальных нарушений (волосы сухие, ломкие, выпадение волос наружных частей бровей), кардиальный синдром (пульс — 56 в 1 мин) 3.Гормоны крови : ТТГ, св.Т4 ,липидограмма, УЗИ щитовидной железы. 4.↑ТТГ, ↓св.Т4. 5.Препараты левотироксина (L тироксин) из расчета 1,6 - 91,8 мкг/кг/сутки (125 мкг). 6.Контроль ТТГ, св.Т4.
--	---

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
Удовлетворительно (3) - 76 – 90%	
Хорошо (4) -91-100	
Отлично (5)	

Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	31. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	32. Знание алгоритма решения
	33. Уровень самостоятельного мышления
	34. Аргументированность решения
	35. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость
- четырем критериям Хорошо (4)	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
-пяти или шести критериям Отлично (5)	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Эндокринология»

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки и из перечня
УК	1	1-98	1-5	1-64	1-89	-
ПК	1	1-48	1-5	1-64	1-89	-
	2	1-48	1-5	1-64	1-89	-
	5	49-98	1-5	30-64	37-89	-
	8	49-98	1-5	30-64	37-89	-

12.5 Темы рефератов:

Раздел	Тема реферата
Б 1.В.ДВ.1.2. IРаздел 1. Общая эндокринология	1. Эмбриогенез гипоталамуса, аденогипофиза и нейрогипофиза. 2. Методы исследования функции гипоталамо-гипофизарной системы. 3. Гормоны коры надпочечников, химическое строение, биологическое действие. 4. Анатомическое и гистологическое строение поджелудочной железы. 5. Физиология поджелудочной железы. Эндокринная функция островкового аппарата: альфа-, бета- и дельта-клетки. 6. Регуляция функции щитовидной железы. 7. Эмбриогенез полового аппарата.
Б 1.В.ДВ.1.2. 2Раздел 2. Частная эндокринология	8. Симптомы гиперкортицизма. Психоэмоциональные расстройства. Артериальная гипертензия. Ожирение. Пубертатно-юношеский диспитуитаризм. 9. Аутоиммунный гипофизит. 10. Опухоли гипофиза и параселлярной области (активные и неактивные). 11. Острые осложнения сахарного диабета. 12. Другие специфические типы сахарного диабета (генетические дефекты β -клеточной функции, генетические дефекты в действии инсулина). 13. Диабетическая ретинопатия (факторы риска, частота. Классификация (ВОЗ), профилактика, лечение. Прогноз. 14. Диабетическая нефропатия (факторы риска, частота. Классификация, патоморфология, профилактика, лечение. Прогноз. 15. Диффузный токсический зоб. Патологическая анатомия. Клинические проявления заболевания. 16. Претибиальная микседема. Т3-тиротоксикоз. 17. Клинические проявления климактерического синдрома. Диагностика и дифференциальная диагностика климактерического синдрома. Лечение. 18. Показания и противопоказания к заместительной гормональной терапии.

Критерии и шкала оценивания

Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

12.1 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ХИРУРГИЯ»

12.1 Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>ФТД.1 Хирургия</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Каково устройство современных операционных микроскопов, используемых в офтальмохирургии?. 2. Перечислите инструменты для рассечения тканей, применяемые в офтальмохирургии. 3. Перечислите инструменты для захвата и удерживания тканей, применяемые в офтальмохирургии. 4. Перечислите инструменты и материалы для соединения тканей, применяемые в офтальмохирургии. 5. Каково устройство современных факоэмульсификаторов?. 6. Перечислите основные способы стерилизации инструментов, шовного и перевязочного материала в офтальмохирургии. 7. Опишите обработку рук хирурга. 8. Опишите подготовку больного к операции. 9. Опишите обработку операционного поля. 10. Как проводится общий и местный гемостаз? 11. Охарактеризуйте ведение послеоперационного периода после основных видов офтальмохирургических вмешательств. 12. Какова роль премедикации в офтальмохирургии? 13. В чем особенности обезболивания в педиатрической практике? 14. Как проводится поверхностная анестезия? 15. Как проводится инфильтрационная анестезия? 16. Как проводится регионарная или проводниковая анестезия? 17. Как проводится блокада лицевого нерва? Техники Ван Линта, О'Брайена. 18. Опишите технику выполнения перибульбарной анестезии. 19. Опишите технику выполнения субтеноновой анестезии. 20. Опишите технику выполнения ретробульбарной анестезии. 21. Дайте классификацию ран. 22. Опишите течение и заживление ран. 23. Опишите первичную хирургическую обработку ран, показания и технику. 24. Каковы современные принципы лечения инфицированных ран? 25. Каково значение метода микрохирургии в пересадке кожно-мышечных лоскутов? 26. Какова роль отечественных хирургов в разработке проблем микрохирургии? 27. Охарактеризуйте анаэробную раневую инфекцию. Классификация, этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения, профилактика. 28. Охарактеризуйте рожистое воспаление. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение, осложнения. Значение гипербарической оксигенации в лечении гнойных осложнений. 29. Охарактеризуйте ожоги. Классификация, клинические фазы и стадии ожоговой болезни, патогенез, современные принципы лечения. 30. Охарактеризуйте электротравму. Особенности реанимации при электротравме. Осложнения. Изменения основных функций и систем организма. Общая реакция на электротравму. 31. Охарактеризуйте гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Фурункул, карбункул. Этиология, клиника. 32. Охарактеризуйте гнойные процессы в клетчаточных пространствах. Флегмоны и абсцессы. Определение понятий. Различия. 33. Дайте определение понятия «Шок». Классификация, стадии. 34. Опишите принципы лечения различных видов шока, профилактика развития шока. 35. Охарактеризуйте методы борьбы с различными видами кровотечений. Методы определения кровопотери. Возмещение кровопотери. 36. Опишите методику проведения искусственной вентиляции легких, управляемое дыхание. Принципы первой помощи при остановке сердца.
---	---

12.2 Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>ФТД.1 Хирургия</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Операционные микроскопы. 2. Инструменты для рассечения тканей. 3. Инструменты для захвата и удерживания тканей. 4. Инструменты и материалы для соединения тканей. Иглодержатели. 5. Факоэмульсификаторы. 6. Диатермокоагуляторы. 7. Освоение микрохирургической техники. 8. Стерилизация инструментов, шовного и перевязочного материала. 9. Обработка рук хирурга. 10. Подготовка больного к операции. 11. Обработка операционного поля. 12. Общий и местный гемостаз. 13. Ведение послеоперационного периода. 14. Роль премедикации в офтальмохирургии. 15. Обезболивание в педиатрической практике. 16. Поверхностная анестезия. 17. Инфильтрационная анестезия. 18. Регионарная или проводниковая анестезия. 19. Блокада лицевого нерва. 20. Техники Ван Линта, О'Брайена. 21. Перibuльбарная анестезия. 22. Субтеноновая анестезия. 23. Ретробульбарная анестезия. 24. Раны. Классификация. 25. Учение о хирургической инфекции. 26. Течение и заживление ран. 27. Лечение ран. Первичная хирургическая обработка ран, показания и техника. 28. Современные принципы лечения инфицированных ран. 29. Значение метода микрохирургии в пересадке кожно-мышечных лоскутов. 30. Роль отечественных хирургов в разработке проблем микрохирургии. 31. Столбняк, анаэробная инфекция. Классификация, этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения, профилактика. 32. Рожистое воспаление. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение, осложнения. Значение гипербарической оксигенации в лечении гнойных осложнений. 33. Ожоги. Классификация, клинические фазы и стадии ожоговой болезни, патогенез, современные принципы лечения. 34. Электротравма. Особенности реанимации при электротравме. Осложнения. Изменения основных функций и систем организма. Общая реакция на электротравму. 35. Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Фурункул, карбункул. Этиология, клиника. 36. Гнойные процессы в клетчаточных пространствах. Флегмоны и абсцессы. Определение понятий. Различия. 37. Общие вопросы интенсивной терапии в хирургической практике. 38. Шок - определение понятия, классификация, стадии. 39. Анафилактический шок. 40. Принципы лечения различных видов шока, профилактика развития шока. Профилактика и лечение послеоперационных осложнений. 41. Кровотечения. Классификация. Борьба с различными видами кровотечений. Методы определения кровопотери. Возмещение кровопотери. 42. Основы реанимации. Искусственная вентиляция легких, управляемое дыхание. Принципы первой помощи при остановке сердца.
---	---

12.3 Банк тестовых заданий (с ответами):

ФТД.1
Хирургия

1. Объединяющими признаками всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости являются:
 1. Постепенное начало, медленное течение, нет необходимости в срочной операции
 2. Острое начало, быстрое течение, необходимость срочной операции
 3. Подострое начало, нет необходимости в срочной операции
 4. Острое начало, быстрое течение, необходимость операции в плановом порядке
 5. Подострое начало, необходимость операции в плановом порядке
2. Свободный газ в брюшной полости определяется при:
 1. острый холецистит
 2. острый аппендицит
 3. перфоративная язва желудка
 4. острая кишечная непроходимость
 5. острый панкреатит
3. Защитное мышечное напряжение характерно для:
 1. острого перитонита
 2. отечной формы панкреатита
 3. инвагинации кишечника
 4. желудочного кровотечения
 5. хронического калькулезного холецистита
4. Симптом Ситковского наблюдается при:
 1. остром холецистите
 2. остром панкреатите
 3. остром аппендиците
 4. почечной колике
 5. остром гастрите
5. При синдроме «острого живота» необходимо:
 1. сделать очистительную клизму
 2. ввести обезболивающее
 3. ввести спазмолитики
 4. промыть желудок
 5. срочно госпитализировать больного
6. Характер рвоты при остром панкреатите:
 1. однократная
 2. многократная, не приносящая облегчения
 3. многократная, приносящая облегчение
 4. отсутствует
 5. рвота с изжогой
7. Причина механической желтухи при холецистите:
 1. печеночная недостаточность
 2. гемолиз эритроцитов
 3. закупорка камнем общего желчного протока
 4. нарушение обмена веществ
 5. лихорадка
8. Опоясывающая боль наблюдается при:
 1. холецистите
 2. кишечной непроходимости
 3. перфоративной язве желудка
 4. травме селезенки
 5. панкреатите
9. Достоверный признак перитонита
 1. болезненность живота при пальпации
 2. неотхождение газов и кала
 3. симптомы раздражения брюшины

	<p>4. метеоризм 5. рвота</p> <p>10. «Чаши Клойбера» на рентгенограмме характерны для: 1. кишечного кровотечения 2. разрыва печени 3. кишечной непроходимости 4. перфорации кишечника 5. острого панкреатита</p> <p>11. Какие противопоказания к операции при остром аппендиците: 1. старческий возраст 2. дети до 14 лет 3. гипертоническая болезнь 4. нет противопоказаний 5. беременность</p> <p>12. Какая операция выполняется при остром перитоните: 1. диагностическая 2. плановая 3. срочная 4. экстренная 5. отсроченная</p> <p>13. Симптом Кохера наблюдается при остром: 1. холицистите 2. парапроктите 3. панкреатите 4. аппендиците 5. пиелонефрите</p> <p>14. Характер и локализация болей при остром холецистите: 1. схваткообразные боли 2. постоянные, сильные в правой подвздошной области 3. постоянные, резкие боли в правом подреберье 4. «кинжальные» в эпигастрии 5. опоясывающие, тупого характера</p> <p>15. Симптом острого холецистита: 1. Воскресенского 2. Пастернацкого 3. подающей капли 4. Ситковского 5. Ортнера</p> <p>16. Анализ крови и мочи на содержание амилазы выполняют при подозрении на: 1. кишечное кровотечение 2. острый парапроктит 3. острый панкреатит 4. острый перитонит 5. острый гепатит</p> <p>17. «Доскообразный» живот наблюдается при: 1. повреждении печени 2. желудочном кровотечении 3. остром аппендиците 4. перфоративной язве желудка 5. остром панкреатите</p> <p>18. Характер и локализация болей при остром аппендиците: 1. постоянные, резкие боли в правом подреберье 2. постоянные, сильные боли в правой подвздошной области</p>
--	--

	<p>3. опоясывающие, тупого характера</p> <p>4. схваткообразная боль</p> <p>5. «кинжальные» в эпигастрии</p> <p>19. Основным в лечении панкреатита является использование:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. антибиотиков 2. спазмолитиков 3. обезболивающих 4. ингибиторов протеаз 5. ингибиторов протонной помпы <p>20. «Серп» воздуха при рентгенографии брюшной полости характерен для:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. кишечной непроходимости 2. перфоративной язвы 3. кровоточащей язвы 4. панкреатита 5. плеврита <p>21. Механическая желтуха — это осложнение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. острого панкреатита 2. острого аппендицита 3. острого холецистита 4. острого дуоденита 5. вирусного гепатита Рана. <p>22. Дайте наиболее полный правильный ответ: кровотечение – это:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Излияние крови в ткани 2. Излияние крови во внешнюю среду 3. Излияние крови в полости организма 4. Излияние крови во внешнюю среду и ткани 5. Излияние крови в ткани, полости организма или во внешнюю среду <p>23. По анатомической классификации кровотечения разделяют на:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Продолжающиеся, остановившиеся 2. Внутренние, наружные 3. Ранние, поздние 4. Артериальные, венозные, капиллярные, паренхиматозные 5. Первичные, вторичные <p>24. К временной остановке кровотечения относят:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перевязку сосудов в ране 2. Перевязку сосуда на протяжении 3. Наложение сосудистого шва 4. Наложение давящей повязки, жгута 5. Прошивание сосуда <p>25. Какой из перечисленных методов является окончательной остановкой кровотечения?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Наложение жгута 2. Пальцевое прижатие сосудов 3. Наложение зажима на сосуд 4. Перевязка сосуда 5. Наложение давящей повязки <p>26. При каком кровотечении используют наложение жгута?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Артериальном 2. Венозном 3. Капиллярном 4. Паренхиматозном 5. Альвеолярном <p>27. Сколько фаз имеет течение раневого процесса?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Одну
--	---

	<p>2. Две 3. Три 4. Четыре 5. Пять</p> <p>28. Какие раны заживают первичным натяжением? 1. Асептические 2. Раны с малой зоной повреждения 3. Раны с большой зоной повреждения 4. Асептические раны с малой зоной повреждения, края которых плотно соприкасаются 5. Асептические раны с малой зоной повреждения</p> <p>29. Как называется операция, направленная на лечение раны? 1. Иссечение раны 2. Рассечение раны 3. Хирургическая обработка раны 4. Туалет раны 1. 5. Дренаж раны</p>
--	--

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолГГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75
Удовлетворительно (3) - 76 – 90%	76– 90
Хорошо (4) -91-100	91 – 100
Отлично (5)	

Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
- четырем критериям Хорошо (4)	3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса
-пяти или шести критериям Отлично (5)	5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций рабочей программы дисциплины «Хирургия»

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
	Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки и их перечень

						я
У	1	1-30	-	1-42	1-36	-
К	5	1-30	-	24-42	21-36	-
	10	1-30	-	1-23	1-20	-

12.4 Темы рефератов

Раздел	Тема реферата
ФТД.1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Микрофлора ран. 2. Первично-отсроченные швы. Показания. Кожная пластика. 3. Отморожения. Классификация, клиническое течение, лечение 4. Травматический шок. 5. Геморрагический шок. 6. Септический шок.

Критерии и шкала оценивания

1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) - пяти критериям Отлично (5)	1. Новизна реферированного текста
	2. Степень раскрытия сущности проблемы
	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

13. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ «ПОДГОТОВКА К ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ»

13.1 Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б3.1 <i>Подготовка к сдаче государственного экзамена</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме 2. Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме 3. Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме 4. Оказание неотложной помощи при гипергликемии. 5. Оказание неотложной помощи при гипогликемии. 6. Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. 7. Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. 8. Непрямой массаж сердца у взрослого двумя спасателями на фантоме. 9. Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателем на фантоме. 	<p>Проверяемые компетенции</p> <p>УК-1, ПК-5, ПК-7</p>
--	---	---

13.2 Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б3.1 <i>Подготовка к сдаче государственного экзамена</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме. Демонстрация. 2. Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме. Демонстрация. 3. Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. Демонстрация. 4. Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. Демонстрация. 5. Непрямой массаж сердца у взрослого одним спасателями на фантоме. Демонстрация. 6. Тактика ведения больного при гипогликемии. 7. Тактика ведения больного при гипергликемии. 8. Тактика ведения больного при ЖКК. 1. Тактика ведения больного при ОНМК. 	<p>Проверяемые компетенции</p> <p>УК-1, ПК-5, ПК-7</p>
--	---	---

13.3 Банк тестовых заданий (с ответами)

<p>Б3.1 <i>Подготовка к сдаче государственного экзамена</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующей немедленного вмешательства, является: <ol style="list-style-type: none"> А. повышение содержания мочевины в крови; В. повышение содержания креатинина в крови; С. гиперфосфатемия; Д. гиперкалиемия; Е. гиперурикемия. 2. Наиболее частой причиной развития острой почечной недостаточности является: <ol style="list-style-type: none"> А. гломерулярный некроз; В. папиллярный некроз; С. тубулярный некроз; Д. поражения интерстиции; Е. гидронефроз. 3. В ранней олигурической стадии острой почечной недостаточности показано введение: <ol style="list-style-type: none"> А. плазмы; В. плазмозамещающих растворов; 	<p>Проверяемые компетенции</p> <p>УК-1, ПК-5, ПК-7</p>
--	---	---

	<p>С. солевых растворов; D. фуросемида; E. гемодеза.</p> <p>4. Острая почечная недостаточность (токсический нефронефроз) у больных алкоголизмом характеризуется: 1. минимальной протеинурией; 2. микрогематурией; 3. коротким осуществлением мочевого синдрома; 4. быстрым течением заболевания. A. если правильны ответы 1, 2 и 3 B. если правильны ответы 1 и 3 C. если правильны ответы 2 и 4 D. если правильный ответ 4 E. если правильны ответы 1, 2, 3 и 4</p> <p>5. 1 стадия острого повреждения почек характеризуется : A. увеличением концентрации креатинина сыворотки крови на 150-200% от базального в течение более 6 часов B. увеличением концентрации креатинина сыворотки крови на 200-300% от базального в течение более 12 часов C. увеличением концентрации креатинина сыворотки крови на 150-200% от базального в течение более 6 часов</p> <p>6.1 стадия острого повреждения почек характеризуется : A. снижением диуреза до 0,5 мл/кг/час в течение более 6 часов B. снижением диуреза до 0,5 мл/кг/час в течение более 12 часов C. увеличением диуреза до 3 мл/кг/час в течение более 6 часов</p> <p>7. 2 стадия острого повреждения почек по классификации AKIN характеризуется: A. увеличением концентрации креатинина сыворотки крови на 150-200% от базального в течение более 6 часов B. увеличением концентрации креатинина сыворотки крови на 200-300% от базального в течение более 12 часов C. увеличением концентрации креатинина сыворотки крови на 150-200% от базального в течение более 6 часов</p> <p>8.2 стадия острого повреждения почек по классификации AKIN характеризуется: A. снижением диуреза до 0,5 мл/кг/час в течение более 6 часов B. снижением диуреза до 0,5 мл/кг/час в течение более 12 часов C. увеличением диуреза до 3 мл/кг/час в течение более 6 часов</p> <p>9. Для 3 стадии острого повреждения почек по классификации AKIN характерно: A. увеличение концентрации креатинина сыворотки крови на 150-200% от базального в течение более 6 часов B. увеличение концентрации креатинина сыворотки крови на 300% от базального в течение 24 ч C. увеличение концентрации креатинина сыворотки крови до 0,5 ммоль/л в течение двух недель</p> <p>10. Для 3 стадии острого повреждения почек по классификации AKIN характерно: A. снижение диуреза до 0,5 мл/кг/час в течение более 6 часов B. снижение диуреза до 0,3 мл/кг/ч в течение 24 ч C. снижение диуреза до 1,0 мл/кг/ч в течение двух недель</p> <p>11. Существуют ли маркеры структурных нарушений почек, появляющиеся раньше снижения СКФ: A. нет, таких маркеров нет B. да, существуют, могут определяться лабораторными методами исследования C. да, существуют, но их определение возможно только при</p>	
--	--	--

	<p>проведении биопсии почки и микроскопическом анализе</p> <p>12.К формам острого повреждения почек НЕ относится:</p> <p>A. преренальное острое повреждение почек B. ренальное острое повреждение почек C. инфраренальное острое повреждение почек D. постренальное острое повреждение почек</p> <p>13.К причинам ренального острого повреждения почек НЕ относится:</p> <p>A. патология почечных сосудов B. тубулярный некроз C. кортикальный некроз D. обструкция мочеточника конкрементом E. гломерулопатии</p> <p>14.Какой формы тубулярного некроза НЕ существует:</p> <p>A. ишемический B. токсический C. уремический D. пигментный</p> <p>15.Назовите причину, которая НЕ приводит к развитию токсического тубулярного некроза:</p> <p>A. некоторые лекарственные препараты B. йодсодержащие рентгеноконтрастные средства C. анестетики D. гипотония E. змеиный яд</p> <p>16.К развитию пигментного тубулярного некроза может привести:</p> <p>A. краш-синдром B. гемолитическая анемия C. гипотония D. переливание несовместимой крови</p> <p>15.К преренальным причинам развития острого повреждения почек НЕ относится:</p> <p>A. гипотензия любого генеза B. уменьшение объема циркулирующей крови не зависимо от причины C. введение йодсодержащих рентгеноконтрастных средств D. генерализованный отек</p> <p>16.К развитию ишемического тубулярного некроза может привести:</p> <p>A. краш-синдром B. введение йодсодержащих рентгеноконтрастных средств C. змеиный яд D. нарушения системной гемодинамики (шок, острая сердечная недостаточность и др.)</p> <p>17.Какой стадии острого повреждения почек по системе AKIN соответствует следующее определение “нарастание концентрации креатинина в сыворотке крови, более чем на 200%, но менее чем на 300% (более чем в 2, но менее, чем в 3 раза) от базального уровня”:</p> <p>A. Первой B. Второй C. Третьей D. Не соответствует ни одной из стадий, перечисленных выше</p> <p>18.На каких показателях функции почек базируется система AKIN:</p> <p>A. Концентрация креатинина в сыворотке крови и скорость клубочковой фильтрации B. Концентрация креатинина в сыворотке крови C. Концентрация креатинина в сыворотке крови и объем мочи</p>	
--	--	--

	<p>D. Концентрация креатинина в сыворотке крови, скорость клубочковой фильтрации и объем мочи</p> <p>E. Объем мочи</p> <p>F. Скорость клубочковой фильтрации</p> <p>19.Изменения концентрации липокалина, ассоциированного с желатиназой нейтрофилов (NGAL), в сыворотке крови может использоваться в качестве:</p> <p>A. Теста для ранней диагностики острого повреждения почек</p> <p>B. Теста для дифференциальной диагностики острого повреждения почек</p> <p>C. Теста для определения вероятности неблагоприятного исхода острого повреждения почек</p> <p>D. Во всех случаях, перечисленных выше</p> <p>E. Не может использоваться во всех случаях, перечисленных выше</p> <p>20.По классификации AKIN для диагностики острого повреждения почек требуется, как минимум:</p> <p>A. Трехкратное определение концентрации креатинина в сыворотке крови в течение 24 ч</p> <p>B. Двукратное определение концентрации креатинина в сыворотке крови в течение 24 ч.</p> <p>C. Двукратное определение концентрации креатинина в сыворотке крови в течение 48 ч</p> <p>D. Трехкратное определение концентрации креатинина в сыворотке крови в течение 48 ч</p> <p>21.Какой стадии острого повреждения почек по системе AKIN соответствует следующее определение “нарастание концентрации креатинина в сыворотке крови, больше или равное 26,4 мкмоль/л или от 150 до 200% (в 1,5-2 раза) от базального”:</p> <p>A. Первой</p> <p>B. Второй</p> <p>C. Третьей</p> <p>D. Не соответствует ни одной из стадий, перечисленных выше</p> <p>22.Причиной острой почечной недостаточности может быть:</p> <p>A. Отравление суррогатами алкоголя.</p> <p>B. Кардиогенный шок.</p> <p>C. Сахарный диабет.</p> <p>D. Синдром длительного сдавления.</p> <p>E. Геморрагический шок.</p> <p>23.Абсолютным показанием для срочного проведения гемодиализа при острой почечной недостаточности является:</p> <p>A. анурия;</p> <p>B. высокая гипертензия;</p> <p>C. повышение уровня калия в сыворотке крови до 7 мэкв/л;</p> <p>D. повышение уровня креатинина сыворотки до 800 мкмоль/л</p> <p>E. развитие перикардита.</p> <p>24.Какие методы замещения функции почек при развитии хронической болезни почек наиболее эффективны?</p> <p>A. пламаферез</p> <p>B. гемодиализ при выявлении ранних признаков</p> <p>C. эритроцитозферез</p> <p>D. прием энтеросорбентов</p> <p>E. гемодиализ при повышении уровня креатинина выше 0,6 мкмоль/л</p> <p>25.Осложнения хронической почечной недостаточности, требующий экстренного проведения гемодиализа:</p> <p>A. Анемия: Hb 68 г/л.</p>	
--	---	--

	<p>В. Гиперфосфатемия: P 2,6 ммоль/л. С. Азотемия: мочевина 18 ммоль/л. D. Азотемия: креатинин 800 мкмоль/л. Е. Гиперкалиемия: К 7 ммоль/л.</p> <p>26. Наиболее грозным осложнением процедуры гемодиализа является: А. Воздушная эмболия. В. Тромбоз диализатора. С. Тромбоз магистралей. D. Гиповолемия. E. Гипогликемия</p> <p>27. Наиболее частым ранним осложнением после формирования артериовенозной фистулы для гемодиализа является: A. Кровотечение. В. Тромбоз венозного сегмента. С. Сердечная недостаточность. D. Тромбоз артериального сегмента. E. Венозная гипертензия.</p> <p>28. Наиболее частым осложнением перитонеального диализа является: A. Гипергидратация. В. Спасечная болезнь брюшной полости. С. Диализный перитонит. D. Острая сердечная недостаточность. E. Гипергликемия.</p> <p>29. Осложнением избыточной ультрафильтрации на гемодиализе НЕ является: A. Гипотония. В. Гипергликемия. С. Судороги. D. Нарушение ритма. E. Тромбозы.</p> <p>30. Для оценки эффективности гемодиализа необходимо исследовать показатели: A. Креатинина перед диализом. В. Мочевины перед диализом. С. Мочевины до и после диализа. D. Креатинина до и после диализа. E. Калия до и после диализа.</p> <p>31. Для эффективного проведения гемодиализа кровотока по артериовенозной фистуле должен быть не менее: A. 50 мл/мин. В. 100 мл/мин. С. 150 мл/мин. D. 200 мл/мин. Е. 300 мл/мин.</p> <p>32. Для предотвращения тромбозов во время проведения гемодиализа применяют: А. Гепарины. В. Ацетилсалициловую кислоту. С. Клопидогрел. D. Альтеплаза. E. Варфарин.</p> <p>33. Наиболее частой причиной смерти диализных больных является: A. Гиперкалиемия. В. Инфекционные осложнения.</p>	
--	---	--

	<p>С. Онкологические заболевания. D. Сердечно-сосудистые заболевания. E. Уремия.</p> <p>34. Оптимальным сосудистым доступом для гемодиализа является: A. Перманентный центральный венозный катетер. B. Синтетический сосудистый протез. C. Нативная артериовенозная фистула. D. Шунт Скрибнера. E. Полубиологические протезы вены пуповины.</p>	
--	--	--

13.4 Банк ситуационных клинических задач

<p>Б3.1 Подготовка к сдаче государственного экзамена</p>	<p>Ситуационная задача 1 В отделение кардиореанимации на консультацию вызван нефролог. Больная Е., 78 лет, поступила накануне с трансмуральным инфарктом миокарда переднебоковой стенки. С утра по мочевому катетеру выделилось 40 мл мутной мочи (за 8 часов наблюдения). Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы влажные, бледные, холодные. Отеки на лодыжках. В легких дыхание везикулярное, крепитация в нижнебоковых отделах с обеих сторон. Тоны сердца аритмичные, приглушены, ЧСС — 90 уд/мин, АД — 90/40 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени у края реберной дуги справа. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Общий анализ мочи: уд.вес – 1036, белок – следы, лейкоциты – 6-8, эритроциты – 5-6 в п/зр. Креатинин плазмы – 412 мкмоль/л, мочевины – 20,6 ммоль/л. Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. План дообследования. 3. Объясните патогенез анурии. 4. Дифференциальная диагностика. 5. Лечение.</p> <p>Ситуационная задача 2 Больной, 38 лет, доставлен машиной «скорой помощи» с подозрением на пищевое отравление. При поступлении жалуется на постоянную тошноту, рвоту после каждого приема пищи, сухость во рту. Ухудшение самочувствия возникло в последние дни без видимой причины. В течение последнего года заметил повышенную утомляемость, часто стали беспокоить общая слабость, головокружение. Последние 3 года находится под наблюдением в связи с повышением АД. В прошлом часто болел ангиной. 12 лет назад была проведена тонзилэктомия, после чего ангины прекратились. 10 лет назад в моче случайно был обнаружен белок, но больше по этому поводу не обследовался. При осмотре: Кожные покровы бледные, пониженного питания. Небольшая одутловатость лица. Отмечаются отдельные подергивания мышцы туловища и верхних конечностей. Левая граница сердца расширена влево на 2 см. 1 тон ослаблен над верхушкой, акцент 2 тона над аортой. ЧСС 88 в мин., АД 170/15 мм рт.ст. В задне нижних отделах легких жесткое дыхание. Живот мягкий, слегка чувствительный при пальпации по ходу кишечника. Анализ крови: эр. 2,1 x 10⁹, Нв 92 г/л, лк. 7,2 x 10⁹ л, СОЭ 24 мм/л. Анализ мочи: относительная плотность 1,006, белок 0,65 г/л, лк. 12 в поле зрения, эр. измененные 10-12 в поле зрения, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в поле зрения. Креатинин крови: 356 мкмоль/л. Вопросы: – Предварительный диагноз, план обследования и лечения.</p> <p>Ситуационная задача 3 Больной 22 лет жалуется на резкую слабость, одышку, головную боль, тошноту, повышенную жажду. Частые простудные заболевания. Кожа сухая, бледная. АД 145/90 – 165/110 мм рт.ст. Пульс 75 уд/мин. Левая граница сердца смещена влево на 1 см, тоны умеренно приглушены, акцент 2 тона над аортой. В анализе крови Нв 42 г/л, лейкоциты 10*10⁹/л, СОЭ 38 мм/час, мочевины 14,5 ммоль/л (N 2,5-8,3), креатинин 240 мкмоль/л (N-48-98). Суточное количество мочи 2800 мл.</p>
---	---

	<p>В анализе мочи относительная плотность 1011, белок 0,099‰, лейкоциты 1-2 в п/зр, эритроциты 8-10 измененных в п/зр, гиалиновые цилиндры 1-2 в п/зр.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – О каком заболевании можно думать? – Какие исследования должны подтвердить диагноз? <p>Ситуационная задача 4</p> <p>Больной 49 лет поступил в терапевтическое отделение с жалобами на пастозность лица и ног, одышку при небольшой физической нагрузке, нарушение зрения, носовое кровотечение. В анамнезе повторные госпитализации с подобными жалобами. При обследовании выявлено смещение левой границы сердца влево на 1 см снаружи от среднеключичной линии, глухость тонов, систолический шум на верхушке, акцент 2 тона на аорте. АД 160/100 мм рт.ст. Пульс 88 уд/мин. В анализе крови умеренная анемия, креатинин 300 мкмоль/л. В анализе мочи небольшая протеинурия, гематурия (10-20 выщелоченных эритроцитов в п/зр), цилиндрурия, относительная плотность 1010-1013. Глазное дно: границы сосочков завуалированы, мелкоточечные кровоизлияния и белые очаги дегенерации равномерно распределены по всему главному дну.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Поставьте предварительный диагноз. – Какие исследования необходимо назначить больному? – Назначьте лечение. – Каков прогноз? <p>Ситуационная задача 5</p> <p>Больной В., 42 лет, обратился в клинику для обследования по поводу микрогематурии. Изменения в анализах мочи впервые выявлены терапевтом в поликлинике по месту жительства, где пациент проходил обследование по поводу артериальной гипертензии. Из анамнеза: в возрасте 18 лет проходил медицинское обследование в связи с призывом в армию. Изменений в анализах мочи не было. В последующем не обследовался. Курит (до 2-х пачек в день). В семье хронических заболеваний почек не было. При обследовании: рост 173 см., вес 90 кг. Отеков нет. АД 160/100 мм рт.ст. Общий анализ мочи: белок 2,5 г/л, удельный вес 1010, эритроциты 40-60 в поле зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения. Гемоглобин 130 г/л, креатинин крови 0,450 ммоль/л, мочевая кислота 520 мкмоль/л, альбумин 45 г/л, калий 5,5 ммоль/л, холестерин 8,2 ммоль/л, триглицериды 2,3 ммоль/л. УЗИ почек: размеры правой и левой почки уменьшены до 7,8×4,9 см, толщина паренхимы 11 мм.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Ваш предположительный диагноз? – Показана ли в данном случае биопсия почки? – Какие факторы ускоренного прогрессирования ХПН отмечаются у пациента? <p>Ситуационная задача 6</p> <p>Мужчина 37 лет страдает терминальной ХПН в исходе ФСГС. При обследовании по программе подготовки к трансплантации почки выявлен хронический вирусный гепатит С, осложненный циррозом печени с СПГ. Другой патологии не выявлено.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Какова оптимальная тактика лечения данного пациента?
	<p>Ситуационная задача 7</p> <p>Женщина 52 лет поступила с жалобами слабость, отеки нижних конечностей, повышение артериального давления до 160 и 90 мм рт. ст. Из анамнеза известно, что в течение 10 лет страдает сахарным диабетом. В биохимическом анализе крови: креатинин 838 мкмоль/л, мочевина 28 ммоль/л, К 7,5 ммоль/л. Расчетная СКФ (СКД-ЕП): 4 мл/мин/1,73м².</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Ваш диагноз и тактика лечения? <p>Ситуационная задача 8</p> <p>Женщина 32 лет поступила с жалобами слабость, отеки нижних конечностей, повышение артериального давления до 160 и 90 мм рт. ст. Из анамнеза известно, что в течение 20 лет страдает сахарным диабетом. В биохимическом анализе крови: креатинин 838 мкмоль/л, мочевина 28 ммоль/л, К 7,5 ммоль/л. Расчетная СКФ (СКД-ЕП): 4 мл/мин/1,73м². Родители пациентки не имеют патологии почек.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Ваш диагноз и тактика лечения? <p>Ситуационная задача 9</p> <p>Женщина 26 лет в течение последних 5 лет находится под наблюдением ревматолога по поводу системной красной волчанки. Течение заболевания осложнилось развитием волчаночного нефрита. В настоящее время имеет место терминальная почечная недостаточность, начата терапия программным гемодиализом. У пациентки есть сестра – однойцевый близнец. Сестра</p>

	<p>была обследована: патологии почек, противопоказаний для донорства не выявлено. Выполнена трансплантация почки от живого родственного донора с хорошей немедленной функцией трансплантата.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Необходимо ли проводить иммуносупрессивную терапию реципиенту почки в данном случае? <p>Ситуационная задача 10</p> <p>Женщина 25 лет страдает сахарным диабетом I типа с 4 лет. Суточная потребность инсулина 35 Ед. В связи со снижением скорости клубочковой фильтрации до 5 мл/мин была начата заместительная почечная терапия методом программного гемодиализа. В настоящее время гемодиализ 12 часов в неделю, переносимость диализа плохая, частые эпизоды гипогликемии.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Вовремя ли начата заместительная почечная терапия? - Правильно ли выбран метод замещения функции почек? - Что является «золотым» стандартом лечения данной группы больных? <p>Ситуационная задача 11</p> <p>Мужчина 24 лет получает заместительную почечную терапию методом программного гемодиализа в течение последних 4 лет. Во время сеанса гемодиализа ультрафильтрация до 10% от веса. В течение последних 3-х месяцев отмечает выраженное снижение артериального давления во время процедуры гемодиализа до 70 и 30 мм рт. ст. На этом фоне произошел тромбоз артериовенозной фистулы.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Какое осложнение гемодиализа развилось у пациента? - Как можно профилактировать данное осложнение? <p>Ситуационная задача 12</p> <p>Женщина 45 лет вводится в программу гемодиализа. Через 3 часа после начала процедуры гемодиализа появились осиплость голоса, выраженные тянущие боли в нижних конечностях, судорожные подергивания икроножных мышц.</p> <p><i>Вопросы:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Чем обусловлены появившиеся симптомы? - Какова дальнейшая тактика диализной терапии?
--	---

Контроль освоения ординаторами компетенций

Формируемые компетенции по ФГОС	Т – тестирование		ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
	У	Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-34	1-12	1-9	1-9	
	1	1-34	1-12	-	-	
ПК	2	-	1-12	-	-	
	4	-	-	-	-	
	5	1-34	1-12	-	-	
	6	1-34	1-12	1-9	1-9	

7	1-34	1-12	1-9	1-9	
8	-	1-12	-	-	
9	-	-	-	-	
10	-	-	-	-	
11	-	-	-	-	
12	-	1-12	1-9	1-9	

13.5 Темы рефератов

Б3.1 <i>Подготовка к сдаче государственного экзамена</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Неотложная помощь при ОНМК 2. Неотложная помощь при гипогликемии 3. Неотложная помощь при гипергликемии 4. Неотложная помощь при анафилактическом шоке 5. Неотложная помощь при (ОКС1), кардиогенный шок 6. Неотложная помощь при (ОКС2), отёк легких 7. Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении (ЖКК) 8. Неотложная помощь при бронхообструктивном синдроме на фоне бронхиальной астмы (БОС) 9. Неотложная помощь при тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) 10. Неотложная помощь при спонтанном пневмотораксе (Обструктивный шок)
--	---

Оценка качества освоения программы.

Тестирование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75%	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100
Удовлетворительно (3) - 76 – 90%	
Хорошо (4) -91-100	
Отлично (5)	

Ситуационная задача.

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной

	деятельностью
--	---------------

Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)