

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
КАФЕДРА ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

КЕЙС – ТЕХНОЛОГИЯ

по учебной теме «Синдром неотложных состояний в офтальмологии»

*(Кейс решает проблему, какова тактика врача общей практики,
при неотложных состояниях в офтальмологии)*

Учебно-методическая рекомендация для студентов

Составители: доцент кафедры глазных болезней ТМА, к.м.н. Янгиева Н.Р., ассистент кафедры глазных болезней ТМА, к.м.н. Туйчибаева Д.М.

Рецензенты: Заместитель директора по науке Специализированного Центра Микрохирургии глаза д.м.н. проф. Каримова М.Х.,
доцент кафедры глазных болезней ТМА, к.м.н. Ахраров А.А.

Рассмотрена и одобрена на учебно-методическом заседании кафедры глазных болезней от « 20 » января 2012г. Протокол №10.

Рассмотрена и одобрена на учебно-методическом заседании ЦМК секции «Хирургия и акушерство-гинекология» ТМА от «23» января 2012г. Протокол №6.

Педагогическая аннотация

Учебный предмет: «Глазные болезни»

Тема: « Неотложные состояния в офтальмологии (боль в глазу)»

Цель данного кейса: углубление и расширение знаний причин развития болевого синдрома. Развитие способности оценки и анализа ситуации при поступлении больных с болью в глазу. Умения и навыков выбора тактики ведения, диагностики, оказания неотложной помощи, своевременной госпитализации в стационар и постстационарной реабилитации с болью в глазу на уровне первичного звена.

Планируемые учебные результаты – по результатам работы с кейсом студенты приобретают навыки:

1. оценки и анализа ситуации и общего состояния больных с болью в глазу;
2. выбора правильного алгоритма действий для постановки диагноза;
3. самостоятельного оказания экстренной помощи при необходимости;
4. направления в стационар для лечения;
5. умения проводить квалифицированную постстационарную реабилитацию.

Для успешного решения данного кейса студент должен знать:

1. круг распространенных заболеваний органа зрения, сопровождающихся болью в глазу;
2. дифференциальную диагностику и определение наиболее вероятных причин возникновения боли в глазу;
3. методы диагностики, составление и обоснование плана обследования на уровне первичного звена;
4. обоснование необходимости госпитализации в стационар и при необходимости дополнительной консультации других специалистов;
5. определение степени необходимости последующего наблюдения (медикаментозного и немедикаментозного лечения).

Данный кейс отражает реальную ситуацию в условиях первичного звена.

Источники информации кейса:

1. Атлас по клинической офтальмологии. Девид Дж. Спелтон, Роджер А. Хитчингс, 2007г., С.723.
2. Глазные болезни для врачей общей практики. Ю.С. Астахов, Г.В. Ангелопуло. О.А. Джалиошвили. Санкт-Петербург – 2001г. С.195.
3. Клиническая офтальмология. Систематизированный подход. Джек Кански. – 2009г., С.931.
4. Национальное руководство по офтальмологии. Москва «Геотар-Медиа» - 2008, С.940.
5. Офтальмологические проявления общих заболеваний. Е.А. Егоров, Т.В. Ставицкая, Е.С. Тугаева, 2009.
6. Рациональная фармакотерапия в офтальмологии. Егоров Е.А. Москва «Литтерра» - 2006, С.954.
7. Современная офтальмология. Даниличев В.Ф. – 2009г, С.684.
8. Терапевтическая офтальмология. М.Л.Краснов, Н.Б. Шульпина. Москва - 1999. С.359.
9. Фармакотерапия глазных болезней. В.И. Морозов, А.А. Яколев. Москва 2009, С.509.
10. Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach. Atlas/ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 y., 372 с.
11. Jack J. Kanski. /Clinical Ophthalmology. A systematic Approach./ “Butterworth Heineman”, Oxford, UK 2005 y., 404 с.
12. Сведения интернета взяты из следующих сайтов:
www.ophtalmology.ru/articles/120_html, www.nedug.ru/ophtalmology/34art_html
www.eyenews.ru/html-67, www.helmholtzeyeinstitute.ru/articles/1.2html
www.eyeworld.com/ophtl.articles/html-89, www.scientific-vision.com/html-ophtl

Характеристика кейса согласно типологическим признакам. Данный кейс относится к категории кабинетный, сюжетный. Он объемный, структурированный. Это кейс-вопрос.

По дидактическим целям кейс тренинговый, стимулирующий мышление в реальной ситуации в условиях СВП и ГВП.

Кейс может быть использован по дисциплинам: Терапия, Офтальмология, Неотложные состояния

I КЕЙС

«Неотложные состояния в офтальмологии. Боль в глазу»

Введение

Боль - универсальное ощущение человеческого организма, возникающее при любой форме угрозы его существованию. Проблема диагностики и последующего лечения заболеваний органа зрения и его придатков, сопровождающихся болью, имеет важное значение, для врачей общей практики, постоянно сталкивающихся с необходимостью установления правильного диагноза, определения дальнейшей тактики введения и лечения больных с такими жалобами.

Что же может скрываться за жалобами на боль и покраснение глаза? Симптомакомплекс, включающий инъекцию глаза и окружающих его тканей, локальную болезненность и разлитую боль, относящихся к придаткам глазного яблока или орбите. В связи с этим врачебная тактика должна быть дифференцирована в зависимости от тяжести заболевания.

Из всего этого следует, что многогранность проблемы более обосновывает необходимость знания причин развития этого симптомакомплекса с помощью методов исследования в условиях СВП и ГВП, своевременное оказание неотложной помощи и госпитализации.

Целью данного кейса является развитие у студента способности анализа ситуации при поступлении больных с болью в глазу. Умения и навыка выбора тактики ведения, диагностики, оказания неотложной помощи, своевременной госпитализации в стационар и постстационарной реабилитации с болью в глазу на уровне первичного звена.

Решение предполагаемого кейса позволит студентам достичь следующих **учебных результатов:**

- ✓ развить способности оценки и анализа ситуации при поступлении больных с болью в глазу;
- ✓ отработать умение выбора правильного алгоритма действий для постановки диагноза;
- ✓ освоить навыки необходимой диагностики и оказания экстренной помощи;
- ✓ овладеть навыками самостоятельного принятия решения в данной ситуации (лечение или направление в стационар для дальнейшего ведения);
- ✓ уметь проводить квалифицированную постстационарную реабилитацию.

Ситуация:

В СВП на приём к ВОП обратились родители мальчика 12 лет. Выяснилось, что ребенок остался без присмотра, днем смотрел на работу электросварщика, а ночью появились постепенно усиливающиеся рези в глазах, сильное слёзотечение, резчайшая светобоязнь, блефароспазм. Мальчик говорит, что у него ощущение «полные глаза песка».

Мальчик родился здоровым, 2-й ребенок в семье. Рос и развивался здоровым ребенком. Материально- бытовые условия удовлетворительные. Среди перенесенных заболеваний грипп, ОРВИ. Наследственность не отягощена. Аллергические реакции на медицинские препараты и пищевые продукты не отмечали.

Объективно: ОУ- Блефароспазм, светобоязнь, слезотечение. Конъюнктивит, веки, своды отечны. Роговица отёчна. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Зрачки

равновеликие, реакция сохранена. Глазное дно не просматривается за счёт отёчной роговицы.

Данные проведенных инструментальных обследований

1. Физикальные методы исследования		
1	Сбор жалоб и анамнеза	В анамнезе, миопия высокой степени. Поддерживающее лечение последние годы не получал. Жалобы на внезапную потерю зрения правого глаза после поднятия тяжести
2	Обследование методом бокового освещения	ОУ: Конъюнктивит век, свода отечна. Роговица отечна. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Зрачки равновеликие, реакция сохранена.
3	Обследование методом проходящих лучей	ОУ: Наличие красного рефлекса с глазного дна.
4	Биомикроскопия переднего отрезка глазного яблока	ОУ: Конъюнктивит век, свода отечна. Роговица отечна. В передних слоях мелкие пузыревидные вздутия эпителия. Передняя камера средней глубины, влага прозрачная. Зрачки равновеликие, диаметр 3,5 мм, реакция на свет сохранена.
5	Офтальмоскопия	ОУ: не офтальмоскопируется за счёт отёка роговой оболочки
2. Функциональные методы исследования		
5.	Исследование остроты зрения с коррекцией	ОУ: 0,7 (0,8)
6	Субъективный метод определения рефракции	ОУ: не корригирует
7	Определение полей зрения периметром	ОУ: границы полей зрения на белый цвет (в градусах): верх – 50 , низ - 60, назальная сторона - 50, темпоральная сторона - 90, верхне –внутренняя сторона - 50, верхне – наружная сторона - 70, нижне – наружная сторона - 90, нижне – внутренняя сторона- 50.
8.	Пальпаторное исследование внутриглазного давления	ОУ: T=N
9.	ЭКГ	Синусовый ритм, ЧСС 80 уд в мин.

Дополнительная информация к ситуационной задаче

Показатели, полученные в доврачебном кабинете		
1	Температура тела	36,6
2	АД	100/70
3	Пульс	78 уд.в мин

Данные проведенные общеклинических обследований

1	Общий анализ крови	Гемоглобин -132 г/л Эритроциты 4-5х10 ¹² /л Лейкоциты -4,7 х12 ⁹ /л
---	--------------------	---

		<i>Палочкоядерные-1%</i> <i>Сегментоядерные-56%</i> <i>Эозинофилы-1%</i> <i>Базофилы(-)</i> <i>Моноциты-4%</i> <i>СОЭ -9 мм/час</i>
2	Общий анализ мочи	Количество- 130 мл Цвет-св-жёлтый Относительная плотность -1013 Прозрачность –прозрачная Реакция –кислая Белок-следы Желчные пигменты-отрицательный Эпителий 1-2-3 в поле зрения Лейкоциты 2-3-4 в поле зрения

Вопросы и задания

1. Назовите заболевания органа зрения, сопровождающиеся с болью в глазу?
2. Какое исследование необходимо и возможно провести в данной ситуации в условиях СВП, ЦРБ?
3. Каков ваш диагноз и обоснуйте его?
4. Необходима ли госпитализация, если да, то в стационар какого профиля?
5. Какие методы лечения и профилактики вы знаете?

Задание: На основе жалоб, общего состояния, объективного осмотра больного следует поставить предварительный диагноз, провести необходимые методы диагностики, принять обоснованное решение для дальнейшего ведения больного с болью в глазу.

Учебно-методический материал

Термические и химические ожоги глаза и его придатков

Частота ожогов среди общего числа травм органа зрения варьирует от 7 до 30%, по данным различных авторов. Ожоги глаза и его придатков условно разделяют на химические, термические, термохимические и лучевые в зависимости от поражающего агента.

Термические ожоги возникают в результате воздействия пламени, горячей воды, пара, горячего шлака, расплавленного металла. Повреждающие воздействия на роговицу оказывает вода, подогретая до 45°, а при 80° повреждается не только роговица, но и глубже лежащие среды. При термическом ожоге повреждается эпителий, нарушаются обменные процессы во всех тканях.

К химическим ожогам относятся ожоги щелочью и кислотой. Ожоги кислотой поражают кожу, конъюнктиву, роговицу. Разрушение клеток при ожоге концентрированной кислотой происходит мгновенно. Вызывается коагуляционный некроз, благодаря этому кислота не проникает вглубь лежащие слои ткани. Щелочи, омыляя жиры и жироподобные вещества клеточных мембран, проникают в клетку, приводят к растворению белков и распространяются вглубь ткани. Возникает колликвационный некроз. На долю щелочных ожогов приходится 2,5%. При распаде белковых молекул возникают вещества, обладающие выраженной токсичностью.

Особенностью ожогового поражения является прогрессирование процесса и после прекращения воздействия повреждающего фактора. Это связано с нарушением метаболизма в тканях глаза, образования токсичных продуктов и возникновением

иммунологического конфликта вследствие аутоинтоксикации и аутосенсibilизации продуктами распада в послеожоговом периоде.

Для послеожогового периода характерна склонность к рецидивированию воспалительного процесса в сосудистой оболочке в различные сроки, в том числе и отдаленные. Характерна склонность к образованию синехий, спаек, развитию массивной патологической васкуляризации роговицы и конъюнктивы.

Четыре стадии ожогового процесса:

I стадия (до 2 сут.) – стремительное развитие некроза пораженных тканей, их гипергидратация, набухание соединительнотканых элементов роговицы, перераспределение кислых мукополисахаридов.

II стадия (2-18 сут.) – выраженные трофические расстройства вследствие фибриноидного набухания.

III стадия (до 2-3 мес.) – выраженная гипоксия тканей – избыточная васкуляризация роговицы, конъюнктивы.

IV стадия (от нескольких месяцев до нескольких лет) – стадия рубцевания с повышенным образованием коллагеновых белков за счет повышения их синтеза.

Тяжесть ожога

Различают 4 степени тяжести ожога органа зрения (по Пучковской Н.А.):

I степень (легкий): Гиперемия кожи век, гиперемия конъюнктивы, лимба. Эрозия легкий отек роговицы. Нормальное внутриглазное давление. Нет изменений глубоких сред.

II степень (средней степени): Образование пузырей на коже век. Ишемия, отек, поверхностные пленки на конъюнктиве. Кратковременная ишемия, гиперемия лимба. Помутнение передних слоев роговицы («матовое стекло»). Нормальное внутриглазное давление, гиперемия радужки.

III степень (тяжелый): Некроз кожи III степени, либо поражение IV степени менее $\frac{1}{2}$ поверхности века. Некроз более $\frac{1}{2}$ поверхности конъюнктивы глазного яблока. Поражение склеры не более $\frac{1}{2}$ глазного яблока. Резкая ишемия сосудов лимба не более $\frac{1}{2}$ окружности. Глубокое помутнение роговицы – интенсивное «матовое стекло», либо «фарфоровая роговица» не более $\frac{1}{2}$ площади. Дефект ткани роговицы (несквозной) занимает не более $\frac{1}{2}$ площади роговицы. Возможна кратковременное повышение внутриглазного давления или гипотония. Выраженный иридоциклит, экссудат заполняет не больше $\frac{1}{2}$ камеры.

IV степень (особо тяжелый): Некроз кожи и подлежащих тканей на площади более $\frac{1}{2}$ века. Некроз конъюнктивы на площади более $\frac{1}{2}$ века и глазного яблока. Поражение склеры более $\frac{1}{2}$ глазного яблока. Полная ишемия и тромбоз сосудов лимба. «Фарфоровая» роговица занимает более $\frac{1}{2}$ ее площади; глубокий дефект ткани роговицы (истончение) на площади более $\frac{1}{3}$ роговицы. Стойкое повышение внутриглазного давления. Выраженный пластический иридоциклит, экссудат заполняет более $\frac{1}{2}$ камеры. Помутнение хрусталика.

Основные симптомы

Общие признаки ожогов глаза:

- прогрессирующий характер после прекращения воздействия повреждающего агента;
- склонность к рецидивированию воспалительного процесса в сосудистой оболочке в различные сроки после получения ожога;
- тенденция к образованию синехий, спаек, развитие массивной патологической васкуляризации роговицы и конъюнктивы.

Первая доврачебная, а так же врачебная помощь детям с ожогами глаз состоит в удалении ожогового вещества из структур глаза и длительном промывании конъюнктивального мешка проточной водой. Вслед за этим целесообразны инстилляцией растворов анестетиков, а так же сульфаниламидов и антибиотиков. Обязательно введение масляных веществ (витамин А в масляном растворе, подсолнечное масло). Если

достоверно известно, какое вещество попало в глаз, врач может применить одно из нейтрализующих средств.

Первая доврачебная и врачебная помощь при ожогах, как придатков, так и самого глазного яблока заключается в немедленном удалении вызвавшего его вещества и длительном (10-15 мин) промывании обожженных век и конъюнктивального мешка. Затем веки смазывают и закладывают за них масляные растворы. После оказания первой помощи больной с ожогом должен быть срочно доставлен в офтальмологическую клинику. В стационаре в любом случае показаны мазевые аппликации на участки ожогов, а также форсированные инстилляций растворов антибиотиков, сульфаниламидов, витаминов, димексида и анестетиков. Нередко показаны субконъюнктивальные или парабульбарные инъекции аутокрови.

Исход ожога 1 степени - выздоровление. После ожога 2 степени могут остаться нежные рубцы без ограничения функций, после ожога 3 степени - выраженные рубцы и нарушения функций, 4 степени - резкие косметические и функциональные нарушения.

Как правило, при ожогах глаз, так же при ранениях или тупых травмах с нарушением целостности тканей, показано введение столбнячного анатоксина. Можно наложить легкую марлевую асептическую масляную (антибиотиковая, сульфаниламидная, витаминная мазь) монокулярную повязку. Специализированная офтальмологическая помощь состоит в форсированных инстилляциях противовоспалительных, антибактериальных, регенераторных и рассасывающих средств (димексид, амидопирин, антибиотики, сульфацил-натрий, хинин, этилморфин, облепиховое масло и др.) и ежечасных инстилляциях анестетиков (новокаин, пиромекаин, тримекаин). Исходы ожогов глаз I и II степени благоприятные. После ожогов III и IV степени остаются рубцовые изменения, которые нередко требуют пластических операций. Детей с последствиями ожогов III и IV степени включают в группу профилактики глазной патологии и длительно активно диспансерно наблюдают вплоть до реабилитации.

Электроофтальмия

Особого внимания заслуживают изменения органа зрения, вызванные воздействием различных видов лучистой энергии (инфракрасные, ультрафиолетовые, ультразвуковые, рентгеновские лучи).

Ультрафиолетовое облучение вызывает в основном так называемую электроофтальмию, что бывает при электросварке. Если при этом глаза не были защищены, ультрафиолетовые лучи, образующие в процессе электросварки, попадают в передний отдел глаза и вызывают воспалительные явления, которые развиваются после скрытого периода, продолжающего 4-10ч. Поэтому нередко больные обращаются за помощью к окулисту в ночное время. Симптомами электроофтальмии, являются светобоязнь, слезотечение, гиперемия конъюнктивы. Роговица при этом прозрачная, блестящая, но иногда наблюдаются мелкие пузыревидные вздутия эпителия.

Лечение заключается в инстилляциях 0,25-0,5% раствора дикаина, 2% раствора новокаина и рыбьего жира или вазелинового масла, а также 30% раствора сульфацил-натрия, 0,25% раствора левомицетина для предотвращения вторичной инфекции. Пребывание пострадавшего в затемненном помещении или использование светозащитных очков. Холодные примочки на веки.

II. Методические указания для студентов

2.1 Проблема:

Выбор тактики ведения и определение необходимости госпитализации больных при болях в глазу в условиях СВП и ГВП.

2.2. Подпроблема

1. Анализ внешнего вида
2. Анализ анамнеза и предварительных событий, являющихся этиологическим фактором в развитие болевого синдрома
3. Анализ осмотра
4. Выбор необходимых методов диагностики
5. Соотнести полученные результаты и провести дифференциальную диагностику
6. Прийти к определенному решению проблем в условиях СВП и ГВП

2.3. Алгоритм решения

1. Анализ внешнего вида включает в себя следующее исследование
 - осмотр лица и кожи век
 - осмотр глазного яблока
2. Анализ анамнеза
 - семейно-социальный анамнез
 - офтальмологический статус
 - длительность и характер болей
3. Анализ осмотра
 - наружный осмотр глаза
 - визиометрия
 - биомикроскопия
 - осмотр боковым освещением
 - осмотр проходящими лучами
 - офтальмоскопия
4. Выбор необходимых методов лабораторной диагностики
 - ОАК, ОАМ
 - б/х крови
5. Соотнести полученные результаты и провести дифференциальную диагностику с
 - глазной патологией
 - терапевтической
 - хирургической
6. Прийти к определенному решению проблем в условиях СВП и ГВП
 - лечение при необходимости
 - экстренная госпитализация
 - оказание неотложной помощи

Инструкция к самостоятельной работе по анализу и решению практической ситуации

Лист анализа ситуации

Этапы работы	Рекомендации и советы
1. Ознакомление с кейсом	Сначала ознакомьтесь с кейсом • Читая, не пытайтесь сразу анализировать ситуацию
2. Ознакомление с заданной ситуацией	Еще раз прочитайте информацию, выделите абзацы, которые показались вам важными. Постарайтесь охарактеризовать ситуацию. Определите что в ней важно, а что второстепенно.
2. Выявление, формулирование и обоснование ключевой проблемы и подпроблем	Проблема: Выбор тактики ведения и определение необходимости госпитализации больных при болях в глазу в условиях СВП и ГВП.
4. Диагностика анализа ситуации	При анализе ситуации ответьте на следующие вопросы: • Какой круг распространенных заболеваний органа зрения, сопровождаются болью в глазу?

	- С какими нозологиями нужно провести дифференциальную диагностику и определить наиболее вероятные причины возникновения боли в глазу. - Какие методы диагностики необходимо применить, составьте и обоснуйте план обследования на уровне СВП и ЦРБ. - Какие дополнительные консультации узких специалистов необходимы для постановки окончательного диагноза? - Определите степень необходимости последующего наблюдения (медикаментозного и немедикаментозного лечения)
5. Выбор и обоснование способов и средств решения проблемы	Перечислите все возможные способы решения данной проблемы в данной ситуации
6. Разработка и разрешения проблемной ситуации	Поставьте диагноз, решите проблему в условиях ГВП и СВП

Таблица оценки индивидуальной работы с кейсом

Участники	Критерии и показатели оценки				
	Анализ текущей ситуации макс. 1,0	Обоснование проблемы макс. 0,5	Выбор способов и средств решения проблемы макс. 0,5	Детальная разработка мер по реализации решения макс. 0,5	Общий балл макс. 2,5
1.					
2.					
№.					

2,0-2,5 балла – отлично; 1,5-2,0 балла – хорошо

1,0-1,5 балла – удовлетворительно

Менее 1,0 балла – неудовлетворительно.

Система оценки вариантов группового решения проблемы.

- Каждая группа получает два оценочных балла. Она может отдать их сразу все одному варианту решения или разделить на две (1:1, 0,5:1,5 и т.д.), не включая оценку собственного варианта решения.
- Все полученные баллы по каждому варианту складываются. Побеждает решение, набравшее наибольшее количество баллов. В спорных случаях можно провести голосование.

Таблица оценки вариантов группового решения проблемы, балл

Группа	Альтернативные варианты решения проблемы			
	1	2	3	№
1				
2				
№				
Сумма				

Оценка презентации предлагаемого решения

Группа	Полнота и ясность презентации (1-20)	Наглядность представления презентацией (1-20)	Массовость и активность членов группы (1-20)	Оригинальность предлагаемых решений (1-20)	Приемлимость к законодательным нормам (1-20)	Общая сумма набранных баллов (макс. 100)
1						
2						
№						

III. ВАРИАНТ РЕШЕНИЯ КЕЙСА ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ - КЕЙСОЛОГОМ

- Назовите заболевания органа зрения, сопровождающиеся болью в глазу?
 - Заболевания роговицы (воспалительные, дистрофические, травмы, ожоги)
 - Иридоциклиты
 - Острый приступ глаукомы
 - Ячмень
 - Абсцесс века
 - Дакриоцистит
 - Дакриоаденит
- Какое исследование необходимо и возможно провести в данной ситуации в условиях СВП, ЦРБ?

В условиях СВП необходимо провести:

 - Сбор жалоб и анамнеза
 - Метод бокового освещения
 - Метод проходящего света
 - Офтальмоскопия
 - Определение остроты зрения
 - Ориентировочное определение поля зрения
 - Пальпаторное определение внутриглазного давления
 - Измерение АД
 - ЭКГ
 - Лабораторные исследования (коагулограмма, уровень глюкозы в крови)

В условиях ЦРБ, дополнительно можно провести

 - Биомикроскопия переднего отрезка глаза
 - Рефрактометрию
 - Тонометрия, тонография
 - Определение поля зрения периметром
- Каков ваш диагноз и обоснуйте его?

ОУ: Электроофтальмия
- Необходима ли госпитализация, если да, то в стационар какого профиля?

Лечение данного заболевания возможно в амбулаторных условиях.
- Какие методы лечения и профилактики вы знаете?

Обезболивающее, противоотечное, эпителизирующее

Первичная профилактика: использование защитных очков и щитков при работе с электросваркой.

Вторичная профилактика: профилактика вторичной инфекции и осложнений – кератиты, язвы.

Третичная профилактика: лечение осложнений.

IV КЕЙС – ТЕХНОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ НА СЕМИНАРЕ

4.1 Модель технологии обучения

Тема	Боль в глазу
Количество часов –2 часа	Количество обучающихся: 9-10 человек
Форма учебного занятия	Семинар по расширению и углублению знаний, отработке умений тактике ведения больных с болью в глазу.
План семинара	3. Введение в учебное занятие 4. Актуализация знаний 5. Работа с кейсом в мини – группах 6. Презентации результатов 7. Обсуждение, оценка и выбор лучшего варианта стратегий 8. Заключение. Оценка деятельности групп и студентов, степени достижения цели учебного занятия
Цель учебного занятия: Углубления знаний по тактике ведения больных с болевым синдромом. Развитие способности оценки, анализа ситуации, выбора тактики ведения, диагностике, оказанию неотложной помощи, своевременной госпитализации в стационар и постстационарной реабилитации больных с болью в глазу на уровне первичного звена.	
Задачи преподавателя: • закрепить и углубить знания по оценке и анализу ситуаций и общее состояние больных с болью в глазу; • выработать умение выбора правильного алгоритма действий для постановки диагноза; • выработать навыки по оказанию экстренной помощи; • развить навыки самостоятельного принятия решения при ведении больных с болью в глазу в условиях СВП и ГВП.	Результаты учебной деятельности: • оценивают и анализируют ситуацию и общее состояние больных с болью в глазу; • выбирают алгоритм действий для постановки диагноза; • развивают навык самостоятельного принятия решения при ведении больных с болью в глазу в условиях СВП и ГВП; • вырабатывают алгоритм действий оказания экстренной помощи при необходимости.
Методы обучения	Кейс-стадии, дискуссия, практический метод
Средства обучения	Кейс, методические указания
Форма обучения	Индивидуальная, фронтальная, работа в группах
Условия обучения	Аудитория с техническим оснащением, приспособленная для работы в группах
Мониторинг и оценка	Наблюдение, блиц опрос, презентация, оценка

Технологическая карта учебного занятия, основанного на кейсе.

Этап и содержание работы	Деятельность	
	Преподавателя	Студентов
Подготовительный этап	Разъясняет назначение кейс - стадии и его влияние на развитие профессиональных знаний. Раздает материалы кейса и знакомит с алгоритмом анализа ситуации (см. Методические указания для студентов). Дает задание самостоятельно провести анализ и занести результаты в «Лист анализа ситуации»	Слушают Самостоятельно изучают содержание кейса и индивидуально заполняют лист анализа ситуации.
I этап. Введение в учебное занятие (10-15 мин)	1.1. Называют тему занятия, план, его цель, задачи и планируемый результат учебной деятельности. 1.2. Знакомит с режимом работы на занятии и критериями оценки результатов	Слушают Ведут соответствующие записи
II этап основной 60 мин	2.1. Обосновывает постановку проблемы и выбор ситуации – актуальность. Проводит блиц-опрос с целью активизирования знаний обучающихся по теме: Почему возникает боль? • Перечислите причины возникновения боли в глазу у больных с различной глазной патологией? • Какие осложнения возможны при несвоевременной диагностике боли? 2.2. Делит студентов на группы. Напоминает содержание и задачи кейса. Знакомит (напоминает) с правилами работы в группе и правилами дискуссии. 2.3. Дает задание, уточняет правильность восприятия задания: • с какими нозологиями нужно провести дифференциальную диагностику и определить наиболее вероятные причины возникновения боли глазу; • методы диагностики, применяемые в условиях СВП и ГВП; • тактика ведения и лечения больных с болью в глазу; 2.4. Координирует, консультирует, направляет учебную деятельность. Оценивает результаты индивидуальной работы: «Листы анализа ситуации». 2.5. Организует презентации по итогам проделанной работы по решению кейса, обсуждение. Организатор дискуссии: задает вопросы, реплики, напоминает теоретический материал. 2.6. Органайзер - алгоритм действий ВОП в данной ситуации. 2.7. Сообщает свой вариант решения кейса	Отвечают на вопросы, обсуждают, задают уточняющие вопросы. Делятся на группы Обсуждают, проводят совместный анализ индивидуальной проблемы, определяют важнейшие аспекты ситуации, основные проблемы и способы их решения, оформляют результаты решения. Представляют варианты решения проблемы 10-15 мин. Вопросы после окончания презентации, выбирают оптимальный вариант. Разрабатывают единую систему, дискуссия.
III Подведение итогов занятия, анализ и оценка 20 мин	3.1. Обобщает результаты учебной деятельности, объявляет оценки индивидуальной и совместной работы. Анализирует и оценивает группу, отмечает положительные и отрицательные моменты. 3.2. Подчеркивает значение кейс - стадии и его влияние на развитие будущего специалиста	Слушают. Могут провести самооценку и взаимооценку Высказывают свое мнение