

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ ПО ВЫСШЕМУ  
И СРЕДНЕМУ МЕДИЦИНСКОМУ ОБРАЗОВАНИЮ

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ

Для самостоятельной подготовки к практическим занятиям по офтальмологии студентов V и VII – курсов по ОСКЕ с применением видео, мультимедийных оборудование и электронных версий.

ТАШКЕНТ – 2006

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ ПО ВЫСШЕМУ  
И СРЕДНЕМУ МЕДИЦИНСКОМУ ОБРАЗОВАНИЮ

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Кафедра глазных болезней

«УТВЕРЖДАЮ»

Начальник главного управления кадров, науки и  
учебных заведений Министерства здравоохранения

Республики Узбекистан

проф. Ш.Э.Атаханов \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2006г.

Методические рекомендации для самостоятельной  
работы студентам медицинских институтов по ОСКЕ  
с применением видео, мультимедийных технологий  
и электронных версий.

Ташкент - 2006

Составитель: Б.Т.Бузруков – к.м.н., асс. С.Х. Назирова – к.м.н., асс.

Кафедры глазных болезней ТМА

Методические рекомендации для самостоятельной  
работы студентов медицинских институтов по ОСКЕ  
с применением видео, мультимедийных технологий  
и электронных версий.

под редакцией проф Ф.А.Бахритдиновой.

Рецензенты : Зам. директора по научной работе РСЦМГ

д.м.н. профессор Каримова М.Х.

Научный руководитель отделений офтальмоонкологии

Научного центра онкологии к.м.н. Исламов З.С.

## ВВЕДЕНИЕ

Воспитание полноценного специалиста за сравнительно короткое время учебы в вузе – задача сверхсложная. В условиях стремительно возрастающего потока информации, новых методов и технологий, которые должно усвоить, перед высшими учебными заведениями встала серьезная проблема: за отпущенные на учебный процесс время максимально научить студента необходимым для врачевания клиническим навыкам с использованием современных стандартов. Клиническая компетенция будущего врача зависит не только от усвоения информации, но и от ее применения. Всемирная федерация медицинского образования предложила применять объективный структурированный клинический экзамен (ОСКЭ) - наиболее оптимально выявляющий степень подготовки студента.

ОСКЭ позволяет оценить не только знания и навыки, но и клиническое мышление, быстрый анализ представленной ситуации и нахождение оптимального способа оказания медицинской помощи – клиническую компетентность.

Методические указания для самостоятельной подготовки к практическим занятиям по офтальмологии составлены в соответствии с современными требованиями подготовки высшей медицинской школы. Краткое содержание ОСКЭ по разделам, позволяющие ВОП ориентироваться в приобретении навыков и умений, необходимых в их практической деятельности.

Для студентов V курса наиболее важно оценить навыки лечения, тактики ведения больного и наблюдения его в динамике. Для студентов выпускного курса, как будущего врача общей практики, наиболее важно оценить навыки клинического мышления, консультирования, умения самостоятельно осмотреть больного на дому или в поликлинике, оказать медицинскую помощь.

Кафедра глазных болезней Ташкентской медицинской Академии является опорной базой по преподаванию офтальмологии в ВУЗах МЗ РУз.

Данные рекомендации являются попыткой унификации обучения студентов по ОСКЕ на кафедре офтальмологии медицинских вузов Узбекистана с применением современных видео, мультимедийных и электронных версий, программ с наглядным пособием.

Основной целью данной методической рекомендации является достижение высоких результатов в усвоении будущими ВОП навыков по офтальмологии при их самостоятельной подготовке.

Для быстрой ориентации по изучаемой теме и зрительного восприятия состояния глаз в норме и при патологии, каждая тема практического занятия иллюстрирована схемами, рисунками, демонстрацией видео фильмов, мультимедиа и электронных версий. Подробное описание методов диагностики, клинических симптомов заболеваний глаз, способов оказания первой врачебной помощи при них, которые даны в настоящем практическом руководстве, преследует цель своевременно и правильно выявить патологию глаза и своевременно помочь больным сохранить зрение.

## Прямая офтальмоскопия

Для более тщательного изучения изменений глазного дна и достижения большого увеличения прибегают к офтальмоскопии в прямом виде. С этой целью используют электрический офтальмоскоп, снабженный собственной осветительной системой. Увеличительным стеклом при этом служат преломляющие среды глаза обследуемого (достигается увеличение в 13-15 раз). Прибор питается от электросети через понижающий трансформатор. Более удобно проводить осмотр при расширенном зрачке. При прямой офтальмоскопии исследователь максимально приближается к глазу больного (на 2-4 см), пока в отверстие офтальмоскопа не станет видно глазное дно. Методика проведения офтальмоскопии см. видео материал №1

## Прямая офтальмоскопия

№	Содержание ответа	Баллы		
		полный ответ	неполный ответ	не ответил
1	Проводится с помощью электрического офтальмоскопа в темной комнате. При необходимости расширяют зрачок закапыванием мидриатиков	2	1	0
2	Нажатием кнопки включают ЭО и проверяют его готовность к работе.	2	1	0
3	Путем вращения накатанного кольца устраняют несоответствие между рефракцией больного и врача	2	1	0
4	Приближают ЭО к глазу исследуемого и направляют пучок света в зрачок	2	1	0
5	Осматривают ДЗН	1	0,5	0
6	Затем исследуется область макулы и периферия сетчатки	1	0,5	0
ВСЕГО		10 баллов		

## **Наружный осмотр глаза при боковом освещении**

Для исследования состояния слизистой оболочки век и переднего отдела глазного яблока (слизистая оболочка глазного яблока, склеры, роговой оболочки, передней камеры, радужной оболочки и зрачка), а также хрусталика используют метод фокального или бокового, освещения. Исследование производят в затемненном помещении, лампу помещают слева и спереди от больного. Врач освещает глазное яблоко пациента, отбрасывая от лампы фокусированный пучок света на отдельные участки его с помощью линзы в 13,0 или 20,0 D. Слизистая оболочка нижнего века становится доступной для осмотра при оттягивании края века книзу, ребенок при этом должен смотреть вверх. При осмотре слизистой оболочки следует обращать внимание на все ее части (хрящевую, область переходной складки и нижней половины глазного яблока). При этом определяют цвет, поверхность (фолликулы, сосочки, полипозные разрастания), подвижность, слизистой просвечивание протоков мейбомиевых желез, наличие отека, инфильтрации, рубцовых изменений, инородных тел, пленок, отделяемого и т.д.. Методика проведения наружного осмотра при боковом освещении см. видео материал №2

## Наружный осмотр глаза при боковом освещении

№	Содержание ответа	Баллы		
		Полный ответ	Неполный ответ	Не ответил
1	Необходимы: настольная лампа, лупа в 13,0 Д	1	0,5	0
2	Лампа должна быть установлена сбоку немного впереди больного, лупа должна находиться между глазом больного и источником света	3	1,5	0
3	Принцип метода заключается в концентрации лучей света у рассматриваемого объекта, что дает возможность четко рассматривать передний отрезок глаза	3	1,5	0
4	Этим методом исследуются кожа и слизистая век, ресницы, слезные точки, конъюнктивы глазного яблока, роговица, лимб, склера, передняя камера, радужка, зрачок и его реакция, хрусталик	3	1,5	0
	<b>ВСЕГО</b>	<b>10 баллов</b>		

## Определение подвижности глазных яблок

В глазнице находится шесть глазодвигательных мышц: верхняя, нижняя, наружная и внутренняя прямые и верхняя и нижняя косые, а также мышца, поднимающая верхнее веко и орбитальная.

Мышцы (кроме нижней косой и орбитальной) берут начало от соединительнотканного кольца, окружающего зрительное отверстие, а нижняя косая — от внутреннего угла глазницы. От лимба мышцы отстоят в среднем на 5,5— 8,0 мм. Верхняя и нижняя косые мышцы прикрепляются к склере в 16 мм от лимба.

Наружная прямая мышца поворачивает глаз кнаружи, внутренняя — кнутри, верхняя прямая осуществляет движения кверху и кнутри, нижняя — книзу и кнутри, верхняя косая — книзу и кнаружи и нижняя косая — кверху и кнаружи. Методика определения подвижности глазных яблок см. видео материал №3

Обращают внимание на положение глазных яблок в орбите. Возможно смещение глаза кпереди (экзофтальм), чаще наблюдаемое при ретробульбарных кровоизлияниях, опухолях (величина выстояния глаза определяется экзофтальмометром). Смещение глазного яблока назад (энофтальм) наблюдается при повреждении костей орбиты, синдроме Горнера. Проверяют объем движений глазного яблока. Для этого обследуемый фиксирует двигающийся во всех направлениях палец врача при неподвижном положении головы. Так выявляют парез отдельных глазодвигательных мышц, обнаруживают нистагм при крайних отведениях глазных яблок, преобладание той или иной группы мышц.

## ЗАДАНИЕ

### Определение подвижности глазных яблок

№	Содержание ответа	Баллы		
		Полный ответ	Неполный ответ	Не ответил
1	Больной сидит напротив врача	2	1	0
2	Больного просят смотреть сначала максимально вправо и, затем влево	2	1	0
3	Больного просят смотреть сначала максимально вверх и, затем вниз	2	1	0
4	Больному проверяется максимальное приведение глазных яблок под контролем какого-либо объекта (например: ручка, офтальмоскоп)	2	1	0
5	Отставание какого-либо глаза при этих движениях говорит о дисбалансе мышечного аппарата этого глаза	2	1	0
	<b>ВСЕГО</b>	<b>10 баллов</b>		

## ЗАДАНИЕ

### Острый приступ глаукомы

№	Содержание ответа	Баллы		
		Полный ответ	Неполный ответ	Не ответил
1	Больной сидит и смотрит на источник света, который находится перед ним (настольная лампа) (этим достигается максимальное сужение зрачка).	1,5	0,75	0
2	Назначается 1% раствор пилокарпина в течении первого часа, инстилляций в глаз по 2 капли каждые 15 минут, затем каждые полчаса (3-4 раза) и каждый час (2-3 раза)	1,5	0,75	0
3	В дальнейшем частоту закапывания глазных капель снижают до 6 раз в сутки	1,5	0,75	0
4	Одновременно назначают диуретики внутрь (диакарб 0,25 × 3 раза в день)	1,5	0,75	0
5	Назначают горячие ножные ванны	1,0	0,5	0
6	При сильных болях в глазу назначают анальгетики (баралгин или анальгин внутримышечно)	1,0	0,5	0
7	Полезно поставить 2-3 пиявки на висок	1,0	0,5	0
8	Если в течение 24 часов приступ не купируется показана антиглаукоматозная операция	1,0	0,5	0
	<b>ВСЕГО</b>	<b>10 баллов</b>		

Симптомы острого приступа глаукомы см. видео материал №4

## **Исследование светоощущения**

В ряде случаев для суждения о состоянии зрительного анализатора необходимо определить функцию светоощущения {способность воспринимать минимальное световое раздражение).

Наиболее часто проверяют светоощущение при глаукоме, пигментном перерождении сетчатки, хориоидитах и других заболеваниях. Исследование заключается в определении у больного порога светового раздражения отдельно для каждого глаза, т. е. минимального светового раздражения, улавливаемого глазом, и наблюдении за изменением этого порога во время пребывания больного в темноте. Порог изменяется в зависимости от степени освещения. Во время пребывания в темноте порог светового раздражения понижается. Этот процесс называется темновой адаптацией.

Адаптометрия обычно производится на адаптометре Белостоцкого – Гофмана. Исследование проводят в темноте после 10-минутного засвета глаз ярким источником света. Порог светового раздражения, как правило, определяют через каждые 5 минут на протяжении 45 минут. При наличии изменений палочкового аппарата сетчатки уровень кривой темновой адаптации может оказаться ниже, чем у здорового ребенка того же возраста, порог раздражения может оставаться долгое время высоким. Для контроля эффективности лечения проводят повторные адаптометрические исследования.

Чувствительность темноадаптированного глаза у детей с возрастом увеличивается. Наиболее высокий уровень кривой темновой адаптации наблюдается у детей 12 – 14 лет, он значительно превышает уровень кривой взрослого человека.

Методика исследования светоощущения см. видео материал №5

## ЗАДАНИЕ

### Исследование светоощущения

№	Содержание ответа	Баллы		
		Полный ответ	Неполный ответ	Не ответил
1	Необходимо: настольная лампа, офтальмоскоп	1,5	0,75	0
2	Исследование проводят для каждого глаза отдельно, закрыв при этом один глаз заслонкой или ладонью	1,5	0,75	0
3	Лампу устанавливают слева и сзади от больного	1,5	0,75	0
4	Свет от лампы с помощью вогнутого зеркала направляют на исследуемый глаз с разных сторон (сверху, снизу, слева, справа)	1,5	0,75	0
5	Если обследуемый видит свет и правильно определяет его направление, то остроту зрения оценивают равной светоощущению с правильной проекцией $(vis = \frac{1}{\infty} \text{ pr l. certa})$	1,5	0,75	0
6	Если глаз обследуемого неправильно определяет проекцию света хотя бы с одной стороны, то такую остроту зрения оценивают как светоощущение с неправильной светопроекцией $(vis = \frac{1}{\infty} \text{ pr l. incerta})$	1,5	0,75	0
7	Если исследуемый не ощущает даже света, то его острота зрения равна нулю ( $vis=0$ )	1,0	0,5	0
	<b>ВСЕГО</b>	<b>10 баллов</b>		

## Определение остроты зрения

Острота зрения — это способность различать отдельно две точки или детали предмета. Для определения остроты зрения служат детские таблицы, таблицы с опто типами Ландольта, помещенные в аппарат Рота. Предварительно ребенку показывают таблицу с картинками на близком расстоянии. Затем проверяют остроту зрения при обоих открытых глазах с расстояния 5 м, а потом, закрывая поочередно то один, то другой глаз заслонкой, исследуют зрение каждого глаза. Показ картинок или знаков начинают с верхних строчек. Детям школьного возраста показ букв в таблице Сивцева и Головина следует начинать с самых нижних строк. Если ребенок видит почти все буквы 10-й строки, за исключением одной — двух, то острота зрения его равна 1,0. Эта строка должна располагаться на уровне глаз сидящего ребенка.

При оценке остроты зрения необходимо помнить о возрастной динамике центрального зрения, поэтому, если ребенок 3—4 лет видит знаки только 5—7-й строки, это не говорит еще о наличии органических изменений в органе зрения. Для исключения их необходимо тщательно осмотреть передний отрезок глаза и определить хотя бы вид рефлекса с глазного дна при узком зрачке.

Если нет помутнений в преломляющих средах глаза и нет даже косвенных признаков, свидетельствующих о патологии глазного дна, то наиболее часто снижение зрения может быть обусловлено аномалиями рефракции. Чтобы подтвердить или исключить и эту причину, необходимо попытаться улучшить зрение с помощью подставления соответствующих стекол перед глазом.

При проверке острота зрения может оказаться ниже 0,1; в таких случаях следует ребенка подводить к таблице (или таблицу подносить к нему), пока он не станет различать буквы или картинки первой строки.

Остроту зрения

следует при этом рассчитывать по формуле Снеллена: где  $V$  — острота зрения;  $d$  — расстояние, с которого обследуемый видит буквы данной строки.  $D$  — расстояние, с которого штрихи букв различаются под углом  $1'$  (т. е. при остроте зрения, равной 1,0).

Если острота зрения выражается сотыми долями единицы, то расчеты по формуле становятся нецелесообразными. В таких случаях необходимо прибегнуть к показу большому пальцев (на темном фоне) , ширина которых приблизительно соответствует штрихам букв первой строчки, и отмечать, с какого расстояния он их считает. При некоторых поражениях органа зрения у ребенка возможна потеря предметного зрения, тогда он не видит даже пальцев, поднесенных к лицу. В этих случаях очень важно определить, сохранилось ли у него хотя бы ощущение света или имеется абсолютная слепота. Проверить это можно, следя за прямой реакцией зрачка на свет. Ребенок более старшего возраста сам может отметить наличие или отсутствие у него светоощущения, если глаз его освещать офтальмоскопом.

Однако установить наличие светоощущения у обследуемого еще недостаточно. Следует узнать, функционируют ли в достаточной мере все отделы сетчатки. Это выясняют, исследуя правильность светопроекции. Наиболее удобно ее проверить у ребенка, поставив позади него лампу и отбрасывая на роговицу глаза из разных точек пространства световой пучок с помощью офтальмоскопа.

Методика определение остроты зрения см. видео материал №6

## ЗАДАНИЕ

### Определение остроты зрения

№	Содержание ответа	Баллы		
		Полный ответ	Неполный ответ	Не ответил
1	Необходимо: аппарат Рота, таблица Сивцева-Головина или таблица с дистанционным управлением (форроптр), указка	1	0,5	0
2	Аппарат Рота с таблицей Сивцева-Головина (форроптр) устанавливается на расстоянии 5 м от обследуемого (10 строчка таблицы должна находиться на уровне глаз обследуемого)	1	0,5	0
3	Исследование проводят для каждого глаза отдельно, закрыв при этом один глаз заслонкой	1	0,5	0
4	Определение остроты зрения начинают с показа опто типов 10 ряда ( $vis=1,0$ ), демонстрируя их в разбивку снизу вверх	1	0,5	0
5	У людей с пониженным зрением допустимо начинать исследование с 1 ряда, показывая сверху вниз	1	0,5	0
6	Остроту зрения оценивают по тому ряду, в котором были правильно названы все знаки (1 ряд = 0,1; 2 ряд = 0,2 и т.д.)	1	0,5	0
7	Если пациент не различает опто типы 1 строки, острота зрения проверяется с помощью показа пальцев кисти и вычисляется по формуле Снеллена $Vis = \frac{d}{D}$ где d – расстояние с которого пациент различает количество пальцев кисти; D= 50 м	2,0	1,0	0
8	При отсутствии предметного зрения, исследуется светоощущение, путем направления света. Светоощущение может быть правильным и неправильным	1	0,5	0
9	При отсутствии светоощущения острота зрения равно «0»	1	0,5	0
	<b>ВСЕГО</b>	<b>10 баллов</b>		

## **Выворот верхнего и нижнего век**

Спереди глазницу прикрывают веки. Свободные края нижнего и верхнего век соединяются друг с другом наружной и внутренней спайкой. Ширина и форма глазной щели варьируют. В норме край нижнего века на 0,5—1,0 мм ниже лимба роговицы, а край верхнего века на 2 мм прикрывает роговицу. Чтобы тщательно осмотреть конъюнктиву верхнего века, необходимо вывернуть его. Для этого просят больного посмотреть вниз и большим пальцем левой руки оттягивают веко кверху так, чтобы ресничный край века отошел от глазного яблока. Большим и указательными пальцами правой руки захватывают его ближе к основанию ресниц и стараются поднять край века кверху, в то время как большим или указательным пальцем левой руки отжимают верхний край хряща книзу. Вывернутое веко удерживают большим пальцем левой руки в таком положении до тех пор, пока не будет закончен осмотр.

Для исследования слизистой оболочки верхнего свода, которая останется невидимой при обычном вывороте, необходимо при вывернутом веке слегка надавить через нижнее веко на глазное яблоко. При этом рыхло связанная с подлежащими тканями верхняя переходная складка выступает в области глазной щели. Для более тщательного осмотра верхнего свода, особенно при подозрении на инородные тела в этом отделе конъюнктивы, производят с помощью веколodъемника двойной выворот.

Методика проведения выворота верхнего и нижнего века см. видео материал №7

## ЗАДАНИЕ

### Выворот верхнего и нижнего век

№	Содержание ответа	Баллы		
		Полный ответ	Неполный ответ	Не ответил
1	Для осмотра нижнего века больного просят посмотреть вверх.	2,0	1,0	0
2	Большим пальцем правой или левой руки оттягивают кожу нижнего века вниз	2,0	1,0	0
3	Для осмотра верхнего века больного просят посмотреть вниз	1,0	0,5	0
4	Большим пальцем правой или левой руки оттягивают кожу века кзади	1,0	0,5	0
5	Большим и указательным пальцем правой руки оттягивают веко книзу и кпереди	1,0	0,5	0
6	Большим пальцем левой руки создают кожную складку	1,0	0,5	0
7	Надавливают на хрящ верхнего века, и правой рукой заводят кверху верхнее веко.	1,0	0,5	0
8	Этим методом можно осмотреть конъюнктиву век, глазного яблока и сводов	1,0	0,5	0
	<b>ВСЕГО</b>	<b>10 баллов</b>		

## **Пальпаторное определение внутриглазного давления**

Это метод измерения внутриглазного давления. Последнее совершенно необходимо во всех случаях, когда возникает мысль о наличии у больного ребенка глаукомы, вторичной гипертензии глаза или его гипотонии, при различных общих и местных заболеваниях.

Ориентировочно давление в глазу прежде всего определяется пальпаторно. Для этого пациент должен смотреть вниз, а исследователь указательными пальцами, помещенными выше уровня хряща, поочередно надавливает через верхнее веко (при взгляде вверх — через нижнее) на глазное яблоко (подобно исследованию флюктуации абсцесса). О давлении судят, сравнивая его величину в одном и другом глазу. Если офтальмотонус в пределах нормы, его обозначают Т N если 28— 35 мм рт. ст.—Т+1 более 36 мм —Т+2; если выявлена гипотония 15—22 мм — Т—1 менее 12 мм рт. ст.— Т—2 . Методика определение внутриглазного давления (пальпаторно) см. видео материал №8

## ЗАДАНИЕ

### Пальпаторное определение внутриглазного давления

№	Содержание ответа	Баллы		
		Полный ответ	Неполный ответ	Не ответил
1	Попросить обследуемого закрыть глаза и смотреть вниз	2	1	0
2	Пальпаторное определение внутриглазного давления осуществляется путем попеременного надавливания на глаз указательными пальцами обеих рук	2	1	0
3	Если пальпаторно отмечается легкая флюктуация то ВГД считается нормальным	2	1	0
4	Если флюктуации нет, то ВГД высокое (от Т+1 до Т+3)	2	1	0
5	Если при пальпации отмечается подвижная флюктуация и пальцы как бы «проваливаются» в глаз, то внутриглазное давление низкое (от Т-1 до Т-3)	2	1	0
	<b>ВСЕГО</b>	<b>10 баллов</b>		

Важной зрительной функцией является цветоощущение. По состоянию цветового зрения можно судить о заболеваниях сетчатки и зрительных путей.

Существуют немые и гласные методы исследования цветоощущения. Для исследования гласным методом используют полихроматические таблицы Рабкина, на цветовом поле которых изображены цифры, составленные из разноцветных кружков. В связи с тем, что цветоаномалы судят о цветовых тонах по их яркости, фон таблиц и цифры на них имеют одинаковую яркость, но различные цветовые оттенки. Поэтому больные с нарушенным цветоощущением не могут правильно назвать нарисованные на таблице знаки. На основании анализа результатов исследования можно дифференцировать один вид нарушения цветоощущения от другого, судить о том, восприятие какого цвета больше страдает у больного — красного (протанопия) или зеленого (дейтеранопия). С помощью специальных таблиц можно разграничить приобретенные нарушения цветового зрения от врожденных.

Исследование цветового чувства с помощью полихроматических таблиц Рабкина проводят следующим образом (см. видео материал №9): исследуемый садится перед окном, а врач - спиной к окну на расстоянии 1 м от пациента и держит таблицы. Показ каждой из них продолжается в течение 5-6 секунд. Немой метод исследования цветового зрения состоит в том, что обследуемому показывают мотки ниток, очень близких по тону, и предлагают разложить их на отдельные группы соответствующего цвета.

Методика определения цветоощущения см. видео материал №9

## ЗАДАНИЕ

### Исследование цветоощущения

№	Содержание ответа	Баллы		
		Полный ответ	Неполный ответ	Не ответил
1	Необходимо: таблицы Рабкина.	2,0	1,0	0
2	Необходимо перед проведением исследования объяснить пациенту правила определения цветоощущения на контрольных таблицах.	1,0	0,5	0
3	Если у пациента правильное цветоощущение, то он правильно называет скрытые в рисунках фигуры и цифры в течение 3 сек.	2,0	1,0	0
4	Если пациент затрудняется или неправильно называет оптоотипы, то по списку в конце книги Рабкина определяют вид и степень аномалии цветоощущения.	2,0	1,0	0
5	Различают такие вида нарушения цветоощущения как протоаномалия, дейтероаномалия, тританомалия в зависимости от восприятия цветового фона.	3,0	1,5	0
	<b>ВСЕГО</b>	<b>10 баллов</b>		

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, ОСКЭ является одним из объективных и эффективных методов оценки клинической компетентности, как студентов, так и магистров. Он позволяет оценить разнообразные клинические навыки, необходимые будущему врачу в дальнейшей практической работе, превращает длительный и утомительный экзамен – в занимательное, разнообразное обучение.

Есть все основания надеяться, что настоящее пособие поможет будущим молодым специалистам – врачам общей практики в их практической деятельности на благо здоровья населения Республики Узбекистан.

Учитывая специфику заболеваний глаз и основное визуальное диагностическое обследование большинство предлагаемых заданий основаны на осмотре рисунков, фотографий и видеофильмов с различными заболеваниями глаз. Несколько заданий могут быть составлены для оценки навыков обследования больного: определение остроты зрения с помощью таблицы Сивцева, определение полей зрения карандашом, обследование глаза и глазного дна офтальмоскопом. Но и при патологии органов зрения не менее важным являются данные истории болезни сбор анамнеза.

Ситуационные задачи предлагаются для оценки навыков сбора анамнеза, осмотра, исследования глаза инструментальными методами, лечения заболеваний глаза.

Данная методическая рекомендация рассмотрена и утверждена на заседании  
Ученого совета ТМА МЗ РУз (протокол № \_\_\_\_\_)