

Министерство здравоохранения Хабаровского края
Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования
«ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
(КГБОУ ДПО ИПКСЗ)

«УТВЕРЖДАЮ»



Проректор управления по УР

Н.В. Кирпичникова

«29» октября 2017

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСУДИСТОГО ТРАКТА ГЛАЗА

Специальность - 31.08.59 Офтальмология
(код специальности/наименование направления)

Трудоёмкость – 36 акад. час.

Факультет повышения квалификации и повышения квалификации врачей и
провизоров

Кафедра офтальмологии

г. Хабаровск
2017

Составители:

Заведующий кафедрой, доктор медицинских наук, профессор Егоров В.В.,

Доктор медицинских наук, профессор Смолякова Г.П.

(занимаемая должность, учёная степень, учёное звание ФИО)

ОБСУЖДЕНО

на заседании кафедры _____ офтальмологии _____

« 30 » мая 2017 г., протокол № 3

Зав. кафедрой _____ Егоров В.В.
(подпись) _____ Ф.И.О.

Рекомендовано к утверждению рецензентами:

1. Штелерман А.Л., д.м.н., профессор кафедры офтальмологии ГБОУ ВПО «Амурская Государственная Медицинская Академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
2. Сорокин Е.Л., д.м.н., профессор кафедры офтальмологии ГБОУ ВПО ДВГМУ Министерства здравоохранения Российской Федерации.

СОГЛАСОВАНО

Декан ФПК и ППВиП

(подпись)

С.М. Колесникова

« 23 » октября 2017 г.

ОДОБРЕНО

Педагогическим советом Института повышения квалификации специалистов здравоохранения « 24 » октября 2017 г., протокол № 4

Председатель Педагогического Совета

проректор управления по учебной работе

(подпись)

Н.В. Кирпичникова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ.

Дополнительная профессиональная программа разработана на основании квалификационных требований, указанных в квалификационных справочниках по офтальмологии (соответствующим должностям) и проводится с учётом уровня полученного ранее образования, требований соответствующего федерального государственного образовательного стандарта (ФГОС) высшего профессионального образования к результатам освоения образовательных программ повышения квалификации.

Содержание программы соответствует требованиям Федерального закона № 273-ФЗ от 29.12.2012г. «Об образовании в Российской Федерации», приказа Минобрнауки России от 01.07.2013 № 499 (ред. от 15.11.2013) «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам» и проводится с учётом уровня полученного ранее образования. Содержание программы включает теоретические и практические занятия по вопросам ранней диагностики, классификаций, клиники, диспансеризации и лечения заболеваний сосудистой оболочки, экспертные вопросы. Реализация компетентного подхода предусматривает использование в учебном процессе как традиционных, так и интерактивных форм проведения занятий: разбор клинических случаев, в виде компьютерных презентаций, учебная дискуссия, мастер-классы. Каждый слушатель обеспечен доступом к информационным ресурсам научной библиотеки института и кафедры. Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, составляет не менее 10% от аудиторных занятий.

Структура дополнительной профессиональной программы повышения квалификации включает цель, планируемые результаты обучения, учебный план, календарный учебный график, рабочая программа тем, организационно-педагогические условия, формы аттестации, оценочные материалы, учебно-методическое и информационное обеспечение. Учебный план определяет состав изучаемых тем с указанием их трудоёмкости, объёма, последовательности и распределения, формы организации учебного процесса и аттестации.

Для всех видов аудиторных занятий академический час устанавливается продолжительностью 45 минут.

1.1. Цель реализации программы: совершенствование компетенций и повышение профессионального уровня по вопросам клиники, диагностики и лечения заболеваний сосудистой оболочки, необходимых для профессиональной деятельности в рамках имеющейся квалификации.

Оценка качества обучения осуществляется на основе анализа результатов промежуточной аттестации (тестирование, решение ситуационных задач, проверки освоения практических навыков) и итоговая в форме собеседования.

Квалификация: врач-офтальмолог.

Трудоёмкость обучения: 36 акад. час. Срок освоения программы обеспечивает возможность достижения цели и задач программы, а также выбранным компетенциям, заявленным в программе.

1.2. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

Характеристика компетенций, подлежащих совершенствованию и (или) перечень компетенций, формирующихся в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации непрерывного медицинского образования.

а) Универсальные компетенции (УК) характеризуются:

- способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы увеитов, опухолей сосудистой оболочки и дистрофических заболеваний радужки и цилиарного тела, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах своей профессиональной деятельности по специальности «Офтальмология» (УК-1);
- способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии и полемики, редактированию текстов профессионального офталь-

- мологического содержания, осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности (УК-2);
- способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учётом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК) характеризуются:

в диагностической деятельности (ПК-1):

- готовностью к выявлению анатомо-морфологических нарушений сосудистой оболочки глаза;
- готовностью определять основные факторы внешней и внутренней среды организма, создающие предпосылки для возникновения анатомо-морфологических нарушений в переднем и заднем отделах сосудистого тракта;
- готовностью определять клинические и функциональные признаки увеитов, дистрофических заболеваний и опухолей сосудистой оболочки, а также патологические состояния пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- готовностью проводить диагностику острого иридоциклита, увеопатий и опухолей в переднем и заднем отделах сосудистой оболочки.

в лечебной деятельности (ПК-2):

- готовностью использовать знания и умения для своевременного устранения имеющихся анатомических нарушений в сосудистой оболочке глаза (при увеитах, дистрофиях и опухолях);
- готовностью оказывать специализированную медицинскую помощь при заболеваниях сосудистого тракта;
- готовностью участвовать в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- готовностью оказывать скорую медицинскую помощь при чрезвычайных состояниях, в том числе в медицинской эвакуации.

в реабилитационной деятельности (ПК-3):

- готовностью применять различные реабилитационные мероприятия при заболеваниях радужки и цилиарного тела, ассоциированных с анатомическими нарушениями в углу передней камеры;
- готовностью проводить медицинскую реабилитацию при острых воспалительных заболеваниях сосудистой оболочки;
- готовностью проводить санаторно-курортное лечение при ремиссии хронических заболеваний сосудистого тракта.

в профилактической деятельности (ПК-4):

- готовностью выявлять и своевременно устранять повреждающие агенты, обуславливающие нарушения морфогенеза в углу передней камеры;
- готовностью применять методы первичной и вторичной профилактики заболеваний сосудистой оболочки;
- готовностью осуществлять комплекс мероприятий, направленный на сохранение и укрепление здоровья и включающий в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний сосудистой оболочки, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также, направленный на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;
- готовностью проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными заболеваниями сосудистой оболочкой;

- готовностью проводить противоэпидемические мероприятия, защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствий и иных чрезвычайных ситуациях;

в организационно-управленческой деятельности (ПК-5):

- готовностью применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- готовностью использовать основные медико-статистические показатели для оценки качества оказания медицинской помощи при заболеваниях сосудистого тракта;
- готовностью осуществлять организацию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации;
- готовностью проводить организацию медицинской экспертизы при заболеваниях сосудистой оболочки;
- готовностью проводить организацию оценки качества оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями сосудистой оболочки;
- готовностью осуществлять ведение учётно-отчётной документации в медицинской организации и её структурных подразделениях;
- готовностью соблюдать основные требования информационной безопасности.

Перечень знаний, умений и навыков, необходимых для профессиональной деятельности

После окончания обучения врач-офтальмолог должен знать:

- нормативно-правовую базу по вопросам этики и деонтологии в лечебно-профилактических учреждениях при работе со слабовидящими и слепыми пациентами;
- биологические и средовые факторы, формирующие здоровье и орган зрения;
- эмбриогенез глаза и факторы, неблагоприятно влияющие на его развитие;
- анатомо-морфологические особенности структур глаза в норме и при заболеваниях сосудистой оболочки;
- возрастные анатомо-физиологические особенности радужки, цилиарного тела и хориоидеи у детей и взрослых;
- нормальные характеристики функционального развития сосудистой оболочки;
- современные клинко-морфологические, клинические и клинко-патогенетические классификации заболеваний сосудистой оболочки;
- офтальмологические проявления воспалительных, дистрофических и опухолевых заболеваний сосудистой оболочки;
- объем и методы офтальмологического обследования при заболеваниях сосудистого тракта у взрослых и детей;
- диагностические возможности в офтальмологии электрофизиологических исследований (ультразвуковой биомикроскопии радужки и цилиарного тела, компьютерной периметрии, В-сканирования);
- методы дополнительного клинко-лабораторного, инструментального исследования и способы оценки полученных результатов при заболеваниях сосудистого тракта;
- семиотику, клинику и дифференциальную диагностику врождённых, воспалительных, сосудистых, травматических, дистрофических и опухолевых заболеваний органа зрения, приводящих к воспалительным, дистрофическим и опухолевым заболеваниям сосудистой оболочки;
- методы лечения заболеваний сосудистого тракта: консервативные, физиотерапевтические, лазерные, хирургические;
- механизмы лечебного действия лекарственных препаратов и физических факторов на ткани глаза при воспалительных и дистрофических заболеваниях сосудистого тракта, побочные реакции, методы профилактики и лечения;
- неотложные лечебные мероприятия при остром иридоциклите, эндофтальмите, панофтальмите, угрожающих зрению и глазу;

- структуру организации офтальмологической помощи при заболеваниях сосудистого тракта детскому и взрослому населению;
- структуру и уровень глазной заболеваемости при увеитах, дистрофиях и опухолях сосудистой оболочки;
- структуру инвалидности вследствие заболеваний сосудистой оболочки;
- задачи и функции глазных кабинетов поликлиник по профилактике и лечению заболеваний сосудистого тракта;
- задачи и функции глазных стационаров по проведению ранней диагностики и современным методам лечения воспалительных, дистрофических поражений и опухолей сосудистой оболочки;
- законодательную базу медико-социальной экспертизы пациентов с воспалительными, дистрофическими заболеваниями и опухолями сосудистого тракта;
- вопросы экспертизы временной нетрудоспособности при заболеваниях сосудистого тракта;
- критерии и степени снижения зрительных расстройств для установления инвалидности;
- правила организации учебного процесса слабовидящих детей;
- мероприятия по профилактике воспалительных и дистрофических заболеваний сосудистой оболочки;
- принципы санитарно-просветительной работы при заболеваниях сосудистого тракта.

После окончания обучения врач-офтальмолог должен уметь:

- организовывать работу по профилактике и выявлению групп риска заболеваний сосудистой оболочки;
- на основании жалоб, анамнеза, результатов комплексного офтальмологического обследования, выявлять признаки воспалительных, дистрофических и опухолевых заболеваний сосудистой оболочки и формулировать клинический диагноз заболевания;
- выявлять офтальмологические проявления воспалительных и дистрофических заболеваний сосудистой оболочки;
- решать вопрос о необходимости консультации больного смежными специалистами: эндокринологом, ревматологом, невропатологом, нейрохирургом, оториноларингологом;
- выбирать адекватный способ консервативного лечения при воспалительных и дистрофических заболеваниях сосудистого тракта;
- составлять план дополнительных диагностических лабораторных, инструментальных и электрофизиологических обследований, с учётом результатов которых формулировать развёрнутый клинический диагноз воспалительных заболеваний сосудистой оболочки, устанавливать этиологию и проводить дифференциальную диагностику сходных заболеваний глаз;
- выбирать оптимальные дозы и методы введения лекарственных средств;
- оценивать эффективность проводимого лечения при заболеваниях сосудистого тракта;
- использовать лечебные возможности физических факторов (электрофорез, магнитные и электрические поля, ультразвук, лазер и цветотерапия) в лечении увеитов и увеопатий;
- определять продолжительность лечения и сроки его повторения при воспалительных и дистрофических заболеваниях сосудистой оболочки;
- определять показания к своевременному проведению хирургического лечения;
- прогнозировать возможности возникновения осложнений и планировать лечебные мероприятия по их профилактике;
- проводить профилактику воспалительных и дистрофических заболеваний сосудистой оболочки;
- решать вопросы врачебно-трудовой экспертизы при заболеваниях сосудистого тракта;
- организовывать диспансерное наблюдение больного и пользоваться оценочными критериями его эффективности;
- давать рекомендации по образу жизни и рациональному трудоустройству при заболеваниях сосудистой оболочки.

После окончания обучения врач-офтальмолог должен владеть:

1. методикой формирования групп риска при заболеваниях сосудистого тракта и их профилактики;
2. приёмами антенатальной и постнатальной профилактики зрительных расстройств у детей при воспалительных и дистрофических заболеваниях сосудистой оболочки;
3. методиками визометрии, измерения внутриглазного давления, проверки полей зрения;
4. методикой описания офтальмологического статуса, особенно переднего и заднего отделов глаза;
5. методиками комплексного обследования офтальмологических больных при заболеваниях сосудистого тракта;
6. основными принципами медикаментозного мидриаза, нестероидных противовоспалительных средств, кортикостероидной, антибактериальной, противовирусной, десенсибилизирующей и гипотензивной фармакотерапии в офтальмологии при увеитах и увеопатиях;
7. методиками оказания неотложной помощи при остром воспалительном заболевании сосудистой оболочки;
8. методиками оформления медицинской документации;
9. методиками реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение, либо восстановление зрения при заболеваниях сосудистого тракта.

2.УЧЕБНЫЙ ПЛАН

№	Наименование тем, разделов, дисциплин (модулей)	Общая трудоемкость, час.	Аудиторные занятия, час.				СР, час	Форма контроля
			Всего	Лекции	ОСК	ПЗ, СЗ, ЛЗ		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	Воспалительные заболевания сосудистого тракта глаза (увеиты), этиология, патогенез, классификации, общая симптоматика.	6	6	2		4		Тестирование
2.	Клиника увеитов различной этиологии (герпесвирусные, бактериальные, при системных заболеваниях организма, при урогенитальной патологии, грибковые).	6	6	2		4		Тестирование
3.	Общие принципы клинко-лабораторной диагностики увеитов.	6	6	2		4		Практ. навыки
4.	Осложнения увеитов, профилактика и лечение.	6	6	2		4		Тестирование
5.	Дистрофические заболевания радужки и цилиарного тела.	3	3	1		2		Тестирование
6.	Опухоли сосудистой оболочки глаза.	3	3	1		2		Тестирование
7.	Диагностика и лечение воспалительных, дистрофических и опухолевых заболеваний сосудистого тракта.	6	6	2		4		Тестирование. Практические навыки.
	Итоговая аттестация - зачет							Собеседование
	ИТОГО	36	36	12		24		

3. Контактная работа

Код	Наименование разделов, тем	Содержание темы	А ₁ и ИА ₂ методы обучения
1	2	3	4
Лекции			
1.	Воспалительные заболевания сосудистого тракта глаза (увеиты), этиология, патогенез, классификации, общая симптоматика.	Анатомическое строение и функции сосудистой оболочки глаза в норме и при патологии. Семиотика, классификация увеитов: метастатические, токсико-аллергические. Распространённость, этиопатогенетическая классификация. Дифференциальная диагностика увеитов.	УК-1; УК-2; УК-3; ПК-1.1 ПК-2.1 ПК-3.1 ПК-4.1 ПК-5.1
2.	Клиника увеитов различной этиологии (герпесвирусные, бактериальные, при системных заболеваниях организма, при урогенитальной патологии, грибковые).	Особенности клинического течения передних, периферических и задних увеитов. Экзогенные (абсцесс стекловидного тела, эндофтальмит) и эндогенные (при системных и синдромных заболеваниях организма, иммунопатология) увеиты.	
3.	Общие принципы клинико-лабораторной диагностики увеитов.	Организация профилактических осмотров населения на заболевания сосудистой оболочки. Активные и пассивные осмотры. Группы риска и частота заболеваний сосудистой оболочки процесса в этих группах. Основные приказы МЗ России по раннему выявлению заболеваний сосудистой оболочки. Средства и способы раннего выявления заболеваний сосудистой оболочки. Диспансеризация больных в условиях поликлиники.	
4.	Осложнения увеитов, профилактика и лечение.	Осложнения и последствия иридоциклитов: осложненная катаракта, тактика медикаментозного и хирургического лечения; вторичная глаукома, принципы консервативного, лазерного и хирургического лечения; внутриглазная гипотония, субатрофия и атрофия глазного яблока, диагностика, принципы лечения; отслойка сетчатки, тактика хирургического лечения; папиллит, ретробульбарный неврит, тактика медикаментозного и хирургического лечения.	
5.	Дистрофические заболевания радужки и цилиарного тела.	Семиотика дистрофических заболеваний сосудистой оболочки. Клинические проявления дистрофий радужки: эссенциальная прогрессирующая мезодермальная дистрофия радужной оболочки, дистрофия Франк-Каменецкого, хроническая иридоцилиарная дистрофия. Дифференциальная диагностика. Глаукомоциклитический криз.	
6.	Опухоли сосудистой оболочки глаза.	Доброкачественные и злокачественные опухоли сосудистой оболочки: опухоли радуж-	

		ной оболочки, цилиарного тела и хориоидеи. Классификации. Клинические проявления. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение опухолей увеального тракта: диатермокоагуляция, облучение, показание к энуклеации, экзентерации.	
7.	Диагностика и лечение воспалительных, дистрофических и опухолевых заболеваний сосудистого тракта.	Клинические проявления передних, промежуточных и задних увеитов. Принципы консервативного, лазерного и хирургического лечения заболеваний сосудистого тракта. Иммунопатология и принципы иммунокорректирующей терапии. Показания и противопоказания к экстракорпоральному (гемосорбция, плазмореф, лимфосорбция, ультрафиолетовое облучение крови) и хирургическому лечению (ленсвитректомия, антиглаукоматозные операции). Показания к лазерному лечению заболеваний сосудистой оболочки.	
Практические занятия			
1.	Воспалительные заболевания сосудистого тракта глаза (увеиты), этиология, патогенез, классификации, общая симптоматика.	Клинические проявления передних и задних увеитов. Курация больных с различными видами увеитов, проведение их обследования. Назначение лечения при различных видах увеитов. Введение лекарственных препаратов под конъюнктиву.	УК-1; УК-2; УК-3;
2.	Клиника увеитов различной этиологии (герпесвирусные, бактериальные, при системных заболеваниях организма, при урогенитальной патологии, грибковые).	Клинические проявления передних и задних увеитов. Курация больных с различными видами увеитов, проведение их обследования. Назначение лечения при различных видах увеитов. Введение лекарственных препаратов под конъюнктиву, ретробульбарно, под кожу висков, СИКИС.	
3.	Общие принципы клинко-лабораторной диагностики увеитов.	Методы исследования морфологического и функционального состояния сосудистого тракта: клинические (острота зрения, офтальмоскопия, В-скан, поле зрения), морфологические (биомикроскопия переднего отрезка глаза, биопсия глаза), лабораторные (клинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови).	ПК-1. ПК-2. ПК-3. ПК-4. ПК-5.
4.	Осложнения увеитов, профилактика и лечение.	Курация больных с осложненной катарактой, вторичной глаукомой, внутриглазной гипотонией, субатрофией и атрофией глазного яблока, отслойкой сетчатки, папиллитом, ретробульбарным невритом. Назначение лечения. Профилактика последствий увеитов.	
5.	Дистрофические заболевания радужки и цилиарного тела.	Клинические формы иридоцилиарных дистрофий: эссенциальная прогрессирующая мезодермальная дистрофия радужной оболочки, глаукомоциклитический криз, псевдоэкзофолиативный синдром, дисфункция цилиарного тела, синдром Фукса. Курация	

		больных с дистрофиями радужки и цилиарного тела.	
6.	Опухоли сосудистой оболочки глаза.	Основные клинические проявления опухолей различных отделов сосудистой оболочки глаза. Освоение метода диафаноскопии для диагностики опухолей сосудистой оболочки глаза. Курация больных с опухолями сосудистой оболочки глаза. Оценка А- и В-эхограмм глаз пациентов с опухолями сосудистой оболочки глаза. Определение показаний к лечению пациентов с опухолями сосудистой оболочки глаза.	
7.	Диагностика и лечение воспалительных, дистрофических и опухолевых заболеваний сосудистого тракта.	Особенности клинических проявлений передних, периферических и задних увеитов. Курация больных при герпетической, цитомегаловирусной, Эпштейна-Барра инфекции, туберкулёзе, сифилисе, токсоплазмозе, урогенитальной инфекции. Алгоритм дифференциальной диагностики, обследования и лечения. Особенности увеитов у детей. Особенности клинических проявлений при опухолях сосудистого тракта. Курация больных с опухолями сосудистой оболочки глаза. Расшифровка МРТ головного мозга пациентов с опухолями сосудистой оболочки глаза. Определение показаний к лазерному и хирургическому лечению пациентов с опухолями сосудистой оболочки глаза.	
Стажировка			
1.	Цель	Совершенствование практических навыков и манипуляций.	
2.	Задачи	Приобретение опыта работы в овладении методиками: - комплексного обследования офтальмологических больных при воспалительных, дистрофических и опухолевых заболеваниях сосудистого тракта; - подбора рациональной фармакотерапии; - методиками оказания неотложной помощи при остром иридоциклите и при его осложнениях; - методиками реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение, либо восстановление зрения при воспалительных, дистрофических и опухолевых заболеваниях сосудистой оболочки.	

3.1. Самостоятельная работа по программе (модулю)

Код	Виды самостоятельной работы
1.	изучение лекционного материала, учебной и учебно-методической литературы;
	работа с литературой (РСЛ);
	изучение алгоритмов ведения практических навыков и манипуляций;
	подготовка к промежуточной аттестации (ПА);
	самостоятельное решение ситуационных клинических задач;
	подготовка к итоговой аттестации - собеседованию.

4. КОНТРОЛЬ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ

4.1 Контрольные вопросы к итоговой аттестации:

1. Семиотика, клиника и дифференциальная диагностика воспалительной патологии переднего отдела сосудистого тракта;
2. Семиотика, клиника и дифференциальная диагностика воспалительной патологии заднего отдела сосудистого тракта;
3. Семиотика клиника и дифференциальная диагностика дистрофической патологии сосудистого тракта;
4. Семиотика, клиника и дифференциальная диагностика опухолей сосудистого тракта;
5. Объем и методы офтальмологического обследования при воспалительной, дистрофической и опухолевой патологии сосудистого тракта.
6. Диагностические возможности офтальмологических электрофизиологических исследований для выявления последствий воспалительных заболеваний сосудистой оболочки, атрофии зрительного нерва, субатрофии глазного яблока (ретиальная острота зрения, электроретинография, зрительно вызванные потенциалы, порог электрической чувствительности и электрическая лабильность по Фосфену, компьютерная периметрия).
7. Диагностические возможности психофизиологических методов и ультразвукового исследования для выявления опухолей, эндофтальмита, отслойки сетчатки и других последствий воспалительных заболеваний сосудистого тракта. (А и В- ультразвуковое сканирование, ультразвуковой биомикроскопии)
8. Диагностические возможности нейрорадиологических методов исследования (компьютерная и магниторезонансная томография, оптическая когерентная томография (ОКТ) сетчатки и зрительного нерва) при опухолях сосудистого тракта.
9. Клинико-лабораторные алгоритмы этиологической диагностики увеитов.
10. Клинико-функциональные алгоритмы ранней диагностики воспалительных, дистрофических и опухолевых заболеваний сосудистой оболочки. Гидродинамические и гониоскопические признаки при вторичной постувеальной глаукоме.
11. Диагностические возможности ультразвуковой доплерографии и флюоресцентной ангиографии (ФАГ) при атрофии зрительного нерва. Аппараты для проведения электрофизиологических, психофизиологических, ультразвуковых, гемодинамических исследований зрительного нерва (ФАГ и ОКТ) при заболеваниях сосудистого тракта.
12. Дифференциально-диагностические клинические проявления воспалительных заболеваний сосудистой оболочки.
13. Методы консервативного (гипотензивной, нейрометаболической, антигипоксической активностью при вторичной глаукоме), физиотерапевтического, хирургического и лазерного лечения больных с воспалительной патологией сосудистого тракта и их последствий.
14. Методы консервативного: (гипотензивной, нейрометаболической, антигипоксической активностью при вторичной глаукоме), физиотерапевтического, хирургического и лазерного лечения больных с воспалительной патологией сосудистого тракта и их последствий.

4.2. Оценочные средства (для контроля результатов освоения раздела):

Комплекты тестовых заданий (5 вариантов по 20 заданий)

1. Согласно общепринятой классификации Вудса по анатомическому признаку увеиты делятся на:
 - 1) передний увеит, периферический и хориоретинит
 - 2) **панувеит, передний увеит и задний увеит**
 - 3) задний увеит и периферический увеит
 - 4) передний увеит и хориоретинит, задний циклит
 - 5) гранулематозный и негранулематозный увеит
2. У детей одной из клинических особенностей увеита является:
 - 1) склонность к экссудативным серозным реакциям
 - 2) склонность к образованию продуктивного воспаления
 - 3) **генерализация процесса**
 - 4) одностороннее поражение
 - 5) отсутствие рецидивов
3. При туберкулезных менингитах наиболее часто возникает:
 - 1) передний увеит, задний циклит
 - 2) ирит и кератоувеит
 - 3) **неврит и хориоретинит**
 - 4) передний и задний увеит
 - 5) ничего из вышеперечисленного
4. Эндогенные воспалительные заболевания сосудистого тракта по патогенезу могут быть:
 - 1) только метастатическими
 - 2) только токсико-аллергическими
 - 3) только атопическими
 - 4) **все вышеперечисленное**
 - 5) гиперреактивными
5. Гранулематозного воспаления сосудистого тракта, как правило, не бывает при:
 - 1) туберкулезе
 - 2) сифилисе
 - 3) токсоплазмозе
 - 4) **болезни Стилла**
 - 5) бруцеллезе
6. Изолированное поражение тех или иных отделов сосудистого тракта возникает вследствие:
 - 1) различия антигенных свойств
 - 2) **различия кровоснабжения**
 - 3) особенностей морфологического строения
 - 4) особенностей иннервации
 - 5) все вышеперечисленное
7. Гнойный экссудат в передней камере (гипопион) может появиться в случаях иридоциклита:
 - 1) сифилитического
 - 2) постгриппозного
 - 3) **метастатической офтальмии**
 - 4) токсоплазмозного увеита
 - 5) туберкулезного
8. Преципитаты при увеитах обычно состоят из:
 - 1) сегментарных гранулоцитов и эозинофилов
 - 2) **лимфоцитов и макрофагов**
 - 3) фибробластов и сгустков фибрина

- 4) элементов красной крови
 - 5) тромбоцитов
9. Болей в глазу, как правило, не бывает только при:
- 1) ирите
 - 2) заднем циклите
 - 3) **хориоидите**
 - 4) циклите
 - 5) все вышеперечисленное
10. Передний увеит у детей с болезнью Стилла наиболее часто наблюдается в возрасте:
- а) **2-3 лет**
 - б) 4-5 лет
 - в) 5-6 лет
 - г) более 7 лет
 - д) 15-18 лет
11. Триада симптомов: гидроцефалия, кальцинаты мозга и хориоретинит характерны для:
- врожденного сифилиса
 - приобретенного сифилиса
 - врожденного токсоплазмоза**
 - приобретенного токсоплазмоза
 - туберкулеза
12. Кровоизлияния в переднюю камеру, либо желатинозный экссудат характерны для клинического течения переднего увеита при:
- а) фокальной инфекции
 - б) туберкулезе
 - в) вирусной инфекции
 - г) **ревматизме**
 - д) бруцеллезе
13. Хрусталик и стекловидное тело наиболее редко вовлекаются в патологический процесс при переднем увеите в случае:
- а) болезни Стилла
 - б) туберкулеза
 - в) **сифилиса**
 - г) ревматизма
 - д) болезни Фукса
14. Клиника приобретенного токсоплазмоза обычно характеризуется:
- картиной хориоретинита**
 - панuveита
 - панuveита, кератита и конъюнктивита
 - кератита и конъюнктивита
 - конъюнктивита и склерита
15. Врожденный токсоплазмозный хориоретинит нужно дифференцировать с заболеванием:
- колобома хориоидеи**
 - пигментный ретинит
 - сифилитический ретинит
 - ретинит Коатса
 - болезнью Штаргардта
16. При токсоплазмозе нередко отмечается и такая врожденная патология глаз как:
- содружественное косоглазие, мегалокорнея
 - врожденная глаукома, кератоконус, кератоглобус

злокачественная миопия, микрофтальм, катаракта

друзы ДЗН, остатки артерии гиалоида, перипапиллярные мембраны
гипоплазия, друзы и ямка диска зрительного нерва

17. Заражение токсоплазмозом происходит, как правило:
воздушно-капельным путем
контактным и алиментарным путем
половым путем
через биологические жидкости
все вышеперечисленное
18. Негранулематозные туберкулезные увеиты развиваются чаще у:
детей дошкольного возраста
детей школьного возраста
взрослых
лиц старческого возраста
новорожденных
19. Передние увеиты, протекающие одновременно с поражениями роговицы, склеры и хрусталика характерны для:
ревматизма
токсоплазмоза
туберкулеза
бактериальной инфекции
вирусного гриппа
20. Триада симптомов: передний увеит, дистрофия роговицы и осложненная катаракта характерны для болезни:
Рейтера
Стилла
Бехтерева
Стивенса-Джонсона
Бурневилля
21. Преципитаты при увеитах появляются при вовлечении в процесс:
радужки
цилиарного тела
роговицы
хрусталика
стекловидного тела
22. Гипертензия глаза – характерный клинический признак передних увеитов природы:
ревматической
герпетической
бруцеллезной
токсоплазмозной
сифилитической
23. Милиарный туберкулезный хориоидит отличается от диссеминированного следующими клиническими признаками:
очаги на глазном дне появляются в разных местах и в различное время
очаги на глазном дне появляются одновременно
наличие пигментного ободка вокруг инфильтратов
отличается величиной и количеством инфильтратов
не отличаются ничем

24. Быстро возникающие помутнения стекловидного тела, резко снижающие зрение, характерны для увеита:
туберкулезного
токсоплазмозного
ревматического
сифилитического
гриппозного
25. Конглобированный туберкул хориоидеи нужно дифференцировать с:
токсоплазмозным хориоидитом
ретинитом Коатса
субретинальной гематомой
меланомой хориоидеи
дистрофией Кунта-Юниуса
26. Общее и местное лечение кортикостероидами туберкулезных увеитов следует проводить:
только в стадии затихания процесса
только в активной фазе
на фоне специфической терапии в активной фазе
на фоне специфической терапии в фазе затихания процесса
при наличии синдрома иммунологической недостаточности
27. Поражение периферии глазного дна по типу «соль с перцем» обычно наблюдается при:
туберкулезе
сифилисе
токсоплазмозе
фокальной инфекции
ревматизме
28. Из очагов фокальной инфекции в этиологии увеитов наибольшую роль играют:
гломерулонефрит
пиелонефриты
синуситы
конъюнктивиты
блефариты
29. Этиопатогенетическим фактором метастатической офтальмии обычно является:
а) проникновение инфекции внутрь глаза при перфорации язв роговицы
б) инфицированные проникающие ранения глаз
в) инфицирование во время полостной операции
г) гематогенный занос гнойных микробов в оболочки сосудистого тракта
д) все вышеперечисленное
30. Перикорнеальной инъекции почти не бывает при передних увеитах, возникающих при:
ревматизме
сифилисе
фокальной инфекции
болезни Стилла
гриппе
31. Помутнения задних отделов хрусталика наиболее характерно для передних увеитов при:
сифилисе
гриппе
ревматизме
туберкулезе
герпетической инфекции

32. Выберите изменения в других отделах глаза, характерные для сифилитического увеита:
ретиноваскулит
кератит, склерит, неврит
дистрофия роговицы, ретиноваскулит
кератит, ретинит, неврит
глаукома, атрофия радужки, псевдоэкссфолиации
33. Грубых помутнений стекловидного тела, как правило, не бывает при увеитах:
сифилитическом
туберкулезном
постгриппозном
при болезни Стилла
ревматическом
34. Односторонний увеит наиболее часто встречается при:
ревматизме
сифилисе
болезни Стилла
туберкулезе
сахарном диабете
35. Незначительное снижение остроты зрения может быть в исходе переднего увеита при:
болезни Стилла
туберкулезе
сифилисе
гриппе
диабете
36. При СПИДе наиболее часто поражается:
роговица и склера
радужка и цилиарное тело
хориоидея и радужка
сетчатка и зрительный нерв
сетчатка и радужка
37. Задние синехии радужки грубые стромальные и не рвутся при передних увеитах на фоне:
а) фокальной инфекции
б) **при сифилисе**
в) при гриппе
г) при ревматизме
д) при диабете
38. При туберкулезных увеитах экссудат в передней камере:
серозный, фибринозный
серозный, фибринозный, гнойный
серозный, геморрагический
желатинозный, геморрагический
отсутствует экссудат
39. Ирит выраженный и диффузный наблюдается преимущественно при передних увеитах на фоне:
болезни Стилла
туберкулеза
фокальной инфекции
бруцеллеза
СПИДа

40. В возникновении синдрома Фукса большую роль играет:

1. **паралитическое поражение симпатического нерва**
2. хроническое раздражение симпатического нерва
3. хроническое раздражение парасимпатического нерва
4. паралитическое поражение парасимпатического нерва
5. паралитическое поражение тройничного нерва

41. В возникновении синдрома Фукса определенное значение придают:

1. неспецифическому полиартриту
2. хронической вирусной инфекции
3. **хронической бактериальной инфекции**
4. ревматизму
5. опухолям мозга

42. Поражение зрительного нерва в виде неврита или застоя наиболее характерно для увеита:

1. вирусного
2. туберкулезного
3. ревматического
4. **саркоидозного**
5. токсокарозного

43. У трети больных увеит глаз предшествует общим симптомам болезни при:

1. **туберкулезе**
2. саркоидозе
3. сифилисе
4. токсоплазмозе
5. фокальной инфекции

44. У больного с центральным очаговым хориоретинитом в острый период за болевания могут выявляться:

1. только абсолютная скотома
2. только относительная скотома
3. только дефекты периферического зрения
4. **сочетание абсолютной и относительной скотомы**
5. сочетание абсолютной скотомы с дефектами периферического поля зрения

45. Диссеминированный туберкулезный хориоидит обычно появляется:

1. **при активном туберкулезном процессе в легких, либо в лимфоузлах**
2. при отсутствии активного процесса в легких, лимфоузлах
3. с началом противотуберкулезной терапии
4. после пробы Коха
5. ничего из вышеперечисленного

46. «Сухие» серые и разнокалиберные преципитаты характерны для передних увеитов при:

1. ревматизме
2. туберкулезе
3. сифилисе
4. **болезни Стилла**
5. герпетической инфекции

47. Васкулит, ватообразные очаги в сетчатке могут появляться при:

1. **ревматизме**
2. саркоидозе
3. узелковом периартериите
4. неспецифическом полиартрите

5. гонорее

48. Патогенетическим методом лечения увеита при болезни Стилла является назначение лекарственных средств:
1. противовирусных
 2. **салицилатов и кортикостероидов**
 3. витаминов и иммуностимуляторов
 4. антибиотиков тетрациклинового ряда
 5. иммуноадаптогенов и метаболитов
49. К группе коллагенозов с воспалительным поражением сосудистого тракта относится:
1. болезнь Фукса
 2. болезнь Стивенса-Джонсона
 3. болезнь Лайела
 4. болезнь Рейтера
 5. **болезнь Бехтерева**
50. Атропин представляет фармакологическую группу препаратов, которая относится к
1. холиномиметикам
 2. **холинолитикам**
 3. адреноблокаторам
 4. симпатомиметикам
 5. адреномиметикам
51. Распространение токсоплазм в организме происходит:
1. лимфогенно
 2. гематогенно
 3. по нервным проводникам
 4. трансцеллюлярно
 5. **все вышеперечисленное**
52. Морфологически воспаление в тканях глаза при врожденном токсоплазмозе носит:
1. только экссудативный характер
 2. только альтеративный характер
 3. **некротически-пролиферативный характер**
 4. все вышеперечисленное
 5. экссудативно-альтеративный характер
53. Воспалительные заболевания переднего отрезка глаза при приобретенном токсоплазмозе могут протекать по типу:
1. **только гранулематозного увеита**
 2. только негранулематозного увеита
 3. гранулематозного и агранулематозного увеита
 4. эндофтальмита
 5. панофтальмита
54. На фоне диффузного воспаления стекловидного тела появление грубых лентовидных полуфиксированных тяжей характерно для передних увеитов при:
1. **сифилисе приобретенном**
 2. врожденном сифилисе
 3. врожденном токсоплазмозе
 4. приобретенном токсоплазмозе
 5. туберкулезе
55. Наличие на глазном дне только старых атрофических белых очагов в 0,5-1,5 ДР, окаймленных ободком пигмента, характерно для хориоретинитов при:
1. конглобированном туберкуле хориоидеи

2. милиарном туберкулезе
 3. **врожденном токсоплазмозе**
 4. приобретенном токсоплазмозе
 5. центральном туберкулезном хориоидите
56. Повышение ВГД при меланомах хориоидеи соответствует стадии процесса по международной классификации:
1. T1 N0 MO
 2. **T2 N0 MO**
 3. T3 N0 MO
 4. T3 N1 MO
 5. T4 N1 MO
57. В отличие от туберкулезных увеитов, для токсоплазмозного более характерно наличие:
1. сальных преципитатов
 2. **пролиферативных ретинитов**
 3. более выраженная гиперемия радужки
 4. более выраженная смешанная инъекция глаза
 5. различий нет
58. Для подтверждения диагноза туберкулезного увеита пробу Манту проводят:
1. **непосредственно в момент заболевания**
 2. через 10-14 дней проведения экс-ювантибус специфической терапии
 3. через 10-14 дней проведения специфической гипосенсибилизации
 4. через 10-14 дней после проведения неспецифической гипосенсибилизации
 5. при терапии кортикостероидами
59. Для проведения экспресс-метода диагностики туберкулеза для подконъюнктивального введения 0,1 мл туберкулина обычно начинают с разведения:
1. 3-4
 2. 5-6
 3. **7-8**
 4. 9-10
 5. 10-20
60. При проведении пробы Манту очищенный туберкулин вводят:
1. внутриочно 1 ТЕ
 2. внутриочно 2 ТЕ
 3. подкожно 1 ТЕ
 4. **подкожно 2 ТЕ**
 5. под кожу пупка 2 ТЕ
61. Наиболее частые глазные поражения при болезни Стилла возникают в активной фазе:
1. изолированной суставной формы
 2. суставно-висцеральной формы при непрерывно рецидивирующем течении
 3. суставно-висцеральной формы при аллергическом течении
 4. **суставно-висцеральной формы только хроническое течение**
 5. все вышеперечисленное
62. Назначение кортикостероидов местно при болезни Стилла наиболее показано:
1. **при вялотекущих пролиферативных процессах в увеа**
 2. при преобладании экссудативного компонента
 3. при ослаблении экссудативного воспаления
 4. в состоянии ремиссии
 5. ничего из вышеперечисленного
63. Частота возникновения воспалительных поражений при ревматизме зависит:

1. от тяжести ревматического процесса в организме
 2. не зависит от тяжести ревматического процесса в организме
 3. **от сезона года**
 4. от возраста больного
 5. от веса больного
64. Ретиноваскулиты с рецидивирующими кровоизлияниями в сетчатку наблюдаются наиболее часто в возрасте:
1. детском
 2. юношеском
 3. пожилым
 4. старческом
 5. **в среднем**
65. Для рассасывания свежих спаечных процессов радужки при увеитах целесообразно использовать:
1. гепарин
 2. лидазу
 3. химотрипсин
 4. **гордокс**
 5. тромбин
66. Из протеолитических ферментов может способствовать рассасыванию помутнений в хрусталике при передних увеитах:
1. лидаза
 2. **химотрипсин**
 3. лекозим
 4. фибринолизин
 5. вобэнзим
67. К числу ингибиторов простагландинов, применяемых для лечения увеитов, относится:
1. диклофенак натрия
 2. **метиндол**
 3. тималин
 4. кетотифен
 5. левамизол
68. При гриппозных рецидивирующих увеитах целесообразно в качестве индуктора интерферона и стимулятора фагоцитоза назначать:
1. тимоген
 2. спленин
 3. **дибазол**
 4. адреналин
 5. пилокарпин
69. Возникновение офтальмогипертензии при увеитах передних обычно связано с:
1. **образованием гониосинехий**
 2. образованием передних синехий
 3. только с гиперсекрецией водянистой влаги
 4. с гиперсекрецией водянистой влаги и отеком трабекул
 5. ничего из вышеперечисленного
70. Болевой синдром в случаях резкого повышения ВГД обычно не развивается:
1. при увеальной офтальмогипертензии
 2. при реактивной гипертензии глаза
 3. при токсической гипертензии
 4. **при глаукомоциклитических кризах**

5. все вышеперечисленное
71. Признаки дисгенеза угла передней камеры и корня радужки определяются обычно у больных с:
1. синдромом Познера-Шлоссмана
 2. синдромом Фукса
 3. псевдоэксфолиативным синдромом
 4. **все вышеперечисленное**
 5. ничего из вышеперечисленного
72. Пробу Коха обычно проводят в тех случаях, если:
1. кожная и очаговая реакция Манту отрицательные
 2. кожная реакция Манту отрицательная, а очаговая положительная
 3. кожная и очаговая реакции Манту положительные
 4. **кожная реакция Манту положительная, а очаговая реакция отрицательная**
 5. всем больным увеитами
73. Вторичная хроническая посттравматическая глаукома чаще всего развивается вследствие:
1. дегенерации трабекулярной ткани
 2. органического зрачкового блока
 3. функционального зрачкового блока
 4. **гониосинехий**
 5. гиперсекреции влаги
74. Помимо закрытоугольной глаукомы при увеитах может наблюдаться вторичная глаукома:
1. **открытоугольная трабекулярная**
 2. гиперсекреторная
 3. гиперреактивная
 4. венозная застойная
 5. ничего из вышеперечисленного
75. В образовании увеальной гипертензии важную роль играет избыточное образование в очаге воспаления:
1. гистамина
 2. серотонина
 3. адреналина
 4. **простагландинов**
 5. все вышеперечисленное
76. Образование гониосинехий наиболее характерно для:
1. увеопатии Фукса
 2. **увеопатии Познера-Шлоссмана**
 3. эссенциальной мезодермальной дистрофии
 4. псевдоэксфолиативного синдрома
 5. иридошизиса
77. Изменения роговой оболочки по типу эндотелиальной дистрофии наиболее часто наблюдаются при увеопатии:
1. **Познера-Шлоссмана**
 2. Фукса
 3. эссенциальной мезодермальной дистрофии радужки
 4. псевдоэксфолиативного синдрома
 5. иридошизиса
78. Зрачок приобретает почкообразную форму при:
1. увеопатии Познера-Шлоссмана

2. увеопатии Фукса
 3. эссенциальной мезодермальной дистрофии радужки
 4. **придоцилиарной меланоме**
 5. иридошизисе
79. Зрачок приобретает грушевидную форму с выворотом пигментной каймы при первой стадии:
1. увеопатии Фукса
 2. увеопатии Познера-Шлоссмана
 3. **эссенциальной мезодермальной дистрофии радужки**
 4. инволюционной мезодермальной дистрофии радужки
 5. псевдоэксфолиативном синдроме
80. Дифференциальной диагностики с хроническим серозным иридоциклитом требует:
1. эссенциальная мезодермальная дистрофия радужки
 2. увеопатия Познера-Шлоссмана
 3. **увеопатия Фукса**
 4. инволюционная волокнистая дистрофия мезодермального листка радужки
 5. ничего из вышеперечисленного
81. Появление цветной переливчатости под задней капсулой хрусталика при дистрофии Фукса свидетельствует о:
1. гидратации задней капсулы хрусталика
 2. **гидратации субкапсулярной корковой зоны**
 3. гидратации ядерной части линзы
 4. накоплении под задней капсулой хрусталика гранул пигмента
 5. зонулярной катаракте
82. Остатки эмбриональной ткани и переднее прикрепление радужки в углу передней камеры могут быть при:
1. эссенциальной мезодермальной дистрофии радужки
 2. дистрофии Фукса
 3. дистрофии Познера-Шлоссмана
 4. **дистрофии Франк-Каменецкого**
 5. иридошизисе
83. Зрачок не изменен, реакции на свет сохранены обычно при:
1. дистрофии Фукса
 2. **дистрофии Франк-Каменецкого**
 3. эксфолиативном синдроме
 4. эссенциальной мезодермальной дистрофии радужки
 5. ничего из вышеперечисленного
84. Кортикостероиды применяют обычно при патогенетическом лечении заболевания:
1. дистрофия Франк-Каменецкого
 2. **дистрофия Познера-Шлоссмана**
 3. псевдоэксфолиативный синдром
 4. прогрессирующая инволюционная дистрофия мезодермального листка радужки
 5. радужки
 6. иридошизис
85. Поражение только одного глаза обычно характерно для:
1. дистрофии Фукса
 2. дистрофии Франк-Каменецкого
 3. **эссенциальной мезодермальной дистрофии радужки**
 4. прогрессирующей инволюционной мезодермальной дистрофии радужки
все вышеперечисленное

86. Двухцветность радужки обычно наблюдается при дистрофии:

1. Фукса
2. Познера-Шлоссмана
3. **Франк-Каменецкого**
4. псевдоэксфолиативном синдроме
5. иридошизисе

87. К числу общих клинических признаков дистрофии Фукса и хронического серозного иридоциклита относятся:

1. преципитация диссеминированного характера
2. снижение чувствительности роговицы
3. отсутствие инъекции глазного яблока
4. **ослабленные реакции на свет, аккомодацию и конвергенцию**
5. боли в стадии ремиссии при пальпации глаза

88. При дистрофии Фукса помутнения стекловидного тела, как правило:

1. отсутствуют
2. имеют диффузный характер
3. пленчатые
4. фиксированные тяжи
5. **плавающие**
6. очень интенсивные, отслойка сетчатки

89. Основу лечения иридоцилиарных дистрофий составляют:

1. противотуберкулезные препараты
2. кортикостероиды
3. цитостатики
4. **метаболические средства**
5. миотики

90. С целью снижения ВГД противопоказано хирургическое лечение при:

1. дистрофии Фукса
2. псевдоэксфолиативном синдроме
3. **дистрофии Познера-Шлоссмана**
4. дистрофии Франк-Каменецкого
5. иридошизисе

91. Местная реакция при проведении пробы Манту оценивается через 72 часа и считается положительной гиперергической у взрослых при размерах папулы:

1. 15 мм
2. 16-17 мм
3. 18-20 мм
4. **21 и более мм**
5. все вышеперечисленное

92. Для уменьшения токсического действия противотуберкулезных препаратов больным назначают, как правило:

1. аскорбиновую кислоту
2. липоевую кислоту
3. никотиновую кислоту
4. **глутаминовую кислоту**
5. пантотеновую кислоту

93. Принципами этиологического лечения экзогенных иридоциклитов является следующее:

1. подавление иммунологического конфликта
2. коррекция иммунного статуса
3. кортикостероидная заместительная терапия

4. **антибактериальные средства**
 5. мидриатики
94. Ведущим патогенетическим механизмом при эндогенных увеитах является:
1. системно-синдромные заболевания организма
 2. эндокринные нарушения
 3. иммунодефицит
 4. **хроническая бактериальная сенсibilизация организма**
 5. неинфекционная аллергия и атопические реакции
95. Осложнения, возникающие при длительном приеме гипотензивных адrenomетических средств при увеопатиях:
1. **макулодистрофия**
 2. кисты радужки
 3. острый приступ глаукомы
 4. дистрофия периферии сетчатки
 5. флоккулы радужки
96. Осложнения, возникающие при инстилляциях пилокарпина при увеопатиях:
1. спазм дилатора зрачка
 2. макулодистрофия
 3. **кисты радужки**
 4. дистрофия периферии сетчатки
 5. все вышеперечисленное
97. После заражения токсоплазмами антитела, определяемые в РСК, появляются обычно через:
1. 3-5 дней
 2. 6-7 дней
 3. 8-9 дней
 4. **10-12 дней**
 5. через год
98. Хориоретинит Йенсена – это появление воспалительного инфильтрата в области:
1. макулы
 2. на периферии сетчатки
 3. парамаккулярно
 4. **у края ДЗН**
 5. в области фovea центрaлис
99. Существует экспресс-метод диагностики туберкулеза глаз в виде:
1. проведения реакции Коха
 2. введения туберкулина в ткани глаза электрофорезом
 3. **введения туберкулина под конъюнктиву больного глаза**
 4. введения туберкулина под конъюнктиву здорового глаза
 5. проведение кристаллографии слезы
100. Туберкулинотерапию увеитов проводят строго индивидуально в стационаре:
1. **у больного при наличии сопутствующего активного внеглазного туберкулезного очага**
 2. у больного при отсутствии активного внеглазного туберкулезного очага
 3. только при туберкулезно-аллергических заболеваниях глаз
 4. все вышеперечисленное
 5. ничего из вышеперечисленного
101. Показанием к лазеркоагуляции ретинобластом является локализация опухоли:
1. оральная
 2. параоральная

3. экваториальная
4. **центральная**
5. все вышеперечисленное

102. Максимальная доза антибиотиков для введения в стекловидное тело и переднюю камеру для лечения эндофтальмита составляет не более:

1. 3000 ед.
2. **5000- 7000 ед.**
3. 100000 ед.
4. 15000-20000 ед.
5. 30000- 40000 ед.

103. При проведении больным глазного ванночкового или эндоназального электрофореза сила тока не должна превышать:

1. 0,5 мА
2. **1,0-1,5 мА**
3. 2,0-2,5 мА
4. 2,5-3,0 мА
5. 3,5-4,0 мА

104. Гемосорбция, с целью выведения иммунных комплексов из сыворотки крови больных, патогенетически наиболее целесообразна при:

1. **хроническом рецидивирующем увеите**
2. остром фибринозно- пластическом увеите
3. герпетическом кератите
4. панофтальмите
5. эндофтальмите

105. Патогенетическим методом лечения эндогенного вирусного геморрагического иридоциклита в острую фазу является введение:

1. внутримышечно викасола
2. **парабульбарно аминокaproновой кислоты**
3. парабульбарно гентамицина
4. парабульбарно гемодеза
5. парабульбарно химотрипсина

106. Появление центральной скотомы в поле зрения наиболее характерно для воспалительного поражения:

1. внутриглазной части зрительного нерва
2. внутриканаликулярной части зрительного нерва
3. **ретробульбарной части зрительного нерва**
4. внутричерепной части зрительного нерва

все вышеперечисленное

107. Наличие у больного на одном глазу понижения зрения и центральной скотомы в поле зрения при нормальной картине глазного дна характерно для:

1. псевдопапиллита
2. неврита зрительного нерва застойного ДЗН
3. **ретробульбарного неврита**
4. все вышеперечисленное

108. К основным признакам диабетического ирита относятся:

1. выраженная инъекция
2. выраженные преципитаты
3. **гипопион**
4. вялое расширение зрачка

5. все перечисленное

109. Для больного сахарным диабетом типичными изменениями со стороны радужки являются

1. **неоваскуляризация**
2. вялое расширение зрачка
3. поликория
4. аниридия
5. правильно А и Б

110. Лейомиома радужной оболочки- это опухоль, которая развивается из элементов:

1. иридалльной мышцы
2. только дилатора зрачка
3. только сфинктера зрачка
4. **дилатора и сфинктера зрачка**
5. из мезодермальной ткани радужки

111. Из перечисленных методов используются для диагностики опухолей сосудистого тракта

1. биомикроскопия, эхоскопия, эхометрия
2. бинокулярная офтальмоскопия
3. гониоскопия, диафаноскопия и флюоресцентная ангиография
4. диафаноскопия и флюоресцентная ангиография
5. **все перечисленные**

112. Для нейрофиброматоза радужки характерны:

1. признаки ирита
2. признаки иридоциклита
3. **расположение узлов в области зрачкового пояса радужки**
4. расположение узлов в цилиарном поясе радужки
5. гифема

113. Меланобластома располагается:

1. чаще в верхних отделах радужки
2. **чаще в нижних отделах радужки**
3. чаще во внутренних отделах радужки
4. чаще в наружных отделах радужки
5. с одинаковой частотой во всех отделах радужки

114. Развитие жемчужных кист радужки связано с:

1. врастанием эпителия по раневому каналу
2. образованием передних синехий
3. неподвижностью зрачка
4. **длительным миозом**
5. имплантацией в ткань радужки волосяных фолликулов

115. Типы меланом:

1. **веретенноклеточный тип А и В**
2. язвенно-некротический
3. стромальный
4. эпителиальный
5. все вышеперечисленное

116. В соответствии с международной классификацией меланомы хориоидеи в стадии Т3 имеет размеры:

1. протяженность по склере 10 мм или менее, высота 3 мм или менее
2. протяженность по склере 7 мм или менее, высота 2 мм или менее
3. протяженность по склере от 7 до 10 мм, высота от 2 до 3 мм

4. протяженность по склере от 10 до 15 мм, высота от 3 до 5 мм
5. **протяженность по склере более 15 мм, высота более 5 мм**

117. Метастатические опухоли хориоидеи, как правило, расположены в:

1. **области экватора**
2. области зубчатой линии
3. центральных отделах глазного дна
4. верхненаружном квадранте
5. нижне-наружном квадранте

118. В соответствии с международной классификацией меланомы хориоидеи в стадии T2 имеет размеры:

1. протяженность по склере 10 мм или менее, высота 3 мм или менее
2. протяженность по склере 7 мм или менее, высота 2 мм или менее
3. протяженность по склере от 7 до 10 мм, высота от 2 до 3 мм
4. **протяженность по склере от 10 до 15 мм, высота от 3 до 5 мм**
5. протяженность по склере более 15 мм, высота более 5 мм

119. Кортикостероиды применяют при патогенетическом лечении заболеваний, кроме:

1. иридошизиса
2. инволюционной мезодермальной дистрофии радужки
3. псевдоэксфолиативного синдрома
4. увеопатии Франк-Каменецкого
5. **меланобластомы**

120. Реакция антиген-антитело в тканях глаза при увеитах сопровождается:

1. воспалением
2. гемолизом
3. нарушением стенок сосудов
4. отложением липидов
5. отложением пигмента

Эталон ответа: Выберите правильный ответ:

если верно 1,2,3

если верно 1 и 3

если верно 2 и 4

если верно 4

если верно 1,2,3,4,5

4.2 Наборы ситуационных задач

1. Больной Н., 59 лет, находится на диспансерном наблюдении по поводу первичной заболеваний сосудистой оболочки, далекозашедшей стадии на правом глазу, развитой на левом глазу. Внутриглазное давление нормальное, нормализовано применением местных гипотензивных средств.

Назовите клинические критерии развитой и далекозашедшей стадии первичной заболеваний сосудистой оболочки.

Перечислите методы измерения внутриглазного давления.

Назовите кардинальные методы выявления, кардинальные клинические симптомы заболеваний сосудистой оболочки.

Перечислите местные гипотензивные средства, применяемые для снижения внутриглазного давления, укажите их концентрацию. Выпишите рецепт на одно из известных Вам лекарственных гипотензивных веществ.

Укажите какие признаки первичной заболеваний сосудистой оболочки можно обнаружить при офтальмоскопии.

2. Из лекарственных средств в офтальмологической практике для лечения иридоциклитов широко используются мидриатики: мидриацил, циклопентолат, ирифрин, мидримакс. Назовите показания к их назначению, методы введения и концентрацию препаратов. Назовите фармакологические группы, к которым относятся препараты. Обоснуйте механизмы их лечебного действия. Выпишите рецепты.

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

7.1. Основная литература

1. Эндогенные увеиты / Е.И. Устинова [и др.]; – М.: Эко-Вектор, 2016. – 204 с.
2. Офтальмология: нац. рук. / под ред. С. Э. Аветисова, Е. А. Егорова, Л. К. Мошетьева [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 944 с. – (Национальные руководства).
3. Руководство по клинической офтальмологии: учеб. / А.Ф. Бровкина, Ю.С. Астахов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 960 с.
4. Рациональная фармакотерапия в офтальмологии: руководство. / Егоров Е.А., Алексеев В.Н., Астахов Ю.С. и др. / Под ред. Е.А. Егорова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1072 с.
5. Офтальмология: учеб. / М. Р. Гусева, Е. С. Либман, Е. Ю. Маркова [и др.]; под ред. Е. И. Сидоренко. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 640 с.
6. Стандарты и федеральные клинические рекомендации оказания офтальмологической помощи взрослым стационарно. Учебное пособие для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. – Умный доктор, 2016. – 208 с.
7. Физиотерапия в офтальмологии: учеб. пособие для системы послевуз. и доп. проф. образования врачей: рекомендовано УМО по мед. и фармацевт. образованию вузов России / М-во здравоохранения Хабаров. края, ГОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», каф. общеклин. дисциплин. – Хабаровск: Ред.-изд. центр ИПКСЗ, 2011. – 166 с.
8. Юровская, Э. Д. Глазные болезни: учеб. / Э. Д. Юровская, И. К. Гайнутдинов. – 2-е изд. – М.: Изд.-торговая корпорация «Дашков и К», 2012. – 448 с. – Библиогр.: с. 437–438.
9. Офтальмология. Учебник. / Под ред. проф. Е.А. Егорова. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», – 2008. – 240 с.
10. Кацнельсон Л.А., Танковский В.Э. Увеиты (клиника, лечение): учеб. – М.: 4-й филиал Воениздата, 1998. — 208 с.

7.2. Дополнительная литература

11. Дитмар, С. Флюоресцентная ангиография в офтальмологии: атлас / С. Дитмар, Ф.Г. Хольц; пер. с англ. Е. Н. Пономарева, Е. И. Лоскутова, под ред. М. М. Шишкин, А. А. Казарян. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 224 с.
12. Кански Д. Дж. Офтальмология: признаки, причины, дифференциальная диагностика: моногр. / Д. Дж. Кански. – М.: Логосфера, 2012. – 584 с.: ил. Корсакова, Н. В.
13. Порядок и стандарты оказания офтальмологической помощи детям. Методические рекомендации для врачей. – Умный доктор, 2015. – 96 с.
14. Планы ведения больных. Офтальмология: Диагностика. Лечение. Предупреждение / «Асмок» ассоц. мед. о-в по качеству. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 588 с.
15. Полунин, Г. С. Физиотерапевтические методы в офтальмологии / Г. С. Полунин, И. А. Макаров. – М.: МИА, 2012. – 208 с.
16. Сомов Е.Е. Клиническая офтальмология: рук-во. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 400 с.
17. Ягудина, Р. И. Фармакоэкономика в офтальмологии: моногр. / Р. И. Ягудина, А. Ю. Куликов, В. Г. Серпик. – М.: МИА, 2013. – 304 с.

7.3. Законодательные и инструктивные методические документы (в соответствии со специальностью «Офтальмология»):

1. ФЗ РФ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21 ноября 2011 г.
2. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16.04.2012 г. № 366н "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи".
3. Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан. Комментарии, основные понятия, подзаконные акты. Герасименко Н.Ф., Александрова О.Ю. 3-е изд. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 544с.

4. Юридические основы деятельности врача. Медицинское право. / Под ред. Ю.Д. Сергеева. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008. – 258с.
5. Правовое обеспечение профессиональной медицинской подготовки: учебное пособие. / Н.Ф. Герасименко [и др.]. – Ростов н/Д.: Феникс, 2007. – 159с.
6. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ статья 37. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724, 2012; № 26, ст. 3442, 3446). Вступил в силу 13 декабря 2012 г.
7. Стандарты медицинской помощи в офтальмологии. (В электронной мед. б-ке «Консультант врача»).

7.4. Информационно-электронные ресурсы:

1. Сайт КГБОУ ДПО ИПКСЗ ХК <http://www.ipkszh.khv.ru/>
2. Электрон. мед. б-ка «Консультант врача». – Режим доступа:
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428924.html?SSr=3701337837056bc0fc56560bgrcp>. – 27.03.2015.
3. Сайт Научного центра здоровья детей РАМН <http://www.nczd.ru/>
4. Сайт Союза педиатров России <http://www.pediatr-russia.ru/>

8. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

8.1. Материально-технические условия для реализации программы (модуля) НМО

Минимально необходимый для реализации дополнительной профессиональной программы повышения квалификации непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России модуля «Заболевания сосудистой оболочки» по специальности 31.08.59 «Офтальмология» перечень материально-технического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:

Оборудование учебного кабинета для теоретических занятий:

- учебные аудитории и кабинеты, оснащённые необходимыми техническими средствами и материалами для проведения учебного процесса;
- помещения, оснащённые компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и необходимым комплексом лицензионного программного обеспечения;
- аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в достаточном количестве, для индивидуального освоения обучающимся умений и навыков, связанных с профессиональной деятельностью;
- помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе с медицинскими вмешательствами, оснащённые специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, применяемые в профессиональной деятельности, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы повышения квалификации по специальности «Офтальмология»;
- мебель для обучающихся и преподавателя;
- комплекты справочных материалов;
- комплекты учебно-методических материалов.

Оборудование учебного кабинета для практических занятий:

- аудитории, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;
- анатомический зал и (или) помещения, предусмотренные для работы с биологическими моделями (WET-Lab);

Изделия медицинского назначения:

1. тонометр,
2. стетоскоп,
3. фонендоскоп,
4. термометр,
5. медицинские весы,
6. ростометр,
7. набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий,
8. электрокардиограф,
9. облучатель бактерицидный,
10. щелевая лампа,
11. офтальмоскоп налобный бинокулярный,
12. офтальмоскоп ручной,
13. аппарат Рота с таблицами Сивцева, Орловой для проверки остроты зрения,
14. диагностические линзы,
15. операционный микроскоп,
16. набор пробных очковых линз и призм,
17. набор для подбора очков слабовидящим,

18. периметр поля зрения (периграф),
19. прибор для измерения внутриглазного давления, тонометр Маклакова, измерительная линейка проф. Б.Л. Поляка,
20. прибор для определения остроты зрения, стереоскопического зрения, проектор знаков,
21. эхоофтальмограф,
22. кератометр (кератограф);

- медицинские инструменты:

- документация: журналы (ф. 060у), инструкции, Рп-плёнки и т.д.
- аппаратура, приборы, микроскопы....

Учебно-наглядные пособия:

1. Учебно-методические комплекты по разделам и темам
2. Наборы таблиц, слайдов и т.д.
3. Иллюстративные материалы: атласы, планшеты, альбомы, макеты и т.д.
4. Сборники алгоритмов манипуляций;
5. Сборники ситуационных задач;
6. Муляжи глазного яблока.

Технические средства обучения:

- компьютер,
- мультимедийный проектор,
- телевизор,
- экран,
- доска,
- лазерная указка.

8.2. Информационные технологии:

- электронно-библиотечные системы, обеспечение доступа к необходимым электронным образовательным ресурсам:

1. Сайт КГБОУ ДПО ИПКСЗ ХК <http://www.ipkszkhv.ru/>

2. Электрон. мед. б-ка «Консультант врача». – Режим доступа:

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428924.html?SSr=3701337837056bc0fc56560bgrcp>. – 27.03.2015.

3. Сайт Научного центра здоровья детей РАМН <http://www.nczd.ru/>

4. Сайт Союза педиатров России <http://www.pediatr-russia.ru/>

9.КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

№ п/п	Дисциплины (модули)	ФИО, должность по штатному расписанию	Учёная степень, учёное (почётное) звание	Основное место работы, должность	Условия привлечения к педагогической деятельности
1.	Офтальмология	Егоров В.В. заведующий кафедрой офтальмологии КГБОУ ДПО ИПКСЗ	д.м.н., профессор	Хабаровский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Фёдорова» Минздрава России	Штатный сотрудник
2.	Офтальмология	Смолякова Г.П. профессор кафедры офтальмологии КГБОУ ДПО ИПКСЗ	д.м.н., профессор		Гражданско-правовой договор
3.	Офтальмология	Коленко О.В. доцент кафедры офтальмологии КГБОУ ДПО ИПКСЗ	к.м.н., доцент		Гражданско-правовой договор
4.	Офтальмология	Данилова Л.П. ассистент кафедры офтальмологии КГБОУ ДПО ИПКСЗ			Гражданско-правовой договор

