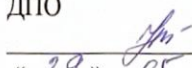


Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра дефектологии, русского языка и социальной работы

СОГЛАСОВАНО

Руководитель направления
подготовки
31.05.02 «Педиатрия»
 /Л.Я. Климов/
« 29 » 05 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой офтальмологии с курсом
ДПО
 /Н.Л. Черденченко/
« 29 » 05 2025 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

Наименование дисциплины	Педиатрия
Направление подготовки	31.05.02 «Офтальмология»
Направленность (профиль)	Медицинская и организационно-управленческая деятельность врача- лечебника
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2025

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
ОПК-4	Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза
ОПК-7	Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности
ПК-3	Организовывает и реализует мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья детей, обеспечивает контроль эффективности проведения профилактической работы

2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
ОПК-4	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
ОПК-7	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
ПК-3	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	30 с эталоном ответов
Всего		150 заданий

3. Банк заданий по оценки уровня формирования компетенций

№ п/п	Наименование компетенций	Задание	Верный вариант
1	ОПК-4	<p>Соответствие метода диагностики исследуемому параметру</p> <p>1. Педиатрический авторефрактометр (PlusOptix)</p> <p>2. Синоптофор</p> <p>3. Электрофизиологический комплекс (ЭФИ)</p> <p>4. Ретинальная педиатрическая камера (RetCam)</p> <p>5. Топограф роговицы (кератотопограф)</p> <p>А. Состояние светопроводящих путей и функциональная активность коры головного мозга (зрительные вызванные потенциалы)</p> <p>Б. Объективная рефракция, диаметр зрачков, симметричность роговичного рефлекса (скрининг косоглазия) у детей с 1-2 месяцев</p> <p>В. Фузионные резервы, наличие бинокулярного зрения, угол косоглазия</p> <p>Г. Состояние слезной пленки, время ее разрыва, оценка мейбомиевых желез</p> <p>Д. Детальная визуализация структур глазного дна (сетчатка, диск зрительного нерва) у недоношенных и детей раннего возраста</p> <p>Е. Кривизна роговицы, выявление кератоконуса, пахиметрия (толщина)</p>	<p>1 - Б</p> <p>2 - В</p> <p>3 - А</p> <p>4 - Д</p> <p>5 - Е</p>
2	ОПК-4	<p>Соответствие этапа лечения косоглазия применяемому методу</p> <p>Варианты слева:</p>	<p>1 - В</p> <p>2 - Г</p> <p>3 - Д</p> <p>4 - А</p> <p>5 - Б</p>

		<p>1. Плеоптический этап (лечение амблиопии)</p> <p>2. Ортоптический этап (восстановление бинокулярных функций)</p> <p>3. Диплоптический этап</p> <p>4. Хирургическая коррекция</p> <p>5. Оптическая коррекция (базовый этап)</p> <p>А. Хирургическое вмешательство на глазодвигательных мышцах</p> <p>Б. Назначение очков или контактных линз на фоне циклоплегии</p> <p>В. Лазерстимуляция, макулостимулятор, «Амблиокор», окклюзия (заклейка) лучше видящего глаза</p> <p>Г. Тренировки на синоптофоре, направленные на развитие фузии (слияния изображений)</p> <p>Д. Использование призмных компенсаторов и упражнений для естественного двоения для закрепления стереозрения.</p>	
3	ОПК-4	<p>Соответствие прибора нормативному оснащению детской поликлиники</p> <p>1. Щелевая лампа (биомикроскоп)</p> <p>2. Пневмотонометр (или аналог Icare)</p> <p>3. Диоптриметр</p> <p>4. Периметр (компьютерный или проекционный)</p> <p>5. Акомодограф / Акомодотренер</p> <p>А. Измерение внутриглазного</p>	<p>1 - Б</p> <p>2 - А</p> <p>3 - Д</p> <p>4 - В</p> <p>5 - Г</p>

		<p>давления бесконтактным методом у детей старшего возраста</p> <p>Б. Осмотр переднего отрезка глаза, оценка конъюнктивы, роговицы, хрусталика</p> <p>В. Исследование полей зрения для выявления выпадений (скотом)</p> <p>Г. Оценка функционального состояния цилиарной мышцы (выявление спазма аккомодации)</p> <p>Д. Проверка оптической силы готовых очков и контактных линз</p>	
4	ОПК-4	<p>Соответствие метода визуализации типу патологии</p> <p>1. Ультразвуковое А-сканирование (эхобиометрия)</p> <p>2. Ультразвуковое В-сканирование (В-скан)</p> <p>3. Кератотопография</p> <p>4. Офтальмоскопия с фундус-камерой</p> <p>5. Биомикроскопия</p> <p>А. Ребенок с помутнением роговицы, подозрение на кератоконус</p> <p>Б. Недоношенный ребенок с высоким риском ретинопатии для оценки состояния сетчатки при невозможности прямой офтальмоскопии</p> <p>В. Ребенок с травмой глаза, подозрение на внутриглазное инородное тело или отслойку сетчатки при помутнении оптических сред</p> <p>Г. Ребенок 5 лет с жалобами на сильную светобоязнь, боль в глазу (подозрение на увеит)</p> <p>Д. Предоперационный расчет оптической силы интраокулярной линзы (ИОЛ) при врожденной катаракте</p>	<p>1 - Д</p> <p>2 - В</p> <p>3 - А</p> <p>4 - Б</p> <p>5 - Г</p>

5	ОПК-4	<p>Соответствие физиологического состояния глаза методу его диагностики (Скрининг новорожденных)</p> <p>Варианты слева:</p> <p>Осмотр в условиях медикаментозного мидриаза (расширенного зрачка) Скиаскопия (теневая проба) с цилиоплегией Офтальмоскопия (прямая и обратная) Проба Веста (канальцевая проба) Наружный осмотр и определение фиксации взора</p> <p>Варианты справа:</p> <p>А. Оценка прозрачности хрусталика и стекловидного тела, исключение ретинобластомы и патологии сетчатки на периферии Б. Оценка проходимости носослезного протока В. Объективное определение рефракции (выявление гиперметропии, миопии, астигматизма) у детей, не способных к вербальному контакту Г. Оценка состояния зрачков (фотореакции), исключение врожденной катаракты и грубой патологии переднего отрезка Д. Исключение ретинопатии недоношенных, врожденной глаукомы (диск зрительного нерва), хориоретинитов</p>	<p>1 - Д 2 - В 3 - А 4 - Б 5 - Г</p>
6	ОПК-4	<p>Последовательность осмотра глазного дна у новорожденного (ретинопатия недоношенных)</p> <p>Инструкция: Установите правильную последовательность действий врача-офтальмолога при проведении скрининга на ретинопатию недоношенных (РН) с использованием педиатрической ретинальной камеры (RetCam).</p>	<p>Б, В, Г, Д, А</p>

		<p>Варианты ответа:</p> <p>А. Интерпретация полученных изображений и описание состояния сетчатки (диск, макула, периферия, сосуды).</p> <p>Б. Закапывание мидриатиков (кратковременно расширяющих зрачок) согласно протоколу за 30-40 минут до исследования.</p> <p>В. Фиксация головы ребенка и установка векорасширителя.</p> <p>Г. Нанесение стерильного геля на контактную линзу камеры.</p> <p>Д. Проведение покадровой съемки центральных и периферических отделов сетчатки (верхний, нижний, височный, носовой сегменты).</p>	
7	ОПК-4	<p>Последовательность подбора очков ребенку с гиперметропией</p> <p>Инструкция: Установите правильную последовательность этапов подбора очковой коррекции ребенку дошкольного возраста с гиперметропией (дальнозоркостью) средней степени.</p> <p>Варианты ответа:</p> <p>А. Субъективная проверка (если позволяет возраст) подобранной коррекции по таблицам.</p> <p>Б. Закапывание циклоплегических капель (например, атропина или циклопентолата) курсом согласно инструкции для полного выключения аккомодации.</p> <p>В. Проведение скиаскопии (теневого пробы) или авторефрактометрии на фоне достигнутой циклоплегии.</p> <p>Г. Выписка рецепта и назначение срока ношения очков.</p> <p>Д. Расчет допустимой коррекции с учетом возраста и физиологического тонуса аккомодации после окончания</p>	Б, В, Д, А, Г

		действия циклоплегии (в узкий зрачок).	
8	ОПК-4	<p>Последовательность действий при проведении биомикроскопии (осмотр на щелевой лампе)</p> <p>Инструкция: Установите правильную последовательность осмотра структур глаза ребенка при проведении биомикроскопии.</p> <p>Варианты ответа: А. Осмотр хрусталика (оценка прозрачности, формы, положения). Б. Фиксация головы ребенка в подставке (или ручная фиксация для младшего возраста). В. Осмотр роговицы и конъюнктивы (оценка целостности, прозрачности, сосудов). Г. Оценка состояния стекловидного тела и глубже лежащих структур (при возможности). Д. Настройка освещения (перевод в щелевое, фокальная подсветка) и фокусировка на глазу пациента.</p>	Б, Д, В, А, Г
9	ОПК-4	<p>Последовательность лечения обтурационного дакриоцистита новорожденных</p> <p>Инструкция: Установите правильную последовательность лечебных мероприятий при врожденном дакриоцистите (непроходимости носослезного протока) у ребенка 2 месяцев.</p> <p>Варианты ответа: А. Массаж области слезного мешка (вертикальные толчкообразные движения). Б. Зондирование носослезного канала (при неэффективности массажа). В. Инстиллянии (закапывание) антибактериальных капель, назначенных врачом.</p>	Д, А, В, Б, Г

		<p>Г. Промывание слезных путей для контроля проходимости после зондирования.</p> <p>Д. Туалет глаза (удаление гнойного отделяемого) перед закапыванием капель.</p>	
10	ОПК-4	<p>Последовательность действий при бесконтактной тонометрии у ребенка</p> <p>Инструкция: Установите правильную последовательность этапов измерения внутриглазного давления (ВГД) бесконтактным методом (пневмотонометром) у ребенка школьного возраста.</p> <p>Варианты ответа:</p> <p>А. Фиксация взгляда ребенка на метке внутри прибора (светящейся точке).</p> <p>Б. Интерпретация результата: среднее значение из трех измерений.</p> <p>В. Усаживание ребенка перед тонометром, успокаивающая беседа и объяснение, что будет "щелчок" воздуха.</p> <p>Г. Нажатие кнопки пуска для подачи струи воздуха и снятие показаний.</p> <p>Д. Совмещение роговицы глаза с прицельной меткой на экране прибора.</p>	В, А, Д, Г, Б
11	ОПК-4	<p>Задача на интерпретацию данных рефрактометрии</p> <p>Условие: На профилактическом осмотре в детском саду ребенку 4 лет проведен скрининг с помощью авторефрактометра (PlusOptix). Результаты: сферозквивалент (S) на правый глаз (OD) составил +5.75 дптр, на левый глаз (OS) +1.0 дптр. Ребенок активен, жалоб не</p>	<p>Заподозренная патология: У ребенка выявляется гиперметропия (дальнозоркость) высокой степени на правый глаз. Разница в рефракции между глазами более 2.5 дптр (анизометропия) является высоким риском развития обскурационной амблиопии (или анизометропической амблиопии), так как мозг "подавляет" более расплывчатое изображение с правого глаза.</p> <p>Необходимое медицинское изделие / метод: Для подтверждения</p>

		<p>предъявляет. Воспитатели отмечают, что на занятиях он часто трет глаза и низко наклоняется над рисунками.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Какая патология заподозрена у ребенка? О чем свидетельствует разница в рефракции более 2.5 дптр?</p> <p>Какое медицинское изделие (метод) необходимо применить следующим этапом для подтверждения диагноза и подбора коррекции с учетом возраста ребенка?</p> <p>Опишите алгоритм дальнейших действий врача (тактика ведения).</p>	<p>диагноза и точного подбора коррекции у ребенка 4 лет необходимо провести скиаскопию (теневую пробу) или авторефрактометрию в условиях медикаментозной циклоплегии. Оптимально использование капель циклопентолата (или атропина по показаниям) для полного выключения аккомодации и получения истинной (статической) рефракции.</p> <p>Алгоритм действий:</p> <p>Проведение циклоплегии (закапывание капель согласно инструкции, ожидание 30-40 минут). Объективное определение рефракции (скиаскопия или авторефрактометрия) на фоне расширенного зрачка.</p> <p>Расчет очковой коррекции: назначается полная коррекция гиперметропии (или с минимальным запасом, но с учетом риска амблиопии).</p> <p>Выписка рефракционных очков для постоянного ношения.</p> <p>Назначение плеоптического лечения (окклюзия лучше видящего левого глаза для "включения" в работу правого глаза), если диагноз амблиопии подтвердится при контроле остроты зрения.</p>
12	ОПК-4	<p>Условие:</p> <p>На приеме у офтальмолога в поликлинике мама с ребенком в возрасте 3 недели. Жалобы на постоянное слезотечение и периодическое появление гноя в углу правого глаза с 10-го дня жизни. При осмотре: веки правого глаза слегка отечны, при надавливании на область слезного мешка (у внутреннего угла глаза) из слезных точек выделяется слизисто-гнойное содержимое. Конъюнктива глазного яблока</p>	<p>Предварительный диагноз: Врожденный дакриоцистит правого глаза (непроходимость носослезного протока).</p> <p>Обоснование: клиника слезотечения и гноетечения с первых дней жизни, характерное выделение гноя из слезных точек при надавливании.</p> <p>Медицинское изделие: Для уточнения диагноза используется канальцевый зонд (или конический зонд) и раствор флуоресцеина (проба Веста). Врач проводит канальцевую пробу (цветослезную пробу Веста): закапывает в глаз 1-2 капли колларгола или флуоресцеина и</p>

		<p>гиперемирована незначительно. Ребенок родился в срок, здоров.</p> <p>Вопросы:</p> <p>Поставьте предварительный клинический диагноз. Какое медицинское изделие (инструмент) должен использовать врач для уточнения диагноза и определения уровня непроходимости? Составьте план лечения и опишите алгоритм применения медицинского изделия/метода на первом этапе.</p>	<p>наблюдает за временем появления красителя в носовом проходе (с помощью ватной турунды в нижнем носовом ходу). Для оценки проходимости может быть использовано и промывание слезных путей (шприц с канюлей).</p> <p>План лечения и алгоритм:</p> <p>Первый этап — консервативное лечение, которое мама проводит дома:</p> <p>а) Туалет глаза: удаление отделяемого ватным диском, смоченным в антисептическом растворе (от наружного угла к внутреннему).</p> <p>б) Массаж слезного мешка: врач обучает маму технике. Алгоритм массажа: указательным пальцем (подушечкой) в области проекции слезного мешка (у внутреннего угла глаза) производятся толчкообразные, вибрирующие движения сверху вниз (от брови к крылу носа) 5-10 раз, после чего удаляется выдавленное отделяемое. Массаж проводится перед каждым кормлением, но не менее 5-6 раз в день.</p> <p>в) Инстилляции каплей: после массажа закапываются назначенные врачом антибактериальные капли (например, с тобрамицином или левомицетином).</p> <p>Срок консервативного лечения — до 2-3 месяцев. При отсутствии эффекта показано зондирование носослезного канала.</p>
13	ОПК-4	<p>Условие:</p> <p>В приемный покой доставлен подросток 14 лет с жалобами на резкую боль в левом глазу, светобоязнь и снижение зрения после того, как во время школьного опыта по химии ему в глаз попала капля концентрированной щелочи. Со слов сопровождающего учителя, глаз промывали водой из бутылки в течение 2 минут.</p>	<p>Неотложная помощь (медицинское изделие): В первую очередь необходимо использовать систему для продолжительной ирригации (промывания) конъюнктивальной полости (например, специальный флакон с изотоническим раствором или систему Рингера, подключенную через катетер).</p> <p>Алгоритм: Несмотря на уже проведенное промывание, оно было недостаточным (всего 2 минуты). При щелочном ожоге промывание</p>

		<p>Вопросы:</p> <p>Какое медицинское изделие (система) должно быть использовано в приемном покое для оказания неотложной помощи в первую очередь? Каков алгоритм его применения при данной патологии?</p> <p>Какое диагностическое медицинское изделие необходимо применить после промывания для оценки степени повреждения роговицы?</p> <p>Назовите метод инструментальной диагностики для оценки внутриглазного давления у данного пациента в остром периоде, учитывая, что применение тонометра Маклакова (грузика) может быть травматично.</p>	<p>должно быть длительным (не менее 20-30 минут) и обильным. В приемном покое необходимо:</p> <p>Провести анестезию (закапать местный анестетик, например, инокаин).</p> <p>Установить векорасширитель (чтобы промывная жидкость омывала все своды).</p> <p>Продолжить промывание физиологическим раствором или раствором Рингера (не менее 10-15 литров) до нормализации рН конъюнктивальной полости (контроль лакмусовой бумажкой).</p> <p>Диагностика повреждения роговицы: После промывания необходимо закапать раствор флуоресцеина натрия и провести осмотр на щелевой лампе (биомикроскопию). Это позволит оценить площадь и глубину дефекта эпителия роговицы (эрозии), прозрачность стромы и состояние передней камеры.</p> <p>Оценка внутриглазного давления: В остром периоде ожога наиболее безопасно использовать бесконтактный пневмотонометр. Это исключит риск дополнительного травмирования поврежденной роговицы. Повышение ВГД может свидетельствовать о развитии ранней посттравматической глаукомы.</p>
14	ОПК-4	<p>Условие:</p> <p>На приеме у офтальмолога мальчик 5 лет. Жалобы на отклонение правого глаза к носу, которое родители заметили около года назад. В последние месяцы отклонение стало более частым, иногда постоянным. Ребенок не прищуривается. Острота зрения без коррекции: Vis OD = 0,4; Vis OS = 0,9. Ребенок направлен на углубленное обследование для решения вопроса о лечении.</p>	<p>Тип косоглазия: У ребенка наблюдается сходящееся содружественное косоглазие (правый глаз косит к носу).</p> <p>Для подтверждения содружественного характера необходимо провести исследование подвижности глазных яблок. При содружественном косоглазии объем движений глаз (в стороны, вверх, вниз) будет сохранен в полном объеме. При паралитическом косоглазии будет ограничение подвижности в сторону</p>

		<p>Вопросы:</p> <p>Какой тип косоглазия можно предположить (сходящееся/расходящееся, содружественное/паралитическое)?</p> <p>Какое исследование необходимо провести для подтверждения содружественного характера косоглазия?</p> <p>С помощью какого медицинского прибора (аппарата) можно объективно измерить угол косоглазия?</p> <p>Назовите прибор, с помощью которого исследуют способность глаз к слиянию изображений (фузии), и опишите, какую информацию он дает для планирования лечения.</p>	<p>пораженной мышцы. Также содружественный характер подтверждается сохранением угла косоглазия при взгляде в разные стороны (но для этого нужно его измерить).</p> <p>Измерение угла косоглазия:</p> <p>Основной прибор — синоптофор. Это основной диагностический и лечебный аппарат при косоглазии. Он позволяет разделить поля зрения и измерить объективный и субъективный углы косоглазия в градусах.</p> <p>Альтернативно (для скрининга или ориентировочно) можно использовать метод Гиршберга (осмотр с офтальмоскопом), но точное измерение дает именно синоптофор.</p> <p>Исследование фузии: Прибор для исследования фузионных резервов — синоптофор (или цветотест на синоптофоре).</p> <p>Информация для планирования лечения: Синоптофор позволяет определить наличие или отсутствие бинокулярного зрения, а главное — фузионные резервы (способность сливать два изображения в одно и преодолевать призмennую нагрузку). Если фузионные резервы положительные (даже малые), это благоприятный прогностический признак и показание для проведения ортоптических упражнений. Если фузии нет, то сначала необходимо хирургическое выравнивание глаз, а затем ортоптика.</p>
15	ОПК-4	<p>Условие:</p> <p>К врачу-офтальмологу детской поликлиники обратилась мама с мальчиком 8 лет. Ребенок жаловался на чувство "песка" и резь в правом глазу после игры в песочнице. При осмотре (биомикроскопии) на роговице правого глаза обнаружена</p>	<p>Интерпретация пробы с флуоресцеином: Положительная проба (окрашивание) свидетельствует о нарушении целостности эпителия роговицы — наличии эрозии. Вокруг инородного тела всегда есть зона поврежденного эпителия. Это подтверждает, что</p>

		<p>поверхностно расположенная темная точка. Проведена проба с флуоресцеином: зона окрашивания вокруг точки.</p> <p>Вопросы:</p> <p>О чем свидетельствует положительная проба с флуоресцеином? Какое медицинское изделие (инструмент) необходимо применить для удаления инородного тела, и каков алгоритм его удаления в условиях процедурного кабинета? После удаления инородного тела остается раневая поверхность роговицы (эрозия). Какое медицинское изделие можно использовать для защиты роговицы и ускорения заживления? Назовите лекарственную форму и принцип действия.</p>	<p>инородное тело находится поверхностно (в эпителии или передних слоях стромы) и не проникло сквозь всю толщу роговицы.</p> <p>Инструмент и алгоритм удаления:</p> <p>Медицинское изделие: Для удаления поверхностного инородного тела используется копье для снятия инородных тел (или инъекционная игла 23-25G, надетая на шприц, или специальный желобоватый долотцо).</p> <p>Алгоритм:</p> <p>а) Инстилляционная анестезия (закапать 0,4% раствор инокаина/алкокаина) 2-3 раза с интервалом 1 минута. б) Ребенок усаживается за щелевую лампу (или используется налобная лупа для лучшей визуализации). в) Врач одной рукой фиксирует веки (или просит ассистента), второй рукой под контролем зрения (через оптику щелевой лампы) аккуратно подводит копье и удаляет инородное тело движением снизу вверх или в сторону. г) Повторная инстилляция флуоресцеина для контроля полноты удаления (частицы красителя могут оставаться в ране, если инородное тело удалено не полностью).</p> <p>Средство для заживления: После удаления для защиты обнаженных нервных окончаний и ускорения эпителизации применяются лечебные контактные линзы (мягкие, силикон-гидрогелевые) или лекарственные препараты в виде геля/капель (кератокорректоры).</p> <p><i>Вариант А (линза):</i> Надевается мягкая контактная линза (бандажная) на несколько дней до полной эпителизации. Она защищает роговицу от мигательного рефлекса и уменьшает боль.</p> <p><i>Вариант Б (гель):</i> Назначаются капли или гели, содержащие декспантенол (Корнерегель) или</p>
--	--	---	--

			актовегин/солкосерил (глазной гель). Они создают защитную пленку и стимулируют регенерацию. В обоих случаях дополнительно назначаются антибактериальные капли для профилактики вторичной инфекции.
16	ОПК-4	<p>В соответствии с Приказом Минздрава РФ от 09.10.2025 № 614н, медицинская помощь детям по профилю "офтальмология" оказывается в следующих видах:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Первичная специализированная медико-санитарная помощь 2.Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь 3.Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь 4.Все вышеперечисленное 5.Только плановая помощь 	4
17	ОПК-4	<p>К первой группе медицинских организаций, оказывающих помощь детям по профилю "офтальмология", согласно новому Порядку (Приказ № 614н), относятся организации, имеющие в своей структуре:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Детское офтальмологическое отделение с круглосуточным стационаром 2.Детский офтальмологический кабинет 3.Отделение реанимации и интенсивной терапии 4.Кабинет магнитно-резонансной томографии 5.Лабораторию 3 уровня 	2
18	ОПК-4	<p>Форма медицинской помощи, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни, называется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Неотложная 2.Плановая 3.Экстренная 	3

		4.Паллиативная 5.Восстановительная	
19	ОПК-4	<p>Неотложная медицинская помощь в объеме первичного осмотра детям с офтальмологической патологией может быть оказана:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Только врачом-офтальмологом 2.Врачом-педиатром, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики 3.Исключительно в условиях стационара 4.Только после направления из онкологического диспансера 5.Только фельдшером скорой помощи 	2
20	ОПК-4	<p>При подозрении на злокачественное новообразование глаза, его придаточного аппарата и орбиты врач-офтальмолог обязан организовать консультацию (консилиум) с медицинской организацией третьей А или третьей Б группы в срок, не превышающий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.24 часа 2.3 рабочих дней 3.5 рабочих дней 4.10 рабочих дней 5.14 рабочих дней 	3
21	ОПК-4	<p>Для скринингового обследования детей раннего возраста (с 1-2 месяцев) с целью выявления косоглазия, определения объективной рефракции и диаметра зрачков используется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Скиаскопия 2.Педиатрический авторефрактометр (PlusOptix) 3.Офтальмоскоп прямой 4.Тонометр Маклакова 5.Периметр 	2
22	ОПК-4	<p>Для детальной визуализации структур глазного дна у недоношенных детей и детей раннего возраста (скрининг ретинопатии недоношенных) применяется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Щелевая лампа 2.Ретинальная педиатрическая 	2

		камера (RetCam) 3.Офтальмоскоп непрямой бинокулярный 4.Кератотопограф 5.Диоптриметр	
23	ОПК-4	Метод предпочтительного взора (preferential looking test), используемый для оценки остроты зрения у детей раннего возраста, реализован в тесте: 1.Орловой 2.Сивцева 3.Cardiff Cards 4.Головина 5.Ландольта	3
24	ОПК-4	Для оценки фузионных резервов, наличия бинокулярного зрения и измерения угла косоглазия используется: 1.Авторефрактометр 2.Синоптофор 3.Периметр 4.Тонограф 5.Офтальмометр	2
25	ОПК-4	Тест для оценки стереозрения, использующий специальные очки (визор) для диссоциации полей зрения: 1.Тест Лэнг 2.Тест Титус 3.Тест TNO 4.Тест Рандот 5.Цветотест	3
26	ОПК-4	Для измерения внутриглазного давления у детей при повреждении роговицы (ожог, эрозия) наиболее безопасно использовать: 1.Тонометр Маклакова 2.Тонометр Гольдмана 3.Бесконтактный пневмотонометр 4.Пальпаторный метод 5.Тонограф	3
27	ОПК-4	Для оценки состояния слезной пленки, времени ее разрыва и оценки мейбомиевых желез используется: 1.Кератотопограф 2.Биомикроскоп с функцией тиаскопии 3.Офтальмоскоп 4.Периметр 5.Рефрактометр	2

28	ОПК-4	<p>При подозрении на кератоконус у ребенка наиболее информативным методом диагностики является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Авторефрактометрия 2. Кератотопография 3. Офтальмоскопия 4. Тонометрия 5. Визометрия 	2
29	ОПК-4	<p>Для оценки функционального состояния цилиарной мышцы (выявление спазма аккомодации) у детей школьного возраста используется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Аккомодограф / Аккомодотренер 2. Периметр 3. Офтальмодинамометр 4. Экзофтальмометр 5. Гониоскоп 	1
30	ОПК-4	<p>Для предоперационного расчета оптической силы интраокулярной линзы (ИОЛ) при врожденной катаракте применяется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ультразвуковое А-сканирование (эхобиометрия) 2. Ультразвуковое В-сканирование 3. Оптическая когерентная томография 4. Флюоресцентная ангиография 5. Электроретинография 	1
31	ОПК-4	<p>При содружественном косоглазии исследование подвижности глазных яблок выявляет:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ограничение подвижности в сторону пораженной мышцы 2. Сохранение полного объема движений 3. Нистагм при крайних отведениях 4. Парадоксальные движения 5. Отсутствие движений 	2
32	ОПК-4	<p>Для выявления анизометропической амблиопии наиболее информативным признаком является:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Разница в остроте зрения между глазами 2. Разница в рефракции между глазами более 2,5 дптр 3. Наличие косоглазия 4. Жалобы на двоение 5. Положительная проба с флуоресцеином 	2

33	ОПК-4	<p>При лечении амблиопии на плеоптическом этапе используется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Тренировки на синоптофоре 2.Хирургическое вмешательство на мышцах 3.Окклюзия лучше видящего глаза 4.Призменная коррекция 5.Назначение бифокальных очков 	3
34	ОПК-4	<p>Согласно клиническим рекомендациям, перед началом окклюзионной терапии при амблиопии необходимо:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Немедленно назначить окклюзию 2.Назначить полную рефракционную коррекцию и носить ее 8-12 недель 3.Провести хирургическое лечение косоглазия 4.Назначить плеоптические упражнения на аппаратах 5.Провести курс медикаментозной терапии 	2
35	ОПК-4	<p>Для выявления микротропии (микрокосоглазия) используется тест:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.4-х призменный тест (4Δ base-out test) 2.Проба Веста 3.Тест Ширмера 4.Проба Норна 5.Тест с флуоресцеином 	1
36	ОПК-4	<p>У детей с аккомодационным сходящимся косоглазием для выявления всей (латентной) гиперметропии обязательно применение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Циклоплегии 2.Мидриаза без циклоплегии 3.Местных анестетиков 4.Миотиков 5.Адреномиметиков 	1
37	ОПК-4	<p>При анизометропии для улучшения комплаенса (приверженности лечению) при назначении очковой коррекции рекомендуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Назначать полную коррекцию с сохранением межочулярной разницы 2.Уравнивать рефракцию обоих глаз 	1

		<p>3. Назначать неполную коррекцию на оба глаза</p> <p>4. Назначать монотерапию без коррекции</p> <p>5. Использовать только контактные линзы</p>	
38	ОПК-4	<p>При химическом ожоге глаза щелочью минимальная продолжительность промывания конъюнктивальной полости должна составлять:</p> <p>1. 2-3 минуты</p> <p>2. 5-10 минут</p> <p>3. 20-30 минут</p> <p>4. 60 минут</p> <p>5. 2 часа</p>	3
39	ОПК-4	<p>Для оценки повреждения эпителия роговицы после удаления инородного тела применяется:</p> <p>1. Проба с флуоресцеином натрия</p> <p>2. Проба Ширмера</p> <p>3. Тест Норна</p> <p>4. Проба Веста</p> <p>5. Цветослезная проба</p>	1
40	ОПК-4	<p>Для удаления поверхностно расположенного инородного тела роговицы используется инструмент:</p> <p>1. Пинцет хирургический</p> <p>2. Копье для снятия инородных тел (или инъекционная игла)</p> <p>3. Шпатель</p> <p>4. Векорасширитель</p> <p>5. Зонд канальцевый</p>	2
41	ОПК-4	<p>После удаления инородного тела роговицы для защиты обнаженных нервных окончаний и ускорения эпителизации применяется:</p> <p>1. Мазь с антибиотиком</p> <p>2. Лечебная контактная линза</p> <p>3. Сухая стерильная повязка</p> <p>4. Глазные ванночки</p> <p>5. Примочки с чаем</p>	2
42	ОПК-4	<p>При врожденном дакриоцистите у новорожденных (непроходимость носослезного протока) методом первого выбора является:</p> <p>1. Зондирование носослезного канала</p> <p>2. Массаж области слезного мешка</p> <p>3. Промывание слезных путей</p> <p>4. Буждирование канальцев</p>	2

		5. Хирургическое вмешательство (дакриоцистириностомия)	
43	ОПК-4	Проба Веста (канальцевая проба) применяется для оценки: 1. Проходимости носослезного протока 2. Слезопродукции 3. Стабильности слезной пленки 4. Чувствительности роговицы 5. Цветощущения	1
44	ОПК-4	У пациентов с синдромом Дауна наиболее часто встречается следующее заболевание глаз: 1. Катаракта 2. Кератоконус 3. Ретинопатия 4. Меланоз 5. Аниридия	2
45	ОПК-4	У пациентов с синдромом Дауна частым офтальмологическим проявлением является: 1. Косоглазие 2. Глаукома 3. Колобома 4. Анизокория 5. Гемералопия	1
46	ОПК-4	Для диагностики повреждений эпителия роговицы (эрозий, язв) используется инстиляция раствора специального красителя с последующим осмотром на щелевой лампе. Напишите название этого красителя.	Флуоресцеин (допускается: флуоресцеин натрия)
47	ОПК-4	Для оценки функционального состояния цилиарной мышцы и выявления спазма аккомодации у детей школьного возраста используется специальный диагностический прибор. Напишите его название.	Аккомодограф (допускается: аккомодотренер)
48	ОПК-4	Для объективного определения рефракции у детей, не способных к вербальному контакту (до 3-4 лет), применяется метод теневой пробы. Напишите его медицинское название.	Скиаскопия (допускается: теневая проба, скиаскопия с циклоплегией)
49	ОПК-4	Для оценки проходимости носослезного протока у новорожденных с подозрением на врожденный дакриоцистит применяется цветовая проба. Напишите ее название (по автору).	Проба Веста (допускается: канальцевая проба, цветослезная проба Веста)

50	ОПК-4	Для оценки стереозрения у детей используется тест, в котором пациент в специальных очках должен определить, какое из изображений (обычно муха, круги, животные) "выпрыгивает" из книги. Напишите название этого теста.	Тест Титус (допускается: Titmus test, тест с мухой, стереотест)
51	ОПК-7	<p>Соответствие между заболеванием глаз у детей и группой препаратов для лечения</p> <p>Заболевание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Врожденная глаукома (повышение ВГД) 2. Бактериальный конъюнктивит новорожденного 3. Герпетический кератит у ребенка 4. Аллергический конъюнктивит (поллиноз) 5. Амблиопия ("ленивый глаз") у дошкольника <p>Препарат/Группа препаратов:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Антибактериальные капли (Тобрекс, Вигамокс) Б. Противовирусные мази (Ацикловир) В. Гипотензивные капли (ингибиторы карбоангидразы - бринзоламид) Г. Стабилизаторы мембран тучных клеток (кромоглициевая кислота) Д. Гели для увлажнения (слезозаменители) Е. Окклюзия (заклеивание) парного глаза 	1-В, 2-А, 3-Б, 4-Г, 5-Е.
52	ОПК-7	<p>Соответствие между способом введения препарата и целью его применения в детской практике</p> <p>Способ введения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Инстилляций капель в конъюнктивальный мешок 2. Закладывание мази за веко 3. Субконъюнктивальная инъекция 4. Системный прием (per os) <p>Цель применения:</p> <ol style="list-style-type: none"> А. Создание депо антибиотика в парабульбарной клетке при тяжелом эндофтальмите 	1-Б, 2-В, 3-А, 4-Г, 5-Д.

		<p>4. Синдром "рикошета" при отмене</p> <p>5. Стероидная глаукома/катаракта</p>	<p>Г. Кортикостероиды (дексаметазон)</p> <p>Д. Деконгестанты (сосудосуживающие)</p> <p>Е. Слезозаменители</p>	
55	ОПК-7	<p>Соответствие между клиническим признаком и действием врача (контроль безопасности)</p> <p>Клинический признак/жалоба</p> <p>1. Ребенок жалуется на жжение после капель</p> <p>2. Усиление гиперемии и гноя на 3-й день лечения</p> <p>3. Появление сыпи на коже вокруг глаз</p> <p>4. Ребенок стал хуже видеть вдаль на фоне закапывания атропина</p> <p>5. Отсутствие эффекта от антибиотика через 3 дня</p>	<p>Действие врача</p> <p>А. Срочная отмена антибиотика забор посева</p> <p>Б. Замена препарата на комбинированный (антибиотик)</p> <p>В. Отмена препарата, назначение противоаллергического препарата</p> <p>Г. Объяснить, что это мидриаз и циклоплегия (норма), провести атропина</p> <p>Д. Проверка чувствительности, смена препарата</p> <p>Е. Увеличение дозы антибиотика</p>	1-В, 2-А, 3-В, 4-Г, 5-Д.
56	ОПК-7	<p>Последовательность неотложной помощи при химическом ожоге глаз у ребенка</p> <p><i>Установите правильную последовательность действий.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Закапывание антибактериальных капель и закладывание мази. 2. Немедленное и обильное промывание конъюнктивальной полости водой (физиологическим раствором). 3. Удаление видимых частиц химического агента (если есть). 4. Транспортировка в стационар или вызов скорой помощи. 5. Инстилляционная анестезия (например, инкаина) для уменьшения боли и блефароспазма. 		2, 3, 5, 1, 4.
57	ОПК-7	<p>Последовательность лечения ребенка с бактериальным конъюнктивитом</p> <p><i>Установите правильную последовательность действий врача и родителей.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Туалет глаз (удаление гнойного отделяемого) от наружного угла к внутреннему. 2. Ожидание эффекта в течение 2-3 дней, при отсутствии - смена препарата. 		4, 1, 3, 2, 5.

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Инстилляции назначенного антибактериального препарата (например, Тобрекс). 4. Осмотр врача, взятие мазка (при необходимости) и назначение лечения. 5. Контрольный осмотр для оценки эффективности и решения вопроса о продлении/отмене терапии. 	
58	ОПК-7	<p>Последовательность плеоптического лечения амблиопии ("ленивый глаз") у дошкольника</p> <p><i>Установите правильную последовательность этапов лечения.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проверка остроты зрения вдаль и вблизи с коррекцией. 2. Назначение окклюзии (заклеивания) лучше видящего глаза на определенное время. 3. Подбор оптимальной очковой коррекции (после циклоплегии). 4. Закрепление результата, тренировка бинокулярного зрения (диплоптика). 5. Контроль остроты зрения амблиопичного глаза каждые 2-4 недели. 	3, 1, 2, 5, 4.
59	ОПК-7	<p>Последовательность диагностики и лечения врожденной глаукомы</p> <p><i>Установите правильную последовательность действий врача.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проведение тонометрии (в наркозе или седации) и гониоскопии. 2. Назначение гипотензивных капель (ингибиторы карбоангидразы). 3. Выявление клинических признаков (слезотечение, светобоязнь, увеличение роговицы - "бычий глаз"). 4. Хирургическое лечение (гониотомия или трабекулэктомия) при неэффективности капель. 5. Осмотр роговицы (измерение диаметра, оценка прозрачности). 	3, 5, 1, 2, 4.
60	ОПК-7	<p>Последовательность контроля эффективности и безопасности при лечении увеита у ребенка (системная терапия)</p> <p><i>Установите правильную последовательность мониторинга.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Контроль офтальмологических показателей (ВГД, состояние сетчатки). 2. Оценка динамики воспаления (уменьшение клеток во влаге, преципитатов). 3. Анализ крови (общий, глюкоза) и контроль АД перед началом терапии. 4. Информирование родителей о возможных побочных эффектах и получение согласия. 5. Еженедельный контроль анализов крови и АД на фоне приема системных стероидов. 	4, 3, 2, 1, 5.
61	ОПК-7	<p>Ситуационная задача (Конъюнктивит новорожденного)</p> <p>Ребенку 3 дня. На 2-й день жизни появились отек век и обильное гнойное отделяемое из обоих глаз. При оттягивании века отделяемое вытекает струей. Ребенок родился от матери с хронической урогенитальной инфекцией (хламидиоз).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: Хламидийный конъюнктивит новорожденного (бленнорея новорожденных с хламидийной этиологией). 2. Местное лечение: Эритромициновая мазь 5-10 тыс. ЕД/г 4 раза в день (или азитромицин в каплях). 3. Системное лечение: Эритромицин внутрь (или азитромицин) в течение 14 дней, так как хламидийная инфекция часто генерализованная (поражение носоглотки, легких).

		<p>Вопрос: Поставьте предварительный диагноз. Назначьте этиотропное лечение (препарат, форма, кратность). Какое системное лечение требуется данному новорожденному и почему?</p>	
62	ОПК-7	<p>Ситуационная задача (Дакриоцистит новорожденного)</p> <p>Родители обратились с ребенком 3 месяцев. С рождения периодически "закисает" левый глаз, слезотечение. При надавливании на область слезного мешка выделяется слизисто-гнойное отделяемое.</p> <p>Вопрос: Сформулируйте диагноз. Опишите тактику лечения: какие консервативные мероприятия необходимо проводить родителям? В каком возрасте и при каком условии показано хирургическое вмешательство (зондирование)?</p>	<ol style="list-style-type: none"> Диагноз: Дакриоцистит новорожденного (врожденный) левого глаза. Консервативное лечение: Массаж области слезного мешка (10-15 движений 5-6 раз в день), инстилляций антибактериальных капель (например, тобрамицин) после массажа. Хирургическое лечение: Зондирование носослезного протока показано при отсутствии эффекта от массажа в возрасте 3-6 месяцев.
63	ОПК-7	<p>Ситуационная задача (Контроль безопасности лечения)</p> <p>Ребенку 7 лет с диагнозом "острый передний увеит" назначен преднизолон внутрь в дозе 1 мг/кг/сутки сроком на 3 недели.</p> <p>Вопрос: Какие два офтальмологических осложнения наиболее вероятны при системной стероидной терапии? Перечислите три обязательных метода контроля безопасности, которые должны проводиться на фоне лечения.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Осложнения: Стероидная катаракта (заднекапсулярная), стероидная глаукома (повышение ВГД). Методы контроля: <ul style="list-style-type: none"> Еженедельное измерение внутриглазного давления (тонометрия). Осмотр хрусталика с расширенным зрачком (биомикроскопия). Контроль общего состояния: уровень глюкозы крови, АД, стул (скрытые кровотечения).
64	ОПК-7	<p>Ситуационная задача (Амблиопия)</p> <p>Ребенок 4 лет. При осмотре: Vis OD = 1,0, Vis OS = 0,2 с коррекцией сферой +3,0 (после циклоплегии выявлена гиперметропия OS +4,0). Рефракция OU: гиперметропия. Диагноз: гиперметропия средней степени OD, высокой степени OS, дисбинокулярная амблиопия OS.</p> <p>Вопрос: Назначьте лечение. Как долго нужно носить очки до начала окклюзии? Опишите схему окклюзии (прямой окклюзии) и частоту контроля остроты зрения.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Лечение: Очки для постоянного ношения (полная коррекция по скиаскопии). Окклюзия (заклеивание) правого глаза. Срок адаптации: 2-4 недели для привыкания к очкам. Схема окклюзии: Прямая окклюзия (закрывают лучше видящий глаз) в соотношении: например, 4-6 часов в день. Контроль остроты зрения каждые 2-4 недели для оценки эффективности и профилактики окклюзионной амблиопии парного глаза.
65	ОПК-7	<p>Ситуационная задача (Миопия у школьника)</p> <p>Ребенок 12 лет за год потерял 1,5 диоптрии: сейчас Vis OU = 0,3, сфера -2,5 = 1,0. Прогрессирующая миопия. Родители просят назначить "капли для лечения близорукости".</p> <p>Вопрос: Какая группа препаратов (мидриатиков/миотиков) используется для замедления прогрессирования миопии и каков механизм их действия? Какое немедикаментозное лечение (2 метода) вы</p>	<ol style="list-style-type: none"> Препарат: Мидриатики (атропин или его аналоги в низких концентрациях - 0,01%). Механизм: расслабление accommodation и уменьшение периферического дефокуса. Немедикаментозное лечение: Ортокератологические линзы (ночные), специальные очки с перифокальными/бифокальными линзами, гимнастика для глаз. Контроль: Не реже 1 раза в 6 месяцев (рефрактометрия в условиях циклоплегии, измерение передне-задней оси глаза).

		порекомендуете дополнительно? Как часто необходимо контролировать рефракцию?	
66	ОПК-7	Назовите антибактериальный препарат из группы аминогликозидов (в каплях), разрешенный для применения у новорожденных.	Тобрамицин (Тобрекс).
67	ОПК-7	При подозрении на врожденную глаукому у ребенка 2 месяцев (слезотечение, светобоязнь, увеличение роговицы), какой метод исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?	Тонометрия (измерение ВГД) под наркозом или в условиях медикаментозного сна.
68	ОПК-7	Через какой минимальный срок оценивают эффективность назначенной гипотензивной терапии у ребенка с врожденной глаукомой?	Через 2-4 недели.
69	ОПК-7	Какое опасное системное осложнение (реакция) может возникнуть у ребенка при использовании атропина для циклоплегии?	Атропиновая интоксикация (гиперемия кожи, сухость во рту, тахикардия, возбуждение, гипертермия).
70	ОПК-7	С какого возраста и на какой срок назначают окклюзию (заклеивание глаза) при лечении амблиопии у детей?	С 1-2 лет (после очковой коррекции) на несколько часов в день, начиная с 1-2 часов до 6-8 часов в зависимости от возраста.
71	ОПК-7	Препарат выбора при бактериальном конъюнктивите у новорожденного: А) Ацикловир В) Тобрамицин С) Олопатадин D) Дексаметазон	В
72	ОПК-7	При хламидийном конъюнктивите новорожденного обязательно назначается: А) Местные антибиотики + системные антибиотики В) Только системные кортикостероиды С) Только промывание фурацилином D) Противовирусные мази	А
73	ОПК-7	ВОПРОС: Основной метод лечения дакриоцистита новорожденного в возрасте 1 месяц: А) Зондирование В) Массаж + антибактериальные капли	В

		С) Дакриоцистириностомия D) Промывание через нижний каналец однократно	
74	ОПК-7	С какого возраста обычно проводят зондирование носослезного протока при неэффективности массажа? A) С рождения B) С 3-6 месяцев C) С 2 лет D) С 7 лет	B
75	ОПК-7	Для аллергического конъюнктивита у ребенка препаратом выбора является: A) Тобрамицин B) Олопатадин C) Атропин D) Тимолол	B
76	ОПК-7	При герпетическом кератите у ребенка назначают: A) Ацикловир (местно и системно) B) Дексаметазон (в виде монотерапии) C) Тобрамицин D) Левомецетин	A
77	ОПК-7	С какой целью при увеите назначают мидриатики (атропин)? A) Снижение ВГД B) Профилактика задних синехий C) Антибактериальное действие D) Обезболивание	B
78	ОПК-7	Кортикостероиды при герпетическом кератите: A) Назначаются как препараты первой линии B) Противопоказаны без противовирусного прикрытия C) Назначаются только в мазях D) Назначаются только новорожденным	B
79	ОПК-7	Препаратом выбора для стимуляции регенерации роговицы (при эрозии) у детей является: A) Тобрекс B) Корнерегель (декспантенол) C) Офтан-дексаметазон D) Аллергодил	B
80	ОПК-7	При бактериальной язве роговицы у ребенка основное лечение: A) Частые инстилляциии антибиотиков B) Кортикостероиды C) Противовирусные мази D) Только слезозаменители	A

81	ОПК-7	<p>Препарат первой линии для местного лечения врожденной глаукомы у детей:</p> <p>A) Аналоги простагландинов B) Бета-блокаторы C) Ингибиторы карбоангидразы (бринзоламид) D) Миотики</p>	C
82	ОПК-7	<p>Бета-блокаторы (тимолол) у детей раннего возраста могут вызвать:</p> <p>A) Тахикардию B) Брадикардию и бронхоспазм C) Гиперемию кожи D) Судороги</p>	B
83	ОПК-7	<p>Целевое ВГД при врожденной глаукоме у ребенка:</p> <p>A) 10-15 мм рт. ст. B) 16-21 мм рт. ст. C) 22-25 мм рт. ст. D) Не имеет значения</p>	A
84	ОПК-7	<p>При неэффективности медикаментозного лечения врожденной глаукомы применяют:</p> <p>A) Увеличение дозы капель B) Хирургическое лечение (гониотомия) C) Лазерную коррекцию зрения D) Физиотерапию</p>	B
85	ОПК-7	<p>Системный ингибитор карбоангидразы (диакарб) назначают детям:</p> <p>A) Для длительной терапии глаукомы B) Для купирования острого приступа глаукомы или кратковременно C) Для лечения катаракты D) Для лечения конъюнктивита</p>	B
86	ОПК-7	<p>Первый этап лечения амблиопии у ребенка:</p> <p>A) Назначение окклюдии B) Аппаратное лечение C) Правильная очковая коррекция D) Хирургическое лечение косоглазия</p>	C
87	ОПК-7	<p>При прямой окклюдии (лечение амблиопии) заклеивают:</p> <p>A) Косой глаз B) Лучше видящий (здоровый) глаз C) Оба глаза попеременно D) Нижнюю половину очков</p>	B
88	ОПК-7	<p>Осложнение длительной непрерывной окклюдии:</p> <p>A) Повышение ВГД B) Окклюдзионная амблиопия здорового глаза C) Катаракта</p>	B

		D) Кератит	
89	ОПК-7	Для спазма аккомодации (ложной близорукости) у детей применяют: A) Антибиотики B) Атропинизация (кратковременно) + гимнастика C) Кортикостероиды D) Постоянные очки для дали	B
90	ОПК-7	Для замедления прогрессирования миопии у детей используется: A) Атропин 0,01% B) Тимолол C) Дексаметазон D) Левомецетин	A
91	ОПК-7	Первая помощь при химическом ожоге глаз у ребенка: A) Закапать антибиотик B) Наложить давящую повязку C) Немедленно промыть водой D) Закапать обезболивающее, затем промыть	C
92	ОПК-7	При подозрении на проникающее ранение глаза у ребенка категорически нельзя: A) Наложить бинокулярную повязку B) Вводить противостолбнячную сыворотку C) Удалять инородное тело из раны D) Госпитализировать ребенка	C
93	ОПК-7	При тупой травме глаза (контузии) с подозрением на перелом стенок орбиты противопоказано: A) Холод на область орбиты B) Исследование движений глаз C) Сморкание D) Рентгенография	C
94	ОПК-7	Для профилактики столбняка при открытой травме глаза у непривитого ребенка вводят: A) Только АС-анатоксин B) Только противостолбнячную сыворотку C) АС-анатоксин + ПСС D) Антибиотик широкого спектра	C
95	ОПК-7	Для контроля эффективности лечения глаукомы у ребенка НЕ используется: A) Тонометрия B) Периметрия (с определенного возраста) C) Оценка диска зрительного нерва D) Оценка цвета радужки	D

96	ОПК-7	<p>При длительном лечении кортикостероидами (местно) необходимо контролировать:</p> <p>А) ВГД и состояние хрусталика В) Остроту зрения вблизи С) Цветовое зрение D) Состояние слезной пленки</p>	А								
97	ОПК-7	<p>Оценку рефракции у ребенка для подбора очков проводят в условиях:</p> <p>А) Циклоплегии В) Миоза С) Естественного освещения D) Без предварительной подготовки</p>	А								
98	ОПК-7	<p>Признаком атропиновой интоксикации у ребенка является:</p> <p>А) Брадикардия, бронхоспазм В) Сухость кожи и слизистых, гиперемия, тахикардия, возбуждение С) Слезотечение, светобоязнь D) Миоз</p>	В								
99	ОПК-7	<p>Эффективность лечения бактериального конъюнктивита оценивают через:</p> <p>А) 2-3 дня В) 2-3 часа С) 2-3 недели D) 2-3 месяца</p>	А								
100	ОПК-7	<p>При отсутствии эффекта от антибактериальной терапии конъюнктивита в течение 3 дней необходимо:</p> <p>А) Удвоить дозу В) Сменить препарат или провести посев С) Добавить гормональные капли D) Отменить все лечение</p>	В								
101	ПК-3	<p>Соответствие между возрастом ребенка и объемом профилактического осмотра</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;"></td> <td style="text-align: center;">Обязательный объем</td> </tr> <tr> <td>Возраст ребенка</td> <td style="text-align: center;">обследования (скрининг)</td> </tr> <tr> <td>1. Новорожденный (роддом)</td> <td style="text-align: center;">А. Определение характера цветоощущения, рефракции</td> </tr> <tr> <td>2. 1 месяц</td> <td style="text-align: center;">Б. Офтальмоскопия для исключения врожденной катаракты</td> </tr> </table>		Обязательный объем	Возраст ребенка	обследования (скрининг)	1. Новорожденный (роддом)	А. Определение характера цветоощущения, рефракции	2. 1 месяц	Б. Офтальмоскопия для исключения врожденной катаракты	1-Б, 2-Г, 3-В, 4-А, 5-Д.
	Обязательный объем										
Возраст ребенка	обследования (скрининг)										
1. Новорожденный (роддом)	А. Определение характера цветоощущения, рефракции										
2. 1 месяц	Б. Офтальмоскопия для исключения врожденной катаракты										

		<p>3. 1 год</p> <p>4. 3 года (перед детским садом)</p> <p>5. 7 лет (перед школой)</p>	<p>В. Рефрактометрия для выявления амблиогенных факторов</p> <p>Г. Осмотр диска зрительного нерва и сосудов сетчатки</p> <p>Д. Проверка остроты зрения с коррекцией, бинокулярного зрения</p> <p>Е. Только наружный осмотр век</p>	
102	ПК-3	<p>Соответствие между фактором риска и возможной офтальмопатологией у ребенка</p> <p>Фактор риска</p> <p>1. Недоношенность (гестационный возраст < 32 нед, вес < 1500 г)</p> <p>2. Токсоплазмоз и краснуха у матери во время беременности</p> <p>3. Наследственность (глаукома у близких родственников)</p> <p>4. Длительная работа за компьютером (школьник)</p> <p>5. Неонатальный конъюнктивит (гонококковый/хламидийный)</p>	<p>Офтальмологическая патология</p> <p>А. Врожденная глаукома</p> <p>Б. Ретинопатия недоношенных</p> <p>В. Врожденная катаракта, близорукость</p> <p>Г. Спазм аккомодации, миопия</p> <p>Д. Рубцы роговицы, бельмо</p> <p>Е. Косоглазие</p>	1-Б, 2-В, 3-А, 4-Г, 5-Д.
103	ПК-3	<p>Соответствие между профилактическим мероприятием и его целью</p> <p>Мероприятие</p> <p>1. Проведение скрининга рефракции в 1 год</p> <p>2. Инстилляциии 30% сульфацила натрия в роддоме</p>	<p>Цель</p> <p>А. Профилактика инфекционных осложнений у новорожденных</p> <p>Б. Раннее выявление амблиопии и аметропии</p>	1-Б, 2-Г, 3-В, 4-Д, 5-Е.

		<p>3. Контроль зрительной нагрузки и гимнастика для глаз</p> <p>4. Осмотр глазного дна недоношенному в сроки 4-6 недель</p> <p>5. Скрининг на ретинопатию недоношенных</p>	<p>В. Профилактика прогрессирующей миопии у школьников</p> <p>Г. Профилактика гонимобленнорей</p> <p>Д. Раннее выявление ретинобластомы и врожденных катаракт</p> <p>Е. Раннее выявление ретинопатии недоношенных</p>	
104	ПК-3	<p>Соответствие между возрастным периодом и риском развития патологии</p> <p>Возрастной период</p> <p>1. Период новорожденности (первые 28 дней)</p> <p>2. Ранний возраст (до 3 лет)</p> <p>3. Дошкольный возраст (3-7 лет)</p> <p>4. Младший школьный возраст (7-12 лет)</p> <p>5. Подростковый возраст (12-17 лет)</p>	<p>Наиболее характерная патология</p> <p>А. Миопия, спазм аккомодации</p> <p>Б. Гонимобленнорей, хламидийный конъюнктивит, врожденная катаракта</p> <p>В. Амблиопия, косоглазие</p> <p>Г. Травмы глаз</p> <p>Д. Формирование и прогрессирование школьной близорукости</p> <p>Е. Пресбиопия</p>	1-Б, 2-В, 3-Г, 4-Д, 5-А.
105	ПК-3	<p>Соответствие между методом профилактики и контингентом детей</p> <p>Метод профилактики</p> <p>1. Контроль дозированной зрительной нагрузки и очки для дали</p> <p>2. Пальцевой массаж области слезного мешка</p> <p>3. Пожизненная гипотензивная терапия и диспансерный учет</p> <p>4. Кислородотерапия и лазеркоагуляция сетчатки</p> <p>5. Плеоптическое лечение (окклюзия, аппараты)</p>	<p>Контингент детей (группы)</p> <p>А. Дети с врожденной глаукомой</p> <p>Б. Дети с миопией слабой степени (школьники)</p> <p>В. Дети с дакриоциститом новорожденных</p> <p>Г. Дети с ретинопатией недоношенных (активные)</p> <p>Д. Дети с амблиопией</p> <p>Е. Дети с катарактой</p>	1-Б, 2-В, 3-А, 4-Г, 5-Д.

106	ПК-3	<p>Последовательность этапов профилактического осмотра ребенка 1 года</p> <p><i>Установите правильную последовательность действий врача-офтальмолога.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проверка реакции на свет (зрачковый рефлекс). 2. Осмотр глазного дна (офтальмоскопия) с узким зрачком. 3. Наружный осмотр (положение век, глазных яблок, слезных органов). 4. Определение рефракции (скиаскопия или авторефрактометрия) в условиях циклоплегии. 5. Оценка подвижности глаз (объем движений). 	3, 1, 5, 2, 4.
107	ПК-3	<p>Последовательность скрининга на ретинопатию недоношенных (РН)</p> <p><i>Установите правильную последовательность организации обследования недоношенного ребенка.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Направление ребенка в региональный центр (кабинет) РН. 2. Выявление детей группы риска (гестационный возраст < 32 нед, вес < 1500 г) неонатологом. 3. Проведение первого осмотра глазного дна в сроки 4-6 недель жизни. 4. Контрольные осмотры каждые 1-2 недели (до завершения васкулогенеза или стабилизации процесса). 5. Определение стадии и необходимости лазеркоагуляции. 	2, 1, 3, 4, 5.
108	ПК-3	<p>Последовательность профилактики гонобленнорен у новорожденного</p> <p><i>Установите правильную последовательность действий в роддоме.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обработка век стерильным ватным шариком (раздельно для каждого глаза). 2. Оттягивание нижнего века и закапывание 1 капли 30% сульфацила натрия. 3. Рождение ребенка (первичный туалет). 4. Повторное закапывание через 2 часа после рождения. 5. Протирание глаз от наружного угла к внутреннему. 	3, 1, 5, 2, 4.
109	ПК-3	<p>Последовательность диспансерного наблюдения ребенка с миопией</p> <p><i>Установите правильную последовательность работы врача.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Контрольная проверка остроты зрения с коррекцией через 3-6 месяцев. 2. Взятие на диспансерный учет (оформление документации). 3. Назначение очковой коррекции (или рекомендация контактных линз). 4. Проведение полного диагностического обследования (визометрия, рефрактометрия в циклоплегии, измерение ПЗО). 	4, 3, 2, 5, 1.

		5. Рекомендации по режиму зрительных нагрузок и гимнастике.	
110	ПК-3	<p>Последовательность действий при выявлении снижения зрения у школьника (профилактический осмотр)</p> <p><i>Установите правильную последовательность организации помощи.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Направление к офтальмологу поликлиники для углубленного обследования. 2. Проведение скринингового теста (проверка остроты зрения по таблице) медсестрой/педиатром. 3. Выдача рекомендаций родителям по режиму дня и дополнительному обследованию. 4. Выявление ребенка с остротой зрения ниже 0,7 в любом глазу. 5. Проведение повторной проверки зрения и подбор очков (при необходимости). 	2, 4, 1, 3, 5.
111	ПК-3	<p>На профилактическом осмотре в 1 год у ребенка выявлено: при авторефрактометрии (без циклоплегии) сфера OD +2.5, OS +4.5. Ребенок активен, игрушки рассматривает вблизи, периодически отмечается сходящееся косоглазие левого глаза.</p> <p>Вопрос: Оцените ситуацию. Какое дополнительное исследование необходимо провести для уточнения диагноза? Сформулируйте предварительный диагноз и определите дальнейшую тактику (профилактические и лечебные мероприятия).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дополнительное исследование: Скиаскопия или авторефрактометрия в условиях циклоплегии (закапывание атропина или цикломеда) для определения истинной рефракции. 2. Предварительный диагноз: Гиперметропия средней степени OD, высокой степени OS. Сходящееся содружественное косоглазие (аккомодационное). Риск развития амблиопии левого глаза. 3. Тактика: После подтверждения рефракции - назначение очков для постоянного ношения (полная коррекция). Контроль остроты зрения в очках каждые 3-6 месяцев. При снижении зрения на фоне коррекции - плеоптическое лечение (окклюзия).
112	ПК-3	<p>Недоношенный ребенок (срок гестации 29 недель, вес при рождении 1200 г) в возрасте 1 месяц (4 недели жизни). Ребенок получает кислородотерапию в отделении реанимации.</p> <p>Вопрос: Существует ли риск развития ретинопатии недоношенных? В каком возрасте (корректированном или хронологическом) необходимо провести первый скрининговый осмотр глазного дна? Опишите тактику враба при выявлении 2-й стадии РН в зоне II (пороговой)?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Риск: Да, высокий риск РН (вес <1500 г, гестация <32 нед). 2. Срок первого осмотра: В 4-6 недель жизни (хронологический возраст) или на 31-33 неделе постконцептуального возраста. <p>Тактика: Ребенок должен быть направлен в центр лазерной хирургии для проведения лазеркоагуляции сетчатки. Требуются частые осмотры (еженедельные) для контроля прогрессирования.</p>
113	ПК-3	<p>В школе (младшие классы) участились случаи травм глаз на переменах (дети бросаются ручками, карандашами, играют в опасные игры). Родители обеспокоены.</p> <p>Вопрос: Предложите план профилактических мероприятий, направленных на снижение детского глазного травматизма в школе. Укажите три направления работы (с кем и как) и конкретные меры.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Санитарно-просветительная работа с детьми: Проведение классных часов, бесед на тему "Береги зрение", демонстрация видеофильмов о последствиях травм, обучение правилам безопасного поведения на переменах. 2. Работа с педагогами: Инструктаж учителей об усилении контроля за детьми во время перемен, организация безопасных игровых зон в рекреациях. 3. Работа с родителями: Разъяснение необходимости бесед с детьми дома, контроль за тем, чтобы дети не приносили в школу опасные предметы (острые игрушки, лазерные указки). <p>Организационные меры: Оборудование безопасных зон отдыха, контроль состояния мебели (отсутствие острых углов).</p>
114	ПК-3	<p>В детском саду проводится комплекс мероприятий по профилактике миопии: гимнастика для глаз, дозирование зрительной нагрузки, прогулки. Через</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Оценка эффективности: Работу нельзя считать эффективной, так как отмечено ухудшение зрения у значительной части детей.

		<p>год оценили остроту зрения у детей подготовительной группы. Выявлено, что у 30% детей острота зрения снизилась на 0,1-0,2 по сравнению с прошлым годом.</p> <p>Вопрос: Можно ли считать профилактическую работу эффективной? Какие дополнительные факторы необходимо оценить для вывода о качестве работы? Предложите два дополнительных метода контроля и два управленческих решения для улучшения ситуации.</p>	<p>2. Дополнительные факторы контроля:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Контроль освещенности в группах и классах (соответствие нормам). ○ Анализ длительности занятий с использованием гаджетов дома (опрос родителей). ○ Оценка проведения гимнастики для глаз (регулярность, качество). <p>3. Управленческие решения:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Провести повторный инструктаж воспитателей о правильной методике гимнастики. ○ Усилить работу с родителями (лекторий о контроле экранного времени дома). ○ Провести внеплановую проверку освещенности и раскладки детей.
115	ПК-3	<p>В ходе диспансеризации детей-сирот в детском доме у 5-летнего ребенка выявлено: острота зрения без коррекции OD = 0,3, OS = 0,4. При авторефрактометрии (без циклоплегии): сфера OD +1.5, OS +2.0. Ребенок на остроту зрения не жалуется, адаптирован.</p> <p>Вопрос: Ваш алгоритм действий на этапе диспансеризации. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза? В каком лечении (коррекции) может нуждаться ребенок и как организовать его проведение в условиях детского дома?</p>	<p>1. Алгоритм: Выявление ребенка с низкой остротой зрения. Направление на углубленный осмотр к офтальмологу (в поликлинику).</p> <p>2. Уточняющие исследования: Рефрактометрия в условиях циклоплегии (для исключения спазма accommodation и выявления истинной гиперметропии). Осмотр глазного дна.</p> <p>3. Лечение/коррекция: Вероятно, требуется очковая коррекция для постоянного ношения (для профилактики амблиопии и косоглазия).</p> <p>4. Организация:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Взаимодействие с администрацией детского дома для оформления направления на подбор очков. ○ Контроль за ношением очков (инструктаж воспитателей). ○ Обеспечение ежегодного контроля остроты зрения.
116	ПК-3	<p>В каком возрасте ребенок впервые проходит обязательный профилактический осмотр у офтальмолога (согласно приказу Минздрава РФ)?</p>	<p>1 месяц.</p>
117	ПК-3	<p>Какой препарат закапывают в глаза всем новорожденным в роддоме для профилактики гонобленнореи?</p>	<p>30% сульфацил натрия (альбуцид).</p>
118	ПК-3	<p>Каков оптимальный срок первого осмотра глазного дна недоношенного ребенка с массой тела менее 1500 г для скрининга ретинопатии?</p>	<p>4-6 недель жизни</p>
119	ПК-3	<p>Назовите два основных немедикаментозных метода профилактики прогрессирования близорукости у школьников.</p>	<p>Гимнастика для глаз (тренировка accommodation) и контроль зрительной нагрузки (ограничение экранного времени, достаточное освещение).</p>
120	ПК-3	<p>Какой показатель является главным критерием эффективности профилактической работы по сохранению зрения у детей школьного возраста (динамический контроль)?</p>	<p>Отсутствие отрицательной динамики остроты зрения и рефракции (стабилизация миопии).</p>
121	ПК-3	<p>Первый плановый осмотр офтальмолога ребенку проводится в возрасте:</p> <p>А) 1 месяц В) 1 год С) 3 года D) 7 лет</p>	<p>А</p>
123	ПК-3	<p>В возрасте 1 года при профилактическом осмотре обязательно проводят:</p> <p>А) Тонometriю В) Определение рефракции (скиаскопию/авторефрактометрию) С) Периметрию</p>	<p>В</p>

		Д) Гониоскопию	
124	ПК-3	Для точного определения рефракции у детей дошкольного возраста необходимо: А) Проводить исследование без капель В) Закапать мидриатики (циклоплегия) С) Использовать только таблицы Д) Проводить исследование утром	В
125	ПК-3	Диспансерному наблюдению у офтальмолога подлежат дети с: А) ОРВИ В) Миопией, амблиопией, косоглазием С) Ветряной оспой Д) Аллергическим дерматитом	В
126	ПК-3	Профилактика гонобленнореи у новорожденных проводится: А) Атропином В) Сульфацилом натрия 30% С) Тобрамицином Д) Фурацилином	В
127	ПК-3	Основная причина ретинопатии недоношенных: А) Инфекция В) Незрелость сетчатки и неконтролируемая оксигенация С) Травма в родах Д) Наследственность	В
128	ПК-3	Группа риска по ретинопатии недоношенных - дети с массой тела при рождении: А) Более 2500 г В) Менее 1500 г С) 2000-2500 г Д) Любой вес	В
129	ПК-3	Первый скрининг на ретинопатию недоношенным проводят в возрасте: А) 1 день В) 1 месяц (4-6 недель) С) 6 месяцев Д) 1 год	В
130	ПК-3	При пороговой стадии ретинопатии недоношенных проводится: А) Наблюдение В) Лазеркоагуляция сетчатки С) Массаж Д) Витаминотерапия	В
131	ПК-3	Новорожденному с гнойным отделяемым из глаз в роддоме показано: А) Промывание фурацилином и антибиотики В) Прогревание С) Удаление слезной железы Д) Гормональные капли	А
132	ПК-3	Для профилактики хламидийной инфекции у новорожденного (при выявленной у матери) применяют: А) Эритромициновую мазь В) Тобрамицин С) Атропин Д) Дексаметазон	А
133	ПК-3	Основной путь передачи гонобленнореи новорожденному: А) Воздушно-капельный В) Контактный (через руки персонала) С) Через родовые пути матери Д) Трансплацентарный	С
134	ПК-3	Для раннего выявления амблиогенных факторов риска у детей 1 года используется: А) Таблица Сивцева В) Авторефрактометрия (скрининг) С) Периметрия Д) Тонметрия	В
135	ПК-3	Оптимальный возраст для начала лечения амблиопии: А) До 7 лет (сенситивный период) В) После 10 лет	А

		С) В подростковом возрасте D) В любом возрасте без ограничений	
136	ПК-3	Основной метод профилактики амблиопии при анизетропии у детей: A) Назначение очков/линз с полной коррекцией B) Хирургическое лечение C) Массаж D) Физиотерапия	A
137	ПК-3	Для профилактики прогрессирования миопии у школьников рекомендуется: A) Увеличение зрительной нагрузки B) Контроль расстояния до книги (30-40 см) и перерывы C) Чтение лежа D) Ношение очков "минус" больше необходимого	B
138	ПК-3	При спазме аккомодации (ложной миопии) у детей эффективны: A) Антибиотики B) Гимнастика для глаз и атропинизация (кратковременно) C) Очки для постоянного ношения с первых дней D) Операция	B
139	ПК-3	Наиболее частая причина травм глаз у детей школьного возраста: A) Удар качелями B) Игры с острыми предметами (карандаши, ручки, ножницы) C) Попадание шампуня D) Солнечный ожог	B
140	ПК-3	При попадании инородного тела в глаз ребенку первая помощь: A) Потереть глаз B) Попытаться удалить сухой ватой C) Промыть водой или физраствором D) Закапать анестетик и ждать врача	C
141	ПК-3	Оптимальное расстояние от глаз до книги/тетради у школьника: A) 10-15 см B) 30-40 см C) 50-60 см D) Более 70 см	B
142	ПК-3	Продолжительность непрерывной зрительной нагрузки для младшего школьника не должна превышать: A) 10-15 минут B) 30-40 минут C) 1 час D) 2 часа	A
143	ПК-3	Для профилактики зрительного утомления при работе за компьютером детям рекомендуется: A) Работать в темноте B) Делать гимнастику для глаз каждые 15-20 минут C) Сидеть близко к монитору D) Использовать очки без необходимости	B
144	ПК-3	Критерий эффективности профилактики прогрессирующей миопии у школьника: A) Ежегодное увеличение степени миопии на 1,0 дптр B) Стабилизация рефракции и отсутствие роста ПЗО C) Снижение остроты зрения D) Жалобы на утомление	B
145	ПК-3	Оценка эффективности лечения амблиопии проводится: A) По динамике остроты зрения амблиопичного глаза B) По цвету радужки C) По уровню ВГД D) По ширине зрачка	A
146	ПК-3	Частота контрольных осмотров детей с миопией слабой степени: A) 1 раз в 5 лет B) 1 раз в 6-12 месяцев C) 1 раз в месяц D) Только при ухудшении	B
147	ПК-3	При контроле эффективности плеоптического лечения амблиопии (окклюзии) необходимо следить за: A) Остротой зрения здорового глаза (профилактика окклюзионной амблиопии)	A

		B) Цветом кожи вокруг глаз C) Положением головы D) Слезотечением	
148	ПК-3	Основная цель бесед с родителями о гигиене зрения детей: A) Научить лечить глаукому B) Сформировать понимание факторов риска и мер профилактики C) Обучить проведению операций D) Разъяснить правила ношения очков при катаракте	В
149	ПК-3	Оптимальная освещенность рабочего места школьника (письменный стол): A) Люминесцентная лампа 40 Вт B) Достаточное общее освещение + настольная лампа слева (для правши) C) Только верхний свет D) Работа в темноте с монитором	В
150	ПК-3	При выявлении снижения зрения у ребенка на профосмотре педиатр должен: A) Самостоятельно назначить лечение B) Направить к офтальмологу C) Выписать очки D) Снять ребенка с учета	В

Разработан:
доцент кафедры офтальмологии с курсом ДПО



Н.Л. Чердниченко