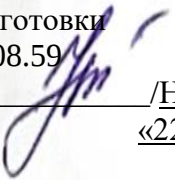


**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики**

СОГЛАСОВАНО

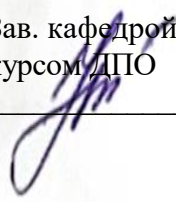
Руководитель направления
подготовки
31.08.59



/Н.Л. Черденченко/
«22» мая 2024г.

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой офтальмологии с
курсом ДПО



/ Н.Л. Черденченко /
« 22» мая 2024г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

Наименование практики	Клиническая практика 1
Направление подготовки	31.08.59 Офтальмология
Направленность (профиль)	
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2024

Ставрополь, 2024

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

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.
УК-3	Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Организовать процесс оказания медицинской помощи населению
ОПК-1	Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
ОПК-8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.
ОПК-9	Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
УК-1	Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	16 с эталоном ответов
УК-3	Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	16 с эталоном ответов
ОПК-1	Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на	3 с эталоном ответов

	установление последовательности	
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	16 с эталоном ответов
ОПК-8	Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	16 с эталоном ответов
ОПК-9	Задание закрытого типа на установление соответствия	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	3 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	3 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	16 с эталоном ответов
Всего		140 заданий

3. Банк заданий по оценке уровня формирования компетенций

№ п/п	Наименование компетенции	Задание	Верный вариант
1.	УК-1	Установите соответствие между видом глаукомы и характерным признаком гониоскопической картины угла передней камеры (УПК). 1. Открытоугольная глаукома. А. Узкий или закрытый УПК, возможны гониосинехии. 2. Закрытоугольная глаукома (первичная). В. Широкий открытый УПК с усиленной пигментацией всей трабекулы, особенно в нижнем сегменте. 3 Неоваскулярная глаукома. С. Широкий открытый УПК с патологией трабекулы (пигментация, эксфолиации). 4. Пигментная глаукома. Д. Новообразованные сосуды в УПК, геморрагии, периферические передние синехии.	1-В 2-А 3-Д 4-С

2.	УК-1	Установите соответствие между клинической картиной и типом воспаления сосудистой оболочки глаза (uveита). 1. Передний увеит (иридоциклит). А. "Муть" в стекловидном теле, периваскулиты, "снежный комья" на периферии глазного дна. 2. Периферический увеит. В. Преципитаты на эндотелии роговицы, гипопион, суженный зрачок. 3. Задний увеит (хориоретинит). С. Сочетание признаков переднего и заднего увеита, часто тяжелое течение с вовлечением всего глазного яблока. 4. Панувеит. D. Воспалительные очаги в хориоидее и сетчатке, возможно снижение остроты зрения, скотомы.	1-B 2-A 3-D 4-C
3.	УК-1	Установите соответствие между видом дистрофии роговицы и уровнем ее локализации. 1. Эпителиальная. А. Лентовидная дистрофия. 2. Стромальная. В. Дистрофия Фукса. 3. Эндотелиальная. С. Гранулярная дистрофия Гренува. 4. Гранулярная дистрофия Гренува D. Дистрофия Базальной мембраны (Картадота-отпечатка пальца).	1-B, 2-A, 3-D, 4-C
4.	УК-1	Последовательность действий при остром приступе закрытоугольной глаукомы Инструкция: Расположите в патогенетически обоснованном порядке мероприятия по купированию острого приступа закрытоугольной глаукомы. Варианты ответов: 1. Инстилляция 1–2% раствора пилокарпина. 2. Системное введение осмодиуретиков (маннитол, глицерол). 3. Инстилляция бета-адреноблокатора (тимолол). 4. Лазерная иридэктомия (в отсроченном порядке при стихании процесса).	3, 1, 5, 2, 4

		5. Ингибиторы карбоангидразы (ацетазоламид внутрь/в/в). Вопрос: Установите правильную последовательность действий врача при купировании острого приступа закрытоугольной глаукомы. Пояснение: <i>Первый этап</i> — снижение ВГД за счет уменьшения продукции водянистой влаги (тимолол). <i>Второй этап</i> — медикаментозное сужение зрачка (пилокарпин, эффективен только после снижения давления до 40-50 мм рт.ст., чтобы не усугубить ишемию радужки). <i>Третий этап</i> — блокада карбоангидразы (уменьшение секреции). <i>Четвертый этап</i> — осмотическая дегидратация стекловидного тела. <i>Пятый этап</i> — лазерное вмешательство проводится после снятия острого состояния для профилактики рецидивов.	
5.	УК-1	Последовательность оказания помощи при химическом ожоге глаза Инструкция: Расположите в хронологическом порядке действия врача при оказании неотложной помощи пациенту с химическим ожогом глаз III степени тяжести. Варианты ответов: 1. Закапывание местных анестетиков. 2. Промывание конъюнктивальной полости (не менее 30 мин, физиологический раствор/буферы). 3. Удаление инородных частиц с конъюнктивы и сводов (механическая обработка). 4. Оценка остроты зрения и биомикроскопия (ориентировочная). 5. Инстилляция циклоплегиков и антибактериальных средств. Вопрос: Установите правильную последовательность оказания неотложной помощи при химическом ожоге глаза. Пояснение: Сначала проводится быстрая оценка состояния (жалобы, визуальный осмотр, ориентировочная острота зрения, определение агента) — 4. Затем — обезболивание (анестетик) — 1. Только после обезболивания начинается длительное промывание — 2. Далее — удаление твердых частиц (механически, так как при промывании они могут оставаться) — 3. Завершающий этап — медикаментозная терапия (циклоплегия, антибиотики) — 5. <i>Критическое и системное мышление</i> проявляется в понимании того,	4, 1, 2, 3, 5

		что промывание нельзя откладывать, но механическое удаление частиц должно быть выполнено <i>после</i> удаления основной массы химического агента, но до фиксации повреждения.	
6.	УК-1	Последовательность дифференциальной диагностики при синдроме «красного глаза» Инструкция: Расположите в логической последовательности шаги врача при проведении дифференциальной диагностики между острым иридоциклитом, острым конъюнктивитом и острым приступом глаукомы. Варианты ответов: 1. Исследование роговицы (наличие преципитатов, отека). 2. Оценка характера отделяемого. 3. Пальпаторная оценка ВГД (ориентировочно) или тонометрия (по возможности). 4. Оценка состояния зрачка (форма, реакция на свет). 5. Инстиллясия флюоресцеина (оценка целостности эпителия). Вопрос: Установите правильную последовательность действий врача (от простого к сложному, от наименее инвазивного к более инвазивному) для дифференциальной диагностики синдрома «красного глаза». Начинаем с осмотра и характера отделяемого (2) — это сразу позволяет исключить/подтвердить конъюнктивит (слизисто-гнойное). 1. Затем флюоресцеин (5) — исключаем эрозию/кератит, которые могут имитировать все состояния. 2. Далее зрачок (4) — узкий/мидриаз, реакция на свет (ключевой признак). 3. Далее роговица (1) — преципитаты (иридоциклит), отек (глаукома). Последним оцениваем ВГД (3) — инвазивно или пальпаторно (при остром иридоциклите давление нормальное/пониженное, при глаукоме — резко повышено). <i>Системный анализ:</i> последовательность построена по принципу максимальной информативности при минимальной травматичности и скорости выполнения.	2, 5, 4, 1, 3
7.	УК-1	Сложный выбор терапии при рефрактерной глаукоме Уровень сложности: высокий (анализ доказательств,	Решение должно быть индивидуальным. Системный подход: 1)

		персонализация) Условие: Пациентка 72 лет, страдает первичной открытоугольной глаукомой в течение 8 лет. В течение последних 2 лет получает комбинированную терапию: фиксированная комбинация (тимолол 0,5% + травопрост) утром и бринзоламид вечером. Внутриглазное давление (ВГД) на этом режиме: 22–24 мм рт. ст. (целевое давление для данной пациентки — 16–18 мм рт. ст., учитывая исходно высокое ВГД 38 мм рт. ст. и выраженную экскавацию ДЗН 0,8). Ранее проведена селективная лазерная трабекулопластика (SLT) 1 год назад — эффект сохранялся 6 месяцев. Пациентка отказывается от хирургического лечения (синустрабекулэктомии), мотивируя это страхом операции. Вопросы: 1. Предложите три альтернативные стратегии ведения данной пациентки (медикаментозные и/или малоинвазивные) с обоснованием с точки зрения доказательной медицины. 2. Проведите сравнительный анализ рисков и преимуществ каждой стратегии. 3. Какой вариант Вы выберете и почему (обоснование должно включать ссылки на патофизиологию, фармакокинетику/фармадинамику и особенности пациентки)?	Оценка тяжести ацидоза (уровень бикарбонатов, симптомы). 2) Оценка сердечно-сосудистого риска и объема пациента (риск перегрузки натрием). 3) Рассмотрение нефропротективной терапии (иАПФ/БРА, иНГЛТ-2), которая также может влиять на ацидоз. 4) Обсуждение пользы и рисков с пациентом. 5) Начало с низкой дозы бикарбоната при явных показаниях с тщательным мониторингом АД, отеков, уровней натрия и калия. 6) Рассмотрение альтернатив (цитрат калия при гипокалиемии). Альтернативные стратегии: А. Интенсификация медикаментозной терапии: • Добавление ингибитора карбоангидразы в пероральной форме (ацетазоламид 250 мг 2 р/сут) к существующей тройной местной терапии. • <i>Обоснование:</i> системные ингибиторы карбоангидразы обладают максимальным гипотензивным эффектом среди всех групп препаратов (снижение ВГД до 30–35%). • <i>Доказательная база:</i> уровень I, класс A. Б. Повторная лазерная трабекулопластика (SLT): • Проведение повторной SLT через 1 год после первой процедуры. • <i>Обоснование:</i> возможен повторный гипотензивный эффект, хотя он менее выражен и
--	--	--	--

			менее продолжителен (в среднем 4–6 мес). Минимальный риск осложнений. • <i>Доказательная база:</i> уровень II, класс B (рекомендации EGS допускают повторение SLT, но с осторожностью). В. Минимально инвазивная хирургия глаукомы (MIGS): • Имплантация стента iStent или Suppass в комбинации с факоэмульсификацией катаракты (у пациентки начальная катаракта). • <i>Обоснование:</i> MIGS обеспечивает умеренное снижение ВГД, высокий профиль безопасности, быстрое восстановление. Пациентка «операционофоб», но может согласиться на «малую» операцию. • <i>Доказательная база:</i> уровень II, класс B. 2. Сравнительный анализ рисков и преимуществ: Параметр. Стратегия. А. Стратегия Б. Стратегия В Эффективность (снижение ВГД)+++ (30–35%)+ (15–20%)++ (20–25%) Длительность эффекта. Постоянно 4–6 мес. Постоянно. Приверженность. Снижается (4-й препарат, системные эффекты). Высокая (однократная процедура). Высокая. Риски. Парестезии, утомляемость, нефролитиаз, апластическая
--	--	--	---

			анемия Воспаление, транзиторная гипертензия, недостаточный эффект Гифема, гипотония, дислокация стента. Возрастные/индивидуальные ограничения. Осторожно при метаболическом ацидозе, пожилой возраст Нет Требуется начальная катаракты 3. Выбор и обоснование: Избранная стратегия: В (MIGS + факоемульсификация) Обоснование: 1. Патофизиологическое : У пациентки, вероятно, сочетанный механизм повышения ВГД — трабекулярная дисфункция (возраст, глаукома) + зрачковый блок (начальная катаракта увеличивает хрусталик). Удаление хрусталика углубляет переднюю камеру, улучшает отток водянистой влаги, а имплантация стента увеличивает трабекулярный отток. 2. Фармакологическое: Пациентка уже получает тройную терапию. Добавление системного ингибитора карбоангидразы (А) в 72 года резко повышает риск системных побочных эффектов (метаболический ацидоз, утомляемость, риск падений). Это нерационально. 3. Доказательное:
--	--	--	---

			Повторная SLT (Б) дает лишь краткосрочный эффект, что потребует повторных процедур каждые 6 мес, повышая риск воспаления и фиброза. Это не решение проблемы, а «откладывание». 4. Психологическое: MIGS воспринимается пациенткой как «менее травматичная» операция, что повышает шансы на согласие и сохранение зрения. Вывод: Стратегия В наиболее сбалансирована по соотношению эффективность/безопасность/приверженность.
8.	УК-1	Диагностический поиск при атипичном хориоидальном очаге Уровень сложности: высокий (дифференциальный диагноз, современные методы визуализации) Условие: Пациент 45 лет, жалуется на снижение зрения левого глаза в течение 3 недель. Острота зрения: 0,2 (не корректирует). При офтальмоскопии в макулярной области определяется солитарный очаг желтовато-серого цвета с нечеткими границами, размерами около 2 ДД, субретинальная жидкость по краю. Флюоресцентная ангиография (ФАГ): ранняя гиперфлюоресценция с нарастанием в поздние фазы, «просачивание» (leakage). Оптическая когерентная томография (ОКТ): утолщение хориоидеи, куполообразное возвышение ретинального пигментного эпителия, интратретинальная жидкость. Пациент прошел курс анти-VEGF терапии (3 инъекции ранибизумаба) с интервалом 1 месяц — эффекта нет (очаг увеличился). В-сканирование: проминенция 2,5 мм, полость внутри очага не определяется. Вопросы: 1. Сформулируйте развернутый дифференциально-диагностический ряд (минимум 4 нозологии) с обоснованием каждого пункта. 2. Какие дополнительные методы исследования	Подход: 1) Анализ текущей функции почек: уточнить этиологию ХБП, наличие протеинурии, аутоиммунной патологии в анамнезе. 2) Оценка риска нефротоксичности: запросить данные биопсии почки (если была), анализы на аутоантитела (ANA, ANCA, анти-ГБМ), общий анализ мочи с микроскопией осадка. 3) Информирование онколога о риске развития иммуноопосредованного острого интерстициального нефрита (ИИН) и других IgAE (миозита, колита). 4) Разработка плана мониторинга: креатинин, общий анализ мочи до начала и регулярно во время терапии. 5) Обсуждение с пациентом ранних симптомов (олигурия, отеки, боль в пояснице). Дифференциально-

		необходимо назначить для верификации диагноза и почему? 3. Предложите алгоритм ведения в зависимости от наиболее вероятного (по Вашему мнению) диагноза с учетом отсутствия ответа на анти-VEGF терапию.	диагностический ряд: А. Хориоидальная неоваскулярная мембрана (ХНВ) II типа: • <i>За:</i> характерная картина ФАГ (leakage), субретинальная жидкость на ОКТ. • <i>Против:</i> отсутствие ответа на 3 загрузочные дозы анти-VEGF (атипично). Б. Центральная серозная хориоретинопатия (ЦСХ): • <i>За:</i> возраст 45 лет, мужской пол, субретинальная жидкость. • <i>Против:</i> на ФАГ — классически точечная гиперфлюоресценция (фильтрация), а не прогрессирующее нарастание; очаг более 2 ДД — атипично. В. Увеальная меланома (веретенноклеточный тип): • <i>За:</i> солитарный очаг, проминенция на В-скане, отсутствие ответа на анти-VEGF, медленный рост. • <i>Против:</i> отсутствие типичной «полости» (колбочки), но ранние стадии могут симулировать ХНВ. Г. Метастатическое поражение хориоидеи: • <i>За:</i> быстрый рост, отсутствие ответа на анти-VEGF. • <i>Против:</i> нет первичного очага в анамнезе; форма чаще плоская. Д. Воспалительный хориоидальный очаг (саркоидоз, туберкулез): • <i>За:</i> нечеткие границы, увеличение на фоне анти-VEGF (иммуносупрессия не проводилась). • <i>Против:</i> отсутствие витрита, переднего увеита.
--	--	---	--

			2. Дополнительные методы исследования: А. Индоцианиновая зеленая ангиография (ИЦЗА): • <i>Цель:</i> визуализация хориоидальной циркуляции. Позволяет выявить «полипы» при полипоидной хориоидальной васкулопатии, очаги гиперфлюоресценции при ЦСХ, аваскулярные зоны при опухолях. Б. ОКТ в режиме enhanced depth imaging (EDI-OCT) / Swept-source ОКТ: • <i>Цель:</i> оценка толщины хориоидеи. При ЦСХ — утолщение хориоидеи (pachychoroid), при меланоме — гомогенное образование с оптически плотной тканью. В. МРТ орбит с контрастированием: • <i>Цель:</i> исключение меланомы (накопление контраста, форма «пуговицы»), оценка экстрасклерального роста. Г. Общеклинический минимум: • Флюорография/КТ легких, проба Манту/Диаскинтест, АСЕ, лизоцим (исключение саркоидоза, туберкулеза). • Онкопоиск (УЗИ брюшной полости, маммография — у женщин, PSA — у мужчин). 3. Алгоритм ведения (наиболее вероятный диагноз — увеальная меланома): <i>Обоснование:</i> отсутствие ответа на анти-VEGF, прогрессирование, проминенция >2 мм, возраст старше 40 лет. А. При подтверждении меланомы (размеры <3
--	--	--	---

			мм проминенция, диаметр <10 мм): • Брахитерапия (Ru-106, I-125) — «золотой стандарт». • Наблюдение каждые 3–6 мес. Б. При подтверждении ЦСХ (pachychoroid): • Фотодинамическая терапия (ФДТ) с вертепорфином. • Эпиретинальная фармакотерапия (эплеренон — off-label). В. При подтверждении метастаза: • Системная терапия по профилю первичной опухоли. • Лучевая терапия на глаз (паллиативная). Вывод: Отсутствие ответа на анти-VEGF терапию — «красный флаг», требующий немедленного пересмотра диагноза в пользу опухолевого или воспалительного процесса.
9.	УК-1	Тактика при сочетанной патологии: катаракта и глаукома Уровень сложности: высокий (хирургическая стратегия, риск-менеджмент) Условие: Пациент 68 лет, первичная открытоугольная глаукома II стадии (MD -6,2 dB). Целевое ВГД: 16–18 мм рт. ст. Получает монотерапию латанопростом, ВГД на фоне терапии — 22 мм рт. ст. Зрение: 0,3 с коррекцией sph -1,5 = 0,6. Начальная ядерная катаракта. Пациент профессиональный водитель, жалуется на блики в ночное время, снижение контрастности. Настаивает на хирургии катаракты, надеясь улучшить зрение и избавиться от бликов. Вопросы: 1. Какие хирургические стратегии возможны у данного пациента? Перечислите минимум 3 варианта, опишите технику и ожидаемый гипотензивный эффект. 2. Проведите анализ рисков каждой стратегии с учетом профессиональных требований пациента (водитель). 3. Какой вариант Вы рекомендовали бы пациенту?	Приоритеты: пациенты с ХБП С3b-С4 стадии, на раннем перитонеальном диализе, после трансплантации почки в стабильном состоянии. Алгоритм: 1) Терапевт собирает минимум данных (жалобы, АД, вес, последние анализы: креатинин, калий, гемоглобин, мочевины, общий анализ мочи) и загружает в систему. 2) Нефролог в выделенные часы проводит видео-консультацию с пациентом при участии (онлайн или по телефону) терапевта/медсестры. 3) По итогам в систему вносятся рекомендации по коррекции терапии, дальнейшему обследованию, дате следующего визита/консультации. 4) Контроль выполнения рекомендаций возлагается

		Обоснуйте с позиций системного анализа: баланс гипотензивного эффекта, качества жизни, рисков и долгосрочного прогноза.	на терапевта. Хирургические стратегии: А. Факоемульсификация катаракты (ФЭК) + имплантация ИОЛ: • <i>Техника:</i> стандартная ФЭК. • <i>Гипотензивный эффект:</i> снижение ВГД на 2–4 мм рт. ст. за счет углубления передней камеры, улучшения оттока через трабекулу (механизм натяжения цинновых связок). • <i>Длительность:</i> эффект умеренный, может нивелироваться через 6–12 мес. Б. ФЭК + MIGS (iStent / Hydrus / OMNI): • <i>Техника:</i> после удаления хрусталика имплантация микрошлестка в шлеммов канал. • <i>Гипотензивный эффект:</i> дополнительное снижение ВГД на 15–25% (4–6 мм рт. ст. от исходного). • <i>Длительность:</i> стойкий эффект. В. Комбинированная операция: ФЭК + синустрабекулэктомия (СЭ): • <i>Техника:</i> ФЭК + формирование фильтрационной подушки. • <i>Гипотензивный</i>
--	--	---	--

			<i>эффект:</i> максимальный (снижение на 30–40%). • <i>Длительность:</i> наиболее стойкий. Г. Двухэтапное лечение: ФЭК → (через 3–6 мес) СЭ: • <i>Техника:</i> раздельные операции. • <i>Обоснование:</i> снижение риска воспаления и фиброза подушки. • <i>Недостаток:</i> повторный наркоз/анестезия, отсрочка контроля ВГД. 2. Анализ рисков (профессиональный контекст — водитель): РискФЭКФЭК+MIGSФЭК +СЭГипотония0%1–2%5–10% (ранняя)Зрительные феномены (дисфотопсия)+/- (край ИОЛ)+/-++ (подушка → неравномерность)Инфекция (эндофталмит)0,1%0,1% 0,5–1%Необходимость гипотензивных капель после операции100%30–50%10–20%Срок реабилитации1–2 нед1–2 нед3–4 недВлияние на контрастную чувствительность+ (улучшение)+- (возможно ухудшение)Риск прогрессирования глаукомы при недостаточном ВГДВысокийНизкийМинимальный 3. Рекомендация и
--	--	--	--

			обоснование: Избранная стратегия: Б. ФЭК + MIGS (iStent) Обоснование (системный анализ): 1. Целевое ВГД: У пациента II стадия глаукомы, MD -6,2 dB. Целевое ВГД 16–18 мм рт. ст. На монотерапии — 22 мм. ФЭК даст снижение максимум до 19–20 мм — недостаточно. Требуется дополнительное вмешательство. 2. Риск-менеджмент: ФЭК+СЭ обеспечит идеальное ВГД, но у водителя риск гипотонии, дисфотопсии от фильтрационной подушки, поздней инфекции — неприемлемо. • Отказ от дополнительного вмешательства (только ФЭК) — недостаточно эффективно, риск прогрессирования глаукомы. 3. MIGS как компромисс: • Добавление iStent дает дополнительное снижение ВГД на 20–25% → прогнозируемое послеоперационное ВГД 16–18 мм рт. ст. (целевое достигнуто). • Минимальный риск гипотонии и дисфотопсии. • Не требует смены
--	--	--	---

			образа жизни (нет ограничений по физической нагрузке, как при фильтрующей хирургии). - Быстрая реабилитация — важно для возвращения к профессиональной деятельности. 4. Долгосрочный прогноз: - MIGS не исключает будущей фильтрующей хирургии, но отодвигает ее на 5–10 лет. - Сохранение конъюнктивы интактной для возможной будущей СЭ. Вывод: ФЭК + iStent — оптимальный баланс эффективности, безопасности и качества жизни для профессионального водителя с некомпенсированной глаукомой и катаракто
10.	УК-1	Фармакогенетика и персонализированная терапия глаукомы Уровень сложности: высокий (трансляционная медицина, фармакогенетика) Условие: Пациент 58 лет с первичной открытоугольной глаукомой. Ранее получал латанопрост, ВГД снизилось с 28 до 24 мм рт. ст. (эффект недостаточный). Был назначен травопрост — аналогичный слабый ответ. Пациент европеоидной расы. Вопрос: Назначение какого гипотензивного препарата первой линии (из другой фармакологической группы) будет наиболее патогенетически обоснованным у данного пациента с учетом высокой вероятности генетически	ингибиторов SGLT2 (или глифлозинов). Препарат: Тимолол Группа: Бета-адреноблокаторы (неселективные) Пояснение: Недостаточный ответ на аналоги простагландинов (латанопрост, травопрост) может быть связан с полиморфизмом гена PTGFR (рецептор простагландина F2α). У европеоидов частота

		детерминированной недостаточной ответа на аналоги простагландинов? Ответ укажите в виде международного непатентованного названия (МНН) и фармакологической группы. Критерий оценки: • Правильный препарат — 1 балл. • Правильная группа — 1 балл.	вариантов, снижающих чувствительность к простагландинам, достигает 15–20%. В этой ситуации патогенетически обоснован переход на препарат другого механизма действия — уменьшающий продукцию водянистой влаги (бета-блокаторы, ингибиторы карбоангидразы, альфа-агонисты). Согласно рекомендациям EGS, при недостаточном ответе на монотерапию простагландинами препаратом выбора для комбинированной терапии или замены является тимолол (уровень доказательности I, класс A).
11.	УК-1	Фармакоэкономика и приверженность лечению Уровень сложности: средний (клиническая фармакология, комплаенс) Условие: Пациент 67 лет с впервые выявленной открытоугольной глаукомой. Врач назначил комбинированную терапию: Дорзоламид 2% + Тимолол 0,5% (фиксированная комбинация) 2 раза в день. Пациент пенсионер, получает минимальную пенсию, проживает в отдаленном сельском районе, аптека отпускает данную комбинацию только как два отдельных флакона (дорзоламид и тимолол по отдельности), что для пациента экономически невыгодно и создает путаницу в схеме инстилляций. Вопрос: Какой альтернативный фиксированный комбинированный препарат (МНН) из другой фармакологической группы, требующий однократного применения в сутки, может быть рекомендован для повышения приверженности терапии и снижения кратности инстилляций? Ответ укажите в формате: «МНН препарата (группа)». Критерий оценки: • Правильный препарат и группа — 2 балла. Только препарат или только группа — 1 балл.	Препарат: Латанопрост + Тимолол Группа: Фиксированная комбинация аналога простагландина и бета-адреноблокатора Пояснение: Фиксированная комбинация латанопрост + тимолол (например, Ксалаком) применяется 1 раз в сутки (вечером), что значительно повышает комплаенс у пожилых пациентов. В отличие от комбинации дорзоламид/тимолол (требует двукратного применения), данная комбинация снижает кратность инстилляций в 2 раза, уменьшает риск пропуска дозы и экономит средства пациента (один флакон вместо двух). Это демонстрирует системный

			анализ: учет не только фармакодинамики, но и социально-экономических факторов, влияющих на эффективность лечения.
12.	УК-1	Доказательная медицина и деэскалация терапии Уровень сложности: высокий (критический анализ рекомендаций, риск-менеджмент) Условие: Пациентка 48 лет, оперирована по поводу регматогенной отслойки сетчатки (экстрасклеральное пломбирование + лазеркоагуляция). Послеоперационный период гладкий, сетчатка прилежит. В течение 3 недель после операции получает инстилляций дексаметазона 0,1% 4 раза в день. Острота зрения при выписке: 0,8 (с коррекцией). ВГД: 20 мм рт. ст. (исходное до операции — 18 мм). Пациентка отмечает, что аптека в ее городе не имеет дексаметазона в наличии, предлагает заменить на фторметолон 0,1% или продолжать поиски дексаметазона. Вопрос: Можно ли заменить дексаметазон на фторметолон на данном этапе послеоперационного ведения? Ответ обоснуйте одним предложением, указав ключевое фармакологическое различие между этими препаратами, определяющее решение в данном клиническом контексте. Критерий оценки: • Правильный вывод (да/нет) — 1 балл. • Правильное фармакологическое обоснование — 1 балл.	Вывод: Да, замена возможна. Обоснование: Фторметолон обладает значительно меньшей противовоспалительной активностью (в 5–10 раз слабее дексаметазона), но на этапе завершения противовоспалительной терапии (3 недели после операции, клинически спокойный глаз) его применение достаточно для профилактики остаточного воспаления, при этом он значительно безопаснее в отношении стероидной гипертензии (ВГД 20 мм рт. ст. — пограничное значение, требует осторожности). Альтернативный вариант ответа (более продвинутый уровень): «Да, замена возможна, так как фторметолон имеет меньший риск повышения ВГД при достаточном для данного этапа заживления противовоспалительном эффекте, что демонстрирует системный анализ соотношения риск/польза». Сводная таблица эталонов (краткая форма для проверки):

			Задание Вопрос (кратко) Эталон ответа (ключевое слово/фраза) 1 Препарат при недостаточном ответе на простагландины Тимолол (бета-адреноблокатор) 2 Альтернативная фиксированная комбинация 1 р/сут Латанопрост + Тимолол 3 Замена дексаметазона на фторметолон? Обоснование Да, меньший риск ВГД-гипертензии Методический комментарий: Данные задания с кратким ответом ориентированы на проверку способности к системному анализу в условиях: • неполной информации (задание 1 — генетический полиморфизм); • ограниченных ресурсов (задание 2 — фармакоэкономика); • клинического выбора между эффективностью и безопасностью (задание 3 — деэскалация терапии). Формат краткого ответа имитирует реальную клиническую ситуацию, когда решение нужно принять быстро и обоснованно, опираясь на ключевые доказательные данные.
13.	УК-1	Выбор терапии при неоваскулярной глаукоме	2 обоснование: Патогенез НВГ — ретинальная

		Условие: Пациент 72 лет с пролиферативной диабетической ретинопатией, осложненной неоваскулярной глаукомой (НВГ) II стадии. ВГД 38 мм рт. ст. на максимальной гипотензивной терапии (3 препарата). На глазном дне — активная неоваскуляризация диска зрительного нерва. Вопрос: Какая комбинированная стратегия является наиболее патогенетически обоснованной первым этапом ведения данного пациента? Варианты ответов: 1. Циклокриокоагуляция + инстилляции тимолола 2. Интравитреальное введение ингибитора VEGF + гипотензивная терапия 3. Синустрабекулэктомия с интраоперационным митомицином C Лазерная трабекулопластика + системные ингибиторы карбоангидразы	ишемия → VEGF → неоваскуляризация УПК. Первый этап — антиангиогенная терапия для регресса сосудов, затем — хирургия ВГД. Синустрабекулэктомия на активном глазу с сосудами — высокий риск интраоперационных геморрагий.
14.	УК-1	Фармакогенетика гипотензивных препаратов Условие: Пациент 64 лет с ПОУГ. На монотерапии латанопростом ВГД снизилось с 32 до 28 мм рт. ст. Назначен травопрост — эффект аналогичный. При генотипировании выявлен полиморфизм гена PTGFR (rs3753380), ассоциированный со сниженной чувствительностью к аналогам простагландинов. Вопрос: Какой класс гипотензивных препаратов первой линии следует назначить данному пациенту? Варианты ответов: 1. Ингибиторы карбоангидразы (местные) 2. Бета-адреноблокаторы 3. Альфа-адреномиметики 4. Аналоги простагландинов (другой представитель)	2 (Обоснование: Доказана связь полиморфизма PTGFR со снижением ответа на все аналоги простагландинов. Переход внутри класса неэффективен. Бета-блокаторы — альтернативный механизм, препараты первой линии.)
15.	УК-1	Тактика при отсутствии ответа на анти-VEGF Условие: Пациент 52 лет с неоваскулярной ВМД. Проведено 3 загрузочные инъекции ранибизумаба с интервалом 1 месяц. Острота зрения не улучшилась, на ОКТ сохраняется интравитреальная жидкость, субретинальная неоваскулярная мембрана увеличилась в размерах. Вопрос: Какая тактика наиболее обоснована с позиций	2 Обоснование: Отсутствие ответа на 3 загрузочные дозы — критерий «non-responder». Афлиберцепт имеет более высокое сродство к VEGF-A, VEGF-B и PlGF, эффективен при недостаточном ответе на ранибизумаб (уровень доказательности I, класс

		доказательной медицины? Варианты ответов: 1. Продолжить ежемесячные инъекции ранибизумаба еще 3 месяца 2. Перевести на афлиберцепт 3. Добавить фотодинамическую терапию 4. Выполнить субмакулярную хирургию	А).)*
16.	УК-1	Выбор ИОЛ при псевдоэксфолиативном синдроме Условие: Пациент 74 лет с псевдоэксфолиативным синдромом (ПЭС) и незрелой катарактой. Выявлена слабость цинновых связок (иридофакодонез 1 степени). Планируется факоэмульсификация. Вопрос: Какой тип интраокулярной линзы предпочтителен у данного пациента? Варианты ответов: 1. Модель с гидрофобным акрилом и 4 гаптическими элементами 2. Моноблочная линза с гидрофильным акрилом 3. Линза с асферическим дизайном и желтым фильтром 4. Трехчастная линза с гаптикой из ПММА	1 Обоснование: При ПЭС высок риск поздней дислокации ИОЛ. Модели с 4 гаптическими элементами обеспечивают лучшую стабильность в капсульном мешке. Гидрофобный акрил снижает риск вторичной катаракты.)
17.	УК-1	Дифференциальный диагноз отека диска зрительного нерва Условие: Пациент 34 лет, ожирение (ИМТ 34), жалуется на транзиторные затуманивания зрения (по 5–10 сек) в течение 2 недель. Острота зрения 1,0, поля зрения в пределах нормы. Офтальмоскопия: двусторонний отек ДЗН, венозный застой, перипапиллярные геморрагии. МРТ головного мозга: без патологии. Вопрос: Каков наиболее вероятный диагноз? Варианты ответов: 1. Псевдозастой ДЗН (друзы) 2. Оптический неврит 3. Идиопатическая внутричерепная гипертензия 4. Передняя ишемическая нейропатия	3 Обоснование: Триада: молодой возраст, ожирение, двусторонний застой ДЗН с транзиторными затуманиваниями, нормальная МРТ — классическая картина идиопатической внутричерепной гипертензии.)
18.	УК-1	Антибиотикопрофилактика в офтальмохирургии Условие: Пациенту 68 лет планируется плановая факоэмульсификация катаракты. У пациента нет аллергии,	1 Обоснование: Европейское многоцентровое исследование ESCRS доказало снижение риска эндофтальмита на 80% при

		нет факторов риска инфекционных осложнений. Вопрос: Какой режим интракамеральной антибиотикопрофилактики является наиболее доказанным и рекомендованным (уровень I, класс A)? Варианты ответов: 1. Цефуроксим 1 мг в 0,1 мл 2. Ванкомицин 1 мг в 0,1 мл 3. Моксифлоксацин 0,5 мг в 0,1 мл 4. Гентамицин 0,2 мг в 0,1 мл	использовании интракамерального цефуроксима. Ванкомицин — риск геморрагической окклюзионной ретинопатии, фторхинолоны — уступают по доказательной базе.
19.	УК-1	Режим дозирования анти-VEGF при ВМД Условие: Пациент 75 лет с неоваскулярной ВМД. После 3 загрузочных инъекций ранибизумаба достигнута полная резорбция интравитреальной жидкости, острота зрения повысилась с 0,2 до 0,7. На ОКТ через 4 недели после 3-й инъекции — сухая макула. Вопрос: Какой режим дальнейшего наблюдения и лечения наиболее обоснован? Варианты ответов: 1. Фиксированные ежемесячные инъекции 2. Treat-and-extend (лечение с удлинением интервала) 3. PRN (по потребности) с ежемесячным мониторингом 4. Отмена терапии, наблюдение 1 раз в 3 месяца	2 Обоснование: Режим Treat-and-extend обеспечивает баланс между функциональными исходами, количеством инъекций и нагрузкой на пациента/систему здравоохранения. PRN требует ежемесячного ОКТ, что часто невыполнимо.
20.	УК-1	Гипотензивная терапия при беременности Условие: Пациентка 28 лет, срок беременности 16 недель, первичная открытоугольная глаукома. ВГД 32 мм рт. ст. на фоне отсутствия терапии (пациентка самостоятельно отменила латанопрост при планировании беременности). Вопрос: Какой гипотензивный препарат является наиболее безопасным при беременности (категория В по FDA)? Варианты ответов: 1. Латанопрост 2. Тимолол 0,5% 3. Бримонидин 0,2% 4. Дорзоламид 2%	3 Обоснование: Бримонидин — категория В (нет риска в исследованиях на животных, контролируемые исследования у беременных не проводились). Тимолол — категория С (риск брадикардии у плода). Простагландины и ингибиторы карбоангидразы — категория С.
21.	УК-1	Режим инстилляций комбинированной терапии Условие: Пациенту назначена комбинированная терапия: травопрост 1 раз в сутки и тимолол 0,5% 2 раза в сутки. Вопрос: В какое время суток оптимально назначать травопрост для минимизации побочных эффектов и максимальной	3 Обоснование: Аналоги простагландинов максимально эффективны при вечернем применении (пик ночной секреции водянистой влаги). При совместном назначении с тимололом (утро/вечер)

		эффективности? Варианты ответов: 1. Утром (8:00) 2. Днем (14:00) 3. Вечером (20:00) 4. Не имеет значения	вечерняя инстилляционная травопросты обеспечивает лучший 24-часовой профиль ВГД и снижает риск гиперемии.
22.	УК-1	Критерии эффективности лечения увеита Условие: Пациент с острым передним увеитом получает дексаметазон 0,1% 6 раз в день. На 7-й день лечения: острота зрения повысилась с 0,3 до 0,7, преципитаты уменьшились, клетки во влаге передней камеры снизились с 3+ до 1+. Вопрос: Какова дальнейшая тактика ведения? Варианты ответов: 1. Резкая отмена дексаметазона 2. Постепенное снижение кратности инстилляций (деэскалация) 3. Переход на фторметолон в той же кратности 4. Добавление системных кортикостероидов	2 Обоснование: Положительная динамика требует постепенного снижения дозы для предотвращения синдрома отмены/рикошета. Резкая отмена провоцирует рецидив. Фторметолон — менее активен, переход возможен на этапе 1–2 инстилляций.
23.	УК-1	Выбор метода хирургии отслойки сетчатки Условие: Пациент 24 лет, миопия высокой степени (-8,0). Острая регматогенная отслойка сетчатки с разрывом в верхнем темпоральном квадранте (клапанный разрыв 1,5 ДД). Витрэктомия не выполнялась ранее. Хрусталик прозрачный. Вопрос: Какой метод хирургического лечения является наименее инвазивным и предпочтительным у молодого пациента с сохранным хрусталиком? Варианты ответов: 1. Витрэктомия 25G с газовой тампонадой 2. Экстрасклеральное пломбирование (локальное) 3. Циркулярная экстрасклеральная пломба 4. Витрэктомия с фактомульсификацией прозрачного хрусталика	2 Обоснование: У молодых пациентов с сохранной гиалоидной мембраной и отсутствием витреоретинальной тракции в нижних отделах экстрасклеральное пломбирование позволяет избежать удаления прозрачного хрусталика и риска вторичной катаракты/глаукомы. Витрэктомия — при разрывах на заднем полюсе или невозможности точно локализовать разрыв.
24.	УК-1	Скрининг ретинопатии недоношенных Условие: Недоношенный ребенок (гестационный возраст 29 недель, масса тела при рождении 1150 г). Постконцептуальный возраст 34 недели. При скрининговом осмотре выявлена avascularis retinae в зоне II, демаркационная линия (стадия 2) без плюс-болезни.	3 Обоснование: Стадия 2 РН без плюс-болезни в зоне II — наблюдение 1 раз в неделю. Лечение (лазер/анти-VEGF) показано при стадии 2 с плюс-болезнью, стадии 3, «плюс»-болезни, зоне I или задней зоне II.

		Вопрос: Какова тактика ведения согласно современным протоколам? Варианты ответов: 1. Немедленная лазеркоагуляция сетчатки 2. Интравитреальное введение ингибитора VEGF 3. Наблюдение через 1 неделю 4. Наблюдение через 2–3 дня	
25.	УК-1	Дифференциальный диагноз новообразований век Условие: Пациент 62 лет, на коже нижнего века образование розоватого цвета с перламутровым блеском, центральным западением и телеангиэктазиями по краю. Существует около 8 месяцев, медленно увеличивается. Вопрос: Каков наиболее вероятный гистологический тип данного новообразования? Варианты ответов: 1. Себорейный кератоз 2. Интраэпителиальная карцинома (болезнь Боуэна) 3. Базально-клеточная карцинома Саркома Капоши	3 Обоснование: Классическая триада базалиомы: перламутровый блеск, телеангиэктазии, центральное изъязвление/западение. Наиболее частая злокачественная опухоль век.
26.	УК-1	Интервал между инстилляциями разных препаратов Условие: Пациенту с глаукомой назначены 3 препарата: латанопрост (вечер), тимолол (утро/вечер), бринзоламид (2 раза в день). Пациент инстиллирует тимолол и сразу после него — бринзоламид. Вопрос: Какой минимальный интервал должен соблюдаться между инстилляциями разных препаратов для предотвращения вымывания? Варианты ответов: 1. 30 секунд 2. 1 минута 3. 5 минут 15 минут	3 Обоснование: Для предотвращения вымывания первого препарата вторым и обеспечения максимальной абсорбции необходим интервал не менее 5 минут (рекомендации EGS, 2021).
27.	УК-1	Течение острого приступа закрытоугольной глаукомы Условие: Пациент 72 лет, острый приступ закрытоугольной глаукомы. ВГД 52 мм рт. ст., отек роговицы, зрачок расширен, передняя камера щелевидная. Вопрос: Какой препарат для местного применения следует инстиллировать ПЕРВЫМ для купирования приступа? Варианты ответов: 1. Пилокарпин 1% 2. Тимолол 0,5%	2 Обоснование: Первым назначают бета-блокатор для быстрого снижения ВГД за счет подавления продукции водянистой влаги. Пилокарпин при ВГД >40–50 мм рт. ст. неэффективен из-за ишемии сфинктера зрачка и может усугубить состояние.

		3. Атропин 1% Дексаметазон 0,1%	
28.	УК-1	Выбор антибиотика при бактериальном кератите Условие: Пациент 34 лет, носитель контактных линз. Жалобы на резкую боль в глазу, светобоязнь. При биомикроскопии: инфильтрат роговицы с четкими границами, расположенный центрально, размером 2×3 мм, гипопион 1 мм. Предположительный возбудитель — Pseudomonas aeruginosa. Вопрос: Какой антибиотик является препаратом выбора для форсированного (интенсивного) режима инстилляций? Варианты ответов: 1. Тобрамицин 0,3% 2. Цефазолин 5% 3. Офлоксацин 0,3% 4. Ванкомицин 5%	С
29.	УК-3	Распределение функциональных обязанностей в операционной при экстренной хирургии Уровень сложности: средний Контекст: Вы — ведущий хирург, оперируете пациентку с проникающим ранением глазного яблока и внутриглазным инородным телом. Операция осложнилась интраоперационным кровотечением, требуется быстрое перераспределение задач. Инструкция: Установите соответствие между членом хирургической бригады и экстренной задачей, которая должна быть ему делегирована в данной критической ситуации. Члены бригады: 1. Ассистент (ординатор) 2. Операционная медсестра 3. Анестезиолог 4. Медсестра-анестезистка Задачи: А. Повысить внутривенное систолическое давление до 160 мм рт. ст. (контролируемая гипертензия) для визуализации источника кровотечения. Б. Выполнить бережную аспирацию крови ирригационным наконечником, не увеличивая давление на сетчатку. В. Подготовить эндотампонаду (силиконовое масло 5000 сСт) и зарядить шприц 10 мл. Г. Зафиксировать контактную линзу, обеспечить ирригацию, удерживать веки при необходимости.	Член бригадыЗадача1. Ассистент (ординатор)Г2. Операционная медсестраВ3. АнестезиологА4. Медсестра-анестезисткаБ Пояснение: • Анестезиолог управляет системной гемодинамикой, поэтому задача А (контролируемая гипертензия) — его зона ответственности. • Медсестра-анестезистка работает под руководством анестезиолога, но в данном случае задача Б (аспирация крови) может быть делегирована ей, если ассистент занят. • Ассистент-ординатор удерживает линзу и веки, обеспечивая доступ хирургу. • Операционная сестра отвечает за расходные материалы и тампонаду. Лидерское решение: Хирург (Вы) сохраняет за собой основной этап — коагуляцию сосуда и удаление инородного тела.

30.	УК-3	Лидерство в конфликтной ситуации: взаимодействие со средним медперсоналом Уровень сложности: высокий Контекст: Вы — заведующий офтальмологическим отделением. В отделении возник конфликт между врачом-ординатором и старшей медицинской сестрой. Ординатор требует срочной госпитализации пациента с отслойкой сетчатки, но в отделении нет свободных коек. Старшая сестра отказывается «ставить койку в коридор» без письменного распоряжения заведующего. Пациент приехал из отдаленного района, оставаться в приемном покое на ночь отказывается. Время — 21:00. Инструкция: Установите соответствие между субъектом конфликта/участником и оптимальной стратегией поведения для разрешения ситуации с позиции лидера. Субъекты: 1. Заведующий отделением (Вы) 2. Ординатор 3. Старшая медицинская сестра 4. Пациент Стратегии: А. Разъяснить пациенту необходимость строгого соблюдения санэпидрежима, предложить временное размещение в дневном стационаре с последующим переводом в стационар утром, заручиться его согласием. Б. Издать устное распоряжение старшей сестре о временной постановке дополнительной койки с оформлением письменного распоряжения утром, взять ответственность на себя. В. Аргументированно доложить заведующему о клинической ситуации, обосновать необходимость экстренной госпитализации. Г. Выполнить распоряжение заведующего, обеспечить койку и постельные принадлежности.	Субъект Стратегия1. Заведующий отделением (Вы)Б2. ОрдинаторВ3. Старшая медицинская сестраГ4. ПациентА Пояснение: • Заведующий — лидер, принимает окончательное решение и берет на себя административную ответственность (Б). • Ординатор должен действовать строго в рамках субординации: доложить заведующему, а не конфликтовать с сестрой (В). • Старшая сестра выполняет распоряжение руководителя после снятия неопределенности (Г). • Пациент — не пассивный объект, его информируют и вовлекают в решение (А). Лидерская компетенция: Управление конфликтом через четкое распределение зон ответственности и принятие решения в условиях неопределенности.
31.	УК-3	Командное взаимодействие при массовом поступлении пострадавших (ЧС) Уровень сложности: высокий Контекст: Вы — дежурный офтальмолог городской многопрофильной больницы. Получено сообщение о	Член командыЗадача1. Ординатор №1 (опытный)А2. Ординатор №2 (младший)В3. Медсестра №1Б4. Медсестра №2—5. СанитаркаД6. Вы

		химической аварии на заводе с выбросом аммиака. Через 15 минут ожидается поступление 10–12 пострадавших с химическими ожогами глаз и дыхательных путей. В вашем распоряжении: 2 ординатора, 3 медсестры приемного покоя, 1 санитарка. Требуется организовать работу команды. Инструкция: Установите соответствие между членом команды и задачей, которая должна быть ему делегирована для эффективной сортировки и оказания помощи. Члены команды: 1. Врач-ординатор №1 (опытный, 2-й год) 2. Врач-ординатор №2 (1-й год) 3. Медицинская сестра приемного покоя №1 4. Медицинская сестра приемного покоя №2 5. Санитарка Задачи: А. Проведение первичной сортировки (триаж) — оценка тяжести ожога роговицы и конъюнктивы, определение очередности осмотра врачом. Б. Приготовление изотонического раствора хлорида натрия, организация 3–4 точек для длительного промывания глаз, подготовка флаконов и систем. В. Закапывание местных анестетиков и флюоресцеина, регистрация пациентов в журнале, маркировка медицинской документации. Г. Координация работы команды, осмотр тяжелых пациентов, принятие решений о госпитализации, связь с токсикологическим отделением и реанимацией. Д. Транспортировка пострадавших в смотровые кабинеты, помощь в фиксации пациентов при промывании, обеспечение порядка в зоне ожидания.	(дежурный врач) Г Пояснение: Лидерская модель распределения задач: 1. Вы (дежурный врач) — Г. Сохраняете за собой стратегическое управление, работу с тяжелыми пациентами и межведомственное взаимодействие. 2. Ординатор №1 (опытный) — А. Тriage — ключевая задача, требующая клинического опыта. Доверяете ему сортировку, оставляя за собой контроль. 3. Ординатор №2 (младший) — В. Может выполнять простые диагностические манипуляции (анестезия, флюоресцеин), это развивает его навыки и разгружает врача. 4. Медсестра №1 — Б. Техническая подготовка — зона ответственности среднего медперсонала. 5. Медсестра №2 — не получает отдельной задачи в данной матрице, так как она будет задействована непосредственно в промывании (функционально дублирует медсестру №1 или работает ассистентом у ординатора). 6. Санитарка — Д. Неклинические задачи (транспортировка, фиксация). Принципы лидерства в ЧС: • Максимальное использование компетенций каждого члена команды. • Освобождение себя от рутинных задач для стратегического управления. • Четкая вертикаль: Вы → ординаторы → сестры → санитарка. • Резервирование: каждый должен знать, что делать, даже если задача не указана явно.
32.	УК-3	Последовательность действий лидера при внезапной остановке сердца в офтальмологическом кабинете Уровень сложности: высокий Контекст: Вы — врач-офтальмолог, ведете амбулаторный прием. Пациент 68 лет, которому проводилась лазерная коагуляция сетчатки, внезапно потерял сознание. Монитор	Правильная последовательность: 3, 1, 2, 6, 4, 5 Пошаговое пояснение: Шаг Действие Обоснование

		отсутствует, пульс на сонной артерии не определяется, дыхание отсутствует. В кабинете находятся: медицинская сестра, ординатор, два пациента в очереди. Необходимо организовать реанимационные мероприятия до приезда реанимационной бригады. Инструкция: Расположите в правильной хронологической последовательности действия врача-лидера и его команды. Варианты ответов: 1. Распорядиться вызвать реанимационную бригаду и принести дефибриллятор/реанимационный набор. 2. Начать непрямой массаж сердца (компрессии грудной клетки). 3. Оценить сознание, дыхание, пульс. 4. Распорядиться удалить из кабинета посторонних пациентов, обеспечить доступ воздуха. 5. Передать управление реанимацией прибывшей бригаде реаниматологов. 6. Организовать ИВЛ (мешок Амбу) силами ординатора или медсестры. Вопрос: Установите правильную последовательность действий врача-лидера.	с позиции лидерства3Оценка сознания, дыхания, пульсаПервое действие любого лидера — быстрая оценка ситуации (не более 5–10 сек).1Вызов реанимационной бригады, доставка дефибриллятораЛидер немедленно делегирует задачи: сестра вызывает бригаду и приносит оборудование.2Начало непрямого массажа сердцаЛидер сам начинает компрессии, показывая пример и не теряя времени.6Организация ИВЛЛидер поручает ординатору/сестре обеспечить вентиляцию легких.4Удаление посторонних из кабинетаОбеспечение пространства для работы команды, снижение стресса.5Передача управления реаниматологамЧеткая передача лидерства, доклад о проведенных мероприятиях. Лидерская компетенция: Способность сохранять контроль, мгновенно распределять роли, демонстрировать собственное участие и своевременно передавать лидерство более компетентной команде
33.	УК-3	Последовательность действий заведующего при вспышке послеоперационного эндофтальмита Уровень сложности: высокий Контекст: Вы — заведующий офтальмологическим отделением. В течение 3 дней после плановых фактоэмульсификаций выявлено 3 случая острого послеоперационного эндофтальмита. Необходимо	Правильная последовательность: 1, 4, 3, 6, 2, 5 Пошаговое пояснение: ШагДействиеОбоснование с позиции

		организовать работу коллектива для выявления источника инфекции, лечения пациентов и предотвращения новых случаев. Инструкция: Расположите в логической и административно-обоснованной последовательности действия заведующего как лидера коллектива. Варианты ответов: 1. Временное приостановление плановых операций до завершения эпидрасследования. 2. Назначение ответственных за лечение госпитализированных пациентов (закрепление врачей). 3. Создание комиссии по эпидрасследованию с привлечением эпидемиолога и старшей операционной сестры. 4. Информирование вышестоящего руководства и Роспотребнадзора. 5. Проведение внепланового инструктажа всего персонала по профилактике инфекционных осложнений. 6. Организация забора проб (смывы с инструментов, воздуха, рук персонала) и контроль стерилизации. Вопрос: Установите правильную последовательность управленческих решений заведующего.	лидерства1Приостановка плановых операцийЛидер немедленно останавливает потенциально опасный процесс.4Информирование руководства и РоспотребнадзораОфициальное уведомление — юридическая и этическая обязанность лидера.3Создание комиссииЛидер формирует команду для расследования, распределяет роли.6Забор проб и контроль стерилизацииКомиссия начинает сбор данных, лидер контролирует процесс.2Назначение ответственных за лечениеПараллельно с расследованием организовать помощь уже пострадавшим.5Инструктаж персоналаЗавершающий этап — профилактика, обучение, восстановление безопасной работы. Лидерская компетенция: Системное мышление: одновременное управление кризисом (лечение осложнений), расследованием (поиск причины) и профилактикой (предотвращение рецидива). Приоритет — безопасность пациентов, затем — юридическая ответственность, затем — организационные выводы.
34.	УК-3	Последовательность введения нового метода лечения в клиническую практику Уровень сложности: средний Контекст: Вы — руководитель глаукомного центра. В международных руководствах появились данные об эффективности нового MIGS-устройства	Правильная последовательность: 4, 2, 1, 3, 5, 6, 7 Пошаговое пояснение: ШагДействиеОбоснование

		(микроинвазивной хирургии глаукомы). Вы планируете внедрить этот метод в работу вашего отделения. В вашем подчинении: 5 хирургов, ординаторы, операционные сестры. Инструкция: Расположите в правильной последовательности этапы внедрения инновации с позиции лидера, обеспечивающего командное взаимодействие и безопасность пациентов. Варианты ответов: 1. Проведение тренинга для хирургов и операционных сестер (симуляционный курс, сертификация). 2. Анализ экономической эффективности и расчет тарифов ОМС/ДМС. 3. Выбор первых пациентов (критерии включения, информированное согласие). 4. Изучение доказательной базы, инструкций производителя, международного опыта. 5. Проведение первых операций под наставничеством тренера/эксперта. 6. Аудит первых результатов (острота зрения, ВГД, осложнения) и коррекция тактики. 7. Внесение метода в протоколы и стандарты отделения, масштабирование практики. Вопрос: Установите правильную последовательность управленческих и клинических действий лидера.	с позиции лидерства 4Изучение доказательной базыЛидер принимает решение на основе науки, а не маркетинга. 2Анализ экономикиОценка ресурсов: будет ли метод доступен пациентам, окупаем ли для клиники. 1Тренинг и сертификация командыЛидер инвестирует в компетенции — вся команда должна быть готова. 3Выбор первых пациентовЧеткие критерии, информированное согласие — этика и безопасность. 5Первые операции с наставникомКонтролируем ый риск, передача опыта, лидер участвует или наблюдает. 6Аудит результатовЛидер анализирует эффективность и безопасность, учится на ошибках. 7Внесение в протоколы, масштабированиеСтандартизация — признак зрелого лидерства и системного подхода. Лидерская компетенция: Управление изменениями (change management). Лидер не просто внедряет новый метод, но создает систему: обучение → контроль качества → стандартизация → масштабирование. ЗаданиеТемаЭталон (последовательность) 1Лид
--	--	---	--

			ерство при неотложном состоянии (остановка сердца)3, 1, 2, 6, 4, 52Лидерство при внутрибольничной вспышке инфекции1, 4, 3, 6, 2, 53Лидерство при внедрении инновации (MIGS)4, 2, 1, 3, 5, 6, 7 Методический комментарий: Данные задания оценивают лидерские компетенции ординатора в трех ключевых ролях: ЗаданиеРоль лидераПроверяемый навык1Лидер в критической ситуацииБыстрое принятие решений, делегирование, демонстрация личного примера2Административный лидер (заведующий)Управление кризисом, организация расследования, коммуникация с надзорными органами3Клинический лидер (руководитель направления)Внедрение инноваций, обучение команды, контроль качества Ключевые принципы, заложенные в эталоны: Приоритет безопасности пациента (остановка операций при вспышке, начало реанимации без задержки). Четкая субординация и делегирование (каждый член
--	--	--	--

			команды получает конкретную задачу). 3. Системность (лидер видит процесс целиком: от идеи до стандартизации). 4. Обучающая функция лидера (наставничество при внедрении нового метода, тренинг команды). 5. Правовая и этическая ответственность (информирование Роспотребнадзора, информированное согласие пациентов). Рекомендации для ординаторов: При решении подобных заданий необходимо мысленно выстроить причинно-следственные связи: «Если я сделаю это сейчас — что будет дальше?» «Кому я могу делегировать эту задачу?» «Как мое решение повлияет на пациентов и команду?» Именно это отличает врача-исполнителя от врача-лидера.
35.	УК-3	Лидерство в конфликтной ситуации: распределение сложных операций Уровень сложности: высокий Контекст: Вы — заведующий офтальмологическим отделением многопрофильной больницы. В вашем отделении работают три хирурга: Хирург г Стаж Характеристика А. Иванов 15 лет Высочайшая квалификация, витреоретинальный хирург, низкая скорость работы, «перфекционист», берет только сложные	Распределение пациентов и обоснование: Пациент Хирург Обоснование 1 (отслойка сетчатки) Иванов Единственный в отделении витреоретинальный хирург. Пациент с

		случаи. Б. Петрова 8 лет Факохирург, высокая скорость, отличные результаты, обучает ординаторов, перегружена плановыми операциями. В. Сидоров 3 года Молодой специалист, только начал самостоятельно оперировать катаракту, нуждается в наставничестве, амбициозен, обижен, что ему не доверяют сложные случаи. Ситуация: В отделение поступили три пациента, требующих операции в ближайшие 2 дня: Пациент 72 лет: регматогенная отслойка сетчатки с разрывом в нижнем квадранте, миопия высокой степени. Требуется витреоретинальная хирургия. Пациент 68 лет: незрелая катаракта, псевдоэкзофолиативный синдром, слабость цинновых связок (I степень). Высокий риск интраоперационных осложнений. Пациент 45 лет: незрелая катаракта, без сопутствующей патологии, миопия слабой степени. Рутинная факэмульсификация. Конфликт: Хирург Сидоров узнал, что «простая» катаракта (пациент 3) запланирована Петровой, и написал заявление на имя главного врача с жалобой, что ему «не дают развиваться», «зажимают операции», «работает только как ассистент». Главный врач передал жалобу вам для служебной проверки. Вопросы: Распределите пациентов между тремя хирургами. Обоснуйте свое решение с позиции: - безопасности пациентов; - справедливого распределения нагрузки; - профессионального развития молодых специалистов. Опишите алгоритм вашего разговора с хирургом Сидоровым (молодым специалистом). Какие аргументы вы используете? Как сохранить его мотивацию и предотвратить увольнение? Предложите системное решение, которое предотвратит подобные конфликты в будущем (например, регламент распределения операций, критерии допуска к самостоятельным вмешательствам, наставничество).	высокой миопией и нижним разрывом — технически сложный случай. Требуется максимальная квалификация. 2 (ПЭС, слабость связок) Петрова Высокий риск интраоперационных осложнений (разрыв капсулы, дислокация хрусталика). Требуется опытный факохирург с быстрой реакцией. Петрова имеет наибольший опыт в сложной факэмульсификации. 3 (рутинная катаракта) Сидоров Первая самостоятельная операция Сидорова. Пациент без факторов риска, анатомия благоприятная. Операция должна проводиться под наставничеством Петровой или Иванова. Обоснование с позиции лидерства: Безопасность: Сложные пациенты распределены самым опытным хирургам. Справедливость: Сидоров получает шанс на развитие, но в контролируемых условиях. Развитие: Сидоров оперирует, но не бросается «в бой» без страховки. 2. Алгоритм разговора с хирургом Сидоровым: Этап 1. Признание и эмпатия: «Иван Иванович, я
--	--	---	---

			ознакомился с вашим заявлением. Я понимаю ваше желание оперировать самостоятельно и ваше разочарование, что вам доверяют только ассистенцию. Это нормальные чувства для растущего хирурга.» Этап 2. Объективные критерии: «Давайте посмотрим на объективные данные. Вы выполнили 15 операций как первый ассистент. По нашим внутренним стандартам, допуск к самостоятельной факоэмульсифика ции возможен после 20 ассистенций и успешной сдачи симуляционного экзамена. Вы почти у цели — осталось 5 операций.» Этап 3. Конкретное предложение: «Я принял решение: пациент 3 — ваш. Это будет ваша первая самостоятельная операция. Хирург Петрова будет ассистировать
--	--	--	---

			вам и подстраховывать. После операции мы вместе с ней разберем видео и дадим обратную связь.» Этап 4. Мотивация и перспектива: «Через месяц планируется обучение по MIGS-технологиям. Я хочу, чтобы вы поехали. Но для этого нужно закрыть все вопросы по первичной подготовке. Рассматриваю вас как будущего лидера глаукомного направления.» Этап 5. Обратная связь по форме подачи жалобы: «И последнее, Иван Иванович. Если у вас есть вопросы по распределению операций — ваш первый руководитель — я. Напишите мне, подойдите, позвоните. Жалоба главному врачу — это крайняя мера, когда диалог невозможен. Давайте договариваться напрямую» 3. Системное решение
--	--	--	---

			(регламент): Предложение: Внедрение «Положения о допуске к самостоятельным операциям»: Этап Критерий Ответственный 1 Ассистенция на 20 операциях (с отметкой в журнале) Заведующий отделением 2 Симуляционный курс (фантом, WetLab) с оценкой "зачет" Учебный центр 3 Выполнение операций под наставничеством (с видеофиксацией) Наставник (Петрова/Иванов) 4 Разбор видео с заведующим, коллегиальная оценка Хирургический совет 5 Допуск к самостоятельным операциям (с сохранением права на консультацию) Заведующий отделением Дополнительно: - Еженедельные хирургические конференции с разбором видео. - Ротация ассистентов: молодые хирурги ассистируют разным хирургам. - Прозрачная очередь на операции (электронная таблица доступа всем сотрудникам).
36.	УК-3	Лидерство в условиях дефицита ресурсов (COVID-19)	План сортировки (триаж)

		Уровень сложности: высокий Контекст: Вы — заведующий офтальмологическим отделением. В связи с новой волной COVID-19 главный врач издал распоряжение: 1. Сократить плановую госпитализацию на 70%. 2. Передать 50% коечного фонда под инфекционный госпиталь. 3. Перераспределить 2 врачей и 3 медсестер вашего отделения в ковидный госпиталь на 1 месяц. 4. Сохранить неотложную и экстренную офтальмологическую помощь в полном объеме. В вашем отделении остается: • Хирургов: 2 человека (Вы + 1 ординатор 2 года). • Медсестер: 2 человека (вместо 5). • Коек: 15 (вместо 30). • Операционных дней: 2 в неделю (вместо 5). Ситуация: В отделении находится 5 пациентов, нуждающихся в неотложном хирургическом лечении в ближайшие 3–5 дней: • Пациент 1: подвывих хрусталика с вторичной глаукомой, ВГД 38 мм рт. ст., купируется медикаментозно частично. • Пациент 2: рецидив отслойки сетчатки (ранее оперирована), макула оп. • Пациент 3: эндофтальмит после интравитреальной инъекции (начало терапии, требуется витрэктомия?). • Пациент 4: острый приступ закрытоугольной глаукомы (купирован), требуется лазерная иридэктомия. • Пациент 5: проникающее ранение роговицы (ушито накануне), требуется этапная хирургия (хрусталик?). Вопросы: 1. Составьте план сортировки (триажа) пациентов на ближайшие 2 операционных дня. В какой последовательности и какие операции должны быть выполнены? Обоснуйте. 2. Распределите роли в команде из 2 хирургов и 2 медсестер на каждую операцию. Кто оперирует, кто ассистирует, кто подает инструменты? 3. Предложите управленческое решение, как мотивировать сотрудников, работающих в условиях перегрузки, и предотвратить их выгорание.	и очередность операций: Принципы: • Угроза жизни и сохранению глаза как органа. • Риск необратимой потери зрительных функций. • Возможность отсрочки без критического ухудшения. Очередь Пациент Операция Обоснование 1-й день (1-я операция) 5 (проникающее ранение) Ревизия, возможная имплантация ИОЛ Неотложная хирургия, риск эндофтальмита, вторичной глаукомы. Отсрочка недопустима. 1-й день (2-я операция) 3 (эндофтальмит) Витрэктомия + интравитреальные антибиотики Инфекционный процесс угрожает гибелью глаза в ближайшие 24–48 часов. 2-й день (1-я операция) 2 (отслойка сетчатки) Витрэктомия/пломбирование Макула оп — сохранение центрального зрения. Отсрочка на 2–3 дня допустима, но риск распространения на макулу. 2-й день (2-я операция) 1 (подвывих хрусталика) Экстракция хрусталика + ИОЛ ВГД частично контролируется, отсрочка на 3–5 дней допустима. Отложить (3-й день/след.неделя) 4 (лазерная иридэктомия) Лазерное вмешательство Может быть выполнено в амбулаторных условиях
--	--	--	---

			амбулаторно, не требует операционной и бригады. 2. Распределение ролей в команде: Команда: Вы (зав.отделением, хирург), ординатор 2 года, 2 медсестры. Операция Хирург. Ассистент. Медсестра (инструментарий) Проникающее ранение. Вы. Ординатор. Опытная медсестра №1 Эндофтальмит (витрэктомия). Вы. Ординатор. Опытная медсестра №1 Отслойка сетчатки. Вы. Ординатор. Медсестра №2 Подвывих хрусталикаОрдинатор (под контролем). Вы (наставник)Медсестра №2 Обоснование: • Самые сложные и критические операции берет на себя лидер (Вы). • Ординатор максимально задействован как ассистент — обучается, разгружает хирурга. • На 4-й операции ординатор получает шанс оперировать под страховкой — поддержание мотивации. • Медсестра №1 (опытная) работает на сложных
--	--	--	---

			витреоретинальных операциях, медсестра №2 — на менее сложных. 3. Мотивация и профилактика выгорания: Управленческие решения: Мера Содержание Обоснование 1. Признание Ежедневная 5-минутная планерка с благодарностью команде лично от заведующего. Психологическая поддержка, признание вклада. 2. Гибкий график после дежурства/сложной операции — отгул или сокращенный день. Восстановление ресурса. 3. Материальная мотивация Доплаты из средств ОМС/стимулирующего фонда за интенсивность. Ходатайство перед главным врачом. Справедливое вознаграждение. 4. Ротация задач Чередование хирургии, амбулаторного приема, лазерных вмешательств. Снижение монотонности. 5. Обучение Обещание направить ординатора и медсестер на обучение после стабилизации ситуации. Долгосрочная мотивация. 6. Личный пример Заведующий работает наравне с командой, не перекладывает тяжелые
--	--	--	---

			случаи. Доверие и уважение. Ключевая фраза лидера: «Мы проходим через сложный период. Я знаю, что вы работаете на пределе. Я не могу обещать, что станет легче завтра, но я обещаю, что буду работать вместе с вами, защищать ваши интересы перед руководством и сделаю всё, чтобы никто из вас не пожалел, что работает в этой команде.»
37.	УК-3	Лидерство в обучении и наставничестве Уровень сложности: средний Контекст: Вы — руководитель ординатуры по офтальмологии. К вам в отделение пришел новый ординатор 1 года с очень высокими баллами по аккредитации, отличными теоретическими знаниями, но с выраженной тревожностью и неуверенностью в себе. Он: • избегает мануальных манипуляций; • на вопросы отвечает идеально, но с дрожью в голосе; • при попытке дать ему в руки щелевую лампу для осмотра пациента отказывается: <i>«Я лучше посмотрю в очках, я боюсь сделать больно»;</i> • на обходах молчит, даже когда знает правильный ответ. Другие члены команды: • Ординатор 2 года — уверенный, но авторитарный, публично поправляет и критикует новичка. • Старшая медсестра — опытная, но резкая, говорит: <i>«Что за ординаторы пошли, ничего делать не умеют».</i> • Вы — руководитель, наставник. Ситуация: Ординатор-первокурсник пришел к вам в кабинет и сказал: <i>«Я, наверное, ошибся с выбором специальности. Я не смогу быть хирургом. Может, мне уйти в терапевтическую офтальмологию? Или вообще перевестись на другую</i>	анализ причин: Личностные факторы: • Перфекционизм и синдром самозванца: высокие ожидания к себе, страх не соответствовать. • Тревожно-мнительный тип личности: гипертрофированная боязнь причинить вред пациенту. • Низкая стрессоустойчивость: страх публичной оценки, избегание ситуаций неуспеха. Средовые факторы (командные): • Авторитарное поведение старшего ординатора: публичная критика, обесценивание.

		<i>специальность?»</i> Вопросы: 1. Проанализируйте причины состояния ординатора (минимум 3 фактора). Разделите их на личностные и средовые. 2. Разработайте индивидуальный план наставничества (на 3 месяца) с конкретными шагами, сроками и ответственными. 3. Предложите меры по (улучшению) психологического климата в коллективе. Как вы как лидер будете взаимодействовать с ординатором 2 года и старшей медсестрой?	• Эйджизм и профессиональный снобизм медсестры: демотивирующие высказывания. • Отсутствие структурированной обратной связи: ординатор не знает, что он делает правильно. • Высокий порог входа: сразу попадает в среду, где от него ждут мануальных навыков с первого дня. 2. Индивидуальный план наставничества (3 месяца): Месяц Задача Метод Ответственный Критерий успеха 1-й Снижение тревоги, формирование базовых навыков в безопасной среде- 3 занятия на симуляторе (щелевая лампа, непрямая офтальмоскопия) с обратной связью без оценок. - Осмотр «стандартизированных пациентов» (коллеги, студенты) без риска ошибки. - Запрет на публичную критику со стороны старшего ординатора (личное распоряжение). Наставник (Вы) Ординатор самостоятельно проводит осмотр на щелевой лампе 3 пациентов под наблюдением. 2-й Интеграция в клиническую работу,
--	--	--	--

			позитивное подкрепление- Совместные осмотры с ординатором 2 года (Вы контролируете взаимодействие). - Поручение «малых задач» (сбор анамнеза, выписка рецептов, оформление карт). - Еженедельная 10-минутная встреча с руководителем «Что получилось?». Вы, ординатор 2 года. Отсутствие избегающего поведения, инициативные вопросы. 3-й Первые мануальные навыки под супервизией- Инстилляция капель, промывание слезных путей на фантоме. - Участие в малой операционной (ассистенция в местной анестезии). - Публичный разбор успешного кейса ординатора на конференции (подготовка с Вами). Вы выполнение простой манипуляции под местной анестезией самостоятельно. 3. Меры по улучшению психологического климата: А. Работа с ординатором 2 года: Индивидуальная беседа: «Алексей, вы — сильный ординатор, я ценю ваше клиническое мышление. Но я замечаю, что ваша манера обратной связи с младшими
--	--	--	---

			коллегами иногда звучит как критика, а не как помощь. Я хочу, чтобы вы стали наставником для Ивана. Это значит: не указывать на ошибки публично, а объяснять наедине. Не говорить „ты неправ“, а говорить „давай посмотрим вместе“. Если вы справитесь, через полгода я поручу вам кураторство над новым ординатором. Это ваш шаг к лидерству». Б. Работа со старшей медсестрой: Тактичное указание: «Мария Ивановна, вы — костяк нашего отделения. Ваше мнение — авторитет для всех. Я знаю, вы хотите, чтобы ординаторы работали идеально с первого дня. Но Иван — очень чувствительный молодой человек. Ваши слова „ничего не умеют“ он воспринимает как приговор. Я буду благодарен, если вы найдете в нем хотя бы одно качество, за которое его можно похвалить при коллегах. Это повысит его уверенность и, в итоге, качество его работы».
--	--	--	--

			В. Системные меры: Мера. Цель. Периодичность. Анонимный опрос психологического климата. Выявление токсичных паттернов 1 раз в 6 месяцев. Правило «критика — только наедине». Снижение публичного обесценивания. Постоянно Формализованная обратная связь (формат SBI). Объективизация оценки. Еженедельно. Командные мероприятия. Неформальное общение, снижение иерархии 1 раз в месяц. Заключительная рекомендация ординатору: «Иван, хирург — это не тот, кто не боится. Хирург — это тот, кто боится, но всё равно делает, потому что за дверью кабинета ждет пациент. Ваш страх — это не слабость, а признак ответственности. Мы научим вас превращать этот страх в контроль и точность. Дайте нам три месяца. Если через три месяца вы не почувствуете, что офтальмология — ваше, я сам помогу вам с переводом. Но сначала — попробуйте».
38.	УК-3	Экстренное делегирование в операционной Уровень сложности: средний Контекст: Вы — ведущий хирург. Выполняете витрэктомию по поводу тракционной отслойки сетчатки у пациента с пролиферативной диабетической ретинопатией. Во время диссекции фиброваскулярных мембран возникло артериальное кровотечение из неоваскулярного комплекса. Видимость резко ухудшилась, давление в системе ирригации недостаточное. Ваш ассистент —	«Подними ирригацию! Давление 40!» или «Увеличь подачу жидкости до 40 мм!» или «Ирригацию на максимум! Срочно!»

		ординатор 2 года — растерялся и не выполняет ваши команды. Операционная медсестра ждет указаний. Вопрос: Какую одну краткую, четкую команду вы отдадите ассистенту-ординатору для немедленного улучшения визуализации и остановки кровотечения? Ответ должен быть прямой речью (что вы скажете). Требование к ответу: Фраза из 3–7 слов, однозначно интерпретируемая, без лишних пояснений.	Пояснение: В критической ситуации лидер не объясняет, а приказывает кратко, конкретно, без вариантов. • Ключевое действие: увеличение ирригационного давления (для тампонады сосуда и улучшения видимости). • Цифра: 40 мм рт. ст. (стандартное целевое значение для гемостаза при диабетической ретинопатии). • Адресат: ассистент (управляет ирригационной системой). • Недопустимо: «Помоги мне», «Что нам делать?», «Попробуй поднять давление». <i>Лидерская компетенция:</i> Четкая вербальная команда в стрессе.
39.	УК-3	Разрешение межпрофессионального конфликта Уровень сложности: высокий Контекст: Вы — заведующий отделением. В ординаторской происходит конфликт между врачом-ординатором и старшей операционной медсестрой. Медсестра обвиняет ординатора в том, что он неправильно заполняет протокол операции, использует нестандартные сокращения и не сдает вовремя медицинскую документацию. Ординатор в ответ повысил голос и сказал: «Я врач, а вы медсестра, не учите меня работать!» Конфликт происходит в присутствии пациентов и младшего персонала. Вопрос: Вы заходите в ординаторскую. Какую одну фразу вы скажете первой, чтобы немедленно деэскалировать конфликт и восстановить субординацию? Ответ дайте в	«Оба замолчите. Жду каждого в своем кабинете через 5 минут. Сначала — ординатор.» или «Прекратите разговор. Ко мне в кабинет по одному.» или «Этот разговор продолжим без зрителей. Ординатор, зайдите ко мне.» Пояснение: Лидер не вступает в публичный разбор

		виде прямой речи. Требование к ответу: Фраза, которая останавливает спор, не принимая ничью сторону на данном этапе.	конфликта. • Первая задача — прекратить сцену. • Вторая задача — сохранить иерархию: первым вызывается ординатор (как подчиненный врача-руководителя), но медсестра также будет выслушана. • Третья задача — не дискредитировать ни одну из сторон публично. Недопустимо: • «Как вы смеете повышать голос на старшего по должности!» (принимает сторону медсестры). • «Почему протокол не сдан?» (включается в содержание конфликта публично). • «Успокойтесь, давайте разберемся» (затягивает конфликт). <i>Лидерская компетенция:</i> Управление конфликтом, сохранение авторитета, конфиденциальность разбора.
40.	УК-3	Мотивация команды в условиях перегрузки Уровень сложности: средний Контекст: Вы — заведующий отделением. Третья неделя работы в условиях дефицита кадров (2 врача в отпуске по болезни, 1 ставка не закрыта). Все сотрудники работают сверхурочно без дополнительной оплаты (лимит	«Я знаю, что вы выдохлись. Я с вами, а не над вами. Держимся вместе — иначе никак.» или «Спасибо вам. Я вижу, как вы работаете. Мы

		стимулирующего фонда исчерпан). Вы замечаете признаки эмоционального выгорания у всего коллектива: раздражительность, апатия, формальное отношение к пациентам. Сегодня утром старшая медсестра сказала: <i>«Доктор, мы больше не тянем. Люди устали. Им наплевать на благодарность, им нужен отдых».</i> Вопрос: Вы собираете экстренное 5-минутное собрание коллектива. Какую одну фразу вы скажете, чтобы повысить моральный дух команды, не имея возможности дать деньги или немедленно снизить нагрузку? Ответ дайте в виде прямой речи. Требование к ответу: Фраза, демонстрирующая эмпатию, солидарность и уважение, без пустых обещаний.	пройдем этот этап — я обещаю сделать всё, чтобы защитить команду.» или «Я не могу дать вам деньги или отпуск прямо сейчас. Но я могу дать вам честное слово: каждый день я буду рядом и мы выйдем из этого кризиса вместе.» Пояснение: В условиях, когда материальная мотивация невозможна, лидер использует нематериальные инструменты: • Признание («Я вижу», «Спасибо»). • Эмпатия («Вы выдохлись», «Я знаю»). • Солидарность («Я с вами», «Мы вместе»). • Честность (отсутствие ложных обещаний). Недопустимо: • «Потерпите, скоро будут деньги» (ложь, если неизвестно). • «А кто сейчас легко работает?» (обесценивание). • «Давайте работать еще лучше» (игнорирование усталости). <i>Лидерская компетенция:</i> Эмоциональный интеллект, управление мотивацией в кризисе.
41.	УК-3	Стиль руководства в кризисной ситуации Условие: Вы — заведующий отделением. В отделении — вспышка	3 Пояснение: В кризисной ситуации с высокой

		послеоперационного эндофтальмита, главный врач требует срочного отчета, пациенты и их родственники возмущены, СМИ готовят репортаж. Сотрудники растеряны, никто не знает, что делать. Вопрос: Какой стиль руководства является наиболее эффективным в данной ситуации? Варианты ответов: 1. Либеральный (делегирование полномочий команде) 2. Демократический (коллегиальное обсуждение и голосование) 3. Авторитарный (единоличное принятие решений, жесткие приказы) 4. Ситуационный (зависит от настроения лидера)	неопределенностью и угрозой репутации команда ждет от лидера четких, быстрых и единоличных решений. Коллегиальное обсуждение требует времени, либеральный стиль создает хаос. Авторитарный стиль — временная мера для стабилизации.
42.	УК-3	Делегирование полномочий Условие: Вы — руководитель хирургической бригады. Вам предстоит сложная витреоретинальная операция. В бригаде: опытный ассистент (ординатор 3 года) и молодой ординатор 1 года. Вопрос: Какую задачу целесообразно делегировать ординатору 1 года? Варианты ответов: 1. Диссекцию эпиретинальных мембран 2. Удержание контактной линзы и ирригацию 3. Принятие решения о типе тампонады 4. Коммуникацию с родственниками во время операции	2 Пояснение: Делегирование должно соответствовать уровню компетенции. Удержание линзы — простая моторная задача, не влияющая на исход операции, но вовлекающая ординатора в процесс. Диссекция мембран требует опыта, решение о тампонаде — ответственности хирурга.
43.	УК-3	Разрешение конфликта "врач — медсестра" Условие: В ординаторской произошел конфликт: медсестра обвинила ординатора в том, что он не предупредил ее о срочной операции, из-за чего она не успела подготовить инструментарий. Ординатор в ответ повысил голос. Вопрос: Какое первое действие должен предпринять заведующий отделением, ставший свидетелем конфликта? Варианты ответов: 1. Провести разбирательство прямо в ординаторской, выслушав обе стороны 2. Сделать устное замечание ординатору за повышение голоса 3. Прекратить публичный конфликт, пригласив	3 Пояснение: Лидер не разбирает конфликт публично. Первая задача — прекратить сцену и сохранить авторитет обеих сторон. Разбор проводится конфиденциально.

		участников в кабинет по отдельности 4. Вызвать обоих к главному врачу для служебной проверки	
44.	УК-3	Задание 4. Мотивация молодого специалиста Условие: Ординатор 1 года отказывается ассистировать на операциях, мотивируя это страхом «что-то испортить». При этом он отлично знает теорию. Вопрос: Какой метод мотивации будет наиболее эффективным на первом этапе? Варианты ответов: 1. Строгое указание: «Вы обязаны ассистировать, это ваша работа» 2. Лишение стимулирующих выплат до освоения навыка 3. Поэтапное обучение на симуляторе с последующей работой под контролем 4. Перевод в терапевтическое отделение	3 Пояснение: Страх ошибки преодолевается безопасной средой (симулятор) и позитивным подкреплением. Принуждение усилит тревогу.
45.	УК-3	Распределение операционных дней Условие: В отделении 3 хирурга. Один из них — заведующий — вынужден уйти на больничный на 2 недели. Оставшиеся два хирурга предъявляют претензии: оба хотят оперировать в «утренние часы» (с 9 до 12), считая их наиболее продуктивными. Вопрос: Какое управленческое решение является оптимальным? Варианты ответов: 1. Установить очередность по стажу (кто старше — тот оперирует утром) 2. Разделить утренние часы между хирургами (понедельник/среда — один, вторник/четверг — другой) 3. Оставить решение на усмотрение хирургов (пусть договариваются сами) 4. Перенести все операции на послеобеденное время, чтобы никого не обидеть	2 Пояснение: Лидер создает справедливые правила, не допуская конфликта и не принимая чью-либо сторону. Вариант «договаривайтесь сами» в конфликтной ситуации не работает.
46.	УК-3	Действия при ошибке коллеги Условие: Вы — дежурный врач. Ваш коллега (ординатор) допустил ошибку в назначении: пациенту с закрытоугольной глаукомой вместо пилокарпина назначил тропикамид. Вы заметили ошибку до введения препарата. Вопрос: Как следует поступить лидеру?	3 Пояснение: Ошибка — возможность обучения, а не наказания. Публичная критика уничтожает доверие. Соккрытие ошибки не предотвращает ее

		Варианты ответов: 1. Сделать коллеге публичное замечание при медсестре и пациенте 2. Тихо исправить назначение, ничего не говоря коллеге 3. Отозвать коллегу, конфиденциально указать на ошибку и обсудить, как ее избежать в будущем 4. Доложить заведующему отделением о профессиональной непригодности ординатора	повторения.
47.	УК-3	Командные роли в операционной Условие: При выполнении факоэмульсификации возникла интраоперационная осложнение — разрыв задней капсулы с выпадением стекловидного тела. Вопрос: Кто должен осуществлять переднюю витрэктомию в данной ситуации? Варианты ответов: 1. Только оперирующий хирург 2. Ассистент (ординатор) под контролем хирурга 3. Операционная медсестра (подает инструменты) 4. Анестезиолог (освобождает хирургу руки)	1 Пояснение: Осложнение — зона исключительной ответственности ведущего хирурга . Делегирование витрэктомии ассистенту допустимо только при условии, что хирург уверен в его компетенции и контролирует каждый шаг. По умолчанию — хирург оперирует сам.
48.	УК-3	Профилактика эмоционального выгорания Условие: В отделении высокая текучесть кадров среди среднего медперсонала. В ходе бесед выяснилось, что медсестры чувствуют себя «обесцененными»: врачи не благодарят за помощь, не приглашают на обеды, обсуждают пациентов в присутствии сестер как при пустом месте. Вопрос: Какая мера наиболее эффективна для повышения командного духа? Варианты ответов: 1. Повышение заработной платы медсестрам 2. Введение системы штрафов за неэтичное поведение врачей 3. Организация совместных врачебно-сестринских конференций с разбором сложных случаев и открытым признанием заслуг медсестер 4. Замена «проблемных» медсестер на более лояльных	3 Пояснение: Проблема — в дефиците уважения и признания , а не только в деньгах. Совместные мероприятия снижают иерархический барьер и формируют чувство единой команды.
49.	УК-3	Лидерство при массовом поступлении пострадавших Условие: В приемный покой одновременно поступило 5	3 Пояснение: Санитарка выполняет

		пострадавших с химическим ожогом глаз. В вашем распоряжении: 1 ординатор, 2 медсестры, 1 санитарка. Вопрос: Какую задачу вы делегируете санитарке? Варианты ответов: 1. Проведение первичного триажа (оценка тяжести ожога) 2. Приготовление изотонического раствора для промывания 3. Транспортировку пострадавших в смотровые и фиксацию при промывании 4. Закапывание местных анестетиков	немедицинские функции: транспортировка, фиксация, помощь. Триаж и анестезия — зона ответственности врача или медсестры.
50.	УК-3	Обратная связь (feedback) Условие: Ординатор выполнил свою первую самостоятельную фактоэмульсификацию. Операция прошла успешно, но была медленной (45 минут вместо 20), и ординатор явно нервничал. Вопрос: Какую фразу следует использовать для обратной связи сразу после операции? Варианты ответов: 1. «45 минут — это очень долго. Пациент мог получить ожог роговицы. Нужно работать быстрее.» 2. «Я заметил, что вы волновались. Это нормально для первой операции. Давайте завтра посмотрим видео и разберем, где можно сократить время.» 3. «В следующий раз ассистировать будете, а оперировать буду я — до тех пор, пока не научитесь работать быстро.» 4. «Ну что, поздравляю! Первая операция позади. Время не важно, главное — результат.»	2 Пояснение: Эффективная обратная связь: 1. Безоценочна («я заметил», а не «ты медленный»). 2. Нормализует («это нормально»). 3. Конструктивна (разбор видео). Вариант 4 игнорирует проблему, вариант 1 демотивирует.
51.	УК-3	11. Субординация в медицинском коллективе Условие: Молодой ординатор в присутствии пациентов обратился к заведующему отделением: «Вы неправы в этом диагнозе. Я читал новые клинические рекомендации, там написано иначе». Вопрос: Как следует отреагировать заведующему в данной ситуации? Варианты ответов: 1. «Вы еще учиться должны, а не указывать мне. Зайдите в кабинет после обхода.» 2. «Вы правы, я не учел новый протокол. Спасибо, что поправили.» (при всех) 3. «Интересное замечание. Давайте обсудим это после	Эталон ответа: 3 Пояснение: Лидер сохраняет лицо (не признает публичную ошибку, если не уверен на 100%), но не подавляет инициативу. Вариант 2 — рискован (если ординатор неправ, авторитет подорван). Вариант 1 — подавление, демотивация.

		обхода в ординаторской, я посмотрю рекомендации.» 4. Промолчать и проигнорировать высказывание.	
52.	УК-3	Наставничество (менторство) Условие: Ординатор 2 года систематически опаздывает на утренние конференции и операции, объясняя это «пробками» и «невыспалась». При этом клинически он очень способный, пациенты его любят. Вопрос: Какая стратегия наставника наиболее эффективна? Варианты ответов: 1. Сделать публичное замечание на конференции для устранения 2. Делегировать ординатору ответственность за подготовку конференции (чтобы он не мог опоздать) 3. Оштрафовать (лишить стимулирующих выплат) 4. Вызвать на беседу и пригрозить неаттестацией	2 Пояснение: Наставник использует мотивацию через ответственность и доверие, а не наказание. Ординатор получает роль, которая дисциплинирует его естественным образом.
53.	УК-3	Лидерство при внедрении инноваций Условие: Вы хотите внедрить в отделении новый метод — МИГС (MIGS) при глаукоме. Старшие хирурги скептически: «Мы 20 лет оперировали синустрабекулэктомией, и не хуже». Вопрос: Какой первый шаг лидера в этой ситуации? Варианты ответов: 1. Издать приказ об обязательном освоении методики всеми хирургами 2. Организовать поездку скептически настроенного хирурга в ведущую клинику для стажировки 3. Начать оперировать самому и демонстрировать результаты на конференциях 4. Пригласить внешнего тренера для обучения всего коллектива	2 Пояснение: Агент влияния — ключевой инструмент лидера. Отправить скептика учиться, чтобы он вернулся «амбассадором» метода. Прямое давление усилит сопротивление.
54.	УК-3	Этика и деонтология в командной работе Условие: Пациент спрашивает у ординатора: «А почему вчера операцию делал профессор Иванов, а сегодня меня смотрит молодой врач? Вы разве умеете? Может, мне профессора позвать?» Вопрос: Как ординатору следует ответить с позиции командной этики? Варианты ответов: 1. «Профессор занят, у него сложные операции. А	2 Пояснение: Ординатор не противопоставляет себя профессору и не обесценивает собственный вклад. Он транслирует командную модель: «Мы работаем вместе, я — часть команды, результат

		ваша операция простая, я справлюсь.» 2. «Я ассистировал профессору на вашей операции и знаю все детали. Мы работаем одной командой, и профессор контролирует процесс.» 3. «Если вы не доверяете мне, пишите отказ и ждите профессора 2 недели.» 4. «Вы правы, я еще учусь. Но профессор сказал, что я справлюсь.»	контролируется».
55.	УК-3	Управление ошибками в команде Условие: Врач допустил ошибку в тактике ведения пациента, что привело к задержке операции и ухудшению прогноза. Ошибка выявлена на утренней конференции. Вопрос: Какова роль лидера при разборе данной ошибки? Варианты ответов: 1. Указать на виновного и объявить выговор 2. Сфокусироваться на системе: почему ошибка стала возможной, как изменить протоколы 3. Ограничиться мягким замечанием, чтобы не травмировать врача 4. Передать материалы в конфликтную комиссию	2 Пояснение: Лидер переводит фокус с поиска виновного на совершенствование системы. Культура безопасности — «just culture», а не культура обвинения.
56.	УК-3	Формирование кадрового резерва Условие: В вашем отделении через год уходит на пенсию заведующий (Вы). Главный врач просит рекомендовать кандидатуру на вашу должность. Есть два кандидата: • Хирург А. — блестящий техник, но конфликтный, не способен к компромиссам. • Хирург Б. — менее опытный хирург, но уважаем коллективом, умеет слушать, организует конференции. Вопрос: Кого следует рекомендовать на должность заведующего? Варианты ответов: 1. Хирурга А. — главное качество руководителя хирургического отделения — хирургическая техника 2. Хирурга Б. — управленческие компетенции важнее личной хирургической одаренности 3. Отказаться от рекомендации, пусть главный врач решает сам 4. Посоветовать обоим на разные должности (зав. по хирургии и зав. по учебной работе)	2 Пояснение: Лидер отделения — не лучший хирург, а лучший управленец. Хирург А. разрушит коллектив. Хирург Б. сможет развивать команду, привлекать кадры и делегировать сложные операции.
57.	ОПК-1	Соответствие между методом диагностики и	Эталон ответа: 1-Б, 2-В, 3-Г, 4-Д.

		визуализируемой структурой глаза <table><tr><td>Метод диагностики</td><td>Визуализируемая структура/патология</td></tr><tr><td>1. Оптическая когерентная томография (ОКТ)</td><td>А. Состояние хрусталика и стекловидного тела при помутнениях роговицы</td></tr><tr><td>2. Гониоскопия</td><td>Б. Послойное изображение Макулярной области и диска зрительного нерва</td></tr><tr><td>3. УЗИ В-скан (В-режим)</td><td>В. Угол передней камеры глаза</td></tr><tr><td>4. Флюоресцентная ангиография</td><td>Г. Отслойка сетчатки и массивные кровоизлияния</td></tr><tr><td></td><td>Д. Проницаемость ретинальных сосудов и область ишемии</td></tr></table>	Метод диагностики	Визуализируемая структура/патология	1. Оптическая когерентная томография (ОКТ)	А. Состояние хрусталика и стекловидного тела при помутнениях роговицы	2. Гониоскопия	Б. Послойное изображение Макулярной области и диска зрительного нерва	3. УЗИ В-скан (В-режим)	В. Угол передней камеры глаза	4. Флюоресцентная ангиография	Г. Отслойка сетчатки и массивные кровоизлияния		Д. Проницаемость ретинальных сосудов и область ишемии	
Метод диагностики	Визуализируемая структура/патология														
1. Оптическая когерентная томография (ОКТ)	А. Состояние хрусталика и стекловидного тела при помутнениях роговицы														
2. Гониоскопия	Б. Послойное изображение Макулярной области и диска зрительного нерва														
3. УЗИ В-скан (В-режим)	В. Угол передней камеры глаза														
4. Флюоресцентная ангиография	Г. Отслойка сетчатки и массивные кровоизлияния														
	Д. Проницаемость ретинальных сосудов и область ишемии														
58.	ОПК-1	Соответствие между типом нарушения зрения и корригирующим устройством/методом <table><tr><td>Тип нарушения рефракции</td><td>Средство коррекции / Метод</td></tr><tr><td>1. Миопия (близорукость) высокой степени</td><td>А. Сфероцилиндрические (торические) линзы</td></tr><tr><td>2. Пресбиопия (возрастная потеря аккомодации)</td><td>Б. Монокулярный режим (Monovision) при подборе МКЛ</td></tr><tr><td>3. Астигматизм</td><td>В. Очки для близи (аддидация к основным очкам)</td></tr></table>	Тип нарушения рефракции	Средство коррекции / Метод	1. Миопия (близорукость) высокой степени	А. Сфероцилиндрические (торические) линзы	2. Пресбиопия (возрастная потеря аккомодации)	Б. Монокулярный режим (Monovision) при подборе МКЛ	3. Астигматизм	В. Очки для близи (аддидация к основным очкам)	Эталон ответа: 1-Б, 2-В, 3-Г, 4-А.				
Тип нарушения рефракции	Средство коррекции / Метод														
1. Миопия (близорукость) высокой степени	А. Сфероцилиндрические (торические) линзы														
2. Пресбиопия (возрастная потеря аккомодации)	Б. Монокулярный режим (Monovision) при подборе МКЛ														
3. Астигматизм	В. Очки для близи (аддидация к основным очкам)														

		4. Анизометропия Г. Ортокератологические линзы (большая разница (ночные линзы) в рефракции глаз) Д. Отрицательные (рассеивающие) сфероцилиндрические линзы	
59.	ОПК-1	Последовательность этапов первичной настройки автоматического рефрактометра <i>Установите правильную последовательность действий при подготовке к исследованию.</i> 1. Ввод данных пациента (возраст, ID) в интерфейс программы. 2. Фиксация подбородка и лба пациента на подставке. 3. Калибровка прибора по тест-объекту (если требуется). Совмещение оптических осей прибора со зрачками пациента с помощью джойстика.	Эталон ответа: 3, 1, 2, 4.
60.	ОПК-1	Последовательность работы с томограммой в программе для анализа ОКТ <i>Установите правильную последовательность действий врача при анализе ОКТ-снимка макулы.</i> 1. Открытие протокола исследования конкретного пациента в архиве. 2. Оценка цветовой карты толщины сетчатки (ETDRS). 3. Калибровка контрастности и яркости для визуализации слоев. Прокрутка срезов (B-scan) для поиска патологических изменений.	Эталон ответа: 1, 3, 4, 2.
61.	ОПК-1	Последовательность действий при утечке конфиденциальных данных (утеря флешки с историей болезни) <i>Установите правильную последовательность действий ординатора при инциденте информационной безопасности.</i> 1. Уведомление заведующего отделением или ответственного за ИБ. 2. Фиксация факта пропажи и времени инцидента. 3. Оценка объема утекших данных (какие именно карты пациентов). Блокировка доступа к МИС для скомпрометированной учетной записи (если флешка не была зашифрована).	Эталон ответа: 2, 3, 1, 4.

62.	ОПК-1	Ситуационная задача (ОКТ-диагностика) Пациенту с жалобами на снижение зрения и метаморфопсии проведена ОКТ макулы. На снимке в зоне фовеа визуализируется гипорефлективное округлое пространство с сохранением наружных слоев сетчатки, прилежащие слои не изменены. Вопрос: Как называется данное состояние (нозология)? Какие три количественных параметра (измерения) вы обязательно должны выполнить с помощью встроенного калипера в программе анализа ОКТ для динамического наблюдения?	Эталон ответа: Нозология: Ретинозис (или ретинальная киста) / Частичная макулярная отслойка нейрорепарации (в зависимости от локализации, но чаще речь о кистевидном пространстве). Параметры: Максимальный горизонтальный диаметр полости. Максимальный вертикальный (аксиальный) размер/высота полости. Объем полости (если функция доступна) или толщина сетчатки в центре фовеа (central subfield thickness).
63.	ОПК-1	Ситуационная задача (Информационная безопасность) Вы, как ординатор, присутствуете на амбулаторном приеме у профессора. Профессору срочно нужно отлучиться, и он просит вас завершить прием и зафиксировать данные в истории болезни. Свою учетную запись в МИС (медицинской информационной системе) профессор оставил открытой на компьютере. Вопрос: Опишите ваши действия с точки зрения регламента информационной безопасности и врачебной этики. Назовите два возможных риска, которые возникают при использовании чужой учетной записи.	Эталон ответа: 1. Действия: ○ Категорически нельзя работать под чужой учетной записью. ○ Необходимо попросить профессора (или медсестру) создать/активировать вашу учетную запись или временные права для внесения записей. ○ Если это невозможно, дождаться возвращения профессора, чтобы он внес данные сам, или сделать записи на бумаге с последующим внесением под своей учетной записью. 2. Риски: ○ Юридическая ответственность (запись, сделанная вами, будет идентифицирована как действие профессора; в случае ошибки или жалобы ответственность понесет он). ○ Нарушение конфиденциальности (профессор имеет доступ к

			более широкому кругу данных, чем положено ординатору).
64.	ОПК-1	Задача на соответствие нормам (Электронный документооборот) В отделении внедрена новая система электронного документооборота. При выписке пациента вам необходимо оформить выписной эпикриз. В системе вы видите два варианта: «Создать на основе шаблона» и «Импортировать данные из предыдущей госпитализации». Вопрос: Какой вариант вы выберете и почему? Перечислите три обязательных раздела (элемента), которые вы должны проверить и, при необходимости, скорректировать вручную перед финальной печатью документа, чтобы избежать типичных ошибок при копировании данных.	Эталон ответа: 1. Выбор: «Создать на основе шаблона» (или аналогичный вариант создания нового документа, а не полный импорт старых данных). ○ Почему: И импорт данных из прошлой госпитализации может привести к переносу устаревших жалоб, неактуальных осмотров и некорректных назначений, что является грубой ошибкой. 2. Проверка: ○ Дата и время текущего осмотра/выписки. ○ Данные объективного статуса (Vis, ВГД, картина глазного дна) на момент выписки. Рекомендации (препараты, дозировки, дата явки) с учетом динамики за текущую госпитализацию.
65.	ОПК-1	Вопрос на знание стандартов Вопрос: Как называется международный стандарт для хранения, передачи и архивации медицинских изображений (ОКТ, фото глазного дна)?	Эталон: DICOM.
66.	ОПК-1	Вопрос на знание правил безопасности Вопрос: Как называется тип вредоносного ПО, которое блокирует доступ к данным пациента и требует выкуп за их расшифровку?	Эталон: программа-вымогатель.
67.	ОПК-1	Вопрос на знание телемедицины Вопрос: Как называется дистанционное наблюдение за пациентом с глаукомой с помощью носимых устройств, передающих данные о ВГД?	Эталон: Удаленный мониторинг (телеметрия).
68.	ОПК-1	ВОПРОС: Какой стандарт данных используется для хранения и передачи медицинских изображений (ОКТ,	В

		фото A) HL7 B) DICOM C) XML D) PDF/A	
69.	ОПК-1	ВОПРОС: Что из перечисленного относится к телемедицинским технологиям? A) Осмотр на щелевой лампе B) Проведение В-скана C) Дистанционная консультация «врач-врач» по результатам ОКТ D) Заполнение бумажной истории болезни	С
70.	ОПК-1	ВОПРОС: Какое обязательное условие должно быть выполнено для оказания телемедицинской помощи? A) Наличие скоростного интернета у врача B) Предварительный очный прием пациента C) Согласие пациента на обработку персональных данных D) Наличие видеокамеры высокого разрешения	С
71.	ОПК-1	ВОПРОС: Что такое PACS в структуре медицинской организации? A) Программа для расчета ИОЛ B) Система архивации и передачи изображений C) Электронная регистратура D) Протокол шифрования данных	В
72.	ОПК-1	ВОПРОС: Какой параметр автоматически рассчитывает программа оптического биометра (IOL-Master) для фактоэмульсификации? A) Плотность эндотелиальных клеток B) Кривизну роговицы (K1, K2) C) Угол передней камеры D) Порог светочувствительности сетчатки	В
73.	ОПК-1	ВОПРОС: Для оценки каких структур применяется ОКТ ангиография (ОКТ-А)? A) Хрусталика B) Сосудистой сети сетчатки C) Роговичного нерва D) Слезной пленки	В
74.	ОПК-1	ВОПРОС: Что измеряет эндотелиальный микроскоп? A) Толщину роговицы (пахиметрию) B) Плотность эндотелиальных клеток (ECD) C) Глубину передней камеры D) Диаметр зрачка	В
75.	ОПК-1	ВОПРОС: Какой метод используется для автоматического определения рефракции глаза? A) Тонометрия B) Периметрия C) Рефрактометрия D) Гониоскопия	С
76.	ОПК-1	ВОПРОС: Что относится к мерам технической защиты персональных данных в ЛПУ? A) Подписание согласия пациентом B) Использование антивирусного ПО и межсетевых экранов C) Проведение врачебных консилиумов	В

		D) Составление графика работы персонала									
77.	ОПК-1	ВОПРОС: Что такое «инцидент информационной безопасности»? A) Поломка диагностического прибора B) Любое событие, которое может привести к утечке или компрометации данных C) Опоздание сотрудника на работу D) Установка обновлений Windows	В								
78.	ОПК-1	ВОПРОС: Какое действие категорически запрещено при работе с персональными данными? A) Передача логина и пароля другому сотруднику B) Блокировка компьютера при уходе с рабочего места C) Использование электронной подписи D) Внесение данных в электронную карту	А								
79.	ОПК-1	ВОПРОС: Что необходимо сделать при обнаружении подозрительного вложения в электронном письме? A) Открыть и проверить содержимое B) Переслать письмо коллегам для консультации C) Удалить письмо, не открывая вложения, и сообщить администратору D) Сохранить вложение на рабочий стол	С								
80.	ОПК-1	ВОПРОС: Какая технология лежит в основе работы современных авторефрактометров? A) Ультразвуковая локация B) Инфракрасная подсветка и анализ отраженного сигнала C) Рентгеновское излучение D) Магнитно-резонансная томография	В								
81.	ОПК-1	ВОПРОС: Для чего используется функция «Eye Tracking» при проведении ОКТ? A) Для расширения зрачка B) Для минимизации артефактов от движений глаза C) Для измерения ВГД D) Для подбора очков	В								
82.	ОПК-1	ВОПРОС: Какое преимущество дает использование цифровой щелевой лампы перед аналоговой? A) Более яркий свет B) Возможность фото- и видеофиксации с последующим хранением в МИС C) Меньший вес D) Отсутствие необходимости в калибровке	В								
83.	ОПК-1	ВОПРОС: Что такое «облачное хранение данных» в контексте работы клиники? A) Хранение данных на локальном сервере B) Хранение данных на съемном жестком диске врача C) Хранение данных на удаленных серверах через интернет D) Распечатка всех данных на бумаге	С								
84.	ОПК-8	Задание 1. Соответствие факторов риска и офтальмологической патологии Инструкция: Установите соответствие между фактором риска и заболеванием или состоянием органа зрения, для профилактики которого этот фактор является наиболее значимым. Для каждой позиции из левого столбца подберите соответствующую позицию из правого столбца.	<table> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr> <td>Г</td><td>В</td><td>Б</td><td>А</td></tr> </table>	1	2	3	4	Г	В	Б	А
1	2	3	4								
Г	В	Б	А								

		ФАКТОР РИСКА: 1. Длительная работа за компьютером без защиты и увлажнения. 2. Отсутствие в рационе продуктов, богатых лютеином и зеаксантином (зелень, яйца, кукуруза). 3. Незащищенное пребывание на ярком солнце (особенно в горах/на воде) без солнцезащитных очков с UV-фильтром. 4. Систематическое курение (активное и пассивное). ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ СОСТОЯНИЕ: А. Катаракта и макулодистрофия (окислительный стресс). Б. Фотоофтальмия (ожог роговицы и конъюнктивы), фотокератит. В. Возрастная макулярная дегенерация (ВМД). Г. Синдром «сухого глаза» (ксерофтальмия).									
85.	ОПК-8	Задание 2. Соответствие профилактических мероприятий этапам профилактики Инструкция: Установите соответствие между мероприятием по профилактике офтальмологических заболеваний и этапом профилактики (первичная, вторичная, третичная), к которому оно относится. Для каждой позиции из левого столбца подберите соответствующую позицию из правого столбца. МЕРОПРИЯТИЕ: 1. Проведение беседы с подростками о вреде курения для зрительного нерва. 2. Контроль за соблюдением режима инстилляций гипотензивных капель у пациента с установленной глаукомой для предотвращения слепоты. 3. Скрининг новорожденных на ретинопатию недоношенных. 4. Проведение плеоптического лечения у детей с амблиопией для повышения остроты зрения. ЭТАП ПРОФИЛАКТИКИ: А. Первичная профилактика Б. Вторичная профилактика В. Третичная профилактика (реабилитация)	<table> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr> <td>А</td><td>Б</td><td>Б</td><td>В</td></tr> </table>	1	2	3	4	А	Б	Б	В
1	2	3	4								
А	Б	Б	В								
86.	ОПК-8	Задание 3. Соответствие санитарно-гигиенических рекомендаций целевой группе населения Инструкция: Установите соответствие между санитарно-гигиенической рекомендацией и целевой группой населения, для которой данная рекомендация наиболее актуальна при проведении санпросветработы. Для каждой позиции из левого столбца подберите соответствующую позицию из правого столбца. РЕКОМЕНДАЦИЯ: 1. Контроль уровня гликированного гемоглобина и обязательный осмотр глазного дна не реже 1 раза в год. 2. Соблюдение зрительного режима и правило «20-20-20» (каждые 20 минут смотреть 20 секунд на 20 футов (6 метров)).	<table> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr> <td>В</td><td>Г</td><td>Б</td><td>А</td></tr> </table>	1	2	3	4	В	Г	Б	А
1	2	3	4								
В	Г	Б	А								

		3. Использование накладок или окклюдеров, ношение очков по назначению, выполнение «мозаики» и рисование для стимуляции работы глаза. 4. Обучение технике закапывания капель и контролю внутриглазного давления в домашних условиях. ЦЕЛЕВАЯ ГРУППА: А. Пациенты с подтвержденной глаукомой (или группа риска по глаукоме). Б. Дети дошкольного возраста с амблиопией («ленивый глаз») и их родители. В. Пациенты с сахарным диабетом (риск диабетической ретинопатии). Г. Офисные сотрудники, интенсивные пользователи ПК.	
87.	ОПК-8	Задание 1. Последовательность осмотра детей для профилактики амблиопии Инструкция: Установите правильную хронологическую последовательность проведения скрининговых осмотров детей врачом-офтальмологом (или в рамках диспансеризации) для своевременного выявления и профилактики развития амблиопии («ленивого глаза»). А. Проведение планового осмотра перед поступлением в школу для оценки зрительных функций и решения вопроса о нагрузке. Б. Проведение осмотра в возрасте 1 месяца (новорожденные) для исключения врожденной катаракты и глаукомы. В. Проведение осмотра в возрасте 1 года (скрининг на определение рефракции). Г. Проведение осмотра в возрасте 6 месяцев для оценки прозрачности оптических сред и положения глазных яблок.	Правильная последовательность цифр: Б, Г, В, А <i>Обоснование:</i> 1.Б (1 месяц): Первичный осмотр для исключения грубой врожденной патологии (помутнения роговицы, хрусталика). 2.Г (6 месяцев): Оценка прозрачности сред, проверка подвижности глаз (исключение косоглазия). 3.В (1 год): Ключевой этап для выявления аномалий рефракции, которые могут привести к амблиопии (проводится авторефрактометрия). 4.А (6-7 лет): Осмотр перед школой для окончательной оценки готовности зрительной системы к нагрузкам.
88.	ОПК-8	Задание 2. Последовательность действий врача при проведении беседы о гигиене зрения для школьников Инструкция: Расположите действия врача-офтальмолога во время санитарно-просветительной беседы с учащимися младших классов о профилактике близорукости в правильной логической и педагогической последовательности. А. Объяснение анатомо-физиологических особенностей глаза в доступной форме и причин, по которым при длительной	Правильная последовательность цифр: В, А, Б, Г <i>Обоснование:</i> В: Начало коммуникации (организационный момент, введение в тему). А: Мотивационная часть (объяснение <i>почему</i> это важно и что может случиться, создание интереса).

		работе на близком расстоянии глаз устает (спазм аккомодации). Б. Формулировка конкретных правил и рекомендаций (режим зрительной работы, расстояние до книги/тетради, освещение). В. Приветствие, представление аудитории, обозначение темы лекции «Как сохранить хорошее зрение». Г. Ответы на вопросы школьников и раздача памяток для закрепления материала.	Б: Основная содержательная часть (выдача конкретных инструкций <i>как</i> делать правильно). Г: Завершающий этап (обратная связь и закрепление материала).
89.	ОПК-8	Задание 3. Последовательность этапов скрининга глаукомы в рамках диспансеризации взрослого населения Инструкция: Установите правильную последовательность действий медицинского персонала (фельдшер/врач общей практики + офтальмолог) при проведении профилактического осмотра, направленного на раннее выявление глаукомы у пациентов старше 40 лет. А. Направление пациента офтальмологом на дополнительное углубленное обследование (периметрию, оптическую когерентную томографию диска зрительного нерва) для подтверждения или исключения диагноза. Б. Измерение внутриглазного давления (ВГД) бесконтактным тонометром на доврачебном приеме (кабинет медицинской профилактики). В. Выявление пациентов группы риска (возраст 40+, отягощенная наследственность) при сборе анамнеза на этапе анкетирования перед осмотром. Г. Осмотр врачом-офтальмологом пациентов с впервые выявленным повышенным ВГД, включающий осмотр глазного дна и гониоскопию (осмотр угла передней камеры).	Правильная последовательность цифр: В, Б, Г, А <i>Обоснование:</i> В: Первичный отбор (формирование групп риска) на основе документации и опроса. Б: Проведение быстрого скринингового теста (измерение ВГД) у лиц из группы риска. Г: Консультация узкого специалиста для верификации предварительного диагноза при отклонениях от нормы. А: Назначение высокоспецифичных инструментальных методов для окончательной диагностики и определения тактики наблюдения.
90.	ОПК-8	Ситуация: Вы работаете врачом-офтальмологом в городской поликлинике. На прием пришла женщина 38 лет, менеджер, с жалобами на чувство «песка» в глазах, покраснение и затуманивание зрения к вечеру. Объективно: при биомикроскопии определяется умеренная гиперемия конъюнктивы, нестабильность слезной пленки, время разрыва слезной пленки (проба Норна) — 10 секунд	

		(при норме от 15 сек). В анамнезе: носит мягкие контактные линзы (МКЛ) более 5 лет, работает за компьютером по 8-9 часов в день, пользуется увлажняющими каплями нерегулярно. Пациентка обеспокоена тем, что к вечеру линзы начинают «мешать» и зрение падает. Задание: 1. Сформулируйте предположительный диагноз и перечислите факторы риска развития данного состояния у пациентки. 2. Разработайте подробный план профилактических мероприятий и санитарно-гигиенических рекомендаций для данной пациентки, направленных на сохранение здоровья органа зрения и коррекцию образа жизни. Особое внимание уделите правилам ношения линз и зрительному режиму. 3. Предложите критерии, по которым вы сможете проконтролировать эффективность проведенных профилактических мероприятий при повторном визите. Эталон ответа к заданию 1 4. Диагноз и факторы риска: ○ Диагноз: Синдром «сухого глаза» (сухой кератоконъюнктивит) на фоне длительной зрительной нагрузки и ношения МКЛ. Компьютерный зрительный синдром. ○ Факторы риска: Длительная работа за компьютером (снижение частоты моргания), постоянное ношение контактных линз (нарушение метаболизма роговицы и стабильности слезной пленки), недостаточное увлажнение глаз, отсутствие режима отдыха. 5. План профилактических мероприятий и гигиенических рекомендаций: ○ Гигиена контактной коррекции: ▪ Соблюдение режима ношения линз (не превышать 8-10 часов в сутки, обязательно снимать на ночь). ▪ Использование специализированных увлажняющих капель для контактных линз («искусственная слеза») в течение рабочего дня (каждые 2-3 часа), а не только при появлении дискомфорта.	
--	--	--	--

		▪ Своевременная замена линз в соответствии с типом (например, если двухнедельные — менять строго раз в две недели). ▪ Тщательная гигиена контейнера для линз. 6. ○ Организация рабочего места и режима труда (профилактика КЗС): ▪ Соблюдение правила «20-20-20»: каждые 20 минут работы отводить взгляд на 20 секунд на объект, находящийся на расстоянии 20 футов (6 метров). ▪ Обеспечение достаточного уровня увлажненности воздуха в офисе и дома (использование увлажнителя, норма 40-60%). ▪ Коррекция положения монитора (центр экрана на 10-15 см ниже уровня глаз). ○ Формирование ЗОЖ: ▪ Диета, богатая витаминами А, С, Е, омега-3 жирными кислотами (морковь, черника, жирная рыба, орехи). ▪ Употребление не менее 1,5-2 литров воды в сутки для поддержания водного баланса организма. ▪ Ежедневная зрительная гимнастика (пальминг, круговые движения глазами, фокусировка вдаль/вблизи). 7. Контроль эффективности (критерии при повторном осмотре через 1 месяц): ○ Субъективное улучшение: отсутствие жалоб на сухость, жжение, утомляемость глаз к вечеру. ○ Объективные данные: увеличение времени разрыва слезной пленки (проба Норна) до 15-20 секунд. ○ Отсутствие гиперемии конъюнктивы при биомикроскопии. ○ Соблюдение пациенткой рекомендованного режима труда и отдыха (подтверждается опросом).	
91.	ОПК-8	Ситуация: Вам, как врачу-офтальмологу, поручили прочитать лекцию для родителей учеников младших классов (7-10 лет) в школе на тему: «Профилактика близорукости у детей: роль семьи и школы». Среди аудитории много родителей, которые сами имеют близорукость и очки. Вы знаете, что по статистике в этой школе за последний год число детей с впервые выявленной миопией увеличилось на 15%.	Эталон ответа к заданию 2 1. План лекции: ○ Вступление (5 мин): Актуальность проблемы (статистика по школе, риски прогрессирования миопии). Роль наследственности (если у родителей есть миопия — зона особого внимания). ○ Блок 1 (10 мин): Анатомия и причины. Почему

		Задание: 1. Составьте план (структуру) вашей лекции, выделив ключевые блоки информации. 2. Опишите содержание интерактивной части лекции: предложите два практических упражнения или наглядных пособия, которые вы можете продемонстрировать родителям, чтобы научить их контролировать профилактику миопии у ребенка дома. 3. Разработайте памятку для родителей (текст не более 5-7 пунктов) с «золотыми правилами» гигиены зрения для младшего школьника, которую они смогут повесить дома на видном месте.	глаз растет и появляется миопия? (Простое объяснение про «растянутое яблоко» и фокусировку). Влияние зрительной нагрузки вблизи. о Блок 2 (15 мин): Внешние факторы. Гигиена рабочего места (освещение, мебель по росту). Режим зрительной работы (правило «20-20-20» для детей). Ограничение использования гаджетов. о Блок 3 (10 мин): Прогулки и спорт. Научное обоснование влияния солнечного света (дофамин) на сдерживание роста глаза. Норма прогулок (не менее 2-3 часов в день). о Блок 4 (5 мин): Питание и витамины. о Заключение (5 мин): Ответы на вопросы, раздача памяток. 2. Интерактивная часть (упражнения для родителей): о Упражнение-демонстрация «Правильная посадка»: Пригласить одного родителя, усадить его за парту. Попросить показать, как обычно сидит его ребенок. Затем скорректировать позу (правило «трех прямых углов»: колени-таз-спина под 90°, локти на столе, тетрадь под углом 30-40°, расстояние от глаз до книги/тетради — локоть до кончиков пальцев — примерно 30-35 см). Наглядно показать разницу в нагрузке на шейный отдел и глаза. 1. о Наглядное пособие «Экран времени»: Показать плакат или слайд с циферблатом или песочными часами. Объяснить метод «Таймера»: родители ставят таймер (или используют кухонные часы) на 20-25 минут, когда ребенок делает уроки. Как только таймер срабатывает — ребенок обязан встать, подойти к окну и смотреть вдаль (на небо, деревья) в течение 1-2 минут. Продемонстрировать это на практике, попросив всех посмотреть в окно аудитории. 2. Памятка «Золотые
--	--	--	--

			правила гигиены зрения для школьника»: 1. Дистанция: Держи книгу и тетрадь на расстоянии вытянутой руки (30-35 см) от глаз. 2. Свет: Рабочее место должно освещаться сверху и слева. Настольная лампа не должна светить в глаза. 3. Перерыв: Каждые 20-25 минут занятий делай перерыв на 2 минуты — посмотри в окно на далекие предметы. 4. Гаджеты: Играй в телефоне/планшете не дольше 20-30 минут в день и только при ярком освещении комнаты (не в темноте). 5. Прогулка: Гуляй на улице не меньше 2 часов каждый день. Солнечный свет защищает глаза! 6. Гимнастика: Каждый день делай простую зарядку для глаз (крепко зажмуриться, быстро поморгать, посмотреть вверх-вниз-вправо-влево).
92.	ОПК-8	Ситуация: В кабинет доврачебного приема обратился мужчина 55 лет с жалобами на постепенное ухудшение зрения вдаль и близь, особенно в сумерках. Медсестра направила его к вам. При сборе анамнеза выяснилось, что пациент работает сварщиком уже 30 лет, часто пренебрегает защитными очками («мельком посмотреть — можно и так»). Также курит (пачка в день в течение 35 лет). Объективно: Vis OD = 0.6 (не корр.), Vis OS = 0.7 (не корр.). При биомикроскопии выявляется начальная катаракта (помутнение в корковых слоях хрусталика) на обоих глазах. Картина глазного дна без грубой патологии (на фоне ангиопатии сетчатки). Задание: 1. Перечислите возможные факторы риска развития катаракты, имеющиеся у данного пациента, разделив их на модифицируемые и немодифицируемые. 2. Составьте беседу с пациентом, направленную на мотивирование его к изменению образа жизни и профилактике прогрессирования катаракты. В беседе необходимо затронуть профессиональные вредности и отказ от курения. 3. Предложите план дальнейшего наблюдения и контроля эффективности ваших профилактических рекомендаций.	ответ к заданию 3 1. Факторы риска: ○ Немодифицируемые: Взраст (55 лет). ○ Модифицируемые (зависят от пациента): ▪ Профессиональная вредность: Интенсивное инфракрасное и ультрафиолетовое излучение при сварочных работах (отсутствие защиты). ▪ Образ жизни: Многолетнее курение (сильный токсический фактор для хрусталика, вызывающий окислительный стресс). 2. Содержание мотивационной беседы: ○ Вступление (установление контакта): «Иван Иванович, по результатам

			осмотра у нас есть хорошие и плохие новости. Хорошая — сетчатка в порядке. Плохая — начинается помутнение хрусталика, это называется катаракта. Сейчас она в начальной стадии, и наше с вами задание — затормозить её развитие, чтобы отложить операцию на много лет или даже обойтись без неё». ○ Блок 1 (профессия): «Вы работаете сварщиком, это огромная нагрузка на глаза. Сварка дает мощное УФ-излучение, которое разрушает белки хрусталика, как яичный белок на сковородке. Даже если вам нужно «одним глазком» глянуть на шов, даже пара секунд без маски — это удар по зрению. Рекомендация: И использовать защитную маску со светофильтром постоянно, при любом виде сварки. Это главное условие сохранения зрения». 3. ○ Блок 2 (курение): «Второй фактор, который мы можем контролировать — курение. Сигаретный дым насыщен токсинами, которые ухудшают питание всех тканей глаза, вызывают спазм сосудов (у вас уже есть ангиопатия) и ускоряют старение хрусталика. Бросая курить, вы снижаете риск быстрого созревания катаракты в разы». ○ Блок 3 (общие меры): «Для замедления процесса мы также должны защищать глаза от солнца на улице (носить качественные солнцезащитные очки с
--	--	--	--

			UV-фильтром). Важно добавить в рацион продукты с антиоксидантами — черника, шпинат, болгарский перец, брокколи. По согласованию с врачом можно принимать витамины для глаз (лютеин, зеаксантин)». 4. План контроля эффективности: ○ Повторный визит через 3-4 месяца. ○ Контроль остроты зрения: Сравнение Vis с первичным приемом. Стабилизация или незначительное ухудшение допустимы, резкое падение — повод для пересмотра тактики. ○ Биомикроскопия: Оценка динамики помутнений (сравнение с фото или описанием). Стабилизация процесса будет говорить об эффективности профилактики. ○ Опрос пациента: Выяснение соблюдения рекомендаций: ▪ Использует ли защитную маску постоянно? ▪ Удалось ли снизить количество выкуриваемых сигарет или бросить курить? ▪ Носит ли солнцезащитные очки? ○
93.	ОПК-8	Текст задания: Пациентка 35 лет, работает программистом. Ежедневно проводит за компьютером более 10 часов. В свободное время пользуется смартфоном и планшетом. Последний месяц жалуется на чувство «песка» в глазах, покраснение и затуманивание зрения к вечеру. Объективно: при смыкании век слышен скрип (симптом «сухого трения»), при биомикроскопии определяются нити муцина. Перечислите три основные направления профилактических мероприятий (изменение образа жизни и гигиена зрения), которые ординатор должен	Эталон ответа: 1. Организация режима труда и отдыха (гигиена зрительной работы): Соблюдение правила «20-20-20» (каждые 20 минут смотреть на объекты, удаленные на 20 футов (6 метров), в течение 20 секунд) для снижения

		рекомендовать данной пациентке для снижения риска прогрессирования синдрома «сухого глаза» и зрительного утомления.	аккомодативной нагрузки и частоты моргания. 2. Оптимизация рабочего места и эргономика: Коррекция положения монитора (ниже уровня глаз, чтобы веки были прикрыты, уменьшая испарение слезной пленки), использование увлажнителей воздуха для борьбы с сухостью воздуха в помещении. 3. Контроль гидратации и моргания: Сознательное увеличение частоты морганий во время работы за экраном, употребление достаточного количества воды в течение дня.
94.	ОПК-8	Задание 2 Уровень: Санитарно-гигиеническое просвещение разных групп населения. Текст задания: В рамках школы здоровья для родителей в детской поликлинике вы проводите беседу о профилактике офтальмологической патологии у детей. Одна из мам сообщила, что ее муж, чтобы ребенок быстрее засыпал, оставляет ему в кровати включенный планшет с мультфильмами. Укажите две основные причины, по которым использование гаджетов перед сном детьми дошкольного и младшего школьного возраста является вредной привычкой с точки зрения профилактики миопии и общего здоровья органа зрения. Кратко обоснуйте каждую причину.	1. Нарушение аккомодации и спазм цилиарной мышцы: Длительное рассматривание близко расположенного яркого экрана в статичной позе вызывает перенапряжение цилиарной мышцы. Это приводит к ее спазму (привычно-избыточному напряжению), что является прямым путем к развитию ложной, а затем и истинной близорукости (миопии). 2. Воздействие синего света (коротковолнового излучения) на циркадные ритмы: Свечение экрана (особенно синий спектр) подавляет выработку мелатонина — гормона сна. Это

			нарушает биоритмы, качество сна и процессы восстановления тканей глаза, что в условиях постоянной дневной нагрузки повышает риск дегенеративных изменений и прогрессирования рефракционных нарушений.
95.	ОПК-8	Текст задания: В сельском фельдшерско-акушерском пункте (ФАП) выявлен пациент с подозрением на аденовирусный конъюнктивит. Медицинская сестра ФАПа не имеет достаточного опыта работы с офтальмологическими больными и спрашивает вас, какие меры санитарно-гигиенического просвещения необходимо донести до самого пациента и его контактных лиц для предотвращения распространения инфекции. Составьте краткую памятку из трех обязательных пунктов, которые необходимо разъяснить пациенту и его семье.	1. Строгое соблюдение правил личной гигиены: Использование индивидуального полотенца, наволочки и посуды. Ежедневная смена наволочки и полотенца (стирка при высокой температуре или обработка антисептиками). 2. Исключение контакта «руки-глаза»: Тщательное мытье рук с мылом до и после каждого прикосновения к лицу/глазам (закапывание капель, вытирание слез). Категорический запрет тереть глаза руками. 3. Дезинфекция контактных поверхностей и предметов: Обработка антисептиками дверных ручек, кранов, а также очков, если пациент их носит. При использовании тюбиков с каплями — следить, чтобы носик флакона не

			касался ресниц или глаза.
96.	ОПК-8	Вопрос 1. Для профилактики гонобленнореи (гонококкового конъюнктивита) новорожденным непосредственно после рождения инстиллируют в глаза раствор: 1. Сульфацила-натрия 30% 2. Левомецетина 0,25% 3. Сульфацила-натрия 20% 4. Фурациллина 1:5000	3
97.	ОПК-8	Вопрос 2. Основным путем передачи вирусного конъюнктивита в организованных коллективах является: 1. Воздушно-капельный 2. Половой 3. Трансмиссивный 4. Контактнo-бытовой	1
98.	ОПК-8	Вопрос 3. При выявлении пациента с трахомой (хламидийным конъюнктивитом) основным противоэпидемическим мероприятием является: 1. Наложение карантина на весь населенный пункт 2. Направление экстренного извещения в Роспотребнадзор 3. Дезинфекция только в кабинете офтальмолога 4. Проведение тотальной вакцинации контактных лиц	2
99.	ОПК-8	Вопрос 4. Мерой специфической профилактики кори, тяжелым осложнением которой является кератит с угрозой потери зрения, служит: 1. Прием противовирусных препаратов в сезон эпидемии 2. Вакцинация (живая коревая вакцина) 3. Изоляция больного на 40 дней 4. Ношение защитных масок	2
100.	ОПК-8	Вопрос 5. На промышленном предприятии для первичной профилактики механических травм глаз работнику цеха необходимо в первую очередь использовать: 1. Капли с витаминами 2. Защитные очки (щитки, экраны) 3. Темные очки 4. Промывание глаз каждые 2 часа	2
101.	ОПК-8	Вопрос 6. При проведении сварочных работ поражение глаз (электроофтальмия) возникает вследствие воздействия: 1. Инфракрасного излучения 2. Видимого света высокой интенсивности	3

		3. Ультрафиолетового излучения 4. Ионизирующего излучения	
102.	ОПК-8	Вопрос 7. Для профилактики синдрома «сухого глаза» у офисных сотрудников при работе за компьютером рекомендуется: 1. Полностью исключить работу за компьютером 2. Делать перерывы и использовать капли «искусственная слеза» 3. Работать в полной темноте 4. Закапывать антибактериальные капли	2
103.	ОПК-8	Вопрос 8. В целях первичной профилактики прогрессирования миопии у школьников при работе на близком расстоянии оптимальным расстоянием от глаз до книги (тетради) считается: 1. 10–15 см 2. 20–25 см 3. 30–40 см 4. 50–60 см	3
104.	ОПК-8	Вопрос 9. При проведении санитарно-гигиенического просвещения в школе ординатор должен объяснить, что освещенность рабочего места для правши (при письме) должна падать: 1. Сзади 2. Слева 3. Справа 4. Спереди	2
105.	ОПК-8	Вопрос 10. Критическим периодом для развития и выявления рефракционных нарушений у детей является время: 1. Период новорожденности 2. Начало систематического обучения в школе (7–10 лет) 3. Период полового созревания (13–15 лет) 4. Раннее детство (2–3 года)	2

106.	ОПК-8	1. Вопрос 11. Курение является доказанным фактором риска развития следующего тяжелого заболевания глаз: 2. Ячмень 3. Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) 4. Конъюнктивит 5. Ячмень	3
107.	ОПК-8	Вопрос 12. В беседе с пациентом о питании для здоровья глаз ординатор порекомендует включить в рацион продукты, богатые лютеином и зеаксантином (для защиты сетчатки). Что из перечисленного относится к таким продуктам? 1. Молоко и творог 2. Свинина и говядина 3. Шпинат, брокколи, яичный желток 4. Белый хлеб и макароны	3
108.	ОПК-8	Вопрос 13. Пациенту с открытоугольной глаукомой в рамках формирования здорового образа жизни рекомендуется избегать: • Прогулок на свежем воздухе • Чтения книг • Положений с наклоном головы вниз (позы «вниз головой») • Употребления растительной пищи	
109.	ОПК-8	Вопрос 14. Критерием эффективности профилактических мероприятий по снижению инфекционной заболеваемости в офтальмологическом стационаре является: 1. Увеличение количества коек 2. Отсутствие случаев внутрибольничных инфекций 3. Высокая зарплата персонала 4. Проведение ежедневной влажной уборки	2
110.	ОПК-8	Вопрос 15. При оценке эффективности санитарно-просветительной работы (лекции о вреде самолечения глаз) основным показателем служит: 1. Количество розданных брошюр 2. Громкость голоса лектора 3. Снижение числа обращений с осложнениями от самолечения 4. Красота презентации	3
111.	ОПК-8	Вопрос 16. При проведении профилактического осмотра в	2

		школе критерием эффективности работы врача является: 1. Количество осмотренных детей за час 2. Полнота выявления детей с пониженной остротой зрения и их направление к специалисту 3. Отсутствие жалоб от учителей 4. Исправность офтальмологического оборудования	
112.	ОПК-9	Задание 1. Соответствие видов документации и сроков их хранения Инструкция: Установите соответствие между видом медицинской документации, которую ведет врач-офтальмолог, и установленным сроком ее хранения в медицинской организации. Для каждой позиции из левого столбца подберите соответствующую позицию из правого столбца. ВИД ДОКУМЕНТАЦИИ: 1. Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма 025/у) 2. Журнал предварительного приема и отказов от госпитализации (форма 001/у) 3. Протокол операции (форма 008/у) 4. Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма 030/у) СРОК ХРАНЕНИЯ: А. 5 лет Б. 10 лет В. 25 лет Г. Постоянно (до минования надобности, но не менее 25 лет)	1 – В, 2 – А, 3 – Г, 4 – Б
113.	ОПК-9	Задание 2. Соответствие типа поручения и ответственного исполнителя Инструкция: Врач-офтальмолог руководит работой среднего медперсонала (медсестер). Установите соответствие между видом поручения (задачи) и категорией персонала, которая должна его выполнять в соответствии с квалификационными характеристиками. ВИД ПОРУЧЕНИЯ: 1. Оформление медицинской документации по установленным формам (выписка направлений,	1 – Б, 2 – Б, 3 – Б, 4 – Б (Комментарий: Данное задание показывает, что врач организует деятельность, то есть распределяет эти задачи, но прямое делегирование самой функции врача (постановка диагноза, назначение лечения) в данном тесте не предполагается. Все перечисленные функции относятся к компетенции среднего медперсонала

		заполнение паспортной части санаторно-курортных карт). - Проведение бесконтактной тонометрии и регистрация ее результатов. - Определение остроты зрения с коррекцией и без (визометрия). - Распределение потока пациентов и регулировка очередности приема к врачу. КАТЕГОРИЯ ПЕРСОНАЛА: А. Врач-офтальмолог Б. Медицинская сестра (оптометрист) / Средний медперсонал	согласно профстандартам, что и требуется для проверки знания границ компетенции подчиненных.)
114.	ОПК-9	Задание 3. Соответствие симптома/синдрома и необходимого действия медперсонала Инструкция: При организации работы среднего медперсонала врач обязан дать четкие указания о действиях при выявлении определенных симптомов у пациентов на этапе доврачебного осмотра. Установите соответствие между жалобой или симптомом, выявленным медсестрой, и алгоритмом ее дальнейших действий. СИМПТОМ / ЖАЛОБА: - Жалоба на внезапное появление «занавески» перед одним глазом, искажение предметов. - Жалоба на боль в глазу, тошноту, рвоту, радужные круги при взгляде на свет. - Данные тонометрии: внутриглазное давление 36 мм рт. ст. - Жалоба на ощущение «соринки» в глазу, слезотечение. ДЕЙСТВИЕ МЕДПЕРСОНАЛА: А. Вызвать врача (или направить пациента к врачу) немедленно, вне очереди, пациента не отпускать (подозрение на острый приступ глаукомы или отслойку сетчатки). Б. Закапать местный анестетик и попытаться удалить инородное тело. В. Продолжить осмотр в плановом порядке, зафиксировав жалобы в документации. Г. Сообщить врачу в конце приема (в плановом порядке).	Эталон ответа: 1 – А, 2 – А, 3 – А, 4 – Б (Комментарий: Пункты 1, 2, 3 — это неотложные состояния. Ординатор должен уметь организовать работу так, чтобы персонал знал: высокое давление и острая боль — это повод для экстренной остановки потока и немедленного вызова врача. Ощущение соринки (вероятно, инородное тело) — это алгоритм доврачебной помощи, если это входит в компетенцию медсестры.)
115.	ОПК-9	Задание 1 Инструкция: Расположите действия врача-офтальмолога при первичном осмотре пациента в порядке,	2, 4, 6, 1, 3, 5 Обоснование: 2 (Согласие): Без

		обеспечивающем корректное ведение первичной медицинской документации (учетная форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях») и организацию работы медсестры. Последовательность действий: 1. Интерпретация данных инструментальных методов исследования (например, результаты автоматической периметрии или оптической когерентной томографии), полученных медсестрой. 2. Оформление информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (если его нет в карте). 3. Постановка предварительного или клинического диагноза и назначение плана лечения. 4. Сбор жалоб и анамнеза заболевания (опрос пациента). 5. Заполнение дневникового осмотра (описание status localis) и выдача рекомендаций на руки пациенту. 6. Направление пациента к медсестре для измерения внутриглазного давления (тонометрии) и проведения тестов (визометрия, рефрактометрия).	подписанного добровольного согласия врач не имеет права проводить опрос и осмотр (юридический аспект). • 4 (Анамнез): Первичный сбор информации от пациента (жалобы). • 6 (Направление к медсестре): Организация деятельности персонала (делегирование полномочий для инструментальных исследований). • 1 (Интерпретация): Врач оценивает результаты работы медсестры. • 3 (Диагноз): На основании всей совокупности данных (анамнез + осмотр + результаты инструментальных методов) формулируется диагноз. • 5 (Дневник и выписка): Завершающий этап приема, включающий фиксацию данных и выдачу документов.
116.	ОПК-9	Задание 2 Инструкция: Установите правильную последовательность действий врача-офтальмолога при выявлении у пациента острого приступа закрытоугольной глаукомы (неотложное состояние) с точки зрения организации работы среднего медицинского персонала и оформления медицинской документации. Последовательность действий: 1. Отдача устного распоряжения медсестре подготовить систему для внутривенного введения диуретика (маннитол) и закапать пилокарпин. 2. Запись в медицинской карте о проведенных неотложных мероприятиях и времени их начала. 3. Заполнение бланка направления на экстренную госпитализацию (форма 057/у-04).	4, 1, 5, 2, 6, 3 Обоснование: • 4 (Осмотр): Первичная диагностика неотложного состояния. • 1 (Распоряжение): Экстренная организация деятельности медперсонала (параллельно с осмотром или сразу после подтверждения диагноза). • 5 (Контроль): Врач обязан проконтролировать

		- Срочный осмотр пациента и оценка уровня внутриглазного давления (пальпаторно или тонометром). - Контроль правильности выполнения назначений медсестрой (проверка кратности инстилляций). - Вызов бригады скорой помощи для транспортировки пациента в стационар.	исполнение своих указаний (делегирование не снимает ответственности). 2 (Запись): Фиксация факта оказания помощи в документе (медицинская карта). 6 (Вызов скорой): Обеспечение дальнейшего маршрута пациента. 3 (Направление): Оформление документации для передачи в стационар (заполняется после принятия решения о госпитализации).
117.	ОПК-9	Задание 3 Инструкция: Расположите в хронологическом порядке этапы оформления документации и организации рабочего процесса в кабинете офтальмологии при подготовке к проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения (профилактический осмотр). Последовательность действий: - Проверка готовности автоматического рефрактометра и тонометра (поверка оборудования). - Инструктаж медицинской сестры о количестве пациентов и объеме исследований (визометрия, авторефрактометрия, бесконтактная тонометрия) на сегодня. - Заполнение статистического талона (форма № 025-1/у) и карты учета диспансеризации после завершения осмотра пациента. - Получение у старшей медсестры списка пациентов, подлежащих осмотру, и их амбулаторных карт. - Сверка паспортных данных пациента и полиса ОМС с записями в медицинской карте перед началом приема. - Анализ результатов осмотра, проведенного медсестрой, и внесение данных в электронную историю болезни (медицинскую карту).	4, 1, 2, 5, 6, 3 Обоснование: 4 (Получение списка): Начало рабочего дня, планирование деятельности на основе полученного задания. 1 (Проверка оборудования): Обеспечение готовности материально-технической базы. 2 (Инструктаж): Организация деятельности подчиненного персонала (постановка задачи медсестре на смену). 5 (Сверка данных): Юридически значимое действие в начале приема конкретного пациента. 6 (Анализ): Непосредственная врачебная часть приема (использование результатов работы медсестры). 3 (Заполнение стат. талона): Завершающий

			этап оформления документации по факту приема пациента.
118.	ОПК-9	Ситуация: Вы — врач-офтальмолог стационара. В отделение поступил пациент К., 72 лет, с диагнозом «Зрелая возрастная катаракта правого глаза, незрелая возрастная катаракта левого глаза». Плановое оперативное лечение (факоэмульсификация катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ)) запланировано на завтра на правый глаз. Вечером, за час до отбоя, к вам подходит дежурная медицинская сестра и докладывает, что пациент отказывается ставить последний назначенный препарат (антибиотик в инстилляциях) в правый глаз, мотивируя это тем, что «глаз не болит, и он боится лишний раз прикасаться к глазу перед операцией». Пациент возбужден, тревожен. Задания: 1. Опишите ваши действия по организации работы среднего медперсонала в данной ситуации. Какие указания вы дадите медицинской сестре? 2. Каким образом вы зафиксируете данный факт отказа и ваши распоряжения в медицинской документации, чтобы обеспечить преемственность ведения пациента и юридическую защищенность? 3. Составьте план вашей беседы с пациентом, направленный на коррекцию его поведения и обеспечение выполнения врачебных назначений.	1. Организация работы медперсонала: ■ Необходимо лично подойти к посту или в палату к пациенту вместе с медсестрой. ■ Оценить состояние пациента и мотивы отказа. ■ Дать четкое распоряжение медсестре: временно воздержаться от настаивания на инстилляциях, чтобы не усиливать тревогу пациента перед сном, но усилить наблюдение за пациентом. ■ Поручите медсестре подготовить все необходимое для осмотра пациента (щелевую лампу, флакон с препаратом) и пригласить вас для беседы. ■ После урегулирования ситуации с пациентом, лично проконтролировать выполнение назначения или дать альтернативное распоряжение (например, перенести инстилляцию на утро, за 2 часа до операции, если это допустимо по протоколу). 2. Ведение медицинской документации: 1. В медицинской карте стационарного больного (форма 003/у) в разделе «Дневниковые записи» необходимо сделать следующую запись:

			■ Дат а, время. ■ «Пр и осмотре: пациент в сознании, контактен, ориентирован. Отказывается от вечерней инстиляции антибиотика в правый глаз в связи с опасением повредить глаз перед операцией (страх перед вмешательством). Состояние органа зрения без отрицательной динамики, субъективных жалоб на боль нет.» ■ «Пр оведена беседа о необходимости предоперационной подготовки и рисках инфекционных осложнений при отказе от препарата. Пациент инструктаж воспринял, согласие на процедуру получено. Назначение выполнено в ____ часов ____ минут.» ■ Под пись врача. 2. Если бы пациент продолжил отказываться, необходимо было бы оформить отказ от медицинского вмешательства в соответствии с законодательством (ФЗ- 323), где пациент собственноручно фиксирует свой отказ и то, что ему разъяснены последствия. 3. План беседы с пациентом: 1. Установление контакта: Представитьс я, присесть на уровень пациента, проявить эмпатию («Я понимаю ваше волнение перед операцией, это нормально»). 2. Разъяснение цели манипуляции: Объясни
--	--	--	---

			ть простым языком, что антибиотик — это не «лишнее прикосновение», а «защитный барьер», который снижает риск попадания микробов 4. в глаз во время операции и развития тяжелого воспаления (эндофтальмита), которое может привести к слепоте. 5. Апелляция к опыту и доверию: Подчеркнуть, что этот препарат назначается всем пациентам перед операцией, это стандарт безопасности, и медсестра имеет большой опыт в закапывании глаз безболезненно и аккуратно. 6. Совместное решение: Предложить провести процедуру вместе с ним, попросив медсестру быть максимально осторожной, или, если пациент категоричен на данный момент, обсудить возможность переноса инстилляций на раннее утро (с обязательным условием согласования с оперблоком).
119.	ОПК-9	Ситуация: В глазном кабинете поликлиники напряженный прием. Вы ведете прием, к вам на практику прикреплена медицинская сестра (интерн или новая сотрудница). В середине дня вы обнаруживаете, что медсестра, помогая вам заполнять амбулаторные карты (форма 025/у), допустила грубые ошибки в трех из них: перепутала данные визометрии (остроту зрения с коррекцией и без), неправильно указала ведущий глаз в направлении на подбор очков, и в одном случае не внесла жалобы пациента в карту, записав только ваш диагноз. Часть документов уже передана пациенту	1. Оценка ситуации и ошибка руководителя: Ошибка врача заключается в недостаточном контроле за работой неопытного сотрудника и преждевременном делегировании ответственности за

		(направление на очки), а часть ушла в регистратуру. Задания: 1. Оцените ситуацию с точки зрения организации деятельности подчиненного персонала. В чем заключается ваша ошибка как руководителя? 2. Разработайте пошаговый алгоритм ваших действий по исправлению ситуации и минимизации последствий для пациентов и репутации учреждения. 3. Предложите план беседы с медсестрой и систему контроля, которую вы внедрите для предотвращения подобных инцидентов в будущем.	заполнение документов без проверки. ▪ Врач не провел первичный инструктаж о правилах заполнения специфической офтальмологической документации (важность различения Vis OD/OS, Vis с корр./без корр.) и не организовал систему двойной проверки на начальном этапе. 2. Алгоритм действий по исправлению ситуации: ▪ Шаг 1 (Стоп-контроль): Прекратить делегирование заполнения карт данной медсестре до выяснения обстоятельств. ▪ Шаг 2 (Сортировка): Совместно с медсестрой перебрать все карты за сегодня, выявить полный объем ошибок. ▪ Шаг 3 (Коррекция карт в поликлинике): Внести исправления в медицинские карты согласно правилам (неаккуратное зачеркивание одной чертой неправильной записи, надпись «Исправленному верить», подпись врача и печать). Внести недостающие данные (жалобы). ▪ Шаг 4 (Работа с направлениями): Самое срочное — связаться с пациентом, которому выдали неверное направление на подбор очков. Объяснить ситуацию (можно сослаться на техническую ошибку при заполнении), принести извинения и вызвать его для получения дубликата с
--	--	--	---

			верными данными. Старое направление аннулировать. • 1. Шаг 5 (Анализ): Разобрать ситуацию с медсестрой, указав на конкретные ошибки и их потенциальные последствия (неправильные очки = головные боли, снижение зрения, диплопия). • План беседы и система контроля: 1. Беседа (непублично, конструктивно): ▪ Начать с вопроса: «Как вы думаете, почему возникла эта ситуация?» Выслушать версию медсестры. ▪ Спокойно и аргументированно показать ей ее ошибки, объяснив клиническое значение каждой из них (например: «Если мы перепутаем данные визометрии, следующий врач не сможет правильно оценить динамику заболевания»). ▪ Совместно обсудить причины (невнимательность, незнание, спешка). ▪ Четко сформулировать ожидания: качество работы важнее скорости. 2. Система контроля: ▪ Внедрить правило «Трех этапов» для нового сотрудника на ближайшую неделю: медсестра заполняет черновик или заполняет карту карандашом -> врач проверяет и визирует -> медсестра переносит данные в чистовик. ▪ Создать краткий чек-
--	--	--	---

			лист (памятку) по заполнению стандартных офтальмологических записей (жалобы, анамнез, Vis, ВГД, поля зрения, диагноз, рекомендации) и поместить его на рабочем столе медсестры. ▪ Внедрить практику краткого 5-минутного разбора итогов дня.
120.	ОПК-9	Ситуация: Вы — дежурный врач в офтальмологическом стационаре. В 22:00 поступил экстренный пациент с проникающим ранением роговицы левого глаза. Его необходимо готовить к экстренной операции (первичная хирургическая обработка — ПХО). В отделении работают две операционные медсестры: опытная (стаж 15 лет) и молодая специалистка (стаж 3 месяца). Старшая операционная сестра вызвана из дома и будет через 40 минут. Пациент возбужден, требует обезболивания. Младшая медсестра суется, не может быстро найти нужный инструментарий для кератопластики. Задания: 1. Распределите задачи между находящимся в вашем распоряжении персоналом (двумя медсестрами) для обеспечения быстрой и качественной подготовки к экстренной операции. 2. Опишите, какую информацию и в каком объеме вы должны зафиксировать в истории болезни на данном этапе (до операции) и в протоколе операции впоследствии, с учетом тяжести состояния пациента и экстренности ситуации. 3. Какие организационные выводы вы сделаете после окончания дежурства для улучшения работы в подобных экстренных ситуациях в будущем?	Эталон ответа: 1. Распределение задач: ○ Младшей медицинской сестре (которая суется): поручить немедленно начать предоперационную подготовку пациента: измерение АД, пульса, помощь в переодевании, бритье бровей (если требуется), закапывание назначенных капель (антисептик). Это займет ее конкретным делом у постели больного, успокоит ее и позволит старшей коллеге сосредоточиться на инструментарии. ○ Опытной медицинской сестре (ждем 40 мин): Связаться с ней по телефону, четко поставить задачу: "Экстренная ПХО роговицы. Пациент в 22:00. По приезду вам необходимо немедленно проверить наличие и собрать набор для кератопластики, микрохирургический инструментарий, шовный материал (нейлон 10/00). Я сейчас дам команду младшей медсестре

			начать подготовку пациента, чтобы вы не тратили на это время". ○ Лично: Контролировать процесс, провести забор анализов (кровь на ВИЧ, сифилис, группу крови), назначить премедикацию, заполнить неотложную документацию. 2. Медицинская документация: ○ В истории болезни (до операции): ▪ Подробно описан Status localis (локализация, размер, форма раны, наличие выпадения оболочек, глубина передней камеры, состояние зрачка). ▪ Запись о заключении врача: Диагноз (Проникающее ранение роговицы левого глаза). ▪ Назначения: премедикация (препарат, доза, время), подготовка к операции. 3. ○ ▪ Информированное добровольное согласие на операцию должно быть подписано пациентом (или родственниками, если пациент не в состоянии) до введения наркоза, с обязательным разъяснением рисков (вплоть до удаления глаза). ○ В протоколе операции (после): ▪ Подробное описание хода операции: разрез, удаление фибрина/гема, вправление или иссечение выпавших оболочек (если таковое было), наложение швов (количество, узловые/непрерывные), восстановление передней
--	--	--	--

			камеры (воздух/физраствор/вискоэластик). ▪ Данные о шовном материале, использованных инструментах. ▪ Способ анестезии. ▪ Рекомендации на послеоперационный период (положение головы, лекарства). 4. Организационные выводы (после дежурства): ○ Инициировать проверку наличия и маркировки экстренных укладок для разных видов травм (ранения роговицы, внутриглазные инородные тела и т.д.). Убедиться, что они всегда готовы. ○ Предложить заведующему отделением проводить короткие тренинги (или инструктажи) для молодых медсестер по действиям в экстренных ситуациях и расположению инструментов. ○ Пересмотреть алгоритм вызова второго сотрудника (старшей сестры) из дома: возможно, стоит организовать график дежурств на дому для ключевого персонала. ○ Составить служебную записку с предложениями по улучшению материально-технической базы для экстренных приемов (например, закупка дополнительных наборов инструментов).
121.	ОПК-9	Условие: Ординатор Иванов работает в кабинете неотложной офтальмологической помощи. К нему одновременно обратились два пациента: первый — с жалобами на резкую боль в глазу и тошноту (подозрение на острый приступ	Эталон ответа: 1. Организация деятельности персонала: Ординатор

		закрытоугольной глаукомы), второй — с жалобами на соринку в глазу и слезотечение (инородное тело конъюнктивы). Медицинская сестра кабинета растерялась и не знает, с кого начинать осмотр и какую документацию оформлять в первую очередь. Задание: Составьте алгоритм действий ординатора по организации деятельности медперсонала (медсестры) в данной ситуации. Укажите, какой документ (форма и название) должен быть заполнен в первую очередь на каждого из пациентов и на основании какого нормативного акта (или принципа) устанавливается очередность оказания помощи.	должен немедленно взять управление на себя. Дать четкое указание медсестре подготовить тонометр и анестетики для первого пациента (с подозрением на глаукому), так как его состояние угрожает потере зрительных функций (неотложное состояние). Второму пациенту (с инородным телом) предложить подождать или попросить медсестру закапать ему анестетик и осмотреть после купирования острого состояния у первого. 2. Очередность: Уста навливается на основании принципа сортировки пациентов по тяжести состояния и наличию угрозы для жизни/зрения. 3. Первичная документация: На обоих пациентов в первую очередь заполняется «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма 025/у). В нее вносятся паспортные данные, жалобы, анамнез и данные осмотра.
122.	ОПК-9	Условие: На приеме у ординатора Петровой пациентка К., 70 лет, инвалид II группы (имеет право на льготное лекарственное обеспечение). После диагностики установлен диагноз: «Первичная открытоугольная III А глаукома правого глаза». Врач назначил препарат «Ксалатан» (латанопрост) для постоянного применения. В регистратуре пациентке сказали, что им нужен рецепт для аптеки. Задание: Какие действия должен предпринять ординатор для организации льготного лекарственного обеспечения пациентки? Опишите пошагово, включая оформление конкретной медицинской документации и взаимодействие	Эталон ответа: 1. Внесение данных в медкарту: Внести данные осмотра и назначения в амбулаторную карту (форма 025/у). 2. Оформление рецепта: Выписать рецепт на специальном бланке (форма 148-1/у-04 (л)), так как препарат входит в перечень

		со старшей медсестрой поликлиники.	льготных и пациент имеет право на федеральную льготу). В рецепте обязательно указывается номер карты, штамп поликлиники, личная подпись врача и печать. 3. Взаимодействие с персоналом: Передать оформленный рецепт старшей медсестре отделения (или лицу, ответственному за льготное обеспечение) для сверки наличия препарата в аптеке, постановки на контроль и передачи на подпись заведующему отделением (при необходимости). Контроль: Дать указание медсестре разъяснить пациентке правила хранения препарата и напомнить дату следующей явки для контроля внутриглазного давления.
123.	ОПК-9	Условие: Ординатор Сидоров курирует пациентов в стационаре (глазное отделение). На 8:00 утра запланировано 5 плановых операций по поводу катаракты (факоэмульсификация). Постовые медсестры начали смену. При проверке готовности операционного блока выяснилось, что одна из медсестер неправильно промаркировала стерильный стол и не сверила сроки годности расходных материалов (вискоэластик, ИОЛ), сославшись на нехватку времени. Задание: Сформулируйте задание ординатора для медсестры, направленное на исправление ситуации и предотвращение подобных нарушений в будущем. Какие записи в «Журнале учета работы медицинского персонала» (или иной документации) должны быть сделаны по итогам утренней проверки?	Эталон ответа: 1. Задание медсестре (организация деятельности): ○ «Немедленно остановить подготовку и заново промаркировать столы с указанием даты и времени. ○ Провести сверку всех расходных материалов по накладной с фактическим наличием и сроками годности. Доложить об итогах проверки лично мне до начала первой операции. ○ Впредь строго соблюдать алгоритм подготовки операционного поля, не допуская сокращения времени за счет этапов безопасности». 2. Записи в документации:

			○ В «Журнале учета работы операционного блока» делается запись о готовности к операциям. ○ В «Журнале передачи дежурств и учета работы среднего медперсонала» ординатор (или заведующий отделением по его докладу) может оставить запись (устное распоряжение дублируется под роспись): «Обратить внимание медсестры Ивановой на недопустимость нарушения правил маркировки стерильных столов. Проведен инструктаж на рабочем месте». Это фиксирует факт организационной работы ординатора с персоналом.
124.	ОПК-9	Инструкция: Выберите один или несколько правильных ответов. 1. При заполнении титульного листа медицинской карты стационарного больного (форма 003/у) при экстренной госпитализации пациента с проникающим ранением глаза, обнаружение которого произошло на улице, обязательны к заполнению следующие сведения: А) Данные паспорта и полиса Б) Место работы и должность В) Время травмы и время поступления в приемное отделение Г) Ф.И.О. родственников Д) Адрес места происшествия	Эталон ответа: А, В, Д (При экстренной госпитализации важны паспортные данные, время травмы/поступления и адрес происшествия для страховых случаев и статистики травматизма).
125.	ОПК-9	2. Медицинский работник (медицинская сестра) находится в непосредственном подчинении врача-ординатора. Ординатор дал задание медсестре провести закапывание капель пациенту с подозрением на глаукому, используя препарат Тимолол. Медсестра сообщает, что у нее закончились перчатки и нет одноразовых пипеток. Действия ординатора: А) Отдать медсестре свои перчатки и приказать проводить процедуру Б) Отстранить медсестру от работы и написать докладную заведующему отделением В) Остановить работу, потребовать от старшей медсестры обеспечить расходными материалами, сделать запись в журнале дефектуры Г) Разрешить закапывать капли без перчаток, так как риск	Эталон ответа: В (Ординатор обязан организовать безопасную среду и оснащение для персонала, либо временно приостановить процедуру до устранения дефицита).

		инфицирования низкий	
126.	ОПК-9	3. К первичной медицинской документации, которую ведет врач-офтальмолог в поликлинике, относятся: А) Журнал выдачи листков нетрудоспособности Б) Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма 025/у) В) Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма 030/у) Г) Протокол инструментального исследования (например, периметрии) Д) Выписка из истории болезни (при выписке из стационара)	Эталон ответа: Б, В, Г (Выписка приходит из стационара, а журнал нетрудоспособности часто ведется централизованно, но может заполняться и врачом, однако основная документация — это карты и протоколы)
127.	ОПК-9	4. В вашем распоряжении находятся два санитара. Один из них постоянно нарушает график уборки кабинетов, но выполняет мелкие поручения для пациентов (принести воды, проводить). Ваши действия как организатора работы среднего и младшего персонала: А) Уволить санитара за нарушение должностной инструкции Б) Провести беседу, разъяснить важность соблюдения санитарно-эпидемиологического режима, при повторном нарушении — докладная заведующему В) Переложить его обязанности по уборке на второго санитара, оставив первому только помощь пациентам Г) Игнорировать, так как пациенты довольны его помощью	Эталон ответа: Б (Необходимо применить воспитательные меры и контроль. Перекалывание обязанностей создаст перегрузку другому сотруднику).
128.	ОПК-9	5. При оформлении справки для предоставления в ГИБДД (водительской комиссии) на пациента после лазерной коррекции зрения, ординатор должен указать: А) Только остроту зрения без коррекции Б) Остроту зрения с коррекцией и диагноз В) Рекомендации по режиму труда и отдыха Г) Номер и дату выдачи сертификата специалиста, выдавшего справку	Эталон ответа: Б, Г (Для водительской комиссии важна острота зрения с коррекцией (если она допускается), диагноз и данные врача).
129.	ОПК-9	6. Вам поручили временно (на время отпуска) руководить работой двух медсестер кабинета функциональной диагностики. Одна медсестра проводит визометрию и тонометрию, другая — периметрию и биометрию. Какая задача относится к организационным функциям руководителя (ординатора) в данной ситуации? А) Самостоятельно провести биометрию сложному пациенту Б) Составить график работы медсестер на месяц с учетом их нагрузки и отпусков В) Проверить правильность заполнения медсестрами дневников работы Г) Закупить новые тест-объекты для периметра за свой счет	Эталон ответа: Б, В (Планирование графика и контроль исполнения — это организация деятельности. Выполнение работы за подчиненного и личные траты — неверные варианты).
130.	ОПК-9	7. Информированное добровольное согласие (ИДС) на операцию фактоэмulsionификации катаракты должно содержать сведения о: А) Вероятности аллергии на анестетики Б) Возможных интраоперационных и послеоперационных осложнениях В) Стоимости хрусталика, если операция платная	Эталон ответа: А, Б, Г (ИДС должно информировать о рисках, целях и альтернативах. Стоимость указывается в договоре, а дата выписки прогнозируется, но не

		Г) Факте разъяснения пациенту цели операции и альтернативных методов лечения Д) Точной дате и времени выписки из стационара	является обязательным пунктом ИДС).
131.	ОПК-9	8. При обнаружении ошибки в записи титульной части медицинской карты (например, неверно указан полис), ординатор обязан: А) Замазать корректором и написать сверху верные данные Б) Аккуратно зачеркнуть одной чертой, рядом написать верные данные и заверить запись своей подписью В) Вырвать лист и переписать все заново Г) Оставить как есть, сославшись на занятость	Эталон ответа: Б (Правила ведения медицинской документации запрещают использование корректора и удаление листов. Исправление заверяется подписью).
132.	ОПК-9	9. В отделение поступил пациент с ожогом глаз щелочью. Медсестра замешкалась и неправильно подготовила промывную систему. Ваши действия по организации неотложной помощи: А) Критиковать медсестру и ждать, пока она переделает Б) Взять инициативу на себя, быстро подготовить систему самостоятельно, параллельно объясняя медсестре ее ошибку В) Отстранить медсестру и вызвать другую Г) Записать замечание в журнал и подать докладную зав. отделением после оказания помощи	Эталон ответа: Б, Г (В экстренной ситуации главное — помощь пациенту, затем — разбор ошибок и дисциплинарное воздействие).
133.	ОПК-9	10. Согласно правилам оформления листка нетрудоспособности (электронного больничного), врач-ординатор имеет право: А) Выдавать листок нетрудоспособности единолично на любой срок Б) Выдавать листок нетрудоспособности на срок до 15 календарных дней включительно, а далее продлевать врачебной комиссией В) Выдавать листок задним числом по просьбе пациента Г) Выдавать листок только при наличии паспорта и СНИЛС	Эталон ответа: Б, Г (Ординатор работает под контролем лечащего врача и имеет те же права, но с ограничением сроков первичной выдачи и обязательной идентификацией пациента).
134.	ОПК-9	11. В операционный день внезапно заболела операционная медсестра. У вас в подчинении есть две палатные медсестры, не имеющие допуска к работе в операционной. Ваши действия по организации работы: А) Отменить операции Б) Попросить медсестру из другой смены выйти на работу, доложив заведующему отделением В) Взять одну из палатных медсестер в операционную, проинструктировав ее на месте Г) Провести операции самостоятельно, без медсестры	Эталон ответа: Б (Нельзя допускать к работе неподготовленный персонал. Необходимо искать замену среди допущенных лиц. Отмена операций — крайняя мера, если замены нет, но не первое действие).
135.	ОПК-9	12. Заполняя дневниковую запись в истории болезни, ординатор обязан отразить: А) Жалобы пациента на момент осмотра Б) Объективный статус (Vis, ВГД, данные биомикроскопии) В) Назначения (режим, диета, медикаменты) Г) План обследования и подготовки к выписке Д) Подробную родословную пациента	Эталон ответа: А, Б, В, Г (Дневник отражает динамику состояния и тактику ведения на текущий день. Родословная указывается в анамнезе жизни при первичном осмотре).
136.	ОПК-9	13. При выявлении у пациента признаков инфекционного заболевания (например, аденовирусного конъюнктивита с подозрением на COVID-19), ординатор должен организовать:	Эталон ответа: А, Б, В, Г (При подозрении на ООИ или карантинные инфекции действует

		А) Перевод пациента в инфекционный стационар Б) Изоляцию пациента в отдельном боксе/палате В) Подачу экстренного извещения в Роспотребнадзор (форма 058/у) Г) Запрет на вход посетителей Д) Продолжить прием в общей очереди, надев маску	строгий протокол изоляции и оповещения).
137.	ОПК-9	14. Какие разделы обязательно включает в себя эпикриз (выписной или этапный) в офтальмологии: А) Клинический диагноз Б) Проведенное лечение (включая название препаратов и виды операций) В) Рекомендации по диспансерному наблюдению, срокам явки и режиму зрительных нагрузок Г) Жалобы и статус при поступлении (в сжатой форме) Д) Сведения об успеваемости в школе (для детей)	Эталон ответа: А, Б, В, Г (Эпикриз — это итог, содержащий данные "на входе" и "на выходе" с рекомендациями. Успеваемость указывается только если это влияет на диагноз).
138.	ОПК-9	15. В вашем подчинении находится медсестра, которая хорошо работает, но постоянно опаздывает на планерки. Какой метод организации дисциплины наиболее эффективен? А) Лишить ее премии в конце месяца Б) Провести индивидуальную беседу, объяснив важность пунктуальности для командной работы и начала рабочего дня В) Каждый раз при опоздании громко делать замечание при всех Г) Начать планерку без нее и не вводить в курс дела, пусть догоняет сама	Эталон ответа: Б (Сначала нужно выяснить причину и применить устное воздействие. Публичное унижение и бойкот снижают эффективность работы и демотивируют).
139.	ОПК-9	16. При оформлении направления на МСЭ (медико-социальную экспертизу) пациенту с далеко зашедшей стадией глаукомы, в посыльном листе (форма 088/у) обязательно должны быть отражены: А) Результаты всех проведенных за год исследований (поля зрения, ВГД в динамике) Б) Характер и условия труда пациента В) Желание пациента получить инвалидность Г) Данные о проведенном лечении (включая операции) и его эффективности Д) Хобби и увлечения пациента	Эталон ответа: А, Б, Г (Для МСЭ важны объективные данные освидетельствования, трудовой прогноз и результаты лечения. Желание пациента учитывается, но не является обязательным пунктом формы, а хобби не важны).