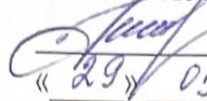


Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра дефектологии, русского языка и социальной работы

СОГЛАСОВАНО


Руководитель направления
подготовки

31.05.01 «Лечебное дело»

 /Г.П. Никулина/
« 29 » 05 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой офтальмологии с курсом
ДПО

 /Н.Л. Чердниченко/
« 29 » 05 2025 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

Наименование дисциплины	Лечебное дело
Направление подготовки	31.05.01 «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-1	Готов к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи
ПК-3	Готов к организации персонализированного лечения пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого возраста, оценке эффективности и безопасности лечения

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-1	Задание закрытого типа на установление соответствия	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов

2	ОПК-4	<p>Соответствие между отделом глаза и методом его визуализации</p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="464 286 667 338">Отдел/структура глаза:</td> <td data-bbox="683 286 1027 338">Основной метод визуализации:</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 376 667 450">1. Угол передней камеры</td> <td data-bbox="683 398 1027 427">А. Гониоскопия (гониолинза)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 488 667 584">2. Сетчатка и диск зрительного нерва</td> <td data-bbox="683 521 1027 551">Б. В-сканирование (УЗИ)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 622 667 719">3. Хрусталик и стекловидное тело (при помутнениях)</td> <td data-bbox="683 656 1027 685">В. Эндотелиальная микроскопия</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 757 667 831">4. Макулярная область (слои сетчатки)</td> <td data-bbox="683 790 1027 819">Г. Офтальмоскопия + ОКТ</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 869 667 965">5. Эндотелий роговицы (плотность клеток)</td> <td data-bbox="683 902 1027 931">Д. ОКТ</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="683 1014 1027 1043">Е. Кератотопография</td> </tr> </table>	Отдел/структура глаза:	Основной метод визуализации:	1. Угол передней камеры	А. Гониоскопия (гониолинза)	2. Сетчатка и диск зрительного нерва	Б. В-сканирование (УЗИ)	3. Хрусталик и стекловидное тело (при помутнениях)	В. Эндотелиальная микроскопия	4. Макулярная область (слои сетчатки)	Г. Офтальмоскопия + ОКТ	5. Эндотелий роговицы (плотность клеток)	Д. ОКТ		Е. Кератотопография	1-А, 2-Г, 3-Б, 4-Д, 5-В.
Отдел/структура глаза:	Основной метод визуализации:																
1. Угол передней камеры	А. Гониоскопия (гониолинза)																
2. Сетчатка и диск зрительного нерва	Б. В-сканирование (УЗИ)																
3. Хрусталик и стекловидное тело (при помутнениях)	В. Эндотелиальная микроскопия																
4. Макулярная область (слои сетчатки)	Г. Офтальмоскопия + ОКТ																
5. Эндотелий роговицы (плотность клеток)	Д. ОКТ																
	Е. Кератотопография																
3	ОПК-4	<p>Соответствие между целью исследования и методом</p> <table border="0"> <tr> <td data-bbox="464 1167 667 1218">Цель исследования:</td> <td data-bbox="683 1167 1027 1218">Метод:</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1256 667 1352">1. Оценка кривизны роговицы (для подбора линз)</td> <td data-bbox="683 1290 1027 1319">А. Тонометрия</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1391 667 1464">2. Определение внутриглазного давления</td> <td data-bbox="683 1424 1027 1453">Б. Визометрия</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1503 667 1554">3. Оценка остроты зрения</td> <td data-bbox="683 1525 1027 1554">В. Рефрактометрия</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1592 667 1666">4. Определение клинической рефракции</td> <td data-bbox="683 1626 1027 1655">Г. Периметрия</td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1704 667 1778">5. Выявление дефектов поля зрения</td> <td data-bbox="683 1738 1027 1767">Д. Кератометри/кератотопография</td> </tr> <tr> <td></td> <td data-bbox="683 1827 1027 1856">Е. Гониоскопия</td> </tr> </table>	Цель исследования:	Метод:	1. Оценка кривизны роговицы (для подбора линз)	А. Тонометрия	2. Определение внутриглазного давления	Б. Визометрия	3. Оценка остроты зрения	В. Рефрактометрия	4. Определение клинической рефракции	Г. Периметрия	5. Выявление дефектов поля зрения	Д. Кератометри/кератотопография		Е. Гониоскопия	1-Д, 2-А, 3-Б, 4-В, 5-Г.
Цель исследования:	Метод:																
1. Оценка кривизны роговицы (для подбора линз)	А. Тонометрия																
2. Определение внутриглазного давления	Б. Визометрия																
3. Оценка остроты зрения	В. Рефрактометрия																
4. Определение клинической рефракции	Г. Периметрия																
5. Выявление дефектов поля зрения	Д. Кератометри/кератотопография																
	Е. Гониоскопия																
4	ОПК-4	<p>Соответствие между красителем/пробой и выявляемой патологией</p>	1-Б, 2-Д, 3-В, 4-А, 5-Г.														

6	ОПК-4	<p>Последовательность работы с щелевой лампой (биомикроскопия)</p> <p><i>Установите правильную последовательность действий врача.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установка ширины щелевого луча и увеличения. 2. Фиксация подбородка и лба пациента на подставке. 3. Оценка состояния конъюнктивы, роговицы, передней камеры, хрусталика. 4. Фокусировка микроскопа на исследуемую область с помощью джойстика. 5. Включение освещения и выбор метода (диффузный, прямой фокальный свет). 	2, 5, 1, 4, 3.
7	ОПК-4	<p>Последовательность измерения внутриглазного давления тонометром Маклакова</p> <p><i>Установите правильную последовательность действий.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Закапывание анестетика (инокаин) в конъюнктивальный мешок. 2. Опускание грузика на центр роговицы через разведенные веки. 3. Обработка площадок тонометра спиртом и просушка. 4. Нанесение тонкого слоя краски на площадки тонометра. 5. Снятие отпечатков на бумаге и измерение диаметра просветленных кружков. 	3, 1, 4, 2, 5.
8	ОПК-4	<p>Последовательность проведения непрямой офтальмоскопии</p> <p><i>Установите правильную последовательность осмотра глазного дна.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оценка состояния диска зрительного нерва (границы, цвет, экскавация). 2. Медикаментозное расширение зрачка (мидриаз). 3. Осмотр макулярной области (центральной ямки). 4. Фокусировка света на исследуемом глазу с помощью линзы 20D. 5. Последовательный осмотр сосудистых аркад и периферии сетчатки. 	2, 4, 1, 3, 5.
9	ОПК-4	<p>Последовательность проведения гониоскопии</p> <p><i>Установите правильную последовательность этапов.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Установка гониолинзы на глаз с прослойкой из слезной жидкости или геля. 2. Закапывание анестетика в конъюнктивальный мешок. 3. Осмотр угла передней камеры при разных положениях щелевой лампы. 4. Оценка степени открытия угла по классификации (Шайфера или Ван-Бойнингена). 5. Фиксация взгляда пациента прямо или с легким отклонением. 	2, 1, 5, 3, 4.
10	ОПК-4	<p>Последовательность проведения экзофтальмометрии (измерение выступающего глазного яблока)</p> <p><i>Установите правильную последовательность действий при использовании экзофтальмометра Гертеля.</i></p>	1, 3, 2, 4, 5.

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Установка прибора на наружные стенки орбит пациента. 2. Совмещение отметок в зеркалах прибора (положение роговицы относительно линейки). 3. Фиксация взгляда пациента прямо перед собой. 4. Снятие показателей для правого и левого глаза (в мм). 5. Сравнение полученных значений с нормой (разница не более 2 мм). 	
11	ОПК-4	<p>Пациенту 60 лет с подозрением на глаукому необходимо измерить внутриглазное давление. Врач решил использовать тонометр Маклакова.</p> <p>Вопрос: Опишите последовательность подготовки прибора и пациента к исследованию. Какая масса грузика используется в стандартной тонометрии по Маклакову? Интерпретируйте результат: диаметр просветленного кружка отпечатка составил 5 мм (на правом глазу) и 7 мм (на левом). Какое давление соответствует этим значениям (примерно)? Каков диагноз?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Подготовка: Прибор: протереть площадки спиртом, высушить, нанести тонкий слой краски. Пациент: закапать анестетик, уложить на кушетку. 2. Масса: 10 граммов. 3. Интерпретация: Диаметр 5 мм соответствует давлению около 27-28 мм рт. ст. (повышение). Диаметр 7 мм соответствует давлению около 15-16 мм рт. ст. (норма). 4. Диагноз: Подозрение на глаукому правого глаза (офтальмогипертензия/глаукома требует дополнительных методов).
12	ОПК-4	<p>Пациент 45 лет жалуется на постепенное снижение зрения вдаль, особенно в сумерках. При офтальмоскопии прямым офтальмоскопом в макулярной области визуализируются множественные желтоватые очаги ("друзы"), пигментация не изменена. Хрусталик прозрачен.</p> <p>Вопрос: Сформулируйте предварительный диагноз. Какое медицинское изделие (метод) является "золотым стандартом" для подтверждения диагноза и уточнения формы (сухая/влажная)? Какие два дополнительных теста (функциональных) вы порекомендуете для оценки состояния макулы?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: Возрастная макулярная дегенерация (ВМД), сухая форма ("друзы"). 2. Золотой стандарт: Оптическая когерентная томография (ОКТ) макулы. 3. Дополнительные тесты: Тест Амслера (для выявления метаморфозий), определение остроты зрения с коррекцией.
13	ОПК-4	<p>Пациенту с подозрением на закрытоугольную глаукому необходимо провести гониоскопию. Врач подготовил гониолинзу Гольдмана.</p> <p>Вопрос: Объясните, с какой целью между роговицей и линзой наносится специальный гель (или слезная жидкость). Что оценивается при гониоскопии? Опишите классификацию ширины угла передней камеры по Шайферу (степени открытия).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Цель геля: Устранение воздушной прослойки (линза-роговица) для проведения светового луча, т.к. показатель преломления геля/слезы близок к роговице. 2. Что оценивается: Ширина угла передней камеры, наличие корней радужки, пигментация трабекул, наличие гониосинехий (спаек). 3. Классификация Шайфера: <ul style="list-style-type: none"> ○ IV степень - угол открыт широко (видны все структуры). ○ III степень - угол открыт (видны склеральная шпора и часть цилиарного тела). ○ II степень - угол умеренно узок (видны только трабекулы, шпоры нет). ○ I степень - угол очень узок (видна только линия Швальбе). ○ 0 степень - угол закрыт.
14	ОПК-4	<p>Пациентка 35 лет жалуется на чувство давления в правом глазу, ощущение "выпячивания" глаза в течение нескольких месяцев. При осмотре: умеренный отек век справа, гиперемия конъюнктивы. Проведена экзофтальмометрия: OD = 22 мм, OS = 17 мм.</p> <p>Вопрос: Какой метод (медицинское изделие) использован для измерения? Нормальны ли полученные показатели? Какая разница между глазами считается патологической? Назовите два наиболее вероятных заболевания (одно</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Метод: Экзофтальмометрия (экзофтальмометр Гертеля). 2. Оценка: Показатели патологические (норма до 20-21 мм, асимметрия более 2 мм). У пациентки экзофтальм справа (22 мм). 3. Патологическая разница: Более 2 мм. 4. Заболевания: Эндокринная офтальмопатия (при патологии щитовидной железы), ретробульбарная опухоль/воспаление (псевдотумор орбиты).

		офтальмологическое, одно системное), которые могут вызвать такое состояние.	
15	ОПК-4	<p>Ребенку 2 года, с рождения беспокоит слезотечение из левого глаза, периодически гнойное отделяемое. Пальпация области слезного мешка безболезненна, отделяемого при надавливании нет. Проведена колларговая проба (цветная носовая проба).</p> <p>Вопрос: Опишите методику проведения цветной носовой пробы (пробы Веста). Какие результаты пробы считаются положительными, замедленными и отрицательными? Интерпретируйте результат: через 5 минут после закапывания колларгола ватная турунда в левом носовом ходе не окрасилась.</p>	<p>Методика: Закапывают 1-2 капли 1-3% колларгола (или флюоресцеина) в конъюнктивальный мешок. В нижний носовой ход вводят ватную турунду на 5-10 минут.</p> <p>Результаты:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Положительная: окрашивание турунды в течение 5 минут (проходимость нормальная). • Замедленная: окрашивание через 5-20 минут. • Отрицательная: отсутствие окрашивания через 20 минут. <p>Интерпретация: Результат отрицательный (турунда не окрасилась), что указывает на полную непроходимость носослезного протока слева (дакриостеноз).</p>
16	ОПК-4	Какой груз (в граммах) используется в стандартном тонометре Маклакова для измерения внутриглазного давления?	10 граммов.
17	ОПК-4	Какой физиологический дефект поля зрения (слепая зона) соответствует проекции диска зрительного нерва?	Физиологическая скотома (слепое пятно).
18	ОПК-4	Как называется центральная область сетчатки, отвечающая за максимальную остроту зрения?	Макула
19	ОПК-4	Какое медицинское изделие (линза) используется для осмотра угла передней камеры глаза?	Гониолинза (Гольдмана, или трехзеркальная линза).
20	ОПК-4	Как называется прибор для измерения выстояния глазного яблока из орбиты?	Экзофтальмометр
21	ОПК-4	Для исследования угла передней камеры глаза используется: А) Офтальмоскоп В) Гониоскоп (линза Гольдмана) С) Тonomетр D) Экзофтальмометр	В
22	ОПК-4	Оптическая когерентная томография (ОКТ) позволяет оценить: А) Только передний отрезок глаза В) Только остроту зрения С) Структуру сетчатки и диска зрительного нерва (послойно) D) Слезопroduкцию	С
23	ОПК-4	Для определения кривизны роговицы перед подбором контактных линз применяют: А) Периметр В) Кератометр (автокераторефрактометр) С) Гониоскоп D) Диафаноскоп	В
24	ОПК-4	Основной метод оценки остроты зрения: А) Тonomетрия В) Визометрия (таблицы Сивцева/Головина) С) Периметрия D) Биомикроскопия	В
25	ОПК-4	Для бесконтактного измерения внутриглазного давления используется: А) Тonomетр Маклакова В) Пневмотонометр С) Тonomетр Шиотца D) Аппланационный тонометр Гольдмана	В
26	ОПК-4	Биомикроскопия глаза проводится с помощью: А) Офтальмоскопа В) Щелевой лампы С) Периметра D) Экзофтальмометра	В
27	ОПК-4	Для выявления дефектов эпителия роговицы (эрозий) применяют инстилляцию: А) Атропина В) Флюоресцеина натрия	В

		С) Тимолола D) Тропикамида	
28	ОПК-4	Проба Ширмера используется для оценки: А) Уровня ВГД В) Продукции слезной жидкости С) Состояния хрусталика D) Цветовосприятия	В
29	ОПК-4	Для исследования проходимости слезоотводящих путей проводят: А) Канальцевую и носовую пробы (с колларголом) В) Тонометрию С) Офтальмоскопию D) Рефрактометрию	А
30	ОПК-4	Экзофтальмометрия проводится для диагностики: А) Катаракты В) Эндокринной офтальмопатии (пучеглазия) С) Глаукомы D) Кератита	В
31	ОПК-4	При офтальмоскопии в норме диск зрительного нерва имеет цвет: А) Ярко-красный В) Бледно-розовый (желтовато-розовый) С) Синий D) Белый	В
32	ОПК-4	Для лучшего осмотра периферии сетчатки необходимо: А) Сузить зрачок (миоз) В) Расширить зрачок (мидриаз) С) Закапать анестетик D) Провести массаж	В
33	ОПК-4	Прямой офтальмоскоп дает изображение: А) Перевернутое, уменьшенное В) Прямое, увеличенное (в 15-16 раз) С) Не дает изображения D) Только черно-белое	В
34	ОПК-4	Для непрямой бинокулярной офтальмоскопии используют: А) Ручной офтальмоскоп В) Налобный офтальмоскоп + линзу 20D С) Щелевую лампу без линз D) Авторефрактометр	В
35	ОПК-4	"Яблочко" нистагма исследуют при: А) Офтальмоскопии В) Оценке подвижности глаз (в восьми направлениях) С) Тонометрии D) Периметрии	В
36	ОПК-4	Периметрия - это метод исследования: А) Остроты зрения В) Поля зрения С) Внутриглазного давления D) Цветовосприятия	В
37	ОПК-4	Физиологическая скотома (слепое пятно) соответствует проекции: А) Макулы В) Диска зрительного нерва С) Хрусталика D) Роговицы	В
38	ОПК-4	Для ориентировочной оценки поля зрения (контрольный метод) используют: А) Тонометр В) Руки врача (пальцы) С) Офтальмоскоп D) Линейку	В
39	ОПК-4	Таблицы Рабкина используются для исследования: А) Остроты зрения В) Цветовосприятия (цветоаномалии) С) Рефракции D) Бинокулярного зрения	В
40	ОПК-4	При гемианопсии выпадает: А) Центральное зрение В) Половина поля зрения (правая или левая) С) Верхняя половина изображения D) Только цветное зрение	В
41	ОПК-4	Скиаскопия (теневая проба) проводится для: А) Измерения ВГД	В

		<p>5. Герпетический кератит</p> <p>Д. Противовирусные</p> <p>Е. М-холиноблокаторы</p>	
52	ОПК-7	<p>Соответствие между препаратом и механизмом действия</p> <p>Препарат: Механизм действия:</p> <p>1. Тимолол А. Увеличение увеосклерального оттока</p> <p>2. Пилокарпин Б. Снижение продукции внутриглазной жидкости (бета-блокатор)</p> <p>3. Латанопрост В. Миоз и увеличение трабекулярного оттока</p> <p>4. Дорзоламид Г. Ингибирование карбоангидразы</p> <p>5. Бринзоламид Д. Ингибирование карбоангидразы</p> <p>Е. Альфа-адреномиметик</p>	1-Б, 2-В, 3-А, 4-Г, 5-Д.
53	ОПК-7	<p>Соответствие между побочным эффектом и препаратом</p> <p>Побочный эффект: Препарат:</p> <p>1. Брадикардия, бронхоспазм А. Атропин</p> <p>2. Пигментация радужки, потемнение ресниц Б. Тимолол</p> <p>3. Жжение, аллергические реакции В. Латанопрост</p> <p>4. Сухость во рту, тахикардия (системное действие) Г. Антибиотики (местно)</p> <p>5. Повышение ВГД (при длительном применении) Д. Дексаметазон</p> <p>Е. Пиреноксин</p>	1-Б, 2-В, 3-Г, 4-А, 5-Д.
54	ОПК-7	<p>Соответствие между клинической ситуацией и тактикой контроля эффективности лечения</p>	1-В, 2-Б, 3-Г, 4-А, 5-Д.

		<p>Клиническая ситуация:</p> <p>1. Назначена гипотензивная терапия при глаукоме</p> <p>2. Лечение бактериального кератита</p> <p>3. Терапия увеита (системные стероиды)</p> <p>4. Лечение амблиопии (окклюзия)</p> <p>5. Послеоперационный период (экстракция катаракты)</p>	<p>Метод контроля эффективности:</p> <p>А. Контроль остроты зрения с коррекцией</p> <p>Б. Офтальмоскопия (оценка инфильтрата) + посев</p> <p>В. Тонометрия + периметрия + ОКТ</p> <p>Г. Контроль ВГД, состояния хрусталика, уровня глюкозы</p> <p>Д. Контроль прозрачности роговицы и ВГД</p> <p>Е. ОКТ макулы</p>	
55	ОПК-7	<p>Соответствие между методом лечения и показанием к нему</p> <p>Метод лечения:</p> <p>1. Панретинальная лазеркоагуляция</p> <p>2. Интравитреальное введение anti-VEGF</p> <p>3. Факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ</p> <p>4. Сквозная кератопластика (пересадка роговицы)</p> <p>5. Трабекулэктомия</p>	<p>Показание:</p> <p>А. Проллиферативная диабетическая ретинопатия</p> <p>Б. Влажная форма ВМД, диабетический макулярный отек</p> <p>В. Катаракта (зрелая, незрелая)</p> <p>Г. Бельмо (помутнение роговицы), кератоконус</p> <p>Д. Глаукома (некомпенсированная медикаментозно)</p> <p>Е. Конъюнктивит</p>	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г, 5-Д.
56	ОПК-7	<p>Последовательность неотложной помощи при остром приступе закрытоугольной глаукомы</p> <p><i>Установите правильную последовательность действий врача.</i></p> <p>1. Системное введение ингибиторов карбоангидразы (диакарб) и осмотических диуретиков (глицерол).</p> <p>2. Закапывание бета-блокатора (тимолол 0,5%) для снижения продукции влаги.</p> <p>3. Инстилляцией пилокарпина 1% (миотик) по схеме (каждые 15 минут в первый час).</p>		2, 3, 1, 4, 5

		<p>4. Отвлекающая терапия (горячие ножные ванны, солевое слабительное). Инстилляционная анестезика перед тонометрией (при необходимости).</p>	
57	ОПК-7	<p>Последовательность этапов хирургического лечения катаракты (факоэмульсификация)</p> <p><i>Установите правильную последовательность этапов операции.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Факоэмульсификация ядра хрусталика. 2. Создание роговичных разрезов (основного и парацентезов). 3. Имплантация интраокулярной линзы (ИОЛ) в капсульный мешок. 4. Капсулорексис (вскрытие передней капсулы) и гидродиссекция. <p>Удаление кортикальных масс (аспирация/ирригация).</p>	2, 4, 1, 5, 3.
58	ОПК-7	<p>Последовательность подбора гипотензивной терапии при глаукоме</p> <p><i>Установите правильную последовательность действий врача.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оценка переносимости препарата и выявление побочных эффектов. 2. Измерение исходного уровня ВГД (до лечения). 3. Назначение препарата первой линии (например, аналог простагландина). 4. Повторное измерение ВГД через 2-4 недели для оценки эффективности. <p>При недостаточном эффекте – смена препарата или добавление второго</p>	2, 3, 1, 4, 5.
59	ОПК-7	<p>Последовательность лечения бактериального кератита</p> <p><i>Установите правильную последовательность действий врача.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Забор материала для посева и определения чувствительности к антибиотикам. 2. Назначение "форсированных" инстилляций антибиотиков широкого спектра (каждые 15-30 мин). 3. Осмотр с флюоресцеином для оценки размера и глубины язвы. 4. Оценка эффективности через 24-48 часов (уменьшение инфильтрата, эпителизация). 5. При положительной динамике – переход на более редкие инстилляции. 	3, 1, 2, 4, 5.
60	ОПК-7	<p>Последовательность контроля безопасности при лечении системными кортикостероидами (увент)</p> <p><i>Установите правильную последовательность мониторинга пациента.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Информирование пациента о возможных побочных эффектах. 2. Контроль офтальмологических показателей (ВГД, состояние хрусталика) через 2-4 недели. 3. Исходное измерение ВГД и осмотр хрусталика до начала терапии. 4. Назначение системных стероидов (преднизолон). 5. Ежедневный контроль уровня глюкозы крови и АД в начале лечения. 	3, 1, 4, 5, 2.
61	ОПК-7	<p>Пациент 68 лет доставлен в приемный покой с жалобами на резкую боль в правом глазу, головную боль, тошноту,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: Острый приступ закрытоугольной глаукомы правого глаза. 2. План терапии:

		<p>рвоту. Объективно: глаз красный, роговица отечная, зрачок расширен, пальпаторно глаз плотный как камень. Острота зрения - счет пальцев у лица.</p> <p>Вопрос: Поставьте диагноз. Составьте план неотложной медикаментозной терапии (укажите 3 группы препаратов и пути введения). Какие показатели вы будете контролировать для оценки эффективности лечения в первые 2 часа?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Местно: бета-блокатор (тимолол 0,5%) + пилокарпин 1% (миотик) каждый час. ○ Системно: ингибитор карбоангидразы (ацетазоламид/диакарб) внутрь или в/м. ○ Системно: осмотический диуретик (глицерол внутрь или маннитол в/в). <p>3. Контроль: Уровень ВГД (каждые 30-60 мин), артериальное давление и пульс, состояние зрачка и прозрачность роговицы.</p>
62	ОПК-7	<p>Пациент 65 лет с впервые выявленной первичной открытоугольной глаукомой. ВГД OD = 28 мм Нг, OS = 26 мм Нг. Сопутствующие заболевания: бронхиальная астма (средней тяжести), хроническая обструктивная болезнь легких, брадикардия (пульс 54 уд/мин).</p> <p>Вопрос: Какой препарат первой линии (фармакологическая группа) вы назначите и почему? Какой класс препаратов противопоказан и в связи с чем? Через какое время оценивается эффективность лечения и какой показатель является главным критерием?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Препарат выбора: Аналоги простагландинов (латанопрост, травопрост) - минимальное системное действие, эффективны 1 раз в сутки. 2. Противопоказан: Бета-блокаторы (тимолол) из-за риска бронхоспазма и усугубления брадикардии. 3. Контроль: Через 2-4 недели. Главный критерий - уровень ВГД (достижение целевого давления - 20 мм Нг и ниже) и переносимость.
63	ОПК-7	<p>Пациент с герпетическим кератитом получает ацикловир в мази 5 раз в день. На 5-й день лечения появились жалобы на усиление боли, покраснение и увеличение дефекта роговицы. При осмотре с флюоресцеином выявляется овальный эпителиальный дефект с "ветвистыми" краями, который больше первоначального.</p> <p>Вопрос: О каком осложнении терапии можно думать? Ваша тактика (отменить/назначить)? Какие группы препаратов необходимо добавить в схему лечения?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Осложнение: Токсико-аллергическая реакция на противовирусный препарат или формирование трофической язвы (географической язвы). 2. Тактика: Отменить токсичный препарат (ацикловир). 3. Добавить: Кератопротекторы/репаратанты (декспантенол, корнерегель), слезозаменители без консервантов. При подтверждении герпетической этиологии - системные противовирусные (валацикловир внутрь).
64	ОПК-7	<p>Пациент с язвой роговицы получает форсированные инстилляциии левофлоксацина (каждые 30 минут) в течение 2 дней. При контрольном осмотре: инфильтрат уменьшился незначительно, гнойное отделяемое сохраняется, эпителизация не началась.</p> <p>Вопрос: Оцените эффективность проводимого лечения. Каковы дальнейшие действия врача? Какие дополнительные исследования необходимо провести?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Оценка: Лечение недостаточно эффективно (отсутствие明显的 положительной динамики через 48 часов). 2. Действия: Смена антибиотика с учетом вероятной резистентности, добавление второго антибиотика (цефазолин или ванкомицин). 3. Исследования: Повторный забор материала для посева и определения чувствительности к антибиотикам, контроль размера язвы с флюоресцеином, исключение перфорации.
65	ОПК-7	<p>Пациент 55 лет с сахарным диабетом 2 типа в течение 10 лет жалуется на снижение зрения левого глаза, "туман" и искажение предметов. Vis OD = 0,8, Vis OS = 0,2 н/к. При ОКТ выявлен диабетический макулярный отек, при ФАГ - выраженная ишемия макулярной зоны.</p> <p>Вопрос: Какова современная тактика лечения диабетического макулярного отека (препараты выбора)? Какой метод контроля эффективности является "золотым стандартом"? Какие два дополнительных метода лечения могут потребоваться при неэффективности?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Препараты выбора: Интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза (анти-VEGF) - ранибизумаб, афлиберцепт. 2. Золотой стандарт контроля: ОКТ макулы (динамика толщины сетчатки и интравитреальной жидкости). 3. Дополнительные методы: Лазеркоагуляция сетчатки (фокальная/решетчатая), при рефрактерном отеке - интравитреальные глюкокортикоиды (импланты дексаметазона).
66	ОПК-7	<p>Назовите препарат первой линии для лечения первичной открытоугольной глаукомы (укажите фармакологическую группу).</p>	<p>Аналоги простагландинов (латанопрост, травопрост).</p>

67	ОПК-7	Какой миотик (холиномиметик) применяется для купирования острого приступа закрытоугольной глаукомы?	Пилокарпин 1%.
68	ОПК-7	При назначении системных глюкокортикостероидов (преднизолон) по поводу увеита, какие два офтальмологических осложнения необходимо контролировать в динамике?	Стероидная катаракта (заднекапсулярная) и стероидная глаукома (повышение ВГД).
69	ОПК-7	При какой форме возрастной макулярной дегенерации (ВМД) показано интравитреальное введение ингибиторов ангиогенеза (anti-VEGF)?	При влажной (неоваскулярной) форме ВМД.
70	ОПК-7	Через какой минимальный срок после начала гипотензивной терапии глаукомы оценивают ее эффективность (измеряют ВГД)?	Через 2-4 недели.
71	ОПК-7	Препаратом первой линии для лечения открытоугольной глаукомы является: А) Тимолол В) Латанопрост С) Пилокарпин D) Атропин	В
72	ОПК-7	Механизм действия тимолола: А) Увеличение увеосклерального оттока В) Снижение продукции внутриглазной жидкости (бета-блокатор) С) Миоз и увеличение трабекулярного оттока D) Ингибирование карбоангидразы	В
73	ОПК-7	Пилокарпин вызывает: А) Мидриаз и снижение ВГД В) Миоз и увеличение оттока по трабекуле С) Циклоплегию D) Снижение продукции водянистой влаги	В
74	ОПК-7	Ингибиторы карбоангидразы (дорзоламид) действуют путем: А) Блокады фермента в цилиарном теле В) Стимуляции оттока через увеосклеральный путь С) Сужения зрачка D) Расширения зрачка	А
75	ОПК-7	Побочный эффект аналогов простагландинов: А) Брадикардия В) Пигментация радужки и потемнение ресниц С) Бронхоспазм D) Сухость во рту	В
76	ОПК-7	Препаратом выбора при бактериальном кератите является: А) Ацикловир В) Фторхинолон (местно, форсированные инстилляции) С) Дексаметазон D) Олопатадин	В
77	ОПК-7	Для лечения герпетического кератита применяют: А) Тобрамицин В) Ацикловир (местно и системно) С) Лоратадин D) Кетотифен	В
78	ОПК-7	При остром переднем увеите (иридоциклите) для профилактики синехий назначают: А) Пилокарпин В) Атропин (мидриатик) С) Тимолол D) Латанопрост	В
79	ОПК-7	Глюкокортикостероиды (дексаметазон) при герпетическом кератите: А) Препараты первой линии В) Противопоказаны без противовирусного прикрытия С) Назначаются в высоких дозах D) Не имеют побочных эффектов	В
80	ОПК-7	При аллергическом конъюнктивите препаратом выбора является: А) Тобрамицин В) Олопатадин (стабилизатор тучных клеток) С) Атропин D) Пилокарпин	В
81	ОПК-7	При влажной форме ВМД (макулодистрофии) применяют: А) Аналоги простагландинов В) Ингибиторы ангиогенеза (анти-VEGF) С) Антибиотики D) Мидриатики	В

82	ОПК-7	При диабетическом макулярном отеке препаратом выбора является: А) Тимолол В) Анти-VEGF (ранибизумаб, афлиберцепт) С) Пилокарпин D) Атропин	В
83	ОПК-7	Панретинальная лазеркоагуляция проводится при: А) Начальной катаракте В) Проллиферативной диабетической ретинопатии С) Конъюнктивите D) Кератите	В
84	ОПК-7	Интравитреальное введение препаратов - это введение в: А) Переднюю камеру В) Стекловидное тело С) Субтеноново пространство D) Вену	В
85	ОПК-7	При окклюзии центральной вены сетчатки с макулярным отеком применяют: А) Антибиотики В) Анти-VEGF или кортикостероиды С) Мидриатики D) Бета-блокаторы	В
86	ОПК-7	Основной метод лечения катаракты: А) Лазерная стимуляция В) Факоемульсификация с имплантацией ИОЛ С) Медикаментозное рассасывание D) Склеропластика	В
87	ОПК-7	При неэффективности медикаментозного лечения глаукомы применяют: А) Увеличение дозы капель В) Хирургическое лечение (трабекулэктомия) С) Физиотерапию D) Массаж	В
88	ОПК-7	Сквозная кератоластика - это: А) Удаление хрусталика В) Пересадка роговицы С) Операция при глаукоме D) Лечение косоглазия	В
89	ОПК-7	При отслойке сетчатки проводится: А) Антибиотикотерапия В) Витрэктомия + пломбирование/газовая тампонада С) Инстилляцией мидриатиков D) Лазерная коррекция зрения	В
90	ОПК-7	Лазерная капсулотомия (YAG-лазер) проводится при: А) Открытоугольной глаукоме В) Вторичной катаракте (помутнение задней капсулы) С) Кератите D) Конъюнктивите	В
91	ОПК-7	Эффективность гипотензивной терапии глаукомы оценивают через: А) 1 день В) 2-4 недели С) 6 месяцев D) 1 год	В
92	ОПК-7	Целевое внутриглазное давление при глаукоме - это: А) Исходное давление пациента В) Уровень ВГД, при котором не прогрессирует глаукоматозная нейропатия С) Среднестатистическая норма (16-21 мм рт. ст.) D) Минимально возможное давление	В
93	ОПК-7	"Золотой стандарт" контроля эффективности лечения макулярного отека: А) Визометрия В) ОКТ макулы С) Тонометрия D) Периметрия	В
94	ОПК-7	Эффективность лечения бактериального кератита оценивают по: А) Уровню ВГД В) Уменьшению инфильтрата и эпителизации (с флюоресцеином) С) Состоянию хрусталика	В

		D) Цвету радужки									
95	ОПК-7	При лечении амблиопии (окклюзия) контроль остроты зрения проводят каждые: A) 1-2 дня B) 2-4 недели C) 6 месяцев D) 1 год	B								
96	ОПК-7	При длительном применении кортикостероидов (местно) необходимо контролировать: A) Только остроту зрения B) ВГД и состояние хрусталика C) Цветовое зрение D) Рефракцию	B								
97	ОПК-7	Системные бета-блокаторы (тимолол) противопоказаны при: A) Гипертонической болезни B) Бронхиальной астме и брадикардии C) Сахарном диабете D) Язвенной болезни	B								
98	ОПК-7	При системной терапии глюкокортикоидами необходимо контролировать: A) Только остроту зрения B) Уровень глюкозы крови, АД, ВГД, состояние хрусталика C) Только пульс D) Только диурез	B								
99	ОПК-7	Атропин может вызвать системное осложнение: A) Брадикардию B) Тахикардию, сухость во рту, возбуждение C) Бронхоспазм D) Гипотензию	B								
100	ОПК-7	При отсутствии эффекта от антибактериальной терапии кератита в течение 48 часов необходимо: A) Удвоить дозу B) Сменить препарат и провести посев на чувствительность C) Добавить гормональные капли D) Отменить все лечение	B								
101	ПК-1	Соответствие между неотложным состоянием и его клиническим признаком <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Неотложное состояние:</td> <td style="width: 50%;">Ключевой клинический признак:</td> </tr> <tr> <td>1. Острый приступ закрытоугольной глаукомы</td> <td>А. Резкая боль, "радужные круги", тошнота, плотный глаз</td> </tr> <tr> <td>2. Острый иридоциклит (передний увеит)</td> <td>Б. Светобоязнь, слезотечение, преципитаты на роговице, узкий зрачок</td> </tr> <tr> <td>3. Эрозия роговицы</td> <td>В. Боль, ощущение инородного тела, дефект эпителия (флюоресцеин+)</td> </tr> </table>	Неотложное состояние:	Ключевой клинический признак:	1. Острый приступ закрытоугольной глаукомы	А. Резкая боль, "радужные круги", тошнота, плотный глаз	2. Острый иридоциклит (передний увеит)	Б. Светобоязнь, слезотечение, преципитаты на роговице, узкий зрачок	3. Эрозия роговицы	В. Боль, ощущение инородного тела, дефект эпителия (флюоресцеин+)	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г, 5-Д.
Неотложное состояние:	Ключевой клинический признак:										
1. Острый приступ закрытоугольной глаукомы	А. Резкая боль, "радужные круги", тошнота, плотный глаз										
2. Острый иридоциклит (передний увеит)	Б. Светобоязнь, слезотечение, преципитаты на роговице, узкий зрачок										
3. Эрозия роговицы	В. Боль, ощущение инородного тела, дефект эпителия (флюоресцеин+)										

		<p>4. Острый конъюнктивит</p> <p>5. Субконъюнктивальное кровоизлияние</p> <p>Г. Покраснение, отделяемое (гнойное/слизистое), зуд/жжение</p> <p>Д. Ярко-красное пятно на белом фоне, безболезненно</p> <p>Е. Расширенный зрачок, отек роговицы</p>	
102	ПК-1	<p>Соответствие между состоянием и неотложной помощью</p> <p>Состояние: Неотложная помощь (до направления к специалисту):</p> <p>1. Химический ожог глаза</p> <p>2. Эрозия роговицы</p> <p>3. Острый приступ глаукомы</p> <p>4. Острый конъюнктивит (гнойный)</p> <p>5. Удаление поверхностного инородного тела роговицы</p> <p>А. Немедленное обильное промывание водой (15-20 мин)</p> <p>Б. Антибактериальные капли + кератопротектор (корнерегель)</p> <p>В. Тимолол + пилокарпин (местно), диакарб внутрь, срочная госпитализация</p> <p>Г. Промывание, антибактериальные капли (тобрамицин, фторхинолоны)</p> <p>Д. Инстиляция анестетика, удаление ватной палочкой/иглой</p> <p>Е. Теплый компресс</p>	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г, 5-Д.
103	ПК-1	<p>Соответствие между заболеванием и тактикой ведения (неотложная/плановая)</p>	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г, 5-Д.

		<p><i>Установите правильную последовательность действий врача.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Закапывание антибактериальных капель и закладывание мази. 2. Немедленное и обильное промывание конъюнктивальной полости водой или физраствором (15-20 мин). 3. Удаление видимых частиц химического агента (если есть) ватной палочкой. 4. Инстиляция анестетика для уменьшения боли и блефароспазма. 5. Направление к офтальмологу или госпитализация при тяжелом ожоге. 	
107	ПК-1	<p>Последовательность удаления поверхностного инородного тела с роговицы</p> <p><i>Установите правильную последовательность действий.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Закапывание антибактериальных капель и кератопротектора. 2. Инстиляция анестетика (инокаин) в конъюнктивальный мешок. 3. Удаление инородного тела влажным тампоном или инъекционной иглой под контролем щелевой лампы. 4. Осмотр с флюоресцеином для оценки дефекта эпителия. 5. Фиксация век и головы пациента (при необходимости). 	2, 5, 3, 4, 1.
108	ПК-1	<p>Последовательность действий при остром приступе закрытоугольной глаукомы на амбулаторном этапе</p> <p><i>Установите правильную последовательность.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Срочное направление (госпитализация) в офтальмологический стационар. 2. Инстиляции пилокарпина 1% каждые 15 минут в первый час. 3. Закапывание бета-блокатора (тимолол 0,5%) для снижения продукции влаги. 4. Измерение внутриглазного давления (тонометрия) для подтверждения диагноза. 5. Системное введение диакарба (внутрь) и глицерола. 	4, 3, 2, 5, 1.
109	ПК-1	<p>Последовательность оказания помощи при остром гнойном конъюнктивите</p> <p><i>Установите правильную последовательность действий врача на приеме.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Закапывание антибактериальных капель (тобрамицин, фторхинолоны). 2. Промывание конъюнктивальной полости антисептиком (фурацилин) или чаем. 3. Сбор жалоб и анамнеза, наружный осмотр. 4. Взятие мазка отделяемого для посева (при необходимости). 5. Рекомендации по частоте инстилляций и гигиене, контроль через 2-3 дня. 	3, 2, 4, 1, 5.
110	ПК-1	<p>Последовательность диагностики и помощи при эрозии роговицы</p> <p><i>Установите правильную последовательность.</i></p>	4, 1, 3, 5, 2.

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Инстилляционная анестетика для снятия боли и блефароспазма. 2. Закапывание антибактериальных капель и кератопротектора (корнерегель). 3. Осмотр с флюоресцеином (окрашивание дефекта) под щелевой лампой. 4. Сбор жалоб (боль, светобоязнь, чувство инородного тела). 5. Выявление инородного тела (при его наличии) и его удаление. 	
111	ПК-1	<p>Рабочий на производстве 40 лет получил попадание в глаз неизвестного химического раствора. Жалуется на резкую боль, жжение, светобоязнь. При осмотре: гиперемия конъюнктивы, легкий отек роговицы, точечные помутнения.</p> <p>Вопрос: Опишите алгоритм неотложной помощи на месте происшествия и в приемном покое. Какие группы препаратов используются для дальнейшего лечения? В каком случае требуется госпитализация?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Неотложная помощь: Немедленное обильное промывание водой или физраствором в течение 15-20 минут, удаление видимых частиц, инстилляционная анестетика. 2. Препараты: Антибактериальные капли (фторхинолоны), кератопротекторы (корнерегель, декспантенол), при необходимости - мидриатики (для профилактики синехий), слезозаменители. 3. Госпитализация: При ожогах II-IV степени (обширный дефект эпителия, ишемия лимба, помутнение роговицы) требуется госпитализация в офтальмологический стационар.
112	ПК-1	<p>Пациентка 65 лет жалуется на резкую боль в правом глазу, иррадирующую в висок, тошноту, ухудшение зрения, появление "радужных кругов" при взгляде на свет. При осмотре: глаз красный, роговица отечная, зрачок расширен, пальпаторно глаз плотный.</p> <p>Вопрос: Поставьте диагноз. Составьте план неотложной помощи на амбулаторном этапе (до направления в стационар). В каких случаях пациент подлежит экстренной госпитализации?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: Острый приступ закрытоугольной глаукомы правого глаза. 2. Неотложная помощь: <ul style="list-style-type: none"> ○ Местно: тимолол 0,5% (1 капля), пилокарпин 1% каждые 15 мин в первый час. ○ Системно: диакарб (ацетазоламид) внутрь, глицерол внутрь (осмотический диуретик). ○ Отвлекающая терапия: горячие ножные ванны. 3. Госпитализация: Экстренная госпитализация показана всегда при остром приступе, так как требуется срочное снижение ВГД и решение вопроса о лазерном/хирургическом лечении.
113	ПК-1	<p>Молодой человек 25 лет обратился с жалобой на чувство инородного тела, боль и слезотечение в правом глазу после работы с болгаркой. При осмотре с флюоресцеином на роговице определяется точечный дефект эпителия, в центре которого визуализируется металлическая частица.</p> <p>Вопрос: Опишите алгоритм удаления поверхностного инородного тела роговицы. Какие препараты назначаются после удаления? Что такое "ржавое кольцо" и как с ним поступить?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Алгоритм удаления: Инстилляционная анестетика → фиксация век → удаление инородного тела инъекционной иглой или копьем под контролем щелевой лампы → повторный осмотр с флюоресцеином. 2. Препараты после удаления: Антибактериальные капли (фторхинолоны), кератопротектор (корнерегель, декспантенол). 3. Ржавое кольцо: Остаточное прокрашивание (оксид металла) после удаления металлического инородного тела. Удаляется при помощи иглы или бормашинки, так как может поддерживать воспаление.
114	ПК-1	<p>Пациент 30 лет жалуется на локальное покраснение и припухлость верхнего века правого глаза, болезненность при прикосновении. Симптомы появились 2 дня назад. Общее состояние не нарушено, температура нормальная.</p> <p>Вопрос: Сформулируйте диагноз. Назначьте лечение (амбулаторное). В каком случае и какое хирургическое вмешательство может потребоваться?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: Наружный ячмень (гордеолум) верхнего века правого глаза. 2. Лечение: Сухое тепло (компрессы), туалет век, антибактериальная мазь (тетрациклиновая, эритромициновая или флоксал) за веко 3-4 раза в день. При отеке - могут быть назначены антибактериальные капли. 3. Хирургическое вмешательство: При абсцедировании (формировании гноиника) - вскрытие и дренирование в условиях перевязочного кабинета.
115	ПК-1	<p>Пациент 50 лет, после приступа сильного кашля, заметил ярко-красное пятно на белке левого глаза. Жалоб на боль, снижение зрения нет. При осмотре: на фоне неизменной</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: Субконъюнктивальное кровоизлияние (гипосфагма) левого глаза. 2. Тактика: Неотложная помощь не требуется. Рекомендации: холод в первые

		<p>конъюнктивы определяется ярко-красное, четко ограниченное кровоизлияние. Острота зрения не снижена.</p> <p>Вопрос: Сформулируйте диагноз. Какова тактика ведения пациента (неотложная помощь, рекомендации)? Какие препараты могут быть назначены для ускорения рассасывания? В каких случаях требуется дополнительное обследование?</p>	<p>сутки (для предотвращения увеличения), затем тепло (для рассасывания). Исключить физические нагрузки, натуживание. Наблюдение.</p> <p>3. Препараты: Кровоизлияние рассасывается самостоятельно за 10-14 дней. Для ускорения могут быть назначены капли с йодидом калия, аскорутин (внутрь) по назначению врача.</p> <p>4. Дополнительное обследование: При частых рецидивах, кровоизлияниях без видимой причины, на фоне приема антикоагулянтов, при наличии системных заболеваний (гипертония, нарушения свертываемости) - консультация терапевта, анализ крови.</p>
116	ПК-1	Какое действие является первоочередным при химическом ожоге глаз?	Немедленное обильное промывание водой или физиологическим раствором (не менее 15-20 минут).
117	ПК-1	Какой краситель используется для выявления дефектов эпителия роговицы?	Флюоресцеин натрия.
118	ПК-1	Назовите два препарата (местно) для купирования острого приступа закрытоугольной глаукомы.	Тимолол (бета-блокатор) и пилокарпин (миотик).
119	ПК-1	Что такое "ржавое кольцо" и как с ним поступить после удаления металлического инородного тела?	Ржавое кольцо - остаточное прокрашивание оксидом металла. Его необходимо удалить (иглой или бормашинкой), чтобы избежать хронического воспаления.
120	ПК-1	При каком остром заболевании глаз наблюдается расширенный зрачок ("каменная плотность" глаза, тошнота)?	Острый приступ закрытоугольной глаукомы.
121	ПК-1	Первоочередное действие при химическом ожоге глаза: А) Закапать анестетик В) Наложить повязку С) Немедленно промыть водой (15-20 мин) D) Закапать антибиотик	С
122	ПК-1	Для выявления эрозии роговицы используют инстилляцию: А) Атропина В) Флюоресцеина натрия С) Тимолола D) Тропикамида	В
123	ПК-1	При проникающем ранении глаза категорически нельзя: А) Наложить биную повязку В) Вводить противостолбнячную сыворотку С) Удалять инородное тело из раны D) Госпитализировать	С
124	ПК-1	При тупой травме глаза (контузии) с подозрением на перелом стенок орбиты противопоказано: А) Холод В) Исследование движений глаз С) Сморкание D) Рентгенография	С
125	ПК-1	Удаление поверхностного инородного тела с роговицы проводится после: А) Закапывания антибиотика В) Инстилляций анестетика С) Наложения повязки D) Промывания чаем	В
126	ПК-1	Для острого приступа закрытоугольной глаукомы характерно: А) Узкий зрачок, мелкая передняя камера В) Расширенный зрачок, "каменная плотность" глаза С) Гнойное отделяемое D) Светобоязнь	В
127	ПК-1	Препарат выбора для купирования острого приступа глаукомы (местно): А) Атропин В) Пилокарпин 1% С) Дексаметазон D) Тобрамицин	В

128	ПК-1	Системный препарат для снижения ВГД при остром приступе: А) Парацетамол В) Диакарб (ацетазоламид) С) Анальгин D) Амоксициллин	В
129	ПК-1	Осмотический диуретик для купирования острого приступа глаукомы: А) Фуросемид В) Глицерол (внутри) С) Верошпирон D) Гипотиазид	В
130	ПК-1	Тактика при остром приступе глаукомы: А) Амбулаторное наблюдение В) Экстренная госпитализация С) Физиотерапия D) Теплые компрессы	В
131	ПК-1	Для острого иридоциклита (переднего увеита) характерно: А) Расширенный зрачок В) Узкий зрачок, преципитаты на роговице С) "Радужные круги" D) Обильное гнойное отделяемое	В
132	ПК-1	При остром иридоциклите для профилактики синехий назначают: А) Пилокарпин В) Атропин С) Тимолол D) Латанопрост	В
133	ПК-1	При остром иридоциклите для профилактики синехий назначают: А) Пилокарпин В) Атропин С) Тимолол D) Латанопрост	В
134	ПК-1	При бактериальном конъюнктивите назначают: А) Противовирусные мази В) Антибактериальные капли С) Кортикостероиды D) Мидриатики	В
135	ПК-1	Для аллергического конъюнктивита характерно: А) Гнойное отделяемое В) Зуд, слезотечение, отек век С) Боль в глазу D) Расширенный зрачок	В
136	ПК-1	Ячмень (гордеолум) - это острое воспаление: А) Слезного мешка В) Волосного фолликула ресницы С) Роговицы D) Конъюнктивы	В
137	ПК-1	Лечение наружного ячменя включает: А) Теплые компрессы и антибактериальную мазь В) Холод и покой С) Мидриатики D) Противовирусные капли	А
138	ПК-1	При абсцедировании ячменя показано: А) Увеличение дозы антибиотика В) Вскрытие и дренирование С) Физиотерапия D) Наблюдение	В
139	ПК-1	Острый дакриоцистит - это воспаление: А) Слезной железы В) Слезного мешка С) Конъюнктивы D) Роговицы	В
140	ПК-1	При флегмоне слезного мешка (острый дакриоцистит) требуется: А) Только местные антибиотики В) Системные антибиотики и хирургическое вскрытие С) Теплые компрессы D) Массаж	В
141	ПК-1	Субконъюнктивальное кровоизлияние (гипосфагма) - это: А) Показание к экстренной госпитализации В) Состояние, не требующее неотложной помощи С) Признак глаукомы D) Инфекционное заболевание	В

142	ПК-1	Для эрозии роговицы характерно: А) Гнойное отделяемое В) Боль, чувство инородного тела, дефект эпителия С) Расширенный зрачок D) Повышение ВГД	В
143	ПК-1	При эрозии роговицы после удаления инородного тела назначают: А) Только обезболивающие В) Антибактериальные капли и кератопротекторы С) Только мидриатики D) Только гормоны	В
144	ПК-1	Дифференциальный признак острого приступа глаукомы и иридоциклита: А) Наличие отделяемого В) Ширина зрачка (расширен vs сужен) С) Снижение зрения D) Покраснение глаза	В
145	ПК-1	"Радужные круги" при взгляде на свет характерны для: А) Конъюнктивита В) Острого приступа глаукомы С) Кератита D) Ячменя	В
146	ПК-1	Светобоязнь и слезотечение наиболее характерны для: А) Конъюнктивита В) Кератита и иридоциклита С) Глаукомы D) Ячменя	В
147	ПК-1	При подозрении на проникающее ранение глаза необходимо: А) Промыть глаз антисептиком В) Наложить биную повязку и госпитализировать С) Удалить инородное тело D) Назначить антибиотики амбулаторно	В
148	ПК-1	При остром гнойном конъюнктивите показано: А) Закладывание мази на ночь В) Частые промывания и инстилляциии антибиотиков С) Теплые компрессы D) Сухое тепло	В
149	ПК-1	При остром приступе глаукомы ВГД обычно: А) 10-15 мм рт. ст. В) 16-21 мм рт. ст. С) 30-40 мм рт. ст. и выше D) Не изменяется	С
150	ПК-1	При химическом ожоге глаза промывание продолжается: А) 1-2 минуты В) 5 минут С) 15-20 минут D) До исчезновения боли	С
151	ПК-3	Соответствие между особенностями пациента и тактикой лечения Категория пациентов: Категория Особенность тактики лечения: 1. Беременные женщины А. Контроль ВГД и состояния хрусталика каждые 3-6 месяцев, коррекция сухости 2. Пациенты пожилого возраста (с катарактой) Б. Плановое хирургическое лечение в условиях дневного стационара	1-Г, 2-Б, 3-В, 4-Г, 5-Д.

		<p>3. Пациенты с глаукомой и бронхиальной астмой</p> <p>4. Пациенты с синдромом "сухого глаза"</p> <p>5. Пациенты с сахарным диабетом (диабетическая ретинопатия)</p>	<p>В. Исключение бета-блокаторов (тимолол), назначение аналогов простагландинов</p> <p>Г. Слезозаменители без консервантов, контроль слезопродукции</p> <p>Д. Регулярный контроль глазного дна (ОКТ), anti-VEGF терапия при отеке</p> <p>Е. Назначение атропина</p>	
152	ПК-3	<p>Соответствие между препаратом и ограничением при беременности</p> <p>Препарат:</p> <p>1. Аналоги простагландинов (латанопрост)</p> <p>2. Бета-блокаторы (тимолол)</p> <p>3. Ингибиторы карбоангидразы (дорзоламид)</p> <p>4. Антибиотики-аминогликозиды (тобрамицин)</p>	<p>Ограничение/Риск при беременности:</p> <p>А. Противопоказаны в I триместре (риск преждевременных родов)</p> <p>Б. Возможна брадикардия у плода, применяются с осторожностью</p> <p>В. Системное применение противопоказано (риск ацидоза у плода)</p> <p>Г. Местно - с осторожностью, при крайней необходимости</p>	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г, 5-Д.

		<p>5. Мидриатики (атропин)</p> <p>Д. Могут вызвать тахикардию у плода, применяются кратковременно</p> <p>Е. Полностью безопасны</p>	
153	ПК-3	<p>Соответствие между заболеванием и методом лечения в амбулаторных условиях/дневном стационаре</p> <p>Заболевание:</p> <p>1. Начальная катаракта (Vis 0,5-0,6)</p> <p>2. Зрелая катаракта (Vis 0,1 и ниже)</p> <p>3. Диабетический макулярный отек</p> <p>4. Открытоугольная глаукома (впервые выявленная)</p> <p>5. Птеригиум (начальный, без роста)</p> <p>Метод лечения (амбулаторно/дневной стационар):</p> <p>А. Наблюдение, подбор очков, амбулаторно</p> <p>Б. Факоемульсификация в условиях дневного стационара</p> <p>В. Интравитреальные инъекции anti-VEGF (дневной стационар)</p> <p>Г. Подбор гипотензивных капель амбулаторно, контроль через 2-4 недели</p> <p>Д. Наблюдение, увлажняющие капли, амбулаторно</p> <p>Е. Экстренная операция</p>	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г, 5-Д.
154	ПК-3	<p>Соответствие между методом контроля эффективности и нозологией</p>	1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г, 5-Д.

		<p>блокаторы или препараты с консервантами</p> <p>4. Брадикардия и бронхоспазм</p> <p>Г. Пациенты с бронхиальной астмой, получающие тимолол</p> <p>5. Пигментация радужки</p> <p>Д. Пациенты, длительно получающие аналоги простагландинов</p> <p>Е. Беременные</p>	
156	ПК-3	<p>Последовательность ведения беременной с глаукомой</p> <p><i>Установите правильную последовательность действий врача.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назначение местной гипотензивной терапии с учетом безопасности (простагландины противопоказаны, бета-блокаторы с осторожностью). 2. Оценка исходного уровня ВГД и состояния диска зрительного нерва. 3. Контроль ВГД и состояния плода (совместно с акушером-гинекологом) каждый триместр. 4. Информирование пациентки о рисках и необходимости наблюдения. 5. Отмена препаратов с потенциальным риском для плода (по возможности) или замена на более безопасные. 	2, 4, 5, 1, 3.
157	ПК-3	<p>Последовательность подготовки и проведения интравитреальной инъекции (дневной стационар)</p> <p><i>Установите правильную последовательность действий.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Инстилляцией антибиотика (4 раза в день за 3 дня до инъекции). 2. Инстилляцией анестетика и антисептическая обработка век и конъюнктивы (повидон-йод). 3. Осмотр пациента (острота зрения, ВГД, ОКТ) для подтверждения показаний. 4. Проведение инъекции в условиях операционной (дневной стационар). 5. Контроль ВГД через 30-60 минут после инъекции, наблюдение в течение 1-2 часов. 	3, 1, 2, 4, 5.
158	ПК-3	<p>Последовательность лечения пациента пожилого возраста с катарактой (подготовка к операции)</p> <p><i>Установите правильную последовательность этапов.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проведение предоперационного обследования (биометрия, кератометрия, расчет ИОЛ). 2. Направление на консультацию к терапевту (оценка соматического статуса, ЭКГ, анализы). 3. Выявление катаракты при амбулаторном осмотре (снижение зрения, помутнение хрусталика). 4. Выполнение факоэмульсификации в условиях дневного стационара. 5. Назначение послеоперационных капель (антибиотик + стероид) и контрольные осмотры. 	3, 2, 1, 4, 5.

159	ПК-3	<p>Последовательность контроля эффективности лечения глаукомы</p> <p><i>Установите правильную последовательность мониторинга пациента.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назначение гипотензивной терапии (аналоги простагландинов). 2. Периметрия (поля зрения) для оценки функциональных изменений. 3. Измерение исходного уровня ВГД до лечения. 4. Оценка эффективности через 2-4 недели (измерение ВГД). <p>ОКТ диска зрительного нерва 1 раз в 6-12 месяцев для оценки прогрессирования.</p>	3, 1, 4, 2, 5.
160	ПК-3	<p>Последовательность действий при подборе терапии пациенту с синдромом "сухого глаза" и сопутствующей глаукомой</p> <p><i>Установите правильную последовательность.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оценка жалоб (сухость, жжение) и объективных признаков (проба Ширмера, время разрыва слезной пленки). 2. Назначение гипотензивных капель, не содержащих консервантов (при глаукоме). 3. Добавление слезозаменителей без консервантов (кератопротекторов). 4. Отмена (по возможности) препаратов, содержащих консерванты (бензалкония хлорид). 5. Контроль эффективности через 1 месяц (субъективные ощущения, пробы). 	1, 4, 2, 3, 5.
161	ПК-3	<p>Назовите два класса гипотензивных препаратов, которые относительно безопасны для лечения глаукомы у беременных (местно).</p>	Бета-блокаторы (тимолол) и ингибиторы карбоангидразы (бринзоламид).
162	ПК-3	<p>Какой инструментальный метод является "золотым стандартом" для оценки эффективности anti-VEGF терапии при влажной форме ВМД?</p>	ОКТ макулы
163	ПК-3	<p>Какое осложнение со стороны сердечно-сосудистой системы может вызвать тимолол у пожилого пациента?</p>	Брадикардия (урежение пульса).
164	ПК-3	<p>Какое обязательное предоперационное исследование (инструментальное) необходимо для расчета оптической силы интраокулярной линзы?</p>	Биометрия (оптическая или ультразвуковая).
165	ПК-3	<p>Какие слезозаменители предпочтительны для пациентов, требующих частых инстилляций (более 4-6 раз в день)?</p>	Без консервантов (однодозовые формы).
166	ПК-3	<p>Какой класс гипотензивных препаратов противопоказан беременным из-за риска преждевременных родов?</p> <p>А) Бета-блокаторы В) Аналоги простагландинов С) Ингибиторы карбоангидразы D) Альфа-адреномиметики</p>	В
167	ПК-3	<p>Пациентам с бронхиальной астмой противопоказаны:</p> <p>А) Аналоги простагландинов В) Бета-блокаторы (тимолол) С) Ингибиторы карбоангидразы D) Мидриатики</p>	В
168	ПК-3	<p>Препаратом первой линии для лечения открытоугольной глаукомы является:</p> <p>А) Пилокарпин В) Латанопрост С) Атропин D) Дексаметазон</p>	В
169	ПК-3	<p>Через какой срок оценивают эффективность гипотензивной терапии?</p> <p>А) 1 день В) 2-4 недели С) 6 месяцев D) 1 год</p>	В

170	ПК-3	Какой метод обязателен для контроля прогрессирования глаукомы 1-2 раза в год? А) Тонометрия В) Периметрия и ОКТ диска С) Визометрия D) Биомикроскопия	В
171	ПК-3	Основной метод лечения зрелой катаракты: А) Лазерная стимуляция В) Факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ С) Медикаментозное лечение D) Склеропластика	В
172	ПК-3	Для расчета оптической силы ИОЛ необходимо провести: А) Тонometriю В) Биометрию С) Периметрию D) Гониоскопию	В
173	ПК-3	Какие препараты назначают после операции по удалению катаракты? А) Только антибиотики В) Антибиотик + кортикостероид (НПВС) С) Только мидриатики D) Только гипотензивные	В
174	ПК-3	Вторичная катаракта (помутнение задней капсулы) лечится: А) Повторной факоэмульсификацией В) YAG-лазерной капсулотомией С) Назначением антибиотиков D) Инстилляциями атропина	В
175	ПК-3	Предоперационное обследование пожилого пациента обязательно включает: А) Только визометрию В) ЭКГ и коагулограмму С) Только тонометрию D) Только биомикроскопию	В
176	ПК-3	При влажной форме ВМД препаратами первой линии являются: А) Антибиотики В) Ингибиторы ангиогенеза (анти-VEGF) С) Кортикостероиды D) Мидриатики	В
177	ПК-3	"Золотой стандарт" контроля эффективности anti-VEGF терапии: А) Визометрия В) ОКТ макулы С) Тонометрия D) Периметрия	В
178	ПК-3	Препарат из группы ингибиторов ангиогенеза: А) Тимолол В) Ранибизумаб (Луцентис) С) Пилокарпин D) Атропин	В
179	ПК-3	Нагрузочные инъекции anti-VEGF в первый месяц проводятся: А) 1 раз в неделю В) 1 раз в месяц С) 1 раз в 3 месяца D) 1 раз в день	В
180	ПК-3	После интравитреальной инъекции обязательно контролируют: А) Остроту зрения В) Внутриглазное давление (ВГД) С) Цветовосприятие D) Рефракцию	В
181	ПК-3	Основное лечение синдрома "сухого глаза": А) Антибиотики В) Слезозаменители (искусственная слеза) С) Кортикостероиды D) Мидриатики	В
182	ПК-3	При частых инстилляциях (>4-6 раз в день) предпочтительны слезозаменители: А) С консервантами В) Без консервантов (однодозовые) С) С антибиотиком D) С кортикостероидом	В
183	ПК-3	Наиболее частый консервант, вызывающий токсическую сухость: А) Натрия хлорид В) Бензалкония хлорид	В

		С) Калия хлорид D) Магния сульфат	
184	ПК-3	Для оценки продукции слезной жидкости используется: A) Проба с флюоресцеином B) Проба Ширмера C) Тонометрия D) Периметрия	В
185	ПК-3	Для диагностики эрозии роговицы используется: A) Проба Ширмера B) Флюоресцеин натрия C) Атропин D) Тимолол	В
186	ПК-3	При бактериальном кератите основу лечения составляют: A) Только кортикостероиды B) Антибиотики (форсированные инстилляци) и кератопротекторы C) Только мидриатики D) Только противовирусные	В
187	ПК-3	При иридоциклите (переднем увеите) для профилактики синехий назначают: A) Пилокарпин B) Атропин (мидриатик) C) Тимолол D) Латанопрост	В
188	ПК-3	Осложнение длительного применения кортикостероидов (местно): A) Стероидная глаукома и катаракта B) Тахикардия C) Брадикардия D) Пигментация радужки	А
189	ПК-3	Симптомы, характерные для аллергического конъюнктивита: A) Гнойное отделяемое B) Зуд и отек век C) Боль в глазу D) Расширенный зрачок	В
190	ПК-3	Препарат первой линии при аллергическом конъюнктивите: A) Тобрамицин B) Олопатадин (стабилизатор тучных клеток) C) Атропин D) Пилокарпин	В
191	ПК-3	Относительно безопасные гипотензивные препараты при беременности: A) Аналоги простагландинов B) Тимолол и бринзоламид C) Пилокарпин D) Атропин	В
192	ПК-3	Что необходимо контролировать у беременной с глаукомой? A) Только остроту зрения B) ВГД и состояние плода (совместно с акушером-гинекологом) C) Только цветоощущение D) Только рефракцию	В
193	ПК-3	Пожилым пациентам с глаукомой и брадикардией противопоказаны: A) Аналоги простагландинов B) Бета-блокаторы (тимолол) C) Ингибиторы карбоангидразы D) Мидриатики	В
194	ПК-3	При отсутствии эффекта от антибактериальной терапии конъюнктивита через 3 дня необходимо: A) Удвоить дозу B) Сменить препарат или провести посев C) Добавить гормоны D) Отменить все лечение	В
195	ПК-3	Эффективность лечения синдрома "сухого глаза" оценивают через: A) 1 день B) 1 месяц C) 6 месяцев D) 1 год	В
196	ПК-3	Беременная женщина 32 лет (срок 14 недель) с первичной открытоугольной глаукомой. До беременности получала латанопрост (аналог простагландинов) 1 раз в сутки. ВГД на	<ol style="list-style-type: none"> Оценка: Латанопрост противопоказан при беременности (риск преждевременных родов). Терапию необходимо изменить. Безопасные препараты: Бета-блокаторы (тимолол) с осторожностью, местные ингибиторы карбоангидразы

		<p>фоне терапии стабильно 20-22 мм рт. ст. При обращении предъявляет жалобы на гиперемию глаза, дискомфорт.</p> <p>Вопрос: Оцените ситуацию. Ваша тактика ведения: изменить/отменить терапию? Какие группы гипотензивных препаратов наиболее безопасны при беременности? Каков план наблюдения за пациенткой?</p>	<p>(бринзоламид) считаются относительно безопасными.</p> <p>3. План: Замена латанопроста на тимолол 0,5% 2 раза в день. Контроль ВГД через 2 недели. Наблюдение офтальмолога и акушера-гинеколога каждый триместр. При неэффективности монотерапии - добавление бринзоламида.</p>
197	ПК-3	<p>Пациент 78 лет с незрелой катарактой обоих глаз (Vis OD = 0,3, OS = 0,4). Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь (АД 150/90 мм рт. ст. на фоне терапии), сахарный диабет 2 типа (гликированный гемоглобин 8,5%), хронический простатит.</p> <p>Вопрос: Можно ли проводить операцию (факоэмульсификацию) в условиях дневного стационара? Какие дополнительные обследования и консультации необходимы перед операцией? Каковы критерии компенсации сахарного диабета для безопасного хирургического лечения?</p>	<p>1. Дневной стационар: Операция возможна в дневном стационаре при условии компенсации соматической патологии.</p> <p>2. Обследования: Консультация терапевта (контроль АД), эндокринолога (коррекция сахара), ЭКГ, общий анализ крови, глюкоза крови, коагулограмма, биохимия.</p> <p>3. Критерии компенсации: Гликированный гемоглобин < 7,0-7,5%, стабильный уровень глюкозы крови, отсутствие кетоацидоза.</p>
198	ПК-3	<p>Пациент 60 лет с сахарным диабетом 2 типа в течение 15 лет жалуется на снижение зрения левого глаза, искажение предметов (метаморфопсии) в течение 2 месяцев. Vis OS = 0,2 (не корригирует). При ОКТ выявлен диабетический макулярный отек с утолщением сетчатки в центре до 450 мкм.</p> <p>Вопрос: Каков оптимальный метод лечения в условиях дневного стационара? Какой препарат (группа) является первой линией? Как часто проводится контроль эффективности (ОКТ и визометрия)?</p>	<p>1. Метод лечения: Интравитреальные инъекции ингибиторов ангиогенеза (анти-VEGF) в условиях дневного стационара.</p> <p>2. Препарат: Ранибизумаб (Луцентис) или афлиберцепт (Эйлеа) - первая линия при диабетическом макулярном отеке.</p> <p>3. Контроль: Ежемесячно в течение первых 3-6 месяцев (нагрузочная фаза), затем по результатам (протокол "лечи и продлевай"). Критерии: острота зрения и толщина сетчатки по ОКТ.</p>
199	ПК-3	<p>Пациент 68 лет с первичной открытоугольной глаукомой в течение 5 лет получает комбинированный препарат (тимолол + дорзоламид), содержащий консервант бензалкония хлорид. Последние месяцы жалуется на чувство жжения, сухости, "песка" в глазах к вечеру. Объективно: снижение времени разрыва слезной пленки (4-5 секунд), точечные окрашивания роговицы флюоресцеином.</p> <p>Вопрос: Каков диагноз (офтальмологический)? Ваша тактика лечения: как модифицировать терапию глаукомы и что добавить для лечения сухости? Оцените эффективность через месяц.</p>	<p>1. Диагноз: Медикаментозно-индуцированный синдром "сухого глаза" (токсическое действие консерванта) на фоне гипотензивной терапии.</p> <p>2. Тактика: Заменить препарат на бесконсервантную форму (тимолол + дорзоламид без консервантов). Добавить слезозаменители без консервантов (4-6 раз в день).</p> <p>3. Контроль: Через месяц - оценка жалоб, проба Ширмера, время разрыва слезной пленки, осмотр роговицы с флюоресцеином.</p>
200	ПК-3	<p>Пациентка 75 лет жалуется на резкое снижение зрения правого глаза, искажение линий (метаморфопсии) в течение недели. Vis OD = 0,1 (не корригирует), Vis OS = 0,7. При осмотре глазного дна: в макулярной зоне OD определяется серовато-зеленый очаг с субретинальным кровоизлиянием. При ОКТ - неоваскулярная мембрана с отслойкой нейрорепителлия.</p> <p>Вопрос: Сформулируйте диагноз (форма ВМД). Какое лечение показано в условиях дневного стационара? Каков прогноз для зрения при своевременном и несвоевременном лечении?</p>	<p>1. Диагноз: Возрастная макулярная дегенерация, влажная (неоваскулярная) форма, активная стадия правого глаза.</p> <p>2. Лечение: Интравитреальные инъекции ингибиторов ангиогенеза (анти-VEGF) - ранибизумаб, афлиберцепт. Режим: нагрузочные инъекции ежемесячно (3-6) с последующим контролем ОКТ.</p> <p>Прогноз: При своевременном лечении - стабилизация и частичное улучшение зрения. При несвоевременном - формирование рубца (дисциформного), необратимое снижение зрения.</p>

Разработан:
доцент кафедры офтальмологии с курсом ДПО



Н.Л. Чердиченко